

DiabetologNytt

Nr 1-2 • År 2026 • Årgång 39 • Utgiven av Svensk förening för Diabetologi

Rapport från EASD, Wien

Diabetesporträtt
Helena Elding Larsson

Hudreaktioner av CGM
och insulinpump



DiabetologNytt

Medlemstidning för Svensk Förening för Diabetologi

År 2026 • Årgång 39 • Nr 1-2 • Vinternumret

Ordföranden har ordet	2
Redaktionsrådet	5
NDR-nytt	6
Medlemsavgift – ny betalningsrutin	7
Rapport från EASD 2025 Wien	8
Diabetesporträtt – Helena Elding Larsson	14
Hudreaktion av CGM och insulinpump	19
Sett och hört	20
Stipendium för Klinisk Diabetesforskning	57
Agenda – Nationellt Diabetesmöte, SFD och SFSD i Göteborg	58
Res med SFD till ATTD, ADA och EASD	60
Kongress- och möteskalender	64
Utbildningar	64

Ansvarig utgivare

Jarl Hellman
Överläkare, Processledare Diabetes
Samordnare Centre of Excellence
typ 1 diabetes, Endokrinsektionen,
Specialmedicin, Akademiska sjukhuset,
751 85 Uppsala

Redaktör

Fredrik Sundh
fredrik@mediahuset.se

Redaktionsråd

Frida Sundberg, barndiabetes,
Stefan Jansson, primärvård, Örebro,
Katarina Fagher, Lund, Julia Otten,
Umeå och Sophia Rössner, Stockholm,
vuxendiabetes

Annonsansvarig

Jesper Lundblad
jesper@mediahuset.se
Joacim Sjölander
joacim@mediahuset.se

Internet

www.dagensdiabetes.se
diabetolognytt.mediahuset.se

Nästa nummer av DiabetologNytt

Planerad utgivning 260615
Deadline för bidrag 260515

Produktion: Circus PR & Reklam

Tryck: Carlshamns Tryck & Media AB
ISSN 1401-2618



Ordföranden har ordet

Hösten biter sig kvar med viss frenesi under hela 2025 och vi går mot en extra mörklagd vinter med detta osedvanligt magra snötäcke parat med ett repetitivt nästan absurt regnande. Min tidiga uppväxt i norrland (Umeå) till trots uppskattar jag ändå på sätt och vis detta scenario, men avsaknaden av ljuset är desto svårare att hantera och sedan väcks förstås frågan om naturen är helt frisk vilket absolut inte verkar vara fallet? En sak är i alla fall säker, ingenting är statistiskt och diabetesområdet fryser inte inne utan är konstant glödhet i sin ständiga utveckling men utan att bidra i någon större utsträckning till uppvärmningen i sig (de talrika "plastmanickerna" som engångspennor till trots).

EASD 2025

En vetenskapligt "sprudlande" världskongress i den högst anrika kulturstaden Wien som hade runt 14 000 deltagare och som med all tydlighet levde upp till sitt rykte som den ledande och allra största konferensen inom området diabetes och fetma. EASD står för European Association for the Study of Diabetes och detta var det 61: a mötet i ordningen hittills och som en slags "rungande eko" från förra årets möte var det förstås åter igen sessioner med fokus på dessa underbara tarminkretiner med GLP-1 agonismen i spetsen som allra mest fyllde de allra största salarna. Konferenscentrum i Wien är högst funktionellt och oerhört spatiöst där det ligger placerat en liten bit från absoluta centrum vilket i sin tur uppmanar till fina och minnesvärda promenader till fots och detta dessutom i kombination med en högeffektiv och tätt trafikerad tunnelbana skapar reell harmoni. Staden är sitt magnifika kulturarv till trots inget museum utan högst levande och möter hela tiden utveckling och en intressant detalj i sammanhanget är att det numera går utmärkt att bada mitt i centrum i fina Donau (specialbassäng).

Det prestigefulla Claude Bernard - priset tilldelades mycket välförtjänt till den vältalige brittiske forskaren Andrew Hattersley från Exeter (UK). Nestorn Hattersley är professor i molekylär medicin vid University of Exeter och hans forskning kombinerar avancerad molekylär genetik med fysiologiska och kliniska aspekter där en stor del av hans arbete har varit att omsätta vetenskapliga framsteg till klinisk vård vilket han verkligen har lyckats med. Begreppet MODY-diabetes associeras förstås direkt till Hattersley och hans fantastiska forskarinsatser genom åren. Hattersley och hans forskarteam har identifierat hela 27 nya genetiska orsaker till diabetes och han fokuserar nu på diagnos och identifiering av bästa behandling av de vanligaste subtyperna vid både typ 1 och typ 2 diabetes. Hans upptäckter har redan gett skillnad i det dagliga kliniska arbetet med patienter runt omkring i hela världen. Noterar som en "spaning" i övrigt att det som en slags bonus fanns ovanligt många skickliga och tunga presentatörer från Australien och att det dyker upp allt fler oerhört duktiga yngre kvinnor som presenterande forskare i de stora salarna, dessutom hade faktiskt inte Texas med Julio Rosenstock och Ralph DeFronzo i spetsen ett riktigt lika stort utrymme som på ADA även om de förstås fanns med på plats med en osedvanligt hög energinivå.

En av alla höjdpunkterna vid konferensen var SURPASS CVOT som analyserade kardiovaskulära effekter med dubbelagonisten och "twinkretinen" tirzepatid (GLP-1 och GIP). Sedan presenterades spännande data kring oralt semaglutid i SOUL och analys av viktreduktion med en högre dos semaglutid (7,2mg) subkutant i STEP-UP. Tarminkretiner hamnar dessutom allt mer i fokus även sett till typ 1 diabetes och vid mötet presenterades unika data kring tirzepatid vid typ 1 diabetes och en samtidig obesitas (TIRTLE-1). Att bromsa förstörelsen av betaceller vid tidig nyupptäckt typ 1 diabetes är förstås fortsatt ett otroligt "hett" område och vid mötet dök det upp hela tre tunga studier (MELD-ATG, Ver-A-T1D och BANDIT) som alla undersökte effekten vid nydebuterad sjukdom. Ny innovativ diabetesteknik breder ut sig med emphasis i föreläsningssalarna och där fastande mitt intresse bland annat för en lätt suggestiv "repris" från EASD 2024 i Madrid. Den prisbelönta unga forskaren från Belgien, Jolien De Meulemeester, återkom nämligen med nya unika tvåårsdata från införandet av semiautomatiska insulinpumpar i Belgien (INRANGE) som talade sitt tydliga språk kring olika fördelar med denna nya teknik vad gäller glukoskontroll, livskvalitet och minskad frånvaro från arbetet.

Camillo Golgi - priset till Mikael Rydén från Karolinska



Francesco Giorgino (ny EASD- president) med Mikael Rydén (foto från EASD)

Detta eminenta pris erkänner enastående insatser inom området för histopatologi, patogenes, prevention och behandling av komplikationer vid diabetes. Mikael Rydén från Karolinska Institutet och Karolinska sjukhuset fick glädjande nog som allra första svensk någonsin denna mycket fina utmärkelse. Mikael hade i likhet med Hattersley dessutom en rent unik pristagarföreläsning som innehöll det mesta och verkligen är väl värd att minnas, ett magiskt ögonblick. Professor Rydén's forskarkarriär sträcker sig över hela 25 år där han har haft en högst ledande roll som pionjär inom forskningen kring den vita fettvävnaden och dess roll för metabol hälsa och sjukdom. Hans forskarinsats har ökat förståelsen för adipocyters biologi vilket i sin tur har genererat en ökad kunskap kring insulinresistens och typ 2 diabetes. Mikael har bland mycket annat visat att fettväven består av flera olika typer av fettceller och att störningar inom fettomsättningen kan leda till både utvecklingen av typ 2 diabetes och viktuppgång. Forskningen lägger i sin tur grunden för nya potentiella terapeutiska strategier inom området och fettväven har tack vare hans insatser inom fältet allt mer etablerats som ett mer centralt och "levande organ" inom kroppen där störningar i dess funktion är viktig för många olika sjukdomar, inte bara typ 2 diabetes och obesitas utan även vid exempelvis cancer och kardiovaskulär sjukdom.

Mikael är vid sidan av dessa eminenta forskarinsatser dessutom en högst uppskattad och skicklig klinisk läkare som fortsatt har mottagning, går medicinbakjourer och rondar patienter på helger med ett stort engagemang och frenesi. Rydén's prisföreläsning hade den övergripande och synnerligen passande titeln "Everything you want to know about adipose tissue, from cellular mechanisms to clinical complications" och kretsade bland annat kring dessa "små men hungliga fettceller" och gjorde definitivt ingen åhörare besviken. Forskning på denna nivå är samtidigt en laginsats och Mikael hyllade på ett otroligt fint sätt särskilt viktiga samarbeten med exempelvis nestorn Peter Arner och han lyfte med enfase fram det otroligt viktiga teamet kring honom idag som inkluderar den ständige parhjästen Niklas Mejhert som uppenbarligen har betytt extra mycket i sammanhanget, sedan förstås sist men inte minst ett extra stort generöst tack till hustrun vid hans sida.

Uppdatering av riktlinjer för typ 1 diabetes från EASD/ADA

EASD och ADA presenterade gemensamma och helt unika riktlinjer för typ 1 diabetes för allra första gången år 2021 och nu var det så dags för en uppdatering. En ny preliminär version med bland annat revideringar av diagnostiska kriterier och uppdatering av rekommendationer för diabetes-testteknologi. Som ren bonus serveras dessutom tre helt nya avsnitt med screening för mikroangiopati, värdering av kardiovaskulär risk samt behandling av obesitas. Ett avsnitt om psykosocial vård rekommenderar screening för mental hälsa och sociala problem med hjälp av validerade frågeformulär samt att psykologisk expertis bör ingå i vårdteamet. I Sverige pågår samtidigt intressant nog en stor unik multicenterstudie med professor Marcus Lind i spetsen (Sahlgrenska) som

undersöker nyttan av en diabeteskunnig psykolog inom teamet vid typ 1 diabetes där data nu håller på att summeras mot slutet av året. I dessa uppdaterade riktlinjer konstateras att automatiserade halvautomatiska pumpsystem (AID) som inkluderar kontinuerlig subkutan glukosmätning (CGM), en insulinpump med en styrande algoritm är den allra bästa metoden för insulinbehandling vid T1D tack vare en optimerad glukoskontroll inklusive reducerad hypoglykemi och



dessutom en förbättrad livskvalitet.

<https://professional.diabetes.org/sites/dprof/files/2025-09/2026-ADA-EASD-Management-of-Type-1-Diabetes-Consensus-Report-Draft-for-consultation.pdf>

Världsdiasabetesdagen den 14:e November

Ett unikt hybridmöte i samarbete med Dagens Medicin med vår energiska moderator Maja Florin i spetsen och med många tunga aktörer på plats så som exempelvis SFSD (inklusive ordförande Agneta Lindberg), ett flertal högst tongivande politiker från olika partier, representanter från Socialstyrelsen och SKR samt dessutom viktiga sponsorer och utställare och sist men inte minst en aktiv närvaro från patientföreningarna inklusive den profilerade patientföreträdaren Tim Gisselman som hade en högst minnesvärd presentation kring hur det är att leva med sjukdomen diabetes. Socialstyrelsen hade för övrigt en minnesvärd genomgång kring litteratursökning via artificiell intelligens, vi hoppas också på att myndigheten åter igen får en mer aktiv roll där även inom kunskapsstyrningen inom fältet? Vid vårt bord knäckte vi devisen att politikerna behöver "mer kunskap om



Foto: Pax Engström

kunskapsstyrningen ” vilket nästan låter löjligt samtidigt som det är exakt så det ligger till? Vårt kvalitetsregister NDR är förstås den ”pulsåder” all vårdkvalitet inom diabetesområdet emanerar i från och rimligen inser nu samtliga inblandade parter mer dess helt unika värde, världens bästa diabetesregister är där ett fullt rimligt antagande? Registerhållare Katarina Eeg- Olofsson hade i vanlig ordning uppskattad genomgång av registret och dess aktuella status. Det råder sammantaget en orubblig bubblande optimism trots ett antal problem och en mängd med olika slags ”pusselbitar” som behöver lösas inom diabetesvården, men vi bygger nya bitar dag och natt och vid mötet föddes många nya tankar och idéer- vi löser detta pussel ihop och vi ses igen nästa år.

TLVs utvärdering av avancerade insulinpumpar

<https://www.tlv.se/press/nyheter/arkiv/2025-12-17-tlv-avslutar-stort-projekt-for-att-utvardera-avancerade-insulinpumpar.html>

Under 2024 fick Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) ett uppdrag från Regionernas medicintekniska produktråd (MTP-rådet) om att utvärdera avancerade insulinpumpsystem för automatiserad insulintillförsel (AID-system) vid behandling av vuxna med typ 1-diabetes. TLV:s analys som publicerades mot slutet av december visar att AID-system ger en kliniskt relevant förbättring av blodsockerkontroll jämfört med insulinpenna i kombination med glukosmätare. Kostnadseffektiviteten varierar beroende på patientens nivå för långtidsblodsocker (HbA1c) vid behandlingsstart och är störst hos patienter med högre HbA1c. TLV bedömer vidare i sin rapport att säkerhetsprofilen för AID-systemen är jämförbar med jämförelsealternativet. Inga episoder av svår hypoglykemi eller diabetisk ketoacidosis rapporterades i studierna. Däremot förekom vidare mindre produktrelaterade problem, såsom hudreaktioner och tekniska fel, vilket är förväntat vid introduktion av ny teknik. Dessa händelser anses inte påverka den övergripande nyttan enligt rapporten.

Mer moderna vetenskapliga studier kan inte visa någon säkert ökad risk för diabetisk ketoacidosis. Samtidigt har insulinpumpar enbart snabbverkande insulin och det finns därför en inbyggd skörhet vid pumpdysfunktion som alltid måste beaktas i det individuella fallet och nyligen har det uppmärksammats några fall med allvarliga händelser i samband med insulinpumpsanvändning. Sjukvården måste hela tiden beakta riskerna med denna nya teknik och ständigt repetera kring reservplaner vid pumpdysfunktion inklusive behovet av blodketonstickor och att det fortfarande förstås behövs fingertestning av glukos i vissa lägen. Det är Läkemedelsverket (LMV) som har tillsynen över dessa medicintekniska produkter och de har glädjande nog fått ett utökat uppdrag under året. Enligt Dagens medicin (10/11) gör nu Läkemedelsverket medicinteknik till ett eget verksamhetsområde lett av en egen direktör för att stödja sjukvården i användningen av medicintekniska lösningar liksom för utökad tillsyn, detta välkomnas varmt och särskilt med tanke

på den explosion som pågår inom området artificiell intelligens som även berör flera delar av vården inklusive dessa nyare halvautomatiska pumpsystem.

Det är avslutningsvis hög tid att planera för deltagande i vårt helt unika årliga vetenskapliga diabetesmöte (Göteborg 15-17/4) där vi dessutom har den äran att hylla att NDR fyller 30 år, givetvis ett möte arrangerat tillsammans med sjuksköterskeföreningen SFSD, Vi är här mycket stolta över våra tre olika keynote speakers. Allra först den högst tongivande forskaren Parth Narendran från Birmingham som diskuterar kring screening av typ 1 diabetes i England inklusive erfarenheter kring det nya läkemedlet teplizumab som nu är godkänt inom EU. Sedan Mikael Rydén som presenterar sina banbrytande och prisbelönta upptäckter på svensk mark. Som allra sista föreläsare vid mötet har vi sedan glädjande nog den mycket välkända och vältaliga och starka forskarprofilen Agnes Wold som kommer att diskutera kring ”om faran med att ge råd”, varmt välkomna till mötet helt enkelt!

Olle Ljungström är en sann kultur-ikon inom musikens värld som tyvärr inte finns hos oss längre, han hade ett särskilt sätt att måla med ord som fångade mig tidigt och särskilt där i gråzonen mellan pekoral och geni med surrealismen som en slags ständig bekantskap. Humorn kryddad med en ”rejal skvätt” med ironi fanns där precis som sårbarheten alltid närvarande. Olle var samtidigt mycket trasig, han hade förutom sina högst omfattande problem med missbruk dessutom en diabetes. Jag väljer här att avsluta med några rader från honom som faktiskt berör det här med vädet och det viktiga med hoppet om en bättre framtid (eller var det nu handlar om egentligen)?

*”Solens strålar värmer upp jorden
Väcker dem som sover till liv
Vaknar utan en enda elak tanke
Och vill bara väl”*

JARL HELLMAN
Ordförande SFD

Hälsning från redaktionsrådet

Att arbeta med diabetesvård, precis som med annan vård, är att lära sig av sina förebilder.

Jag har lyssnat på tålmodiga diabetessjuksköterskor som guidat patienter genom pumpstarter och egenvårdstips, lagt på minnet vad de sagt. Tagit efter en klok kollegas formulering kring hur man kan förklara ketoacidosis på mest begripliga sätt. Av en annan kollega har jag lärt mig fråga om hypoglykemi-räds-la, och när jag ska misstänka ätstörning i kombination med diabetes. Jag inleder oftast besöken på samma sätt som en insiktsfull senior kollega brukar göra, och använder en annan kollegas finkänsliga sätt att fråga kring en del jobbiga ämnen. Av en diabetessjuksköterska har jag lärt mig bli tuffare, av en annan när jag ska släppa taget, av en tredje diverse tricks att få till det med pumpinställningar när det krånglar. Man härmar, lägger till, tar efter, och gör på sitt alldeles egna vis.

En av mina verkliga förebilder inom diabetologin är Stig Attvall, vars förtjänst det är att DiabetologNytt ramlat ner i brevlådan år efter år, fylld till bredden med artiklar, nyheter och intervjuer. Stigs otroliga energi, positiva hejarop, generösa personlighet och enorma ambition och passion för att sprida diabeteskunskap och -nyheter har varit, och är, en stor inspiration. När jag haft ett knepigt problem och mailat Stig har jag alltid inom loppet av minuter (bokstavligen!) fått ett hjälpsamt och vänligt svar, som Stig sedan dessutom fyllt på och följt upp. Stig är helt enkelt en äkta eldsjäl, enveten som få, och har varit helt outtröttlig i sin roll som redaktör för DiabetologNytt.

Men precis som övriga diabetesvården har genomgått förändringar står nu även vår tidning inför något nytt. Ett redaktionsråd kommer med gemensamma krafter ansvara för tidningen framöver, men upplägget kommer i stort vara som det varit tidigare.

SFDs ordförande Jarl Hellman inleder tidningen i sin spalt med en överblick över året som gått och vad vi kan vänta oss under 2026, där en av höjdpunkterna ju blir vårmötet i Göteborg 17–19/4. Vår vetenskapliga sekreterare Katarina Fagher tar oss med till EASD 2025 i Wien, och sammanfattar mötets viktigaste höjdpunkter och mest relevanta studier. Som vanligt har vi nyheter från Katarina Eeg-Olofsson och NDR, som ju firar 30 år i år! Även det ska givetvis firas under vårmötet i april. I vårt återkommande porträtt är det denna gång Helena Elding-Larsson som intervjuas om livet som barnläkare och professor, och om sitt intresse för självaste ursprunget till varför typ 1 diabetes uppstår.

Tänk att jag fick ta över stafettpippen av min förebild Stig Attvall, för denna första redaktörsspalt i ny regi! God diabetes-läsning till er alla!

SOPHIA RÖSSNER

NDR-nytt

Så här i uppstarten av ett nytt år vill vi både tacka för allt engagemang och arbete med att registrera till NDR samt påminna alla om att fortsätta att använda vårt gemensamma och värdefulla kvalitetsregister för diabetesvården. NDR-data skapar nytta i många sammanhang; i förbättringsarbete och uppföljning, av patientorganisationen i sitt påverkansarbete, för forskning och även av myndigheter och media. NDR firar 30 år i år och detta jubileumsår kommer uppmärksammas på flera sätt, inte minst på kommande Diabetologiskt vårmöte i Göteborg 15-17 april 2026.

Även om NDR är ett välanvänt kvalitetsregister för diabetesvården i Sverige så finns orosmoln som vi alla jobbar hårt för att skingra. Det har varit en del förändringar för NDR som har försvårat insamlingen av data från diabetesvården. Som ni alla vet har många regioner bytt journalsystem under det senaste året. Det har varit och är på flera håll fortfarande arbete kvar med att få de nya journalsystemen att fungera optimalt. Ett journalbyte påverkar möjligheten att snabbt få till en bra direktöverföring av data till NDR och vårdenheter har inte kapacitet att gå tillbaka till en manuell registrering då direktöverföringen pausas. Detta kan resultera i att data tillfälligtvis inte registreras till NDR i samma omfattning som tidigare. Förutom detta har NDR bytt plattform och dessutom fått minskade resurser både ekonomiskt och personmässigt. Vi behöver därför framåt hjälpas åt att hålla i och inte tappa motivationen i det här arbetet att komma i fas med registreringarna igen.

Varje enskild vårdenhet som rapporterar in och använder sin data bidrar till sitt eget kvalitetsarbete men gör också skillnad för forskning och för uppföljning av diabetesvården. Det är också viktigt att se så data som rapporteras in stämmer. Diabetesvården behöver tänka extra på att kontrollera så data som skickas in är korrekt. Detta görs genom att varje vårdenhet regelbundet validerar sina egna inrapporterade data med det som finns i patientjournalen. Tillsammans ser vi på så vis till att upprätthålla användbarheten och relevansen med vårt fantastiska kvalitetsregister NDR.

NDR data fortsätter bidra i utvärdering av diabetesvården och till nya forskningsresultat

Under 2025 kom det in 37 ansökningar om datauttag för forskning och 10 ansökningar om datauttag för andra ändamål, till exempel från andra myndigheter som Socialstyrelsen, från vårdverksamheter och från media. Alla ansökningar om datauttag görs via Västra Götalands Regionens digitala ansökningssystemet Dataport. Uppgifter från kvalitetsregistret som lämnas ut till media eller liknande

intressenter lämnas ut som bearbetad statistik på gruppnivå där ingen enskilds personuppgifter går att urskilja. För forskning krävs alltid en godkänd etikansökan från etikprövningsmyndigheten och i varje enskilt ärende görs även en men- och sekretessprövning innan data lämnas ut. Det är glädjande att NDR data används för forskning av många olika forskargrupper.

Studier publicerade 2025 har visat på både risker och möjligheter vid typ 1 diabetes och typ 2 diabetes. I en studie som jämförde personer med typ 1 diabetes och typ 2 diabetes hade de med typ 1 diabetes en högre risk för hjärt-kärlsjukdom och total mortalitet, särskilt i åldrar över 60 år. Lång diabetesduration bidrog till denna högre risk, samtidigt som behandling av påverkbara riskfaktorer kunde minska risken hos personer både med typ 1 diabetes och typ 2 diabetes (Patsoukaki V et al Lancet Diabetes Endocrinol. 2025). Typ 1 diabetes kan debutera i alla åldrar och en studie på personer med debut av typ 1 diabetes i vuxen ålder visade att personer med diagnos vid 40 års ålder inte hade bättre långsiktig prognos än de som diagnostiserades i yngre åldrar. Studien fann att dålig glykemisk kontroll, rökning och övervikt/fetma var de viktigaste faktorerna som bidrog till försämrad prognos och fann ett tydligt samband mellan fler okontrollerade riskfaktorer och ogynnsamma utfall, vilket belyser vikten av att behandla alla riskfaktorer så bra som möjligt (Wei Y et al. Eur Heart J. 2025). En studie på långtidseffekter av överviktskirurgi inkluderade personer med typ 2 diabetes som genomgått gastric bypass operation eller sleeve gastrectomi och belyser på både fördelar och begränsningar efter de olika operationsmetoderna. Studien kunde visa att gastric bypass operation påverkar kardiovaskulär och metabolisk hälsa positivt, men visar samtidigt på högre risk för negativa effekter på mag-tarm-hälsa, näringsstatus och psykiskt välbefinnande. Studien visade begränsad effekt av sleeve gastrectomi på dödlighet och fetmarelaterade utfall (Mejaddam A et al. Lancet Reg Health Eur. 2025). Dessa resultat bidrar till ökad kunskap och kan leda till en bättre vård för patienter med diabetes. Forskningsresultat där data från NDR har använts bidrar till ökad kunskap och driver på förbättringsarbetet i diabetesvården. På hemsidan finns en sammanställning av publikationer där NDR data bidragit. Hör gärna av dig om någon publikation saknas.

Stort tack till alla er i diabetesvården för allt ert arbete och för allt ert stöd till NDR. NDR ser fram emot detta 30-års jubileumsår och att få fortsätta arbeta för en bättre diabetesvård tillsammans med alla er.

KATARINA EEG-OLOFSSON

Registerhållare NDR





SVENSK FÖRENING FÖR DIABETOLOGI
SWEDISH SOCIETY FOR DIABETOLOGY

Dags att förnya ditt medlemskap – endast 25 kr per månad

Svensk Förening för Diabetologi SFD har förenklat rutinen för betalning av medlemsavgift. Du betalar månadsvis via Svenska Läkarförbundet. Kostnaden är 25 kr per månad eller 300 kr per år, dvs oförändrad.

Nedan gäller även om du inte är eller vill bli medlem i Svenska Läkarförbundet – och om du har en annan profession än läkare.

Gör så här

Du anmäler ditt medlemskap via slf.se

1. Välj **”Ansök om medlemskap”**
2. Välj **”Jag vill bli medlem i en specialitets- eller intresseförening”**
3. På sidan som öppnas väljer du **”Svensk Förening för Diabetologi”** i rullistan
4. Fyller i dina uppgifter

Du kan också registrera dig direkt via länken slf.se/bli-medlem/specialitets-och-intresseforening

Efter att du har anmält dig kommer medlemsavgiften att betalas månadsvis. Välj autogiro eller E-faktura. Faktura kostar 30 kr/mån. Medlemskapet fortsätter sedan med automatik. Om du vill vara med i flera föreningar – gå då in en gång till och välj nästa förening.

Om du nyligen har betalat din medlemsavgift via Swish, ber vi dig vänta ett år - innan du anmäler dig via länken upptill. Detta på grund av att fakturering startar direkt, när du registrerat ditt medlemskap.

Observera att medlemskap i SFD inte längre betalas via Swish.

Detta ingår i medlemsavgiften

- Tre dubbel-nummer av tidningen DiabetologNytt per post
- Reducerad avgift till SFD:s årliga vetenskapliga konferens
- Dagliga nyhetsuppdateringar på www.dagensdiabetes.se

Jag hälsar dig varmt välkommen som ny eller fortsatt medlem i SFD! Hör av dig om du har frågor.

Med vänlig hälsning,
Julia Otten Kassör
Svensk Förening för Diabetologi
julia.otten@umu.se

Är du läkare och redan medlem i Sveriges läkarförbund?

Då blir du enkelt medlem i SFD genom att logga in på ditt konto hos Läkarförbundet och klicka på **”Redigera uppgifter”**.





Rapport EASD

Europeiska Diabetesmötet 2025, Wien

Årets EASD-kongress, den 61:a i ordningen, hölls i Wien — en stad som förenar rik kulturhistoria med ett pulserande nutida stadsliv. Wien är känd för sin musiktradition (Mozart, Beethoven, Strauss) och sin världsberömda kaffehuskultur, som numera finns på UNESCO:s världsarvslista. Staden erbjuder en unik kombination av kejserliga palats (Schönbrunn, Hofburg), moderna museer och en dynamisk forskningsmiljö. Med sitt läge i hjärtat av Europa och ett rykte som en av världens mest levnadsvänliga städer är Wien en idealisk plats för internationella möten och vetenskaplig utbyte.

Kongressen öppnades av EASD:s president Chantal Mathieu, som hälsade de cirka 18 000 deltagarna välkomna. Hon meddelade att detta blir hennes sista möte som president då hon avgår vid årsskiftet. Hennes efterträdare blir professor Francesco Giorgino från Bari, Italien, vars forskningsinriktning är insulinresistens, betacellsdysfunktion vid typ 2-diabetes och fettvävsfysiologi.



Chantal Mathieu

Foto: EASD.org

Totalt presenterades 1 354 accepterade abstracts under kongressen. Tematiskt dominerade fortsatt obesitas och inkretinbaserade behandlingar, men även typ 1-diabetes och teknikutveckling inom diabetesvården hade framträdande utrymme. Nedan följer ett axplock av för mig särskilt intressanta sessioner, studier och kliniska nyheter.

Camillo Golgi-pris till Professor Mikael Rydén

En höjdpunkt för svensk diabetologisk forskning var att professor Mikael Rydén (Karolinska Institutet) tilldelades Camillo Golgi-priset 2025 — första gången en svensk mottar denna utmärkelse. I sin prisföreläsning presenterade Rydén forskning kring energilagringsskapacitet, immunmetabolism och insulinsignalering i adipocyter. Ett särskilt intressant fynd var data från kol-14-metodik som indikerar att triglyceridpoolen i fettceller hos personer med obesitas har en högre genomsnittsalder än hos smala kontroller — ett tecken på störd och förlångsam energiomsättning i fettväv.



Mikael Rydén

ADA/EASD-konsensus om screening för tidiga stadier av typ 1-diabetes

En arbetsgrupp från ADA/EASD presenterade ett nytt konsensusdokument om screening för tidiga stadier av typ 1-diabetes — en fortsättning på förra årets rekommendationer som handlade om uppföljning och monitorering av antikroppspositiva individer. I år fokuserade gruppen på frågan vilka som ska screenas, vid vilken ålder och hur ofta.

Huvudrekommendationen är att överväga populationell screening av barn vid följande åldersintervall: 2–4 år, 6–8 år och 10–15 år. Motiveringen till populationell screening var att majoriteten av de som insjuknar inte har förstagradssläkting med typ 1-diabetes (endast ~15 % har det) och att ketoacidoserisk vid debut ofta är högre hos de utan familjehistoria — sannolikt p.g.a. lägre uppmärksamhet på symptom. Arbetsgruppen föreslår dock att man inledningsvis kan prioritera screening av förstagradssläktingar, innan man skalar upp till bred befolkningsscreening. För personer >15 år bedömdes evidensen otillräcklig för rutinmässig screening, men att en engångsscreening eventuellt kan övervägas.

Vissa länder har redan börjat rekommendera screening, men hur vi i Sverige ska ställa oss till screening och monitorering är ännu inte klarlagt, men en tillsatt arbetsgrupp har börjat diskutera frågan.

Singel GAD-antikroppar hos vuxna – långtidsrisk för typ 1-diabetes

Som en fortsättning på temat kring screening och den begränsade evidensen hos vuxna presenterade Dr. Sian Grace (Bristol) nya data från Bart's Oxford Family Study. I studien screenades över 4 000 vuxna förstagradssläktingar till barn med typ 1-diabetes för autoantikroppar (GAD, IA-2 och ZnT8) och följdes upp till 40 år för utveckling av sjukdomen.

Bland deltagare med enbart GAD-antikroppar ($n = 199$) utvecklade 27 % typ 1-diabetes under uppföljningen, motsvarande en 10-årsrisk på 12 %. De antikroppsnegativa hade en 10-årsrisk på endast 2 %.

Intressant nog visade resultaten att individer med hög GAD-titer hade nästan lika hög 10-årsrisk att insjukna (ca 39 %) som de med flera antikroppar (ca 41 %), medan låg GAD-titer var kopplad till betydligt lägre risk (~9 %).

Immunmodulering vid nydiagnosticerad typ 1-diabetes – MELD-ATG trial

Antithymocytglobulin (ATG) är ett äldre immundämpande läkemedel som innehåller antikroppar riktade mot humana T-lymfocyter, framställda från kanin. Det används bland annat som induktionsbehandling inför benmärgstransplantation.

Tidigare mindre studier har visat att ATG kan bromsa förlusten av betacellsfunktion vid nydebuterad typ 1-diabetes, men också att behandlingen kan ge biverkningar som cytokinstorm och serumsjuka (antikroppsbildning mot läkemedlet).

MELD-ATG-studien (Minimum Effective Low Dose-ATG) undersökte om en låg dos ATG kunde bevara betacellsfunktionen hos nyligen insjuknade patienter (5–25 års ålder). I denna randomiserade, placebokontrollerade multicenterstudie gavs en engångsdos ATG i olika doser inom 9 veckor efter diabetesdebut. Efter 12 månader visade båda doserna signifikant högre AUC för C-peptid jämfört med placebo, med tydligare effekt hos yngre deltagare. Biverkningar som cytokinstorm och serumsjuka förekom, men frekvens och duration var lägre i lågdosgruppen (0,5 mg/kg). Studien indikerar att lågdos-ATG verkar kunna bevara viss betacellsfunktion, men klinisk relevans i förhållande till biverkningar återstår att bedöma.

Nya EASD/ADA uppdaterade guidelines för T1D

Anne L. Peters (Kalifornien, USA) och Richard I.G. Holt (Southampton, England) presenterade nya preliminära riktlinjer för typ 1-diabetes (T1D). En central nyhet är den uppdaterade algoritmen för diagnostik hos vuxna.

Man betonar att T1D alltid bör övervägas vid insjuknande före 35 års ålder, särskilt vid debut med ketoacidosis eller ofrivillig viktnedgång.



Vid diagnos rekommenderas testning av diabetesrelaterade autoantikroppar — i första hand GAD, och i andra hand IA2 eller ZnT8. Om antikroppar saknas helt eller om endast en låggradig singelantikropp påvisas, bör icke-fastande C-peptid mätas för att fastställa diagnos. Ett C-peptidvärde $< 0,2$ nmol/L talar starkt för T1D, medan ett värde $> 0,6$ nmol/L tillsammans med negativ antikrops-testning (alternativt låggradig singel-antikropp) och typisk T2D-klinik talar för typ 2-diabetes. För individer under 35 år med negativ antikropsstatus och C-peptid $> 0,2$ nmol/L rekommenderas genetisk testning för monogen diabetes. Vid intermediära C-peptidnivåer ($0,2$ – $0,6$ nmol/L) och oklar diagnos bör omkontroll av C-peptid göras efter cirka tre år.

Ett annat uppdaterat avsnitt rör kardiovaskulär riskfaktorhantering. Här betonas särskilt att statin-behandling bör övervägas för alla personer med typ 1-diabetes över 40 års ålder, samt för yngre (20–39 år) med ytterligare kardiovaskulära riskfaktorer. Målet är att sänka LDL-kolesterol med minst 50 %, med behandlingsmål $< 1,8$ mmol/L vid primärprevention och $< 1,4$ mmol/L vid sekundärprevention.

Man rekommenderar även ett stramare blodtrycksmål — $< 120/80$ mmHg — för individer med hög kardiovaskulär risk eller med mikrovaskulära komplikationer, särskilt vid njurpåverkan.

Inkretiner, kända och nya molekyler – klinisk utveckling och fas-3-data

Utvecklingen av inkretinbaserade läkemedel eller sk. “NuSH-based (nutrient stimulating hormone based) therapies” som man nu omnämner dem fortsätter snabbt med bredare indikationer och nya substansklasser.

Orforglipron (ATTAIN-1) vid obesitas

ATTAIN-1 presenterade fas-3-data för orforglipron, en peroral “small-molecule” GLP-1-agonist (Eli Lilly), med en ökad biotillgänglighet och som därmed kan tas med eller utan mat. Detta var en stor dubbelblind, placebo-kontrollerad viktreduktionsstudie med 72-veckors uppföljning. Cirka 3 127 vuxna med obesitas + minst en viktrelaterad samsjuklighet (t.ex. högt blodtryck, dyslipidemi, sömnapné, eller hjärt-kärlsjukdom) men utan diabetes inkluderades. Alla dosnivåer (6 mg, 12 mg och 36 mg) överträffade placebo vad gäller viktnedgång vid 72 veckor; högsta dosen gav betydande genomsnittlig viktnedgång ($-13,5$ kg) och hög andel deltagare med ≥ 10 – 15 % viktnedgång. Man såg även en fördel i Orforglipron gruppen gällande övriga metabol parametrar så som HbA1c, triglycerider, CRP och blodtryck. Biverkningsprofilen var i huvudsak gastrointestinal och överensstämde med

andra GLP-1-läkemedel. ATTAİN-1 indikerar att effektiva perorala small-molecule GLP1 läkemedel kan bli ett kliniskt alternativ till injicerbara preparat — med stora fördelar gällande tillgänglighet och biotillgänglighet, om säkerheten och långtidseffekter kan verifieras i framtiden.

SURPASS-CVOT (Tirzepatid vs Dulaglutid vid hjärtskärlsjukdom och T2D)

Detta var en stor kardiovaskulär säkerhetsstudie (CVOT) som direkt jämförde Tirzepatid (GIP/GLP-1-dual agonist) mot Dulaglutid (GLP-1-agonist) hos patienter med typ 2-diabetes och etablerad kardiovaskulär sjukdom. Detta var till skillnad från tidigare kardiovaskulära säkerhetsstudier inte en placebokontrollerad studie, utan det är första gången en dual-agonist testas head-to-head mot en etablerad GLP-1-agonist med känd dokumenterad kardiovaskulär fördel, i ett CVOT-upplägg. Studien som innefattade >13 000 vuxna individer med typ 2 diabetes som följdes under fyra år, uppfyllde non-inferiority, dvs Tirzepatid var minst lika bra som Dulaglutid, på att minska kardiovaskulär död, hjärtinfarkt eller stroke (MACE-3p). Man såg en trend, men dock ej signifikant, mot lägre MACE-frekvens med tirzepatid (HR 0,92; 95,3 % CI 0,83–1,01), samt en lägre all-cause-mortalitet (cirka 16 % lägre) i favör för Tirzepatid i de presenterade data. Andra fördelar med Tirzepatid inkluderade: bättre glukoskontroll (HbA1c -1,7% vs -0,9%), större vikttnedgång (-12,1% vs -5,0%), och långsammare reduktion av njurfunktion (HR 0,81). Sammanfattningsvis fann man att Tirzepatid skyddar mot kar-

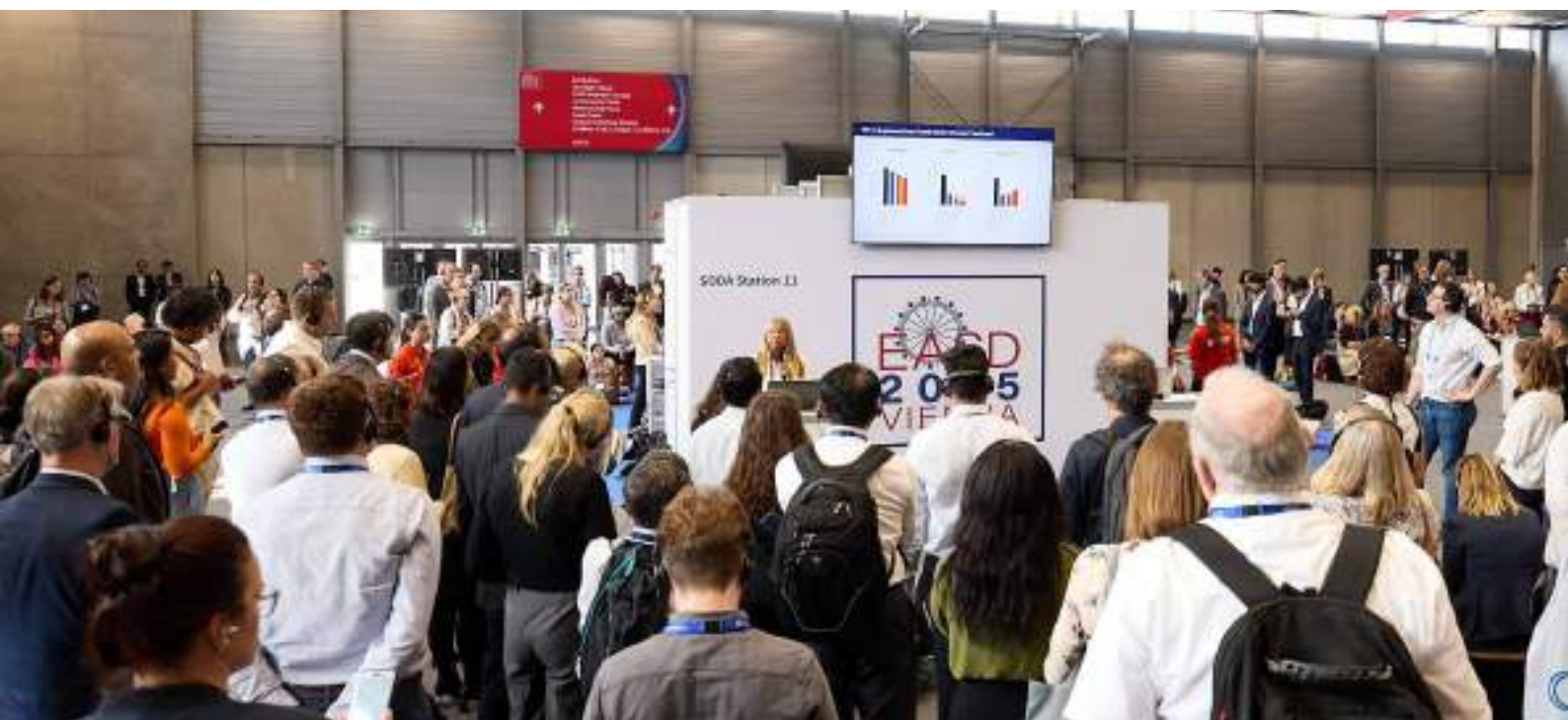
diovaskulär sjukdom, även om resultaten inte överträffade Dulaglutid, trots en positiv trend.

STEP-UP trial och STEP-UP T2D (semaglutid 7,2 mg vid obesitas respektive vid obesitas+T2D)

STEP-UP presenterade fas 3 data för semaglutid 7,2 mg veckoinjektion, dvs en högre dos än vi idag har på marknaden, jämfört med 2,4 mg och placebo. Drygt 1700 personer med obesitas, men utan diabetes (i primärstudien), med genomsnitts BMI på 40 inkluderades. Studien visade att den högre 7,2 mg-dosen gav större vikttnedgång (-20,7%) jämfört med idag godkända dosen 2,4 mg (-17,5%) och placebo (-2,4%) efter 72 veckor. En betydande andel (1 av 3) uppnådde ≥ 25 % viktreduktion att jämföra med 16,7% i 2,5 mg gruppen och inga i placebo-gruppen.

STEP-UP T2D undersökte effekten och säkerhet enav Semaglutide 7,2 mg en gång per vecka hos vuxna med typ 2-diabetes och fetma (BMI minst 30 kg/m²) jämfört med den lägre dosen semaglutid 2,4 mg och placebo. Studien visade att semaglutid 7,2 mg kan ge betydande viktnedgång (-13,2%) jämfört med 2,4 mg Semaglutid (-10,4%) och placebo (-3,9%) och förbättrad metabol kontroll (HbA1c -1,7% med 7,2 mg Semaglutid, jämfört med -1,6% med 2,4 mg och -0,2% med placebo).

Säkerhetsprofilen i både STEP-UP och STEP-UP T2D var i stort lik den för lägre dos Semaglutid, med något ökade gastrointestinala biverkningar med den högre dosen, men inga nya tydliga allvarliga signaler presenterades. Studien indikerar således



att ytterligare dosökning av Semaglutid kan ge ytterligare klinisk nytta vid svår obesitas.

TIRTLE-1 (tirzepatid vid T1D och obesitas)

TIRTLE 1 syftade till att utvärdera effekten av dual-agonisten (GLP1/GIP analog) Tirzepatid hos vuxna med typ 1-diabetes och BMI ≥ 30 kg/m². Detta var en dubbelblindad, randomiserad fas 2 studie där Tirzepatid titrerades upp till 5 mg per vecka och jämfördes med placebo under 12 veckors tid. Totalt 24 patienter med en genomsnittsålder på 41 år inkluderades gick i studien. Försökspersonerna hade i genomsnitt ett BMI på 33,7 vid studiestart och ett medel HbA1c på 7,3% (56 mmol/mol). Hälften av individerna behandlades med insulinpump, resten med penna.

Studieresultatet visade en betydande viktreduktion i Tirzepatidgruppen (-10,3 kg jämfört med -0,7 kg i placebogruppen). Även HbA1c minskade 0,5%, (gränssignifikant skillnad på 0,4% mellan grupperna, $p=0,05$). Insulinbehovet minskade markant, i genomsnitt -35% i Tirzepatidgruppen, med minskning både av basaldos (-25%) och bolus (-49%).

Diabetes-teknik – långtidsuppföljning och real-world-data

Tandem Control-IQ (2 års uppföljning)

Jolien De Meulemeester från Belgien, som tilldelades EASD Early Career Award för bästa abstract, presenterade tvåårsresultaten från en prospektiv multicenterstudie som följt 473 vuxna användare av Tandem Control-IQ. Deltagarna (57 % kvinnor) var i genomsnitt 38,5 år med en diabetesduration på 20 år och ett HbA1c på 7,4 % vid start. Hälften var pumpnaiva, medan övriga bytte från annat pumpsystem.

Efter 12 månader hade HbA1c sjunkit från 7,4 % till 6,7 % (57 till 50 mmol/mol), TIR ökat från 59 % till 71 %, och TBR ($<3,9$ mmol/L) halverats (4,2 % $\rightarrow$ 2,1 %). Antalet allvarliga hypoglykemier minskade markant (41 $\rightarrow$ 15 händelser per 100 personår). Efter 24 månader bestod samtliga dessa glukosrelaterade förbättringar.

Dessutom sågs förbättrad livskvalitet och behandlingsnöjdhet, med signifikant minskad hypoglykemirädsla samt förbättrad social- och arbetsrelaterad funktionsförmåga. Även sjukfrånvaron minskade (126 $\rightarrow$ 69 dagar/100 personår), vilket understryker den potentiella hälsoekonomiska nyttan av systemet.

Medtronic 780G (3 års uppföljning från Carelink)

Även Medtronic 780 G redovisade en real-life långtidsuppföljning på tre år, med sensordata från Carelink. Även här såg man bestående positiva effekter på time-in range (TIR ökade till 78,6%), ett resultat som stod sig upp till 3 år efter initiering av Medtronic 780 G pump. Tyvärr redovisas inga effekter på HbA1c, men oavsett verkar resultaten på utifrån sensordata i Carelink vara bestående över tid.

RADIANT trial (Omnipod 5)

RADIANT-studien genomfördes vid 19 centra i England, Frankrike och Belgien och inkluderade 188 vuxna med typ 1-diabetes. Deltagarna randomiserades till Omnipod 5 eller fortsatt pennbehandling under 13 veckor. Vid studiestart hade deltagarna ett genomsnittligt HbA1c på 8,3 % (67 mmol/mol).

Efter 13 veckor hade Omnipod 5-gruppen förbättrat sitt HbA1c till 7,3 %, vilket motsvarade en signifikant skillnad på -0,8 % (≈ 9 mmol/mol) jäm-



fört med kontrollgruppen. Time in Range (TIR) ökade samtidigt från 41 % till 65 %, en förbättring på 23 procentenheter mellan grupperna, utan ökad risk för hypoglykemi eller ketoacidosis (DKA).

Graviditet och diabetes

– TANGO-DM och GRACE trial

Treatment of gestational diabetes in women with discordant OGTT results – The TANGO-DM trial

TANGO-DM-studien jämförde behandling av graviditetsdiabetes (GDM) enligt WHO:s nya 2013-kriterier (baserade på IADPSG/HAPO) med de tidigare WHO-1999-kriterierna. Enligt WHO 1999 diagnostiserades GDM endast om 2-timmarssvärdet vid OGTT var ≥ 7.8 mmol/L, medan WHO 2013 sänkte gränserna och inkluderade fastande glukos ≥ 5.1 , 1 timme OGTT ≥ 10.0 och 2 timmar ≥ 8.5 mmol/L. Detta ledde till en markant ökning av GDM-diagnoser, där den kliniska nyttan har ifrågasatts. TANGO var en öppen, multicenter RCT vid 21 centra i Nederländerna, där drygt 1 000 kvinnor med diskordanta OGTT-resultat (dvs de som enbart fick GDM-diagnos enligt 2013, men ej med 1999 års kriterier) randomiserades antingen till GDM-behandling eller sedvanlig rutinmödravård. Det primära utfallet – andel barn med födelsevikt >90 :e percentilen (LGA) – skilde sig inte åt mellan grupperna (18,3 % i GDM-gruppen vs 17,4 % i rutin-MVC). Kvinnor i GDM-gruppen fick oftare glukossänkande behandling (12 % insulin) och hade längre vårdtid. Neonatal hypoglykemi var också vanligare i GDM-gruppen, medan övriga sekundära utfall (makrosomi, skulderdystoci, Apgar) inte skilde sig åt. Konklusionen var att behandling av kvinnor som endast uppfyller WHO 2013 års kriterier för GDM inte minskade risken för LGA eller andra negativa graviditetsutfall. Resultaten talar för att GDM-kriterierna kan behöva omvärderas.

GRACE trial (real-time CGM vs kapillära glukos vid GDM)

GRACE var en internationell multicenter-RCT som jämförde real-time CGM med kapillär testning vid GDM. 375 patienter randomiserades. Andelen LGA-barn var 3,5 % i CGM-gruppen kontra 10,3 % i SMBG-gruppen ($p = 0,014$). Grupperna behandlades mot samma målvärde, dvs fP-glukos $<5,3$ mmol/l och postprandiellt $<7,8$ mmol/l och TIRp 3,6-7,8 mmol/l. Efter justering för BMI, graviditetslängd, tidig GDM-diagnos (<24 veckor) och tidigare GDM kvarstod en signifikant riskreduktion (OR 0,27). Sekundära utfall (neonatal intensivvård, neonatal hypoglykemi) visade inga tydliga skillnader; insulinanvändning var likvärdig även om fler i CGM-gruppen använde snabbverkande insulin. Resultaten talar för att real-time CGM kan förbättra graviditetsutfall vid GDM, åtminstone i vissa populationer.



Avslutande reflektioner

Betyg EASD 2025

- EASD 2025 speglade både kontinuitet och förnyelse i diabetologin.
- Debatten kring screeningstrategier för typ 1-diabetes och tolkningen av olika GDM-kriterier
- visar att evidensbaserade vägval fortfarande kräver noggrann avvägning mellan nytta, kostnad och potentiella risker.
- Framöver blir viktiga frågor som vi får ta med oss hem till Sverige hur nya farmaka, teknologier och tidiga interventionsstrategier bäst integreras i klinisk praxis för maximal patientnytta.
- Jag upplevde årets EASD som en mycket välarbangerad och bra diabeteskongress, får den sammanlagda betyget 4 av 5 möjliga.

Nästa år ser vi farm emot EASD i Milano 29/9-2/10.

1. Val av konferensstad: 5
2. Konferenscentrat: 4 (smidigt att ta sig dit med tunnelbana, och det fanns en del lunchställe runt om konferensstället)
3. Mötets innehåll: 4
4. Virtuellt plattform/app: 3 (appen var usel i år, då man hela tiden kastades tillbaka till dag 1 när man sökte). Den virtuella plattformen var dock mer lättnavigerad.
5. Möjlighet att ta del av innehåll efterhand: 3 Plattformen lättnavigerad men tyvärr enbart möjlighet att gå in där inom 2 månader.
6. Nya studier: 4
7. Totalt betyg: 4 (tyvärr är priset ganska högt) men generellt en trevlig och välarbangerad kongress.

Rapport för DiabetologNytt

KATARINA FAGHER

Vetenskaplig sekreterare SFD

Överläkare Skånes Universitetssjukhus SUS Lund

”Målet med min forskning är att göra mig själv arbetslös”

Hon är professorn som vigt sin forskarkarriär åt att försöka lösa gåtan på hur typ 1-diabetes uppstår – och kan förhindras. För DiabetologNytt berättar Helena Elding Larsson om viktiga pusselbitar, lusten att jobba med barn och valet att åka tåg genom Europa.

Helena Elding Larsson befinner sig för dagen på barnmedicins verksamhet i Lund. I brist på ett eget arbetsrum här har hon tagit sin tillflykt till ett operasontligt grupprum varifrån hon skymtar himlen och en trädkrona. Hon är klädd i en guldbrun blus, det matchande, vågiga håret slutar strax ovanför axlarna och på bordet bredvid datorn ligger läsglasögonen.

Sedan hon ifjol slutade som verksamhetschef för barnmedicin på Skånes universitetssjukhus (SUS) i Malmö och Lund – ett jobb hon innehade i fem år – har hon en delad tjänst. Merparten av tiden tillbringar hon på forskningsavdelningen i Malmö där hon har ett eget hörnrum med utsikt över den barnmedicinska kliniken. I den senare har hon mottagning en dag varannan vecka – för i första hand barn med typ 1-diabetes. Varannan vecka är hon på kliniken i Lund. Under chefsåren hade hon nästan inga patienter; som ansvarig för 700 anställda och två akutmottagningar hanns det helt enkelt inte med.

– Jag är ju barnläkare i grunden och tycker om mötet med mina patienter; barn har en härlig förmåga att vara spontana och ärliga. Jag trivs med min nuvarande blandning av klinik, undervisning, handledning, forskning och en del regionala uppdrag. Nu har jag tid igen att skriva ansökningar och driva projekt. Det var mycket som var på sparlåga när jag var chef, konstaterar Helena på Lundaskånska när vi ses över Teams.

I skrivande stund, i mitten på november, har hon tillsammans med kollegor nyligen fått en vetenskaplig artikel publicerad i den prestigefulla medicinska tidskriften The Lancet. Artikeln berättar om resultaten i den europeiska studien POInT, där forskare i fem länder har undersökt om oralt insulin kan förhindra typ 1-diabetes hos små barn med en genetiskt förhöjd risk att utveckla sjukdomen. Helena är vetenskapligt ansvarig för den svenska delen av studien och hon medger att resul-

taten till viss del var en besvikelse: behandlingen visade sig inte kunna förhindra utvecklingen av sjukdomen. En ljusglimt var dock att insulinet fördröjde insjuknandet för vissa barn.

– Jag ser detta som ännu en pusselbit. Att en undergrupp av barnen med en viss genetisk variant verkade ha effekt visar tydligt att även prevention behöver skräddarsys och att genetiken är en viktig sak att ta hänsyn till i detta. Våra resultat bäddar för ytterligare precisionsbaserade preventionsstudier. Det är precis så här vi behöver jobba: studera något, hitta fynd som får studeras vidare och sedan nå ytterligare en bit på väg.

Temat för POInT-studien ingår i den röda tråd som har genomsyrat Helenas forskning sedan start. Hon har intresserat sig för frågor som: Vilka faktorer triggar igång typ 1-diabetes? Hur ser processen som föregår sjukdomen ut? Och hur kan man förhålla den alternativt förhindra att den alls sätter igång? Utöver de möjliga positiva effekterna av oralt insulin finns redan ett registrerat läkemedel som har visat sig kunna fördröja diabetes med flera år: Teplizumab. Det verkar genom att påverka immunförsvarets angrepp på kroppens egna insulinproducerande betaceller. Även om läkemedlet ännu inte är godkänt i Sverige har Helena och hennes forskarkollegor i Malmö redan testat att ge det i ett specialprogram.

– Jag är övertygad om att det bara är en tidsfråga innan vi ser mer av denna typ av läkemedel. I framtiden tror jag att vi som diabetesläkare kommer att arbeta mer som reumatologerna, att gå in tidigt med kombinationer av läkemedel för att förhindra organsvikt. Och utöver de fantastiska tekniska hjälpmedel vi har idag finns även de nya, viktiga metoderna för stamcellsterapier för de som redan har utvecklat typ 1-diabetes. Det är stort. Jag är faktiskt inte säker på att jag hade förväntat mig den här positiva utvecklingen när jag började jobba med diabetes 2001.

*”Ett barn har hela
livet framför sig
– därför känns min roll
som läkare så viktig.”*

HELENA ELDING LARSSON

Ålder: 57 år.

Bor: I en femrummare i Malmö.

Familj: Man och tre utflugna barn.

Jobbar som: Professor i autoimmuna sjukdomar och forskare vid Lunds universitets diabetescentrum (LUDC) samt överläkare vid barnkliniken i Malmö och Lund. Undervisar även och leder studenter och doktorander.

Intressen: Skönlitteratur, konst, teater, att resa med tåg och att vara i naturen.

Äter helst: God vegetarisk mat.

Det visste du inte om Helena:

”Jag blir åksjuk när jag åker slalom vilket innebär att jag föredrar längdskidor nuförtiden.”

Helenas personliga resa började något tidigare. Hon föddes i Lund 1968 och växte upp med sina två syskon och föräldrar – bägge kemister – i en 50-talsvillan. Som liten spelade hon flöjt och var medlem i Friluftsrådet. När det var dags för gymnasiet valde hon inriktningen natur-miljö och funderade ett tag på att kanske bli barnmorska eller fysioterapeut. Snart landade hon dock i att det var läkare hon ville bli, trots att det inte fanns någon med det yrket i familjen eller bekantskapskretsen.

– Jag jobbade någon sommar i hemtjänsten då jag cyklade runt i Lund och hälsade på hos äldre. Jag gillade det och lockades nog av att få ta hand om patienter. Läkare kändes också så konkret på något sätt.

Efter studenten väntade ett halvår i England där hon jobbade som au pair i en familj med fyra barn innan hon återvände till Lund och började på läkarlinjen. Den våren, 1988, kändes som en nystart.

– Man rev upp gamla band och skapade nya med människor som i många fall kom utanför Lund och inte kände någon.

Hon flyttade runt mellan olika rum och lägenheter innan hon fick en plats som husförman på Lokus medicus, medicinarnas hus. Rollen innebar att hon hade det operativa ansvaret för driften av huset, som att sköta bokningar och administration, men också att hon serverade på fester. I gengäld fick hon en egen lägenhet i huset.

– Det var roligt och ganska lagom att göra under ett år på preklin. Efter det började de kliniska terminerna.

Tidigt väcktes en vilja att bli barnläkare.

– Jag vickade som undersköterska på barnonkologen två somrar och hade jobbat på BB på Danderyds sjukhus en sommar. Jag tänkte nog hela tiden att jag ville jobba med barn.

Varför det?

– Jag tror att jag alltid har tyckt att det har varit roligt med barn. Utmaningen med att arbeta med barn är att få dem med sig. Man kan behöva jobba lite extra för att nå fram till barnet genom att prata med det på rätt nivå. Det är ibland svårt, men blir då en extra utmaning. Ett barn har hela livet framför sig – därför känns din roll som läkare så viktig. Av samma anledning kan det ibland vara ganska tufft. Jag tycker även att samarbetet med föräldrarna är intressant och om man ser sig som barnets advokat brukar man hamna rätt.

I slutet på utbildningen åkte Helena på ett utbyteshalvår till Philadelphia i USA. Hon läste en termin av pediatrik som hon sedan fick tenta av i Malmö.

– Det var en spännande tid. Jag fick vara student

på ett jättestort barnsjukhus och se saker som jag aldrig hade sett förut. Från USA tog jag med mig många erfarenheter men också insikten om hur mycket läkarna där arbetade och att arbetstidsregleringen i Sverige är guld värd.

Hon fick AT i Landskrona och lyckades få in en del tid på barnpsykiatri. Därefter sökte hon och fick ett vikariat på barnmedicin i Malmö som så småningom övergick i en ST-tjänst.

– Där mötte jag mina första diabetespatienter och funderade mycket på vad det var som triggade igång typ 1-diabetes. Vi hade ingen aning om hur förloppet såg ut innan diagnosen var ett faktum; det fanns ingen som hade tittat på det då – inte före DiPiS.

Studien som Helena refererar till, Diabetes Prediction in Skåne, screenade barn vid födseln mellan 2001 och 2004 och syftade till att identifiera barn med ökad risk att utveckla typ 1-diabetes. Uppföljningen av dessa barn pågick sedan tills de var 15 år. Projektet hade precis dragit igång när det blev startskottet för Helenas forskarbana.

– Jag kände att jag ville börja forska och hittade en handledare i Sten Ivarsson som var involverad i DiPiS. Snart kom jag även i kontakt med Åke Lernmark, en av projektets initiativtagare. Åke blev min bihandledare och han var otroligt entusiastisk och uppmuntrande och kompletterade Sten bra.

DiPiS var föregångaren till TEDDY-studien – ett omfattande, internationellt forskningsprojekt med syfte att identifiera orsakerna bakom typ 1-diabetes hos barn med genetisk risk. Helena var med vid uppstarten 2004 och Åke Lernmark såg direkt till att hon fick en självständig roll i projektet som europeisk ordförande i kommittén för den kliniska implementationen. Hon kom att jobba nära sin amerikanska motsvarighet, barnendokrinologen Mike Haller.

– Han och många andra forskarkollegor i TEDDY har varit goda samarbetspartner genom åren.

Snart fick Helena sina första artiklar publicerade och år 2008 disputerade hon med en avhandling baserad på data från DiPiS-studien. Hon hade undersökt hur man kan förutsäga risken att ett barn insjuknar i typ 1-diabetes genom att titta på födelsevikt och tillväxt på längden.

– Jag samlade in data om tillväxt från barnavårdscentraler i Skåne och matade för hand in data från en stor mängd pappersjournalkopior. Det var en hel del grovgröa.

Hur var det att doktorera?

– Det var en milstolpe. Själva disputationen upplevde jag som ganska rolig. Jag hade fyllt 40 samma år så det blev en kombinerad 40-års- och disputationsfest.



Efteråt tilldelades hon en treårig forskningstjänst på halvtid, parallellt med arbetet som kliniker, och lyckades förlänga den två gånger. Någon post doc utomlands blev det aldrig, men i och med sitt arbete i bland annat TEDDY-projektet åkte hon på många internationella möten. De första publicerade studierna som visade att barnen med autoantikroppar skulle komma att få typ 1-diabetes ledde till att Helena med kollegor, efter ett möte med Läke-medelsverket, fick tillstånd till en preventionsstudie med GAD-Alum. Det var den första studien där detta testades i förebyggande syfte.

– Studien var liten och vi lyckades under vår uppföljning inte visa att GAD-Alum fördröjde eller förhindrade typ 1-diabetes, men vi fick en hel del annan kunskap som vi bygger vidare på.

Som en del av forskningsprojekten har Helena genom åren ringt upp många föräldrar till barn som i studierna har visat sig ha autoantikroppar.

– De samtalen är tuffa. På senare år har våra fantastiska forskningssköterskor gjort många av dessa samtal, men i DiPiS ringde jag på slutet de flesta av dem. Jag tror att det är bra att ha den erfarenheten.

Idag pågår en diskussion internationellt om huruvida man bör screena alla barn för typ 1-diabetes. Italien har gått i bräschen i frågan. Hur ser du på att införa allmän nationell screening i Sverige?

”Jag ser mig själv som en liten kugge i ett hjul. Vi är så många som bidrar.”

– Jag är modest. Det finns fördelar med att screena, som att barnen då inte hinner få det riktigt höga blodsockret innan sjukdomen upptäcks. Tidig diagnos ger även minskad risk för komplikationer. Samtidigt kan screeningen i sig skapa en oro hos föräldrar och barn. Det är två vågskålar; man måste väga kostnad mot nytta. Jag tror även att vi behöver veta vad vi faktiskt kan erbjuda de barn som diagnostiseras under en screening. Men snart kommer det att finnas fler effektiva läkemedel på marknaden och därför känns det viktigt att vi testar hur screening och uppföljning ska ske redan nu, för att vara redo.

Vad hoppas du på när det gäller din fortsatta forskning kring sjukdomen?

– Jag har egentligen tänkt att målet med min forskning är att göra mig själv arbetslös: att inga barn ska få typ 1-diabetes. Det kommer såklart inte bli så, men jag tror att vi kan minska antalet barn som insjuknar genom både primärprevention och framtida läkemedel, säger hon och tillägger:

– Vår forskning är bara en del av all den forskning som pågår där ute och jag ser mig själv som en liten kugge i ett hjul. Vi är så många som bidrar. Utöver forskarkollegor har vi de som tar proverna, som jobbar i labbet, som ringer upp föräldrar och inte minst alla barn och föräldrar som ställer upp i våra studier för att vi ska kunna lära oss mer om sjukdomen.

Vad tänker du om din karriär hittills?

– Jag tänker att jag i egenskap av forskare och kliniker har lagt en pusselbit i kartan för att lösa gåtan kring typ 1-diabetes. Mina år som chef var också spännande – det är en ynnest att få lov att leda en så fin verksamhet. Jag lärde mig mycket både om mig själv och rent praktiskt kring ledarskap, inte minst under pandemiåren. Men jag tror också att det var bra för mig att stiga av innan jag hade varit chef för länge. För mig har det varit viktigt att alltid ha en fot i kliniken, att alltid komma ihåg att det är för patienterna jag forskar och inte för min karriärs skull eller något annat.

Jag undrar om det finns något hon upplever att hon har fått offra för karriären. Hon skrattar till och funderar sedan några sekunder med kinden vilandes i handen.

– Nej, jag tror faktiskt inte det. Periodvis har det förstås funnit saker i arbetslivet som har känts frustrerande men på det stora hela tror jag inte att jag ångrar något.

När Helena inte arbetar åker hon gärna till familjens hus på Österlen. Det har hon målat om i olika omgångar och om somrarna trivs hon i trädgården, i skogen och vid havet. Därtill träffar hon sina tre utflugna barn ”när tillfälle ges” och gillar att resa – med tåg, i den mån det är möjligt.

– Jag har åkt såväl till Wien och München som London och Paris med tåg och det går utmärkt. Man kan både sova och jobba under resans gång. Det är ett sätt för mig att dra mitt strå till stacken när det gäller miljön. Jag äter även vegetariskt sedan många år tillbaka.

Vad drömmer du om?

– Jag hade gärna haft lite mer fritid till att tågluffa i Europa och gå på bra restauranger. Rent karriärmässigt är drömmen att vi en dag ska lyckas förhindra att barn utvecklar autoimmunitet och typ 1-diabetes; det är målet med alltihop.

På uppdrag av DiabetologNytt

LOUISE FAUVELLE

frilansjournalist

Se sid 41; EMEAs värdering inkl 13/1 godkänd användning av läkemedlet Teizelid för EU.

På www.dagensdiabetes.se finns prof Åke Lernmarks TEDDY Årsrapport 2025. Efter 20 år har forskargruppen gått in mål, samlat in alla analysvar och data. ”Vi har inte riktigt löst hur T1DM triggas – men vi jobbar på det”. Imponerande långsiktigt arbete.

Red

**HELENA ELDING LARSSON – TIDSLINJE**

1968: Föds i Lund.

1987: Tar studenten och jobbar som au pair i England ett halvår.

1988: Börjar på läkarlinjen i Lund och träffar sin blivande man.

1993: Åker ett halvår till Philadelphia i USA och läser pediatrik.

1994: Första barnet föds.

1995: Tar läkarexamen.

1997: Andra barnet föds.

1999: Avslutar AT och får sedermera en ST-tjänst på barnmedicin i Malmö.

2001: Tredje barnet föds.

2004: TEDDY-studien startar och Helena tilldelas en roll i projektet.

2008: Disputerar och har en kombinerad disputation- och 40-årsfest.

2012: Blir överläkare i barnmedicin i Malmö och Lund.

2017: Blir sektionschef för endo-gastro på barnmedicin.

2018: Uppstart av studierna i nätverket the Global Platform for the Prevention of Autoimmune Diabetes (GPPAD) och start av screeningen ASTR1D i Skåne. Start av studien POInT (primär prevention med oralt insulin).

2019: Blir adjungerad professor och verksamhetschef för barnmedicin.

2022: Utses till Årets Medeonstipendiat för sina långvariga insatser med att utveckla kliniskt användbara metoder som kan förutspå och förhindra utvecklingen av typ 1-diabetes.

2023: Blir professor i autoimmuna sjukdomar.

2025: Artikeln om studien kring oralt insulin publiceras i The Lancet. ”ingen effekt”

Hudreaktion av CGM och insulinpump

Reagerar din patient med hudutslag under sin medicintekniska produkt
– CGM eller insulinpump?

För individer med diabetes har medicintekniska produkter i form av kontinuerliga glukosmätare, CGM, och insulinpumpar, inneburit ett förenklat och förbättrat liv med normaliserad metabol kontroll och minskad risk för hypoglykemi. I Sverige har både barn och vuxna med typ 1-diabetes, samt vissa personer som lever med typ 2-diabetes, tillgång till ett antal upphandlade medicintekniska produkter. En del brukare kan få hudutslag under produkten eller under eventuella häftor som sätts över.

Hudutslagen kan ha olika etiologi. Produkterna används kontinuerligt i nära kontakt med huden, vilket ökar risken för utveckling av kontaktallergi.

En kontaktallergi är livslång och kan ge upphov till kontaktallergiskt eksem, när man är i kontakt med en produkt som innehåller det ämne man blivit allergisk för. Genom korrekt diagnos med råd om hur man kan undvika eller minska exponeringen för ämnet man är allergisk för möjliggörs fortsatt användning av medicintekniska produkter.

Det är viktigt att rapportera biverkningar, oönskade och negativa händelser/tillbud, av medicintekniska produkter till Läkemedelsverket och distributören/tillverkaren. Genom att rapportera hudbiverkningar och genom att misstänkta fall av kontaktallergi utreds hos hudläkare så kan eventuella allergen i produkterna definieras. Tillsammans kan vi på så sätt arbeta för säkrare produkter.

Under 2026 samarbetar Svenska kontaktdermatitgruppen, representanter i Equalis, Svensk Förening för Diabetologi (SFD), Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård (SFSD) och Swedish Medtechs sektorgrupp diabetes, de medicintekniska diabetesföretagen och patientorganisationen Svenska Diabetesförbundet samt Läkemedelsverket. Detta för att öka medvetenheten och vikten av att rapportera och diagnosticera hudbiverkningar.

Kontakta gärna din regionklinik, den klinik i din region som utreder kontaktallergiska besvär, eller Yrkes- och Miljödermatologiska avdelningen i Malmö (ymderm.malmo.sus@skane.se) om du har frågor.

Om du vill veta mer om hur du rapporterar och hur brukare med misstänkt kontaktallergi bör utredas följer här några användbara länkar:

Hälso och sjukvården anmäler här:

www.lakemedelsverket.se/sv/rapportera-biverkningar/medicinteknik/anmala-negativa-handelser-och-tillbud

Patienter eller privatpersoner anmäler här:

www.lakemedelsverket.se/sv/rapportera-biverkningar/medicinteknik/anmala-negativa-handelser-och-tillbud

Läs mer

"Hudreaktion ofta orsak till byte av glukosensor eller insulinpump", [www.lakartidningen.se](http://www.lakartidningen.se/lakartidningen.se/vetenskap/hudreaktion-ofsta-orsak-till-byte-av-glukosensor-eller-insulinpump/)
[lakartidningen.se/vetenskap/hudreaktion-ofsta-orsak-till-byte-av-glukosensor-eller-insulinpump/](http://www.lakartidningen.se/vetenskap/hudreaktion-ofsta-orsak-till-byte-av-glukosensor-eller-insulinpump/)
eller dagensdiabetes.se/awareness-kampanj-hudreaktioner-fran-cgm-pump/

CECILIA SVEDMAN

överläkare och sektionschef

JOSEFIN ULRIKSDOTTER

specialistläkare

Yrkes- och Miljödermatologiska avdelningen,
Skånes universitetssjukhus, Malmö

För Svenska kontaktdermatitgruppen, Equalis, Svensk Förening för Diabetologi (SFD), Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård (SFSD), Swedish Medtech, Läkemedelsverket och Svenska Diabetesförbundet (SDF) Astma- och Allergiförbundet.



Sett & Hört

Per-Ola Carlsson tilldelas prestigefyllt pris. Innovation in Science and Technology Award

Per-Ola Carlsson, överläkare och professor vid Akademiska sjukhuset/Uppsala universitet, har tilldelats priset Innovation in Science and Technology Award av den amerikanska välgörenhetsorganisationen Beyond Type 1. Organisationen arbetar globalt för att göra livet bättre för människor som lever med diabetes, bland annat genom utbildning.

– Jag är jätteglad och hedrad av att vår forskning vid Akademiska sjukhuset/Uppsala universitet kring att skapa bot för typ 1-diabetes uppmärksammas. Förhoppningsvis kan detta också leda till att vi får mer finansiering för vår kommande studie med genmodifierade stamcellsframtagna insulinproducerande celler, så att vi snabbare kan ta vår forskning till klinisk realitet till nytta för alla människor med typ 1 diabetes i världen, säger Per-Ola Carlsson, överläkare och professor vid endokrin- och diabetessektionen, Akademiska sjukhuset/Uppsala universitet, som leder den kliniska studien.

Per-Ola Carlsson forskar på nya, innovativa behandlingar mot diabetes. Han leder bland annat en klinisk studie på Akademiska sjukhuset där patienter med typ 1-diabetes för första gången i världen erbjuds transplantation av insulinproducerande celler, utan att patienter behöver ta livslång immundäm-

pande behandling. Patienterna får transplantation med genmodifierade, hypoinmuna insulinproducerande celler från Langerhanska öar. Förhoppningen är att patientgruppen på sikt ska kunna botas från sjukdomen.

Vid en sex månaders-uppföljning i somras konstaterades att behandlingen av allt att döma är säker. Dessutom överlever de nya cellerna och producerar insulin.

– Resultaten för den första patienten som behandlats visar att cellerna undviker upptäckt av immunförsvaret och att de fortsätter fungera efter transplantationen. Detta är mycket lovande och ett första bevis på att insulinproducerande celler kan transplanteras till patienter med typ 1-diabetes och fås att överleva utan samtidigt behov av immundämpande läkemedel, säger Per-Ola Carlsson.

Organisationen Beyond Type 1 startade 2015 och arbetar över hela världen för att göra livet bättre för de som lever med diabetes.

Organisationen ger inte ut forskningsanslag utan samlar in pengar för att underlätta livet för individer med diabetes. De har bland annat program för att säkra tillgången till insulin för fattiga i USA, men även i övriga delar av världen. Organisationen arbetar med att sprida kunskap och förebygga sjukdom samt med stöd till människor som fått diagnosen.

Målet är att hjälpa människor med typ 1- och typ 2-diabetes att överleva, må bra och tillsammans driva utvecklingen mot att förebygga och bota



Per-Ola Carlsson, överläkare och professor inom endokrin och diabetes, Akademiska sjukhuset/Uppsala universitet.
Foto: Johan Alp.

diabetes.

Forskningspriset delades ut vid en tioårsgala i New York 15 november fokuserad på insamling för typ 1-diabetes.

Läs om Per-Olas tidigare forskningsanslag HÄR

www.diabeteswellness.se/nyheter-event/nyheter/professor-per-ola-carlsson-har-tilldelats-ett-forskningsanslag-pa-2-000-000-kronor/

Läs mer om Per-Olas projekt HÄR
<https://www.diabeteswellness.se/nyheter-event/nyheter/lovande-forsta-resultat-av-cellterapi-mot-typ-1-diabetes/>

Källa: Uppsala universitet press release

Nyhetsinfo
www.red DiabetologNytt



Per-Ola Carlsson under Beyond Type 1-galan i New York. Foto: uu.se

TLV avslutar stort projekt för att utvärdera avancerade insulinpumpar

TLV; Hälsoekonomisk utvärdering av AID-pumpar. ”Ger en god kliniskt relevant förbättring”, ”Kostnadseffektivitet störst hos patienter med högre HbA1c”, ”Säkerhetsprofilen är god; inga allvarliga risker har identifierats”

TLV har nu slutfört den hälsoekonomiska utvärderingen av avancerade insulinpumpsystem för automatiserad insulin tillförsel (AID-system) vid behandling av vuxna med typ 1-diabetes.

TLV har tagit fram ett hälsoekonomiskt underlag till regionerna för den medicintekniska produktgruppen avancerade insulinpumpsystem för automatiserad insulin tillförsel (AID-system) vid behandling av vuxna med typ 1-diabetes.

Läs den hälsoekonomiska analysen

Under 2024 fick TLV ett uppdrag från Regionernas medicintekniska produktråd (MTP-rådet) om att utvärdera avancerade insulinpumpsystem för automatiserad insulin tillförsel (AID-system) vid behandling av vuxna med typ 1-diabetes.

- TLV:s analys visar att AID-system ger en kliniskt relevant förbättring av blodsockerkontroll jämfört med insulinpenna i kombination med glukosmätare.

- Kostnadseffektiviteten varierar beroende på patientens nivå för långtidsblodsocker (HbA1c) vid behandlingsstart och är störst hos patienter med högre HbA1c.

Utvärderingen omfattade hela produktgruppen i stället för en enskild produkt, som TLV vanligen gör. Eftersom det finns flera olika produkter på marknaden som på olika vis kan kombineras till ett AID-system blev det inte effektivt att utvärdera en produkt i taget.

I en förstudie kom TLV fram till att det mest lämpliga sättet för utvärderingen var att licensiera en extern modell, så att de enskilda produkterna i produktgruppen skulle få samma förutsättningar.

– Arbetssättet var speciellt anpassat för den hälsoekonomiska utvärderingen av avancerade insulinpumpar eftersom typ 1-diabetes är en komplex sjukdom att utveckla en hälsoekonomisk modell för. Men om TLV bedömer att det finns förutsättningar att tillämpa arbetssättet igen kan det komma att

användas i andra utvärderingar, säger Elisabet Ekvärn, enhetschef på TLV.

Den hälsoekonomiska utvärderingen av AID pump omfattar drygt 30 sidor, högst läsvärd, fina figurer i färg inkl tabeller med referenslista med 24 referenser, en del som https://www.tlv.se/download/18.3dde54c019afcdc09cd-4c9ad/1765965296893/bed251204_aid_3407-2024.pdf

Dnr 3407/2024

Bakgrund

Tandvårds- och läkemedelsförhållningsverket (TLV) genomför hälsoekonomiska bedömningar av utvalda medicintekniska produkter som inte ingår i läkemedelsförhållningarna och som upphandlas av regionerna. Inom ramen för detta arbete tar TLV fram hälsoekonomiska underlag för beslut i regionerna.

Medicintekniska produktrådet (MTP-rådet) tar initiativ till initierar vilka medicintekniska produkter som TLV ska utvärdera. MTP-rådet ger sedan en rekommendation till regionerna baserat på bland annat TLV:s hälsoekonomiska bedömning.

TLV:s bedömning: TLV bedömer att de två publikationerna av Peasgood et al. respektive Beaudet et al. är relevanta källor för att hämta data för livskvalitetsavdrag vid olika komplikationer som uppstår vid typ 1-diabetes. TLV bedömer även att det är rimligt att använda livskvalitetsavdrag för typ 2-diabetes för att modellera typ 1-diabetes, i de fall data saknas. TLV konstaterar dock att detta kan innebära en överskattning av livskvalitetsförlusten som antas uppstå, eftersom avdragen generellt är högre vid typ 2-diabetes än typ 1-diabetes.

Vidare bedömer TLV att AID-system sannolikt förbättrar livskvaliteten för patienter jämfört med flerdosbehandling med insulinpenna, även i avsaknad av diabetesrelaterade komplikationer. Ett AID-system antas



kunna minska stress och oro kopplat till monitorering av tillståndet. Det är däremot svårt att uppskatta storleken på den förbättrade livskvaliteten och validera den evidens som finns tillgänglig på området. TLV har därför exkluderat den behandlingsrelaterade livskvaliteten i grundscenariot men redovisar dess påverkan på resultatet i känslighetsanalyser.

TLV:s bedömning: TLV bedömer att den genomsnittliga behandlingskostnaden för både AID-system och jämförelsealternativet som används i TLV:s grundscenario är förknippat med osäkerheter, eftersom det antas motsvara ett brett spann av produkter som kan ha olika pris och funktion. Även om utgångspriset har en påverkan på resultatet i analyserna bedöms detta inte ha en större påverkan på utvärderingens ändamålsenlighet överlag eftersom den genomsnittliga behandlingskostnaden kan ändras med hjälp av ett digitalt verktyg som tillhandahålls tillsammans med denna utvärdering.

TLV bedömer vidare att de vårdkostnader som antas uppstå vid olika komplikationer är förknippade med osäkerhet, eftersom de bygger på flertalet olika källor och antaganden, samt att TLV:s kliniska experter delvis inte har kunnat validera kostnaderna utifrån en rimlighetsbedömning. TLV undersöker vårdkostnadernas påverkan på resultatet i olika känslighetsanalyser och kan konstatera att de har en liten påverkan på resultatet. TLV bedömer därför att de skattade vårdkostnaderna är rimliga att användas i ett grundscenario.

Samlad bedömning av resultaten

TLV har utvärderat användning av AID-system jämfört med insulinpenna och glukosmätare vid behandling av typ 1-diabetes hos tre vuxna populationer med varierande nivå av HbA1c. En högre HbA1c innebär att patientpopulationen har mindre kontrollerad typ 1-diabetes. Utvärderingen omfattar produktgruppen AID-system och tar inte hänsyn till produktspecifika skillnader, vilket förutsätter antagandet om jämförbar effekt mellan befintliga AID-system. De genomsnittliga

behandlingskostnader som antas för AID-system och jämförelsealternativet antas representera ett typ-pris för dessa produktgrupper.

TLV:s resultat visar att ju sämre kontrollerad typ 1-diabetes (högre HbA1c-nivå), desto lägre blir kostnaden per vunnet QALY. Detta bygger på den kliniska evidensen som den hälsoekonomiska analysen baseras på, där effekten av ett AID-system med avseende på HbA1c-sänkning, är större ju högre HbA1c en individ har vid behandlingsstart. Kostnaden per vunnet QALY uppgår till cirka 1,3 miljoner kronor för patientpopulationen med HbA1c på >58–64 mmol/mol (>7,5–8,0 %) vid behandlingsstart, cirka 873 000 kronor för patientpopulationen med HbA1c på >64–70 mmol/mol (>8,0–8,6 %) vid behandlingsstart och cirka 444 000 kronor för patientpopulationen HbA1c på >70 mmol/mol (>8,6 %) vid behandlingsstart.

Osäkerheterna i TLV:s resultat rör främst antaganden kring relativ effekt, behandlingsrelaterad livskvalitet och genomsnittlig behandlingskostnad som baseras på ett typ-pris för produktgruppen. Det finns begränsad evidens avseende relativ klinisk effekt (sänkning i HbA1c) som avser de tre olika populationer som utvärderingen omfattar, både avseende utgångsläge av HbA1c och med korrekt jämförelsealternativ. De studier som TLV använder som utgångspunkt för att modellera relativ klinisk effekt för respektive population har vissa begränsningar vad gäller bland annat långtidsdata, studiestorlek och hur väl de matchar det HbA1c-spann som utvärderas. Osäkerheten i den kliniska effekten bedöms sammantaget vara medelhög till hög för de tre populationerna.

TLV konstaterar att den behandlingsrelaterade livskvalitetsförbättringen av ett AID-system i jämförelse med flerdosbehandling med insulinpenna sannolikt är större än noll, på grund av minskad stress och oro kopplad till monitorering av tillståndet. Att patienter befinner sig inom målområdet (time-in-range) under en större andel av sin tid är sannolikt förknippat med en förbättrad livskvalitet. Däremot



har ingen studie identifierats som mäter förhållandet mellan tid inom målområdet och förbättrad livskvalitet till följd av lägre stress och oro, utan snarare handhavande att olika typer av system för insulintillförsel. På grund av den höga osäkerheten inkluderar TLV inte en behandlingsrelaterad livskvalitetsförbättring i sitt grundscenario.

Likaså är den genomsnittliga behandlingskostnaden för både AID-system och jämförelsealternativet som används i TLV:s grundscenario förknippad med osäkerheter, eftersom det antas motsvara ett brett spann av produkter som kan ha olika pris och funktion. Även om kostnaden har en påverkan på resultatet i analyserna bedöms detta inte ha en avgörande betydelse för utvärderingens ändamålsenlighet eftersom den genomsnittliga behandlingskostnaden kan ändras med hjälp av ett digitalt verktyg som tillhandahålls tillsammans med denna utvärdering.

Läs TLV:s utvärdering

https://www.tlv.se/download/18.3dde54c019afcdc09cd-4c9ad/1765965296893/bed251204_aid_3407-2024.pdf

Nyhetsinfo
www.red.DiabetologNytt

Rapport från Världsdabetesdagen. Framtidens diabetesvård.

Svensk Förening för Diabetologi och Dagens Medicin

Slutsatser från rundabordssamtalen på Världsdiasabetesdagen den 14 november 2025. Den 14 november 2025 bjöd Dagens Medicin in till en hearing med rundabordssamtal om framtidens diabetesvård.

Hur kan vi utveckla arbetssätt, samverkan och kunskap för att möta dagens och morgondagens behov? Vilka hinder behöver övervinnas för att skapa en diabetesvård som verkligen gör skillnad?

Ett 70-tal företrädare för profession, politik, myndigheter, patienter och andra aktörer samlades för att diskutera vilka pusselbitar som behövs för att få till en modern och jämlik diabetesvård. På förmiddagen deltog drygt 200 kollegor i det digitala mötet

Det behövs ett helhetsperspektiv på utredning, behandling och uppföljning, med utgångspunkt från den enskilda patientens behov och förutsättningar.

Här är en sammanställning av de förslag som lyftes av deltagarna runt de åtta borden i den avslutande hearingen med en panel med tre regionråd från olika politiska partier och delar av landet.

Gruppernas förslag på åtgärder för en modern och jämlik diabetesvård

1. Genomför ett nationellt kompetenslyft och stärk patientens roll Detta innebär en bred satsning på utbildning för all vårdpersonal – från primärvården till den kommunala äldreomsorgen – för att höja den grundläggande kunskapen om diabetes och modern teknik. Samtidigt måste patientens roll som en aktiv partner stärkas genom nationella utbildningsprogram och verktyg för egenvård, vilket gör dem bättre rustade att hantera sin sjukdom.
2. Skapa långsiktiga och effektiva vårdstrukturer med hållbar finansiering För att vården ska fungera krävs stabila förutsättningar. Detta innebär att gå från kortsiktiga budgetar till långsiktig, öronmärkt finansiering som belönar kvalitet. Organisationen behöver också ef-

fektiviseras genom smartare administrativa system, regionala samordnare som stöd och tydliga krav på att varje vårdcentral har en utsedd diabetesansvarig.

3. Säkerställ en likvärdig och proaktiv vård i hela landet Det måste bli ett slut på de geografiska skillnaderna i vården. Genom att införa nationellt enhetliga riktlinjer för tillgång till teknik och satsa på förebyggande insatser för att upptäcka prediabetes kan vården bli både mer jämlik och proaktiv.

Det kräver också att politiker får bättre kunskap för att kunna driva igenom de nödvändiga förändringarna.

1. Inför långsiktig och öronmärkt finansiering
 - Ersätt kortsiktiga ettåriga budgetar med längre avtalsperioder, till exempel fem år.
 - Öronmärkt resurser specifikt för diabetesvården inom primärvården.
 - Reformera även ersättningssystemen så att de belönar kvalitet och uppnådda hälsoreultat.
2. Säkerställ rätt kompetens i primärvården
 - Ställ krav på att varje vårdcentral har en utsedd person med diabetesansvar – läkare eller sjuksköterska.
 - Säkerställ att diabetesspecialiserade sjuksköterskor får arbeta fokuserat med sin patientgrupp och får kontinuerlig fortbildning.
 - Varudeklarera vårdcentralerna så att det blir tydligt för patienterna

vilken diabetesvård som erbjuds och vilka resultat som uppnås.

- Följ upp med kvalitetsmål och inför incitament för att göra människor friskare.

3. Höj kompetensen i äldre vården

- Genomför omfattande och återkommande utbildningsinsatser för all personal inom kommunal vård och omsorg (Säbo, hemtjänst, geriatrik) för att höja den bristfälliga kunskapen om diabetes, insulinhantering och modern teknik.
- Etablera profilboende för diabetes där man exempelvis standardiserar till ett fåtal pumpmodeller och bygger upp specialkompetens hos personalen.

4. Stärk patientens roll

- Utveckla ett nationellt samordnat utbildningsprogram för patienter, liknande det som finns på 1177 i Sörmland.
- Stärk primärvårdens roll som coach för att främja egenvård och egenmonitorering.

5. Skapa nationellt likvärdig tillgång till modern teknik

- Inför nationellt enhetliga riktlinjer för förskrivning av tekniska hjälpmedel som kontinuerlig glukosmätning (CGM), för att undanröja de regionala skillnader som idag skapar en ojämlig vård.
- Överväg att öka tillgången till kontinuerlig glukosmätning även vid typ 2-diabetes.

6. Satsa på prevention och tidig upptäckt

- Avsätt mer resurser för att systematiskt kunna identifiera och arbeta med patienter med prediabetes.
- Investera i bredare förebyggande insatser i samhället för att minska antalet nyinsjuknande.

7. Se hela patienten
 - Det behövs ett helhetsperspektiv på utredning, behandling och uppföljning, med utgångspunkt från den enskilda patientens behov och förutsättningar.
 - Öka fokuset på patientens psykiska välmående – det behövs fler psykologer i diabetesvården.
8. Inför regionala diabetessamordnare i hela landet
 - Tillsätt och resurssätt regionala diabetessamordnare i samtliga regioner.
 - Diabetessamordnarnas uppgift ska vara att stödja verksamheterna, säkerställa implementering av kunskapsstöd och driva på för en mer jämlik vård.
9. Säkra NDR genom att tydliggöra dess värde
 - Kvalitetsregister måste kunna redovisa ett värde för både patienter, sjukvård och samhälle.
 - Låt kvalitet löna sig – då blir det viktigare med registren per automatik.
10. Høj kunskapen hos politiker för bättre prioriteringar
 - Säkerställ att politiker och andra beslutsfattare får tillräcklig kunskap om diabetesvården och dess utmaningar för att kunna fatta välgrundade och kloka beslut om prioriteringar och resursfördelning.
 - Politiker behöver kunskap om kunskapsstyrningen för att

kunna göra kloka prioriteringar tillsammans med profession och patienter. Bra sammanfattning över var vi står i dag och inspiration inför framtiden! En snabb, väl genomtänkt, överblick och genomgång av aktuellt läge och fortsatta utmaningar/problemområden. Nyttigt för såväl vårdpersonal oavsett kategori, som politiska företrädare.

*Rapport från Maja Florin,
Dagens Medicin*

Nyhetsinfo
www.red DiabetologNytt

0,2 MSEK till Josefine Jönsson, Lund. Forskningsanslag. Immunmekanismer vid T1DM. Gimap4 råttor



Josefine Jönsson vid Lunds universitet har fått ett forskningsanslag på 200 000 kronor av oss på Diabetes Wellness Sverige för sitt projekt "Transcriptional Profiling of Thymic T Cells to Uncover Mechanisms of Immune Protection in Type 1 Diabetes".

– Stödet från Diabetes Wellness Sverige gör det möjligt för oss att ta ett avgörande steg mot att förstå och på sikt kunna förebygga autoimmun diabetes. Vårt syfte på stiftelsen Diabetes Wellness Sverige är att öka allmänhetens kunskaper om diabetes och att ge olika typer av stöd till diabetiker i väntan på ett fungerande botemedel samt att stödja forskningen kring diabetes. Junior Grant är ett forskningsanslag för unga forskare som delas ut till forskningsprojekt relaterade till både typ 1- och typ 2-diabetes där stiftelsen ser störst förutsättningar för att komma ett steg närmare en lösning kring gåtan diabetes.

Transkriptionell profilering av tymiska T-celler för att avslöja mekanismer för immunskydd vid typ 1-diabetes.

– Typ 1-diabetes (T1D) är en allvarlig autoimmun sjukdom där kroppens

eget immunförsvar felaktigt attackerar och förstör insulinproducerande celler i bukspottkörteln. Detta innebär att personer med T1D måste förlita sig på insulinbehandling hela livet – och även med noggrann behandling står de inför långsiktiga hälsorisker och en betydande belastning på det dagliga livet. Vad som orsakar att immunförsvaret går fel från första början är fortfarande en av de största obesvarade frågorna inom diabetesforskningen.

– Vårt projekt undersöker en nyligen identifierad gen, kallad Gimap4, som kan innehålla viktiga svar. Hos en speciell stam av råttor som är benägna att utveckla T1D har vi upptäckt att de med en specifik skyddande version av Gimap4 inte utvecklar sjukdomen – även när de bär på en annan högriskgen (Gimap5) som är känd för att främja autoimmunitet. Detta tyder på att Gimap4 aktivt kan skydda immun-

försvaret från att attackera kroppens egna insulinproducerande celler.

– Vi strävar efter att förstå hur denna skyddande version av Gimap4 fungerar genom att studera T-celler, de immunceller som normalt lär sig att skilja mellan "själv" och "icke-själv" i ett organ som kallas tymus. Genom att använda en teknik som kallas RNA-sekvensering kommer vi att undersöka genaktivitet i tymiska T-celler från råttor med och utan den skyddande genen.

Detta kommer att göra det möjligt för oss att identifiera vilka biologiska vägar som kan hindra immunförsvaret från att attackera bukspottkörteln.

– Våra resultat kan få en verklig inverkan. Genom att identifiera de gener och immunmekanismer som erbjuder naturligt skydd mot typ 1-diabetes hoppas vi kunna upptäcka nya sätt att förebygga sjukdomen innan den börjar. Parallellt kommer vi att jämföra våra resultat med data från barn och ungdomar som deltar i en stor studie på människor (TEDDY-kohorten), vilket hjälper oss att överbrygga klyftan mellan djurmodeller och framtida behandlingar för människor.

I slutändan kan denna forskning leda till tidiga biomarkörer eller till och med förebyggande behandlingar som kan fördröja eller stoppa uppkomsten av typ 1-diabetes helt och hållet – vilket förändrar framtiden för de som är i riskzonen.

Varför började du forska?

– Jag har alltid haft en stark nyfikenhet på hur kroppen fungerar – särskilt hur små förändringar på molekylnivå kan få så stora konsekvenser för vår hälsa. Att forska ger mig möjlighet att bidra till ny kunskap som på sikt kan göra skillnad för människor.

Varför valde du att forska inom diabetes?

– Jag valde att fokusera på typ 1-diabetes eftersom sjukdomen drabbar så många barn och unga, och fortfarande saknar bot. Det är en sjukdom där mycket är känt – men där avgörande pusselbitar fortfarande saknas.

Trots att jag är relativt ny inom området såg jag en möjlighet att bidra med nya perspektiv genom min bakgrund och de metoder jag tidigare använt, som är relativt ovanliga inom typ 1-diabetesforskningen. Det känns inspirerande att kunna kombinera traditionella djurmodeller med moderna analysmetoder för att förstå sjukdomen på ett nytt sätt.

Kan du berätta mer om projektet?

– Mitt projekt handlar om den så kallade BB-råttan, en unik djurmodell som spontant utvecklar typ 1-diabetes. Det är en modell som har studerats i över 40 år, bland annat av Åke Lernmark vid Lunds universitet, och som har varit central för vår förståelse av autoimmun diabetes.

Vi har nyligen gjort en oväntad upptäckt: en ny stam av BB-råttor som bär på en muterad gen kopplad till typ 1-diabetes, men som inte utvecklar sjukdomen. Dessa råttor verkar ha en tidigare okänd skyddande genvariant, vilket väcker hopp om nya sätt att förebygga eller stoppa sjukdomsförloppet.

I projektet försöker vi nu förstå hur den skyddande genvarianten fungerar – på både molekylnivå och immunologisk nivå – och om samma mekanismer finns hos människor.

Vad är målet med projektet?

– Målet är att identifiera och förstå de skyddande mekanismer som gör att vissa BB-råttor inte utvecklar typ 1-diabetes, trots genetisk risk.

Genom att kartlägga dessa mekanismer hoppas vi kunna hitta biologiska och immunologiska processer som kan användas som grund för nya behandlingar.

Det långsiktiga målet är att utveckla terapier som kan hindra immunsystemet från att angripa kroppens egna insulinproducerande celler – och på sikt bidra till att förhindra att sjukdomen bryter ut.

Vad har du kommit fram till gällande din tidigare forskning?

– Vår forskning har lett till upptäckten av en tidigare okänd skyddande genvariant hos BB-råttor. Det är en viktig pusselbit som hjälper oss förstå varför vissa individer – trots genetisk risk – inte utvecklar typ 1-diabetes.

Vi arbetar nu med att undersöka om samma skyddsmekanismer finns hos människor, bland annat genom analyser av data från TEDDY-studien (The Environmental Determinants of Diabetes in the Young). Om vi kan visa att samma processer finns hos människor, skulle det vara ett stort steg mot att kunna utveckla förebyggande behandlingar.

Hur tycker du diabetesforskningen har förändrats sedan du började forska inom diabetes?

– Jag är fortfarande relativt ny inom området, men jag ser tydligt hur diabetesforskningen har utvecklats mot att bli allt mer tvärvetenskaplig och datadriven. Tack vare nya teknologier kan vi nu studera immunsystemet och genetiska faktorer med en detaljrikedom som tidigare inte var möjlig. Samtidigt har samarbetet mellan genetik, immunologi, dataanalys och bioteknologi blivit allt starkare, vilket gör det möjligt att angripa sjukdomen ur flera perspektiv samtidigt.

Tillgången till stora datamängder – till exempel genom internationella studier som TEDDY – har dessutom öppnat nya möjligheter att upptäcka samband som tidigare var dolda och därmed gett oss en djupare förståelse för hur typ 1-diabetes utvecklas.

Inom vilket område av diabetesrelaterad forskning ser du i dag den snabbaste utvecklingen och vad tror du kommer att hända inom de närmaste tio åren?

– Jag ser den snabbaste utvecklingen inom immunologisk forskning och inom preventiva behandlingar – alltså försök att stoppa sjukdomen redan innan den bryter ut. Möjligen är jag något partisk, men jag tror verkligen att just immunologin kommer att spela en nyckelroll i framtidens behandlingar av typ 1-diabetes.

Under de kommande tio åren förväntar jag mig stora framsteg i förståelsen av hur immunförsvaret regleras och hur det går att påverka innan det attackerar betacellerna. Den kunskapen kan bana väg för helt nya terapier som bromsar eller till och med förhindrar sjukdomens utveckling.

Hur har forskningsanslaget från oss hjälpt dig att finansiera ditt projekt?

– Stödet från Diabetes Wellness Sverige kommer att vara helt avgörande för nästa fas i projektet. Anslaget gör det möjligt att genomföra RNA-sekvensering av sorterade T-celler från thymus hos BB-råttor – ett avancerat och kostsamt moment som är centralt för att förstå hur den skyddande genvarianten bidrar till immunologisk tolerans och motståndskraft mot typ 1-diabetes.

Med finansieringen kan vi generera helt nya data om de tidigaste immunologiska mekanismerna bakom sjukdomen. Resultaten kommer att ge oss insikt i hur den nyligen upptäckta genvarianten skyddar mot sjukdom, och samtidigt möjliggöra jämförelser med humana data, vilket stärker projektets kliniska relevans.

Totalt har 1 miljon kronor tilldelats till fem unga forskare under 2025 av oss, totalt under åren 120 miljoner SEK www.diabeteswellness.se/forskning/forskningsanslag/

Utdrag ur press release Diabetes Wellness Sverige, Ann Fogelberg

Nyhetsinfo
www.red.DiabetologNytt

Årets diabetesläkare och diabetessköterska; Charlotta Nilsson, Helsingborg och Magnus Hiis, Ersta Stholm

Årets Diabetesläkare 2025 heter Charlotta Nilsson och arbetar på Barn- och ungdomskliniken, Helsingborgs Lasarett.

Årets Diabetessjuksköterska 2025 heter Magnus Hiis och arbetar på Diabetesmottagningen, Ersta Sjukhus.

Vad är Årets Diabetessjuksköterska och Årets Diabetesläkare?

Utmärkelsen Årets Diabetessjuksköterska och Årets Diabetesläkare har instiftats av Diabetic Designed för att ge verk samma diabetesläkare och diabetessjuksköterskor i hela Sverige den uppskattning de förtjänar. Vi som är diabetesföräldrar och eller nära anhöriga vet hur viktig vården är.

Både Charlotta och Magnus har själva typ 1 diabetes. I intervju på www berättar de om sin egna erfarenheter med T1DM

Vem får rösta?

Du som är patient, eller mamma eller pappa till ett barn med diabetes, får rösta. Du får också rösta om du är nära närstående till patienten, som en bonuspappa, en engagerad mormor eller kanske bästa kompis.

Den diabetesläkare och den diabetessjuksköterska som fått flest röster "vinner". Du kan rösta på alla verk samma diabetesläkare och diabetesjuksköterskor i hela Sverige.

Drygt 200 läkare respektive 300 sköterskor har blivit nominerade

Charlotta Nilsson – Årets Diabetesläkare 2025

Charlotta arbetar vid Barn- och ungdomskliniken, Helsingborgs Lasarett.

Så här beskriver Charlottas patienter, och patienternas föräldrar, henne:

Charlotta tänker alltid på barnen i första hand, hon pratar med dem och kan skoja med dem. Hon kan till och med möta glömska tonåringar på ett bra sätt och peppa dem att orka mer. Barnen gillar att komma till henne och får mer hopp efter besöken.

Eller som en av hennes 9-åriga patienter säger:

"Charlotta är rolig och snäll. Jag tycker om att gå till Charlotta."

Charlotta är påläst och kunnig, hon ser helheten, är lätt att nå och försöker alltid göra det så bra som möjligt för barnen.

Att hon dessutom har egen typ 1 diabetes är en fördel. Den gör att hon får en värme, förståelse och empati som man inte kan utbilda sig till.

Stort grattis Charlotta säger vi på Diabetic Designed. Lycka till med ditt viktiga arbete.

Magnus Hiis – Årets Diabetesjuksköterska 2025

Magnus arbetar vid Diabetesmottagningen på Ersta Sjukhus i Stockholm.

Så här beskriver Magnus patienter honom:

Magnus brinner för sina patienter och vill att de ska må bra, både i livet

och med diabetesen. Han är extremt uppdaterad och kunnig om teknikutvecklingen och diabetesområdet. Han har stort tålamod, lyssnar och hjälper sina patienter att hitta lösningar som passar deras liv.

Magnus har stor förståelse för hur det är att leva med typ 1 diabetes eftersom han har det själv, han vet hur det känns. Utöver den stora empatin han har för patienterna hjälper han dem att få väldigt bra värden på diabetesen, många nämnder HbA1c mellan 39 och 48.

Hans patienter tycker han hjälper dem ändra sin syn på framtiden, de är mycket mer positiva efter att ha kommit till Magnus.

Alla Magnus patienter som skrivit att de haft diabetes länge skriver att Magnus är den bästa diabetessjuksköterskan någonsin, att ingen annan hjälpt dem så mycket. Och det gör även många mer nydebuterade med diabetes.

Tack Magnus för att du genom att vara uppdaterad på nyaste forskningen och att du bjuder på din egen typ 1 diabetes hjälper dina patienter att må bra på en helt annan nivå än de tidigare trott varit möjligt. Lycka till i ditt viktiga arbete Magnus!

Utdrag ur press release

Nyhetsinfo
www.redDiabetologNytt



Caroline Miranda Larsen, Göteborgs universitet, har fått ett forskningsanslag på 2 milj kr. DEPTH-Delta-cell Exploration of Proteome and Therapeutic Potential

Vårt syfte på stiftelsen Diabetes Wellness Sverige är att öka allmänhetens kunskaper om diabetes och att ge olika typer av stöd till diabetiker i väntan på ett fungerande botemedel samt att stödja forskningen kring diabetes. Project Grant är ett forskningsanslag som delas ut till forskningsprojekt relaterade till både typ 1- och typ 2-diabetes där stiftelsen ser störst förutsättningar för att komma ett steg närmare en lösning kring gatan diabetes.

Dr Caroline Miranda Larsen arbetar i dag på Göteborgs universitet och erhåller 2 000 000 kronor för sitt projekt "DEPTH-Delta-cell Exploration of Proteome and Therapeutic Potential".

– Tack vare detta anslag kan vi fortsätta ställa viktiga frågor om vad som ligger bakom de stora komplikationerna vid diabetes och vad som kan göras för att minska dessa tillstånd som fortfarande kostar liv för personer som lever med sjukdomen, säger Caroline.

"Deltacellsutforskning av proteom och terapeutisk potential"

– Diabetes är ett växande hälsoutmaning världen över och kostar Sverige oroväckande 12 miljarder kronor årligen, varav en tredjedel går till behandling av komplikationer.

En av de allvarligaste komplikationerna är lågt blodsocker (hypoglykemi), vilket drabbar 9 av 10 personer med typ 1-diabetes och 6 av 10 med typ 2-diabetes. Hanteringen av blodsockernivåerna är beroende av tre hormoner: insulin, glukagon och somatostatin, som produceras av beta-, alfa- respektive deltaceller i bukspottkörteln. Medan insulin och glukagon är välkända, är somatostatin och deltacellerna mindre förstådda, särskilt i samband med diabetes. Deltaceller spelar en nyckelroll för att hålla insulin och glukagon i balans och säkerställa att blodsockret regleras korrekt. Vid diabetes störs alla tre celltyper, vilket leder till hormonella obalanser som kan göra blodsockret farligt högt eller lågt. Trots sin betydelse har deltaceller i stor utsträckning förbises i diabetesforskningen.

Detta projekt syftar till att ändra på detta genom att studera deltaceller i detalj. Med hjälp av banbrytande tekniker som encellsproteomik och avancerad cellodling kommer jag att undersöka hur deltaceller beter sig både hos friska och diabetiska patienter.

Denna tredelade studie kommer att:

1. Kartlägga proteinerna inuti deltaceller hos diabetiska och icke-diabetiska möss.
2. Testa hur specifika proteiner påverkar deltacellernas funktion och hormonreglering.
3. Utvidga resultaten till mänsklig bukspottkörtel för att identifiera gemensamma och unika egenskaper.

Genom att avslöja hur deltaceller bidrar till diabetes kommer denna forskning att leda till nya, mer personliga behandlingar, särskilt för personer som är benägna att drabbas av hypoglykemi eller inte svarar bra på nuvarande behandlingar. Den kommer också att bidra till att fylla en stor lucka i vår förståelse av hur bukspottkörteln fungerar och hur dess känsliga balans störs vid sjukdom.

Jag är en av få personer i världen som rutinmässigt mäter somatostatin från cellöar och har ägnat mina 10 år som diabetesforskare åt att förstå fysiologin hos cellöar som producerar och utsöndrar glukagon och somatostatin. Jag är mycket kvalificerad att leda detta projekt, säger Caroline.

Varför började du forska?

– Sedan jag var liten har jag drömt om att bli forskare. Jag har alltid känt



en stark nyfikenhet och en önskan att förstå hur kroppen fungerar och hur sjukdomar uppstår. Min drivkraft har varit att bidra till att hitta lösningar som kan göra skillnad för människor och att utveckla kunskap som i förlängningen kan leda till bättre behandlingar och ett friskare samhälle.

Varför valde du att forska inom diabetes?

– Diabetes kom egentligen till mig. När jag började mitt doktorandprojekt om Langerhanska öar blev jag helt fascinerad av ämnet. För mig är det otroligt hur dessa öar samarbetar, både inom sig själva och med varandra, för att upprätthålla glukosbalansen. Under hälsosamma förhållanden är det som en välorganiserad orkester som aldrig spelar falskt. Nu, mer än tio år senare, är jag fortfarande lika nyfiken och engagerad i att förstå deras komplexa samspel.

Kan du berätta mer om projektet?

– I Langerhanska öar finns betacellerna som producerar insulin, som vi vet slutar fungera vid diabetes. Men det finns också andra celler som är viktiga för att hålla blodsockret stabilt, nämligen alfa- och deltaceller. Dessa har fått betydligt mindre uppmärksamhet inom forskningen, och vi vet fortfa-

rande väldigt lite om hur de fungerar. Deltacellerna, som producerar hormonet somatostatin, verkar spela en reglerande roll för både alfa- och betaceller. De är dock svårstuderade eftersom de är så få. Mitt projekt syftar till att undersöka hur dessa celler fungerar på genetisk nivå och vad som händer med dem vid diabetes. Nya studier visar att även deltagare påverkas negativt vid sjukdomen, och jag vill förstå hur denna förändring sker och om det finns sätt att återställa deras funktion så att de i sin tur kan bidra till att förbättra alfa- och betacellernas funktion.

Vad är målet med projektet?

– Målet är att kartlägga deltagarna i friska öar och öar drabbade av diabetes för att förstå vad som går fel vid sjukdomen. Vi vet att komplikationer kan uppstå när somatostatin utsöndras i för höga nivåer, vilket kan bidra till insulinkänningar, eller för låga nivåer, vilket kan bidra till för mycket glukagonutsöndring. Om vi kan återställa somatostatinnivåerna, finns möjlighet att minska dessa komplikationer, som i dag begränsar både livskvaliteten för personer med diabetes och effektiviteten hos nuvarande behandlingar. Projektet syftar därför till att identifiera nya behandlingsmål för diabetes baserade på en trihormonal strategi.

Vad har du kommit fram till gällande din tidigare forskning?

– I min doktorsavhandling upptäckte vi att beta- och deltagare kommunicerar med varandra via elektriska signaler. Denna kommunikation gör att cellerna kan hålla varandra i balans, så att hormonerna de producerar bara frisätts när det verkligen behövs. Vid både typ 1- och typ 2-diabetes är denna kommunikation störd, vilket innebär att cellerna inte längre kan hjälpa varandra att reglera hormonfrisättningen. Resultatet blir en multihormonal obalans som leder till för högt eller ibland för lågt blodsocker, vilket är typiska kännetecken för diabetes.

Hur tycker du diabetesforskningen har förändrats sedan du började forska inom diabetes?

– Utvecklingen har varit enorm. Vi har fått avancerade teknologier som gör det möjligt att ställa helt nya frågor. I dag befinner vi oss i "omics" eran, där vi kan kartlägga den genetiska och molekylära profilen hos hormonproducerande celler och upptäcka vad som går fel vid diabetes. Single-cell tekniker har revolutionerat området och ger oss insikt på cellnivå. Dessa framsteg öppnar dörren för mer precisa behandlingar och en djupare förståelse av sjukdomen.

Inom vilket område av diabetesrelaterad forskning ser du i dag den snabbaste utvecklingen och vad tror du kommer att hända inom de närmaste tio åren?

– Under de närmaste tio åren tror jag vi kommer se att GLP-1-läkemedel blir ännu mer målinriktade och effektiva, samtidigt som regenerativa cellterapi när klinisk mognad och blir ett verkligt behandlingsalternativ för personer med typ 1-diabetes.

Hur har forskningsanslaget från oss hjälpt dig att finansiera ditt projekt?

– Tack vare detta anslag kan vi fortsätta ställa viktiga frågor om vad som ligger bakom de stora komplikationerna vid diabetes och vad som kan göras för att minska dessa tillstånd som fortfarande kostar liv för personer som lever med sjukdomen. Anslaget gör det möjligt för högt kvalificerade forskare att fortsätta arbeta för att öka vår förståelse och utveckla bättre strategier för behandling av diabetes.

Text: Ann Fogelberg Press release

Nyhetsinfo
www.red DiabetologNytt

Uppmaning: Ställ högre krav på kontinuerliga glukosmätare CGM. Artikel i Läkartidningen; Peter Adolfsson, Johan Jendle

Huvudbudskap

- EU-godkännande är ingen garanti för god mätnoggrannhet hos kontinuerliga glukosmätare (CGM).
- Genomsnittlig absolut relativ skillnad (mean absolute relative difference, MARD) är ett otillräckligt mått på mätnoggrannhet.
- Studier kan manipuleras för att optimera MARD.
- Mätnoggrannhet bör utvärderas under de förhållanden som gäller för personer med diabetes som förväntas använda CGM.

CGM-krav utöver mätnoggrannhet

- Säkerhetsspärr mot att använda sensor längre än dess angivna livslängd.
- Garanti att sensor fungerar korrekt och sitter kvar hela sin livslängd.
- Förenklad och förbättrad reklamation-process då sensorn ska kunna sitta kvar och fungera adekvat under hela mätperioden – i annat fall reklamation och ersatt produkt.
- Säker lagring av medicinska persondata från systemet på server inom EU.

Konklusion

En CGM-specifik standard behövs för att säkerställa att endast system som är säkra och välfungerande godkänns.

Fram till dess att en standard implementerats bör bara CGM-system som uppfyller FDA:s iCGM kriterier användas i Sverige

Läs hela artikeln pdf free
<https://media.arto.se/app/uploads/sites/11/2026/01/08100523/25104.pdf>

Nyhetsinfo
www.red DiabetologNytt

EMA teplizumab recommendation for EU market

T1DM prediabetes, T1DM stadium 2 vuxna och barn från 8 år

First-in-class treatment to delay onset of type 1 diabetes Teizeild significantly delays onset of stage 3 diabetes and preserves functioning of cells producing insulin EMA has recommended granting a marketing authorisation in the European Union (EU) for Teizeild (teplizumab) to delay the onset of stage 3 type 1 diabetes in adults and in children from 8 years of age with stage 2 type 1 diabetes.

Type 1 diabetes is a chronic autoimmune disease where the body's immune system destroys beta cells in the pancreas that produce insulin, a hormone that regulates blood glucose (sugar) by allowing it to move into cells to produce energy. As a result, glucose builds up in the blood and causes multiple symptoms, like thirst, hunger, frequent urination, weight loss and tiredness. Over time, it can affect major organs in the body, including the heart, blood vessels, nerves, eyes and kidneys. Patients need daily insulin injections to control their glucose levels.

Type 1 diabetes often begins in childhood but can occur at any age. The disease progresses in three stages, and symptoms normally appear at stage 3, when daily insulin injections to manage blood glucose levels are required. This causes a significant burden to patients, especially children and their caregivers. Delaying the onset of stage 3 particularly in children is beneficial in diabetic care. An estimated 2.2 million people in the EU live with type 1 diabetes. There are currently no authorised treatments to delay or cure the disease.

The active substance of Teizeild is teplizumab, an antibody that delays disease progression by reducing the pace of the patient's self-destruction of pancreatic beta cells. It is administered by intravenous infusion once daily for 14 consecutive days.

Teizeild was supported through EMA's PRiOritY MeDiciNes (PRIME) scheme, which provides early and enhanced scientific and regulatory support to medicines that have a particular potential to address patients' unmet medical needs.

The recommendation is based on

the results of a randomised, double-blind, placebo-controlled clinical trial in 76 patients with stage 2 type 1 diabetes. The median time to develop type 1 diabetes stage 3 was 50 months in patients treated with teplizumab and 25 months in patients who received placebo. Twenty (45%) of the 44 patients treated with teplizumab developed type 1 diabetes compared to 23 (72%) of the 32 patients who received placebo during the study (median follow up of 51 months). In addition, results from several other studies show that treatment with teplizumab significantly preserved the functioning of pancreatic beta cells compared to treatment with placebo.

The most common side effects reported with Teizeild were low levels of various types of white blood cells (lymphocytes, leucocytes and neutrophils), rash and low levels of blood bicarbonate, which can cause metabolic acidosis (too much acid in the body).

The most frequent serious adverse reaction reported in 2% of patients was cytokine release syndrome, a serious condition causing fever, vomiting, shortness of breath, headache and low blood pressure. The product information and risk management plan of Teizeild include appropriate risk mitigating measures.

The opinion adopted by the CHMP is an intermediary step on Teizeild's path to patient access. The opinion will now be sent to the European Commission for the adoption of a decision on an EU-wide marketing authorisation. Once a marketing authorisation has been granted, decisions about price and reimbursement will take place at the level of each Member State, taking into account the potential role or use of this medicine in the context of the national health system of that country.

<https://www.ema.europa.eu/en/news/first-class-treatment-delay-onset-type-1-diabetes>
press release EMEA

EMA har 13/1 godkänt läkemedlet för EU

Nyhetsinfo
www.red-diabetolognytt.se



Medicinteknik blir ett eget verksamhetsområde inom Läkemedelsverket

Läkemedelsverket tar ytterligare ett steg för att möta en snabbt växande medicinteknikmarknad och den svenska sjukvårdens beredskap genom att etablera medicinteknik som ett eget verksamhetsområde.

Genom att stärka området medicinteknik och etablera det som ett eget verksamhetsområde, förväntar sig Läkemedelsverket att kunna bidra till en bättre tillgång och beredskap och stöd till sjukvård och bransch.

Detta kommer inte bara att förbättra patientsäkerheten och kvaliteten på vården, utan också att stärka den svenska sjukvårdens beredskap för framtida utmaningar, inklusive kriser och krig.

Verksamhetsområdet medicinteknik kommer att ledas av en egen direktör med ansvar för att utveckla och implementera strategier för såväl tillsyn som tillgång och för att stödja vården i användningen av nya medicintekniska produkter och lösningar. Detta inkluderar allt från AI-baserade beslutsstöd till avancerade vårdssystem, som alla har potentialen att förbättra patientsäkerheten och kvaliteten på vården.

Beslutet är bland annat en följd av en snabbt föränderlig sjukvårdsmiljö, där digitaliseringen och utvecklingen av avancerad medicinteknik kräver en mer samordnad och effektiv tillsyn och vägledning.

– Medicintekniska produkter har en avgörande betydelse i all hälso- och sjukvård och måste var både säkra och ändamålsenliga. Samtidigt ökar kraven på tillverkare av medicintekniska produkter, som myndighet behöver vi vägleda och möjliggöra införandet av ny teknik, säger Läkemedelsverkets generaldirektör Ann Lindberg.

Snabb utveckling kräver en rörlig myndighet

Att Läkemedelsverket satsar på medicinteknik är av flera viktiga skäl. Den snabba utvecklingen inom området och inom vården kräver en följsam och proaktiv myndighet som kan stödja och vägleda genom denna förändring. Den ökade komplexiteten i regelverken för medicintekniska produkter, både på nationell och europeisk nivå, kräver en samlad och koordinerad insats för att säkerställa att nya produkter och lösningar införs på ett säkert och effektivt sätt.

– Nu kraftsamlar Läkemedelsverket för att kunna möta behoven hos både

tillverkare och vården. Vi kommer nu även påbörja rekrytering av bland annat enhetschefer, avslutar Ann Lindberg.

Förbättrad patientsäkerhet och vård

Genom att stärka området medicinteknik och etablera det som ett eget verksamhetsområde, förväntar sig Läkemedelsverket att kunna bidra till en bättre tillgång och beredskap och stöd till sjukvård och bransch. Detta kommer inte bara att förbättra patientsäkerheten och kvaliteten på vården, utan också att stärka den svenska sjukvårdens beredskap för framtida utmaningar, inklusive kriser och krig.

Läkemedelsverkets satsning på medicinteknik är en viktig del av den nationella life science-strategin för att möta de utmaningar som den svenska sjukvården står inför. Genom att samarbeta nära med vården, industrin och andra myndigheter, vill Läkemedelsverket bidra till en robust och flexibel sjukvård som kan möta behoven av en föränderlig värld.

Press meddelande

Nyhetsinfo
www.red.DiabetologNytt

Utökad rätt till VAB för föräldrar till barn med diabetes. Från 1/1 2026

Äntligen presenterar regeringen utökad rätt till VAB för föräldrar med barn med diabetes.



Diabetesföräldrar förväntas av förskola och skola att vara "stand by" ifall något inträffar med barnet. För många föräldrar har detta varit en källa till stor oro och otrygghet i en ofta mycket oförutsägbart situation som i sig har skapat än mer hög stress.

I utredningen, som tagit flera år, föreslås att antalet dagar med tillfällig föräldrapenning sammanlagt ska vara 120 dagar per barn och inte vara

alltför specifik angående vilka insatser som åsyftas.

Detta ger förutsättningar för att barn, oavsett behov och ev funktionsnedsättning, får en skolgång på lika villkor som sina klasskamrater, både vad gäller skolan och aktiviteter kopplat till skolan.

Utdrag ur text från Kristina Söderlund, intressepolitisk chef på Diabetes Sverige. Leva med diabetes nr 4 2026

Nyhetsinfo
www.red.DiabetologNytt

”Vård i tid”. Projekt för tidig-diagnostik av typ 1 diabetes barn-ungdom. Barndiabetesfonden

Allt fler småbarn i Sverige drabbas av typ 1-diabetes – en livshotande sjukdom som ofta upptäcks för sent. Nu lanserar Barndiabetesfonden kampanjen ”Vård i tid” för att öka kunskapen bland både föräldrar och vårdpersonal.

Typ 1-diabetes är den vanligaste livshotande kroniska sjukdomen bland barn i Sverige. Och antalet insjuknade ökar snabbt, berättar Karolina Jansson, ny generalsekreterare för Barndiabetesfonden.

”Vi ser att det är många som insjuknar snabbt, framför allt barn under fem år. Sverige är faktiskt värst drabbat i världen, tillsammans med Finland”, säger Karolina Jansson till News55 TV.

Hon förklarar att forskningen ännu inte vet varför sjukdomen ökar, men att flera faktorer tros samverka – som genetisk sårbarhet, virusinfektioner och stress.

Vill fånga typ 1 diabetes i tid

För att färre barn ska bli allvarligt sjuka lanserar Barndiabetesfonden nu kampanjen ”Vård i tid”, i samarbete med Barnläkarföreningen och Postkodstiftelsen.

”Vi ser en oroande trend där småbarn kommer in till vården alldeles för sent och redan har utvecklat syraförgiftning, så kallad diabetisk ketoacidosis. Det här är ett livshotande tillstånd”, säger Karolina Jansson.

Hon betonar att symptomen egentligen är ganska tydliga: barnet blir törstigt, kissar mycket, dricker mer, går ner i vikt och blir trött. Men hos små barn kan det vara svårare att upptäcka, särskilt om de fortfarande använder blöja.

– Misstänker man typ 1-diabetes ska man söka specialistvård direkt akut.

Det räcker med ett stick i fingret för att mäta blodsockret, säger hon.

Kostsam – både för familjer och samhälle

Att leva med typ 1-diabetes kräver ständig behandling och noggrann kontroll, dygnet runt. För många familjer

innebär det en tung vardag.

”Det finns en låg kunskap i samhället om hur allvarlig sjukdomen är. 40 procent av mammor till barn med typ 1-diabetes uppvisar utmattningssymptom”, säger Karolina Jansson.

Sjukdomen kostar samhället omkring 12 miljarder kronor per år – i vård, hjälpmedel och följsjukdomar.

”Vi behöver mer forskning. Det är bara forskningen som kan lösa gåtan varför så många småbarn drabbas i Sverige”, säger hon.

Barndiabetesfonden delade i år ut 22,5 miljoner kronor till forskningen – ett rekord, men fortfarande långt ifrån vad som behövs.

”Vi har fantastiska forskare i Sverige och unika register som resten av världen tittar på. Men vi behöver mer stöd för att kunna rädda fler liv”, avslutar Karolina Jansson.

Press release Barndiabetesfonden

Nyhetsinfo
www.red.DiabetologNytt

T1DM utbildning för förskola och skola. Profession och patientorganisation

Över 950 barn och minst lika många vuxna insjuknar i typ 1 diabetes varje år i Sverige, cirka 30 skolklasser om året.

Det är stor sannolikhet att du kommer möta ett barn/ungdom med typ 1 diabetes även om du inte arbetar nära någon just idag. När ett barn/ungdom insjuknar går det ofta snabbt – att någon känner igen symtomen kan vara livsviktigt för att man ska få diagnos och vård i tid. Vänta inte med att lära dig, var med och gör skillnad redan idag!

Utbildningen T1D-säker skola är digital och interaktiv – du lär dig genom text, bild, film och kunskapstest!

steg 2 och 3 är uppdelat i tre nivåer
Gå steg 2 – förskola
Gå steg 2 – låg- & mellanstadie
Gå steg 2 – högstadie/gymnasie
Målet är att all personal ska få tillräcklig kunskap om typ 1 diabetes så att både du som arbetar i förskolan/skolan, barn/elever med T1D och deras föräldrar kan känna sig trygga.

Utbildningen är helt gratis!

Verksamheten stöds av
Allmänna Arvsfonden

Barndiabetesfonden
Diabetes Sverige
Svensk Förening för Pediatrik Endokrinologi och Diabetes

Hela utbildningen är faktagranskat av
Karolinska Universitetssjukhuset

<https://www.tad1.se/t1dsaker>
Gå in på ovan www och läs mer i detalj
T1D-säker förskola/skola – utbildning som passar all personal

Nyhetsinfo
www.red.DiabetologNytt



Salt i kost påverkar mycket mer än bara blodtrycket.

SCAPIS-studien. Nutrition and Metabolism

En ny svensk studie från Hjärt-Lungfondens forskningssatsning SCAPIS visar att ett högt saltintag är kopplat till förändringar i ämnesomsättningen.

Vilket i sin tur kan bidra till hjärt-kärlsjukdom på fler sätt än genom högt blodtryck.

– Våra resultat tyder på att personer som äter mindre salt i större utsträckning använder sina fettlager som energikälla.

Hos dem som äter mer salt ser vi i stället högre nivåer av metaboliter i blodet som i tidigare forskning kopplats till inflammation och åderförkalkning, säger Jonas Wuopio, specialistläkare i internmedicin och forskare vid Karolinska institutet.

Att ett högt saltintag ökar risken för högt blodtryck är känt sedan länge. Högt blodtryck i sin tur är en av de främsta riskfaktorerna för hjärt-kärlsjukdom.

Men exakt hur salt påverkar kroppen är fortfarande inte helt klarlagt.

Den nya studien, som bygger på data från nästan 8 500 personer i SCAPIS-studien, visar att det finns en koppling mellan saltintag och kroppens energiomsättning.

Personer som åt mycket salt hade ett mönster av ämnen i blodet som tyder på att kroppen använde fett som bränsle i lägre utsträckning. Samtidigt hade de högre nivåer av vissa fettrelaterade ämnen som i tidigare studier kopplats till både inflammation och åderförkalkning.

Hos personer med lägre saltintag

sågs i stället högre nivåer av ämnen som tyder på att kroppen i större utsträckning använder fett som energikälla, vilket generellt anses vara mer gynnsamt för hjärthälsan. Forskarna betonar dock att det rör sig om just en koppling, inte ett orsakssamband, och att fler och längre studier krävs för att förstå de bakomliggande mekanismerna.

– Vi ser en koppling mellan saltintag och metabolismen – och det är en ny och viktig insikt som även kan ge ledtrådar till varför högt saltintag ofta hänger ihop med övervikt. Det är första gången de här kopplingarna undersöks i så stor skala, vilket varit möjligt att göra tack vare den data som finns i SCAPIS, säger Jonas Wuopio.

- Högt saltintag i studien motsvarade ca 10 gram salt per dag.
- I Sverige äter vi i genomsnitt mer salt än vad som är rekommenderat.
- Därför är det viktigt att livsmedelsindustrin sänker salt i en rad vanliga livsmedel då det är de största källorna till vårt saltintag.

En stor del av det salt vi får i oss kommer från processade livsmedel som bröd, chark och färdigmat.

Att sänka salthalten i processad mat pekas därför ut som en av de viktigaste åtgärderna för att sänka saltintaget av Världshälsoorganisationen WHO.

– Den här studien visar att salt kan påverka kroppen på fler sätt än vi tidigare trott. För att kunna ge råd om hur vi ska leva hälsosamt som vilar på vetenskap behövs stora befolkningsstudier som SCAPIS. Det är investeringar som i förlängningen kan rädda liv, och som vi har våra givare att tacka för, säger Kristina Sparreljung, generalsekreterare för Hjärt-Lungfonden.

Fakta om forskningsstudien

The metabolic signature of salt intake: a cross-sectional analysis from the SCAPIS-study

Publicering: Nutrition & Metabolism, 2 september 2025.

Typ av studie och population: Tvärsnittsstudie som bygger på 8 492 personer, i åldrarna 50–64 år, i Hjärt-Lungfondens stora forskningssatsning SCAPIS.

Saltintag beräknades från urinprov med Kawasaki-formeln.

Blodprov analyserades med en metod som mäter hundratals ämnen i blodplasman.

Resultat:

Studien visar att salt kan påverka kroppen inte bara genom blodtrycket, utan även genom att påverka fettmetabolismen och ämnen kopplade till inflammation.

Lägre saltintag var kopplat till en ämnesomsättning som använder fett mer effektivt – ett mönster som i tidigare forskning kopplats till bättre hjärt-kärlhälsa.

Högre saltintag var kopplat till metaboliter som kan spegla ökad fettinlagring, inflammation och åderförkalkning.

Högt saltintag i studien motsvarade ca 10 gram salt per dag.

Livsmedelsverket rekommenderar vuxna att konsumera max 6 gram per dag. Snittet i Sverige är 10–12 gram per dag, enligt Livsmedelsverket.

Utdrag ur press release Hjärtlungfonden

Nyhetsinfo
www.red DiabetologNytt



Global Burden of Disease. Denna www jämför världens största sjukdomar och hälsorisker

Utdrag ur [www: nutritionsfakta.se/2025/10/21/global-burden-of-disease-jamfor-varldens-storsta-sjukdomar-och-halsorisker/](http://www.nutritionsfakta.se/2025/10/21/global-burden-of-disease-jamfor-varldens-storsta-sjukdomar-och-halsorisker/)

En ambitiös studie

Om man har läst en artikel om hur viktig matvanorna är för hälsan har man med stor sannolikhet stött på statistik från Global Burden of Disease-studien (GBD), liknande den ovan. Studien är ett omfattande och ambitiöst försök att sammanställa data om ohälsa och ohälsans bestämningsfaktorer världen över.

Studien kartlägger de vanligaste dödsorsakerna och sjukdomarna, land för land. Den identifierar också de viktigaste bestämningsfaktorerna, eller riskfaktorerna, som är kopplade till dessa utfall samt hur vanligt förekommande de är. Studiens kärna är avancerade modeller som uppskattar hur stor del av den totala ohälsan som orsakas av varje sjukdom eller riskfaktor.

Prioriteringar och jämförelser

Syftet med studien är att med hjälp av data kunna identifiera och rangordna hälsoproblem och riskfaktorer på ett jämförbart sätt. Målet är att kunna prioritera mellan mycket olika typer av sjukdomar och riskfaktorer så att åtgärder kan riktas mot rätt problem. Man kan till exempel undersöka om relaterade insatser, såsom lagstiftning

eller forskningsmedel, står i proportion till hälsoproblem. Eftersom en standardiserad metodik används är tanken att man ska kunna jämföra mycket olika riskfaktorer. Ytterligare jämförelser är möjligt mellan länder och regioner, över tid, mellan kön och så vidare.

Vilka står bakom?

Det var Världshälsoorganisationen (WHO) som drog igång den första GBD-studien redan 1992 på uppdrag av World Bank. Den version som idag benämns GBD-studien utförs av Institute for Health Metrics Evaluation (IHME) i Seattle, USA, som grundades 2007 med finansiering bland annat från Bill & Melinda Gates Foundation. Eftersom WHO och IHME har väldigt olika uppdrag, förutsättningar och skyldigheter har visionen om att



enas kring en enda GBD-studie visat sig svårt att förverkliga. WHO tar också fram egna hälsoestimater numera, även om visst samarbete förekommer.

Uppdateringar sker

Modellen uppdateras löpande och nya versioner släpps med några års mellanrum.

En ny version, GBD 2023, släpptes den 12 oktober 2025.

Det är positivt att modellen utvecklas – dataluckor fylls när nya data finns tillgängliga och antaganden skruvas på när kunskapsläget förändras.

Men ibland sker stora förändringar, vilket är viktigt att vara uppmärksam på. I den senaste versionen GBD 2023 förändrades till exempel hur fullkorn uppskattas, och i GBD 2021 bedömdes ett lågt intag av nötter och frön inte längre vara en riskfaktor för typ-2 diabetes. Detta innebär att om man vill jämföra hur viktig en riskfaktor är över tid eller mellan länder måste man använda samma version av GBD-modellen.

När en ny version kommer ersätter den tidigare versioner.

*Från nutritionsfakta.se
Press release*

Nyhetsinfo
www.red.DiabetologNytt

”Forskning i fokus”. Ny tidskrift från SLS. Pris 50 000 SEK till diabetesforskare Qaolin Deng och Allan Zhao

Hur påverkar en mors diabetes barnens framtida hjärt-kärlhälsa? Det är kärnfrågan i en uppmärksammat studie som nu belönas med Alvarengas pris 2025 i Svensk Läkaresällskapets nya tematidning *Forskning i fokus*.

Alvarengas pris 2025 tilldelas Qaolin Deng och Allan Zhao, forskare vid Karolinska Institutet. Priset, på 50 000 kronor, ges för studien “Maternal diabetes programs sexually dimorphic early-onset cardiovascular dysfunction in metabolically healthy offspring”.

Forskarna visar att söner till kvinnor med typ 1-diabetes har en ökad risk för tidig hjärt-kärlsjukdom – även om barnen i övrigt är metaboliskt friska. Resultaten belyser hur exponering under fosterlivet kan få långsiktiga konsekvenser för kärthälsan i vuxen ålder.

Läs mer om pristagarna och studien på sidan 18 i tematidningen *Forskning i fokus*, som rekommenderas även i sin helhet.

www.sls.se/media/5hvp5rnx/sls_temtidning_forskning_20251021.pdf

Nyhetsinfo
www.red.DiabetologNytt

Fördubbling av T2DM i Sverige, framförallt hos unga, högre HbA_{1c}, mer allvarlig, fler komplikationer. Svensk studie NDR etc. European Journal of Public Health

Increasing incidence of early-onset type 2 diabetes in Sweden 2006–2021
Open Access

Sofia Carlsson, Tomas Andersson, Stefan Jansson, Thomas Nyström, Olov Rolandsson, Yuxia Wei

European Journal of Public Health, ckaf114,
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf114>
Published: 09 July 2025

Abstract

Our aim was to provide new data on the incidence, prevalence, and secular trend of type 2 diabetes (T2D) in Sweden, specifically early-onset T2D.

We followed the Swedish population 2006 to 2021 and calculated age-standardized incidence (per 100 000) and prevalence (%) of T2D (overall) and early-onset T2D (age 23–39 years) stratified by sex, region of birth, and educational level. We projected the future prevalence of early-onset T2D by combining observed trends with population projections.

From 2006 to 2021, the prevalence of T2D rose from 4.87% to 7.50%, and incidence from 477 [95% confidence interval (CI) 471–482] to 574 (CI 568–579).

Early-onset T2D incidence increa-

sed from 54 to 107 (4.7% annual rise; CI 3.7%–5.7%) during this period.

Incidence of early-onset T2D was higher in individuals born outside Europe (211, CI 195–226 vs 89, CI 84–93 in 2021) or low education (204, CI 185–223 vs 71, CI 65–77 in 2021), but a rise in incidence was seen irrespective of educational level, region of origin, and sex.

If the incidence of early-onset T2D continues to increase at the same pace, its prevalence is projected to increase from 0.64% in 2021 to 3.2% in 2050. While T2D incidence rose marginally in Sweden 2006 to 2021, there was a significant rise in early-onset T2D, seen across different socioeconomic characteristics, with prevalence more than doubling and incidence nearly doubling. This development calls for targeted preventive efforts.

From the article

Introduction

The prevalence of diabetes mellitus in adults has been rising globally over the last decades. The incidence trend is more encouraging, with signs of stable or decreasing incidence in most high-income countries in Europe, including Sweden, and in the USA from

the mid-2000s. The rise in prevalence in such countries may be driven primarily by increased life expectancy in people with diabetes, which results in longer duration of diabetes and thus a larger proportion of the population living with the disease. On the other hand, the latest Swedish reports were based on data until 2013, and it is not clear if the decline in incidence has persisted.

A concerning development is that type 2 diabetes (T2D) seems to be increasingly diagnosed in adolescents and younger adults [6]. The trend is worrisome, as early-onset T2D appears to be more aggressive, posing a greater risk of complications, comorbidities, and mortality compared to T2D diagnosed at older ages. According to the 10th Diabetes Atlas, the global prevalence of T2D among individuals aged 20–39 years, often referred to as ‘early-onset T2D’ rose from 2.9% in 2013–3.8% in 2021. Based on the Global Burden of Disease study, it was estimated that the incidence of early-onset T2D rose by 56% from 1990 to 2019. Considerable variation exists within countries, with ethnic minorities and individuals in the lowest socioeconomic strata facing the greatest risk.

Research on early-onset T2D in the Nordic countries is limited, but rising incidence was recently reported in Finland and Denmark. In Sweden, no epidemiological data on early-onset T2D have been published. Our aim was to present new data on diabetes trends in Sweden from 2006 to 2021, with a particular focus on early-onset T2D. Additionally, we projected the future burden of early-onset T2D by modeling prevalence, incidence, alongside population projections.

Avkortad diskussion från artikeln

Discussion

Our nationwide study shows that Sweden experienced a substantial in-





crease in early-onset T2D between 2006 and 2021, with prevalence more than doubling and incidence almost doubling.

Incidence and prevalence were highest among individuals born outside Europe and those with lower education levels, yet the increasing trend was observed across these sociodemographic groups as well as in both men and women. If the development continues, we project that the prevalence of T2D among individuals aged 23–39 years will reach 3.2% by year 2050. P

People with early-onset T2D are more likely to have obesity and poor glycaemic control compared to those diagnosed with T2D at higher ages, which may have severe consequences for their prognosis. The overall prevalence of T2D was estimated at 7.5% in 2021 which is a significant increase from the 4.9% observed in 2006. Overall incidence was also increasing slightly. The rising prevalence of T2D, coupled with the rapid increase in early-onset cases, poses a significant public health threat which will place a growing strain on the healthcare system and society at large.

The rise of early-onset T2D in Sweden signals an emerging threat to public health, as these patients have a high risk of complications and may face shortened life expectancy. As early-onset T2D affects individuals during their prime working, childbearing, and child-raising years, its impact is likely to be more far-reaching than

T2D diagnosed later in life. It disproportionately affects individuals from minority ethnic backgrounds, those with lower levels of education and young women, in childbearing ages, with potential implications also for pregnancy outcomes. This highlights the need for targeted primary and secondary prevention to reduce the T2D risk in the population and improve prognosis of those affected. Further evidence on potential risk factors is needed to develop new preventive strategies to address the rising incidence of T2D in younger individuals.

Läs hela artikeln pdf fri
<https://academic.oup.com/eurpub/advance-article/doi/10.1093/eurpub/ckaf114/8195859?login=false>

Utdrag ur artikel i Dagens Nyheter 251021

Hundratusentals svenskar kan ha typ 2-diabetes utan att veta om det

Typ 2-diabetes ökar kraftigt bland unga vuxna i Sverige.

Totalt kan över en miljon svenskar ha sjukdomen när man räknar in det stora mörkertalet av oupptäckta fall.

Forskare varnar för en dold folksjukdom som redan i sitt förstadium orsakar tysta skador i kroppen.

Antalet unga vuxna i åldern 23–39 år som insjuknar i typ 2-diabetes har nästan fördubblats i Sverige på bara 15 år.

Det visar en ny rikstäckande studie från Karolinska institutet.

Samtidigt har den totala andelen med känd typ 2-diabetes i befolkningen också gått upp och ligger i dag på 7,5 procent.

Men den verkliga siffran är sannolikt betydligt högre än så. Det framgår av en beräkning som epidemiologen Sofia Carlsson har gjort för DN:s räkning.

I beräkningen har Sofia Carlsson tagit det kända mörkertalet för en grupp och applicerat andelen på hela befolkningen.

Slutsatsen blir då att närmare 12 procent av alla svenskar skulle kunna vara drabbade.

– För mig låter det tyvärr inte orimligt, säger Marju Orho-Melander, professor i genetisk epidemiologi vid Lunds universitet.

Både Sofia Carlsson och Marju Orho-Melander betonar att beräkningen har svagheter, eftersom mörkertalet från en medelåldersgrupp appliceras på hela befolkningen.

– Siffran 11,9 procent känns tyvärr inte fel instinktivt, men än så länge går den inte att fastställa säkert, säger Marju Orho-Melander.

<https://www.dn.se/sverige/hundratusentals-svenskar-kan-ha-typ-2-diabetes-utan-att-veta-om-det/>

Text: Sverker Lenas

Nyhetsinfo
www.red.DiabetologNytt

Samhällsekonomiska kostnader för T1DM Sverige.

Rapport Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund

Samhällsekonomiska kostnader kopplade till typ 1-diabetes i Sverige år 2023

Typ 1-diabetes är en livslång kronisk sjukdom som innebär en stor börda för den drabbade, dennes familj och för hälso- och sjukvården.

I Sverige levde år 2023 runt 72 000 personer med typ 1-diabetes, varav 8 000 var barn. Sjukdomen är en av de vanligaste kroniska sjukdomarna i barndomen. Typ 1-diabetes kräver ett stort mått av egenvård i alla åldrar, i form av bland annat blodsockerkontroll och tillförsel av insulin. Denna egenvård är livslång och påverkar personer med typ 1-diabetes i många aspekter av livet.

Sjukdomen kan leda till komplikationer både på kort och lång sikt. Ketoacidosis och hypoglykemi är de huvudsakliga kortsiktiga komplikationerna av typ 1-diabetes, som båda kan leda till koma och i sällsynta fall livshotande tillstånd. Till de långsiktiga komplikationerna hör bland annat hjärt- och kärlsjukdomar, njursjukdom och ögonsjukdom.

På senare år har forskning visat att även sjukdomar som demens, depression och cancer är långsiktiga komplikationer av typ 1-diabetes.

Välinformerade politiska beslut inom hälso- och sjukvården kräver att beslutsfattare har aktuella uppskattningar av sjukdomsbördan. För diabetes uppskattas samhällskostnaden ofta utan att skilja mellan olika typer av diabetes, eller fokuserar enbart på typ 2-diabetes.

Få studier har uppskattat kostnaderna för typ 1-diabetes, särskilt i svensk kontext. Syftet med denna studie är att beräkna samhällets kostnader kopplade till typ 1-diabetes i Sverige år 2023.

I ett första steg beräknas kostnaderna för typ 1-diabetes som enskild diagnos, och i ett andra steg beräknas kostnaderna för komplikationer kopplade till typ-1 diabetes.

Kostnaderna för typ 1-diabetes som enskild diagnos inkluderar kostnader

för sjukvård, läke-medel, medicinteknik och diabetesresurs i förskola och skola. Vidare ingår också kostnader för produktionsbortfall, värdet av förlorad produktion till följd av sjukdomen.

Produktionsbortfallet inkluderar sjukskrivning, nedsatt arbetsförmåga och högre arbetslöshet för personer med typ 1-diabetes.

Föräldrar till barn med typ 1-diabetes har också produktionsbortfall till följd av sjukdomen, i form av nedgång i arbetstid, utbildning och vikariat för diabetesresurs samt sjukskrivning vid diagnos, vilket också ingår i kostnaderna. Till sist ingår även kostnaden för vård utförd av närstående.

Kostnaderna för komplikationer beräknas med hjälp av andelen fall av en viss komplikation som kan kopplas till typ 1-diabetes, så kallade tillskrivningsfaktorer. Dessa appliceras sedan på de totala kostnaderna för respektive komplikation, för att beräkna hur stora kostnader som är kopplade till typ 1-diabetes.

De totala kostnaderna för respektive komplikation hämtas från publicerade sjukdomskostnadsstudier, eller beräknas i en avgränsad sjukdomskostnadsstudie där sjukvård och produktionsbortfall ingår.

Samhällets kostnader för typ 1-diabetes år 2023 beräknades till 12,9 miljarder kronor. Kostnaderna för typ 1-diabetes som enskild diagnos uppgick till 8,6 miljarder kronor, och kostnaderna för komplikationer till följd av typ 1-diabetes uppgick till 4,3 miljarder kronor. Den största enskilda kostnadsposten var medicinteknik på 2,3 miljarder kronor, följt av produktionsbortfall till följd av sjukdom på 1,5 miljarder kronor och diabetesresurs i förskola och skola på 1,4 miljarder kronor.

De sammanlagda produktionsbortfallen till följd av sjukdom och för tidig död, samt för föräldrar till barn med typ 1-diabetes uppgick till sammanlagt 2,8 miljarder kronor.

Av komplikationerna var det hjärt- och kärlsjukdom som utgjorde de största kostnaderna på 2,3 miljarder

kronor.

Sammantaget visar denna studie att typ 1-diabetes medför betydande samhällsekonomiska kostnader som fördelar sig över många olika delar av samhället. Detta visar på vikten av effektiva behandlingsstrategier, förebyggande insatser för komplikationen samt stödjande samhällsinsatser för att i framtiden kunna minska den ekonomiska bördan.

Avslutande kommentarer

Rapporten beräknar de samhällsekonomiska kostnaderna kopplade till typ 1-diabetes år 2023.

De enskilt största kostnadsposterna var medicinteknik, produktionsbortfall och diabetesresurs i förskola och skola. CGM är idag standard både hos barn och vuxna med typ 1-diabetes. Även användningen av insulinpump har ökat och år 2023 hade mer än 80 procent av barnen insulinpump. Dock är det fortfarande enbart en tredjedel av de vuxna som har insulinpump.

Kostnaden för komplikationer till följd av typ 1-diabetes, inte minst hjärt- och kärlsjukdom, utgjorde en stor andel av de totala samhällsekonomiska kostnaderna. En ansenlig del av dessa kostnader skulle sannolikt kunna undvikas genom en effektivare behandling av den underliggande sjukdomen.

https://ihe.se/app/uploads/2025/10/IHE-RAPPORT-2025_15_.pdf

Hedda Carlsson, Katarina Gralén, Adam Fridhammar, Sofie Persson. Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund

Det är författarna ensamma som svarar för analys och rapportens innehåll.

Nyhetsinfo
www.red DiabetologNytt

E11.A. Ny ICD diagnoskod för T2DM i remission

Den nya diagnoskoden ICD-10 är för patienter med typ 2-diabetes i anamnesen som får blodsockernivån att ligga under 48 mmol/mol

Viktigt att ta med sig

- En ny ICD-10 diagnoskod, E11. A, erkänner nu formellt typ 2-diabetes i remission
- Remission kräver ett HbA1c under 48 mmol per mol i tre månader utan diabetesmedicin
- Strikt klinisk dokumentation, inklusive metoden för remission, är obligatorisk för att använda den nya koden
- Inga diabetes komplikationer, ögon, njure, nervsystem

Från och med den 1 oktober 2025 lades en ny diagnoskod till i den detaljerade listan över koder som används av vårdgivare: remission av typ 2-diabetes. 2025 års uppdatering av manualen för medicinska koder introducerar hundratals nya koder, inklusive den nya diabeteskoden, E11.A.

Läkare använder dessa koder för att beskriva medicinska tillstånd, fakturerar och få försäkringsersättning.

Denna nya kod skiljer officiellt mellan att hantera sjukdomen och att framgångsrikt uppnå ett tillstånd av remission.

För att använda den nya koden krävs särskild dokumentation från vårdgivaren.

Den dokumentationen måste innehålla ordet "remission" och förklara hur remission uppnåddes, enligt American Academy of Family Physicians. Denna förklaring kan inkludera livsstilsförändringar, såsom kost och motion som leder till dokumenterad viktnedgång, ett specifikt viktnedgångsprogram eller ingrepp som bariatrisk kirurgi.

De officiella ICD-10-riktlinjerna betonar också att det inte räcker att använda en vag term som "löst" för att kvalificera en patient för remissionskoden, och patienten kan inte heller ha några diabetesrelaterade komplikationer på gång.

Patientens senaste A1C-avläsningar måste inkluderas i de medicinska anteckningarna, och journalen måste bekräfta att de för närvarande inte tar några diabetesmediciner

American College of Lifestyle Medicine (ACLM) kallar den nya koden "en viktig milstolpe för livsstilsmedicin".

De noterar att typ 2-diabetes drabb-



ar cirka 11,6 % av de vuxna i USA, med en ökande förekomst bland yngre människor och en rejäl kostnad i direkta utgifter och minskad produktivitet.

ACLM erbjuder en 2025 patientriktlinje om livsstilsinterventioner för behandling och remission av typ 2-diabetes och prediabetes hos vuxna.

KÄLLA: American Academy of Family Physicians, 6 oktober 2025

Nyhetsinfo
www.red DiabetologNytt

Insulinpump-behandling kan bli säkrare. Lex Maria. IVO.

Region Jönköping har i en press release beskrivit en tragisk händelse med en patient med typ 1 diabetes, avled med insulinpump, högt blsr, ketoacidosis DKA.

Det saknas uppgifter om patienten hade en automatisk insulinpump, dvs insulinpump kopplad till kontinuerlig glukosmätning (CGM), eller om det var en vanlig insulinpump med eller utan CGM.

Händelsen skedde i mars. 6 mån senare har anmälan skett till myndighet inkl press-release. Utredning vid IVO tar ofta 6-12 månader.

Allmän rekommendation är automatisk insulinpump, dvs insulinpump

samverkar med CGM; vid högre blsr ökar mängden tillförd insulin och vid lägre blsr minskar mängden insulin, för att helt upphöra vid lägre blsr. Genom en inlagd algoritm, sk prediktivt lågt värde, så stänger insulinpumpen av sig själv redan 30 min innan blsr blir för lågt.

Medicinteknik vid diabetes har minskat betydligt risken för allvarligt lågt blodsocker respektive allvarligt högt blodsocker.

Händelsen i Region Jönköping har föranlett Lex Maria anmälan, anmälan IVO, och har beskrivits

Pressmeddelande från Region Jönköping Sveriges Radio P4 Jönköping Veckoutskick via Dagens Medicin

Läs mer på
dagensdiabetes.se/insulinpump-behandling-kan-bli-saekrare-lex-maria-ivol/

Nyhetsinfo
www.red DiabetologNytt

T1DM forskningspris. Riitta Lahesmaa, Finland och Gustaf Christoffersson, Uppsala.

Barndiabetesfonden har glädjen att meddela att årets Johnny Ludvigsson-pristagare är professor Riitta Lahesmaa, Turku Universitet, och doktor Gustaf Christoffersson, Uppsala universitet. De prisas för sina insatser för sin forskning kring typ 1-diabetes.

– Denna utmärkelse är en viktig uppmuntran för mig och våra lovande unga forskare att fortsätta vårt arbete mot en värld utan typ 1-diabetes, säger Riitta Lahesmaa.

Professor Riitta Lahesmaa, Turku Universitet i Finland, får årets nordiska Johnny Ludvigsson-pris för excellent forskning inom barn- och ungdomsdiabetes. Hennes arbete har ökat förståelsen för de molekylära mekanismer som ligger bakom typ-1 diabetes, särskilt hos barn och ungdomar.

Riitta Lahesmaa var först med att visa att aktivering av immunsystemet kan upptäckas innan autoantikroppar bildas, vilket har öppnat nya möjligheter för tidig diagnos och förebyggande insatser. Hon har spelat en central roll i den globala forskningen kring typ 1-diabetes.

Riitta Lahesmaa är mycket glad och tacksam över priset som hon anser att hon delar med sina labbmedlemmar genom åren, och med andra internationella samarbetspartners. Hon är också djupt tacksam för alla de drabbade som ställer upp i hennes studier.

–De har bidragit med ovärderliga prover och gjort det möjligt för oss att studera varför vårt immunsystem misslyckas med att skydda oss från denna sjukdom.

– Jag är också tacksam för alla finansieringsorganisationer som gör vårt arbete möjligt.

Priset till yngre barndiabetesforskare i Sverige tilldelas Gustaf Christoffersson, Uppsala universitet

Gustaf Christofferssons forskning har bidragit till att öka förståelsen för typ 1-diabetes, särskilt inom immunologi, vaskulär biologi och neuroimmunologi. Han forskar på att förstå och modulera immunreglering vid typ 1-diabetes.

Gustaf Christoffersson har tidigare erhållit flera prestigefyllda anslag, inklusive forskningsanslag från Barndiabetesfonden, och spelar en nyckelroll i nationella initiativ som Uppsala Diabetescentrum och EXODIAB.

Gustaf Christoffersson är stolt och hedrad över priset.

– Detta pris speglar inte bara mina egna insatser, utan är i hög grad ett resultat av det engagemang, den kreativitet och det samarbete som präglar hela vår forskargrupp. Stödet från Barndiabetesfonden för våra forskningsinsatser inom immunreglering är avgörande för att vi ska kunna driva kunskapen framåt och på sikt förbättra behandlingsmöjligheterna för personer med typ 1-diabetes, säger han.

Priskommitténs motiveringar

Riitta Lahesmaa – motivering Johnny Ludvigsson-prize for excellent research in childhood and adolescent diabetes 2025

Professor Riitta Lahesmaa tilldelas Barndiabetesfondens Johnny Ludvigsson-pris för excellent forskning inom barn- och ungdomsdiabetes, för sina enastående och banbrytande forskningsinsatser inom området. Hennes arbete har ökat förståelsen för de molekylära mekanismer som ligger bakom typ-1 diabetes, särskilt hos barn och ungdomar.

Professor Lahesmaa var först med att visa att aktivering av immunsystemet kan upptäckas innan autoantikroppar bildas, vilket har öppnat nya möjligheter för tidig diagnos och förebyggande insatser. Tack vare sin starka bakgrund inom systemimmunologin har professor Lahesmaa använt avancerad teknologi för att analysera longitudinella prover från stora barngrupper och därmed kunnat identifierat förändringar i genuttryck, proteiner och epigenetik som är kopplade till sjukdomsutveckling.

Hennes upptäckter av molekylära markörer och förändringar i blod har bidragit till att påvisa sjukdomens olika faser och lagt grunden för precision medicinska strategier. Professor Lahesmaa leder en tvärvetenskaplig forskargrupp och har handlett över 50 doktorander och postdoktorer, varav många har framgångsrikt etablerat sig inom akademi och industri. Hennes samarbeten sträcker sig över flera internationella konsortier och nätverk, såsom INNODIA, DIABIMMUNE och den finska DIPP-studien, vilket visar hennes centrala roll i den globala forskningen kring typ-1 diabetes.

Därutöver har professor Lahesmaas arbete med T-cellers reglering kunnat belysa nya mekanismer som driver autoimmuna reaktioner, vilket ytterligare fördjupar vår förståelse för immunsystemets roll vid sjukdom. Hennes vetenskapliga insatser visar på både bredd och djup.

Hennes engagemang inom barn-



Professor Riitta Lahesmaa,
på Turku universitetet i Finland



Dr Gustaf Christoffersson,
Uppsala universitet

och ungdomsdiabetes, innovationskraft och ledarskap gör henne till en mycket värdig mottagare av Barndiabetesfondens Johnny Ludvigsson-pris för excellent forskning inom barn- och ungdomsdiabetes.

Gustaf Christoffersson- motivering Barndiabetesfondens Johnny Ludvigsson-pris till yngre barndiabetesforskare i Sverige 2025

Dr. Gustaf Christofferssons forskning har bidragit till att öka förståelsen för typ 1-diabetes (T1D), särskilt inom immunologi, vaskulär biologi och neuroimmunologi.

Hans tidiga forskningsinsatser kring transplantation och återbildning av blodkärl i transplanterade Langerhanska öar har bidragit till nya kliniska tillämpningar. Han har identifierat en ny typ av immunceller och molekyl-

er som är avgörande för normal kärlförsörjning och funktion i öarna. Under senare år har Dr. Christofferssons forskning rört mekanismer bakom T1D.

Ett av de mer nydanande fynden visar att sympatisk nervsignalering till bukspottkörteln påverkar sjukdomsutvecklingen, och att störning av denna signalering kan bromsa insjuknandet i T1D hos möss. Dessa fynd lade grunden till hans nuvarande forskning där han bl.a. med hjälp av PET/MR-avbildning undersöker innervationen av den mänskliga bukspottkörteln. För att möjliggöra ytterligare studier av bukspottkörteln har han utvecklat avancerade avbildningsplattformar och odlingssystem.

Hans tvärvetenskapliga arbetssätt kombinerar djurmodeller, mänsklig

vävnad och kliniska data för att utforska mindre studerade aspekter av T1D. Dr. Christoffersson har erhållit flera prestigefyllda anslag och spelar en nyckelroll i nationella diabetesinitiativ som Uppsala Diabetescentrum och EXODIAB.

Hans forskning präglas av vetenskaplig excellens, kreativitet och stor klinisk potential, vilket gör honom till en mycket värdig kandidat för Barndiabetesfondens Johnny Ludvigsson-pris till yngre barndiabetesforskare i Sverige.

Press release Barndiabetesfonden

Nyhetsinfo
www.red.DiabetologNytt

Consulkurs Lund 4-8/5. Diabetes och lipidsjukdomar. Anmälan senast 28/2

Välkommen på CONSUL-kurs i Lund 4-8 maj 2026

Ämne: Diabetes och lipidsjukdomar

CONSUL-kurs i diabetes och lipidsjukdomar riktar sig till svenska läkare under specialistutbildning i endokrinologi och diabetologi och rekommenderas av Svenska Endokrinologföreningarna och Svensk Förening för Diabetologi för att uppnå specialistkompetens.

Lund har genomfört consulkurs i Diabetes och lipidsjukdomar 2018, 2022 och 2024 med fina kursutvärderingar och målet är att försöka anordna kursen vartannat år.

Detta år ges CONSUL-kurs i Diabetes och lipidsjukdomar i samarbete mellan Skånes Universitetssjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset och Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Föreläsarna är erfarna endokrinologer från Lund, Stockholm och Uppsala. Kursen kommer ske till viss del i föreläsningsform men framför allt i interaktiv form med falldiskussioner.

Kursen är på heltid och avslutas med examination. Kursspråket är svenska.

Lärandemål som uppnås helt eller delvis med kursen är: (SOSFS 2015:8) a5, b1-3, b5, c1-4, c6-12, c14. (HSLF-FS 2021:8) STa3, STb1-2, STb4, STc1-4, STc6-12, STc14.

Om man läser enligt annan ST-plan översätts kursmål.

Kursen finansieras helt via deltagaravgifter och innehåller inga sponsrade moment. Avgiften beräknas till 9100 kr (ex moms 25%). Blir det för få deltagare kan kursen inte genomföras.

I avgiften ingår luncher, förmiddags- och eftermiddagsfika, samt en kursmiddag (obs maila om specialkost).

Resa och boende bokas och finansieras av deltagaren själv.

Anmälan är bindande och sker via anmälningsblankett senast den 28 februari 2026.

Information och mall till Anmälningsblankett finns på:

dagensdiabetes.se/consulkurs-lund-4-8-5-diabetes-och-lipidsjukdomar-anmalan-senast-28-2/

Antagning till kursen sker efter prioritering av de som har närmast till uttag av specialitet. Vi skickar besked om plats eller ej inom två veckor efter sista ansökningsdag. Kompletta fakturauppgifter med huvudmannens godkännande krävs för att bli antagen. Återbetalning kan ej ske vid förhinder men platsen kan överlåtas.

Varmt välkomna till Lund!

Katarina Fagher, Karin Filipsson och Sophia Rössner: Kursledare
Kurssekreterare Susan Olsson
Kontakt: susan.olsson@skane.se

Nyhetsinfo
www.red.DiabetologNytt

Johnny Ludvigsson får Brismar Award

Professor Johnny Ludvigsson vid Linköpings universitet och grundare av Barndiabetesfonden, är den förste att tilldelas Kerstin Brismar Award. Ludvigsson får priset som erkännande för sin vetenskapliga excellens och sitt orubbliga engagemang för att förbättra livet för barn som drabbats av typ 1-diabetes. 500 000 SEK utgör Kerstin Brismar Award.

– ”Jag känner mig mycket hedrad över att få detta första pris i Kerstin Brismars namn och hoppas att det ska bidra till att vi ska besegra Typ 1 diabetes”, säger Johnny Ludvigsson.

Initiativet till Kerstin Brismar Award har tagits av Marika Treschow och Eva Josephson. Båda är nära anhöriga till personer som har fått typ 1 diabetes.

– ”Genom Kerstin Brismar Award hoppas vi kunna stimulera till ökad och snabbare tillämpning av redan pågående grundforskning. Professor Kerstin Brismar har i sitt arbete med Diabetespatienter framgångsrikt tillämpat klinisk forskning. Det vill vi uppmärksamma”, säger Marika Treschow.

Kerstin Brismar Award lanserades i januari 2025 och kommer att delas ut årligen till forskare inom translationell forskning, dvs överföring av forskningsresultat från grundforskning till patientnära forskning. Urvalet görs av en jury bestående av fyra eminenta forskare från olika länder med specialkompetens inom diabetesområdet.

Vid en prisceremoni den 6 november kommer Johnny Ludvigsson att motta priset och även hålla en prisföreläsning under rubriken:

”Hur kan vi bevara de insulinproducerande cellerna?”

Motivering för Kerstin Brismar Award 2025

Priskommitténs motivering för att välja Johnny Ludvigsson som den förste mottagaren av Kerstin Brismar Award:

Johnny Ludvigsson tilldelas Kerstin Brismar Award som erkännande för sin vetenskapliga excellens och orubbliga engagemang för att förbättra livet för barn som drabbats av typ 1-diabetes.

Johnny Ludvigsson är en internationellt erkänd forskare vars livslånga engagemang för barndiabetes har haft

en djupgående påverkan på området. Hans arbete har främst fokuserat på typ 1-diabetes, med stark betoning på att förstå dess tidiga utveckling och att förebygga sjukdomen. Genom ett translationellt forskningsätt (dvs överföring av resultat från grundforskning till patientnära forskning), har han framgångsrikt byggt broar mellan laboratorieupptäckter och klinisk tillämpning. Han har således baserat sitt program på experimentella och epidemiologiska studier, samt kliniska observationer.

Som huvudansvarig för flera kliniska prövningar och författare till cirka 700 vetenskapliga artiklar har han gjort en enastående insats för den globala kunskapen om typ 1-diabetes. Hans nuvarande projekt, ”Insatser för att bevara insulinproducerande celler”, syftar till att rädda betacellfunktionen före diagnos för att kunna fördröja eller förebygga sjukdomens uppkomst, samt att ingripa efter diagnos för att förbättra behandlingsresultat och minska komplikationer. Dessa studier bygger på decennier av forskning, stödda av omfattande register och biobanker

Pressmeddelande

Prisutdelningen

Trots det omfattande strömavbrott som drabbade KI och Solna den 6 november, kunde prisutdelningen av Kerstin Brismar Award och minisymposium, Prevention och bot av typ 1 diabetes, med världsledande diabetesforskare genomföras.

I ett fullsatt och mörkt Nobel Forum, KI, mottog professor Johnny Ludvigsson, Linköpings universitet och grundare av Barndiabetesfonden, Kerstin Brismar Award bestående av diplom och en prissumma anslag på 500 000 kr. Ludvigsson, som är den förste att motta priset, får det för sin translationella forskning, dvs forsk-



Johnny Ludvigsson är den första mottagaren av den nyinstiftade priset Kerstin Brismar Award. Här tillsammans med Kerstin Brismar.

ning där resultat från grundforskning överförs till patientnära forskning.

Ludvigsson erhåller priset för sin diabetesforskning, som syftar till att försöka rädda betacellfunktionen före diagnos av diabetes och att kunna fördröja eller förebygga sjukdomens uppkomst, samt att efter diagnos kunna ingripa för att förbättra behandlingsresultat och minska komplikationer.

– ”Jag känner mig mycket hedrad över att få detta första pris i Kerstin Brismars namn och hoppas det ska bidra till att vi ska besegra Typ 1 diabetes”, säger professor Ludvigsson.

Kerstin Brismar Award instiftades i år och är uppkallat efter senior professor Kerstin Brismar vid Karolinska Institutet och en av grundarna av Rolf Lufts Stiftelse för Diabetesforskning. Initiativtagare till priset är Marika Treschow och Eva Josephson.

Priset kommer att delas ut årligen fram till 2035. I anslutning till prisutdelningsceremonin höll Ludvigsson en prisföreläsning ”Kan vi bevara de insulinproducerande cellerna?”

Utdrag ur press release

Nyhetsinfo
www.red DiabetologNytt

Nobelpris i Medicin. Nya möjligheter för läkemedel för T1DM och autoimmuna sjukdomar

Fann immunförsvarets ordningsvakter – får Nobelpris. Årets Nobelpris i medicin eller fysiologi handlar om perifer immunitolerans. Hur vårt immunförsvaret låter bli att angripa våra egna kroppar. Mary E Brunkow, Fred Ramsdell och Shimon Sakaguchi prisas för upptäckter som lett till ett helt nytt forskningsfält.

Immuntolerans handlar om immunförsvarets vita blodkroppar och vad som gör att de inte angriper vår egen kropp. Pristagarna har identifierat immunförsvarets ordningsvakter – regulatoriska T-celler – som hindrar immuncellerna från att angripa oss själva samtidigt som de angriper främmande ämnen.

– På ytan av de här T-cellerna sitter det receptorer, som känselspröt, som känner igen olika saker. Om de känner igen saker i den egna kroppen, då kallas det självreaktivitet. Exempel på det är typ 1-diabetes, multipel skleros och de flesta reumatiska sjukdomarna, säger Marie Wahren-Herlenius, professor i experimentell reumatologi vid Karolinska institutet.

Det pågår redan hundratals kliniska prövningar som bygger på upptäckterna.

– Man försöker öka eller minska de här cellerna som bidrar med att hålla immunsystemet i schack.

För autoimmuna sjukdomar vill man ha fler och mer effektiva, medan vid cancersjukdomar kan cancern utnyttja de här cellerna för att skydda sig, då vill man ha färre sådana, säger Wahren-Herlenius.

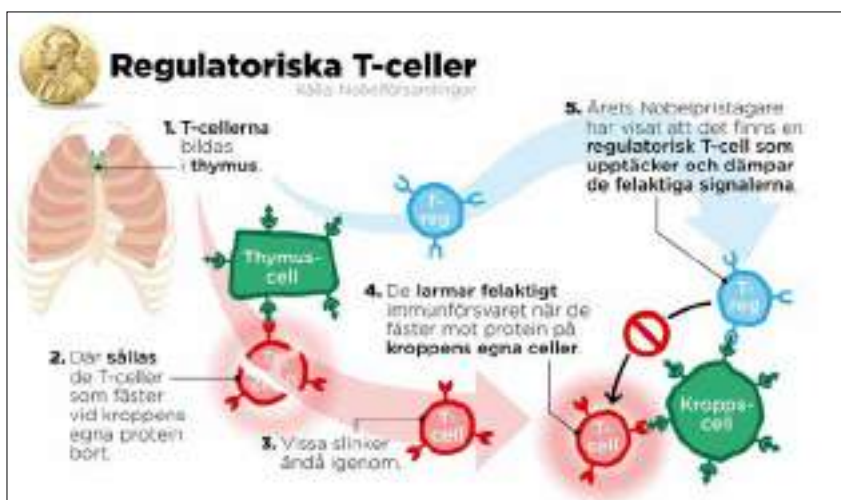
30 år sedan

Det var den nu 71-årige japanen Shimon Sakaguchi, verksam vid universitetet i Osaka, som gjorde den första nyckelupptäckten 1995 då han hittade en tidigare okänd klass av immunceller.

Sex år senare, 2001, följde de nu 64-åriga amerikanerna Mary Brun-



Mary E Brunkow, Fred Ramsdell och Shimon Sakaguchi tilldelas årets Nobelpris i medicin eller fysiologi. Bild: Claudio Bresciani/TT



kow, från Institute for Systems Biology i Seattle, och Fred Ramsdell, vid Sonoma Biotherapeutics i San Francisco, upp med att förklara varför en viss musstam drabbas av autoimmuna sjukdomar.

De visade att mössen hade en mutation i en gen som de döpte till Foxp3. Samtidigt fann de att mutationer i den mänskliga motsvarigheten till genen orsakar den allvarliga autoimmuna sjukdomen IPEX.

– De här två upptäckterna tillsammans, som gjordes oberoende av varandra, ledde till ett helt nytt forsknings-

fält och till en fundamental insikt om hur vårt immunförsvaret arbetar för att upprätthålla tolerans, säger Klas Kärre, professor emeritus i molekylär immunologi vid Karolinska institutet.

Bild: Anders Humlebo/TT

Press release TT

Petra Hedbom/TT, Björn Berglund/TT

Nyhetsinfo
www.red DiabetologNytt

Effectiveness of Statins for Primary Prevention in T1DM. JACC

Under lång tid har frågan kring statinbehandling av typ 1-diabetes diskuterats, här kommer med artikeln mer kött på benen

En synnerligen elegant studie, fortfarande saknas en större RCT med statin och T1DM.

- Det viktigaste i sammanhanget är sannolikt sjukdomsdurationen, men vi vet inte riktigt hur data kommer att se ut i den era vi lever i nu med CGM och semiautomatiska pumpar – och en betydligt bättre glykemisk kontroll.
- Studien stärker användandet av statiner vid T1D.

Safety and Effectiveness of Statins for Primary Prevention in Adults With Type 1 Diabetes.

JACC. 2025;86:797–809

Joseph Edgar Blais, PHD,a,* Vincent Ka Chun Yan, PHD,a,* Esther Wai Yin Chan, PHD,a,b,c,d Ian Chi Kei Wong, PHD,b,e,f,g Eric Yuk Fai Wan, PHDa,

Läs artikeln

<https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jacc.2025.07.013>

ABSTRACT

Background

There is no consensus for using statins for primary prevention of cardiovascular disease (CVD) and all-cause mortality in adults with type 1 diabetes mellitus (T1DM), because no randomized controlled trial has exclusively investigated statins in this population.

Objectives

In this study, the authors sought to evaluate the long-term risks and benefits of statins for primary prevention in adults with T1DM.

Methods

We performed a sequential target trial emulation comparing statin initiation vs noninitiation using UK primary

care data from the IQVIA Medical Research Data database.

Persons aged 25 to 84 years with a diagnosis record of T1DM with prescription of insulin from January 2005 to December 2016 were included if they had baseline low-density lipoprotein-cholesterol (LDL-C) ≥ 2.6 mmol/L (100 mg/dL) or non-high-density lipoprotein cholesterol ≥ 3.4 mmol/L (130 mg/dL).

Persons with preexisting coronary artery disease, myocardial infarction, stroke, heart failure, myopathy, liver disease, rheumatic heart disease, schizophrenia or cancer were excluded.

Main outcome measures were all-cause mortality, major CVD and adverse events (myopathy and liver dysfunction). We estimated 10-year absolute risk differences (RDs) for the observational analogues of the intention-to-treat (ITT) and per-protocol (PP) effects.

Results

We included 4,176 statin initiator (mean age of 45 years, 33.1% <40 years, 40.6% female) and 16,704 noninitiator person-trials with medi-

an follow-up of 6 years.

Compared with noninitiation, statins were associated with reductions in all-cause mortality (RDITT: 1.66% [95% CI: 2.79% to -0.45%]; RDPP: 3.48% [95% CI: 4.68% to 2.07%]) and major CVD (RDITT: 1.63% [95% CI: 2.57% to -0.53%]; RDPP: 2.69% [95% CI: 4.00% to 1.22%]).

Some analyses suggested a slight association with increased risk of liver dysfunction but no association with myopathy. In subgroup analyses, absolute risk reductions were generally larger in women, persons ≥ 40 years of age, persons with baseline LDL-C ≥ 3.4 mmol/L (130 mg/dL), and persons with a higher predicted cardiovascular risk.

CONCLUSIONS

Among adults with T1DM, statin initiation for primary prevention was associated with reductions in all-cause mortality and major CVD with a very low risk of adverse effects.

The differences in absolute risk reductions can help guide personalized statin treatment decisions in T1DM.



From the Conclusion

Conclusions

The results of this study have important implications for the care of adults with T1DM.

- First, the estimates can be used to inform recommendations in clinical practice guidelines for prescribing statins for primary prevention in adults with T1DM who have sub-optimal LDL-C or non-HDL-C. This additional evidence to support statin initiation could facilitate individualized statin therapy, which has the potential to contribute to enhanced reductions in CVD events at the population level.

- Second, clinicians and patients can use the absolute risks, and corresponding number needed to treat/number needed to harm, to make evidence-informed decisions about the appropriate time to initiate a statin for a specific patient, considering patient preferences and values for statin use and CVD risk reduction.
- Third, our study demonstrates the large absolute benefits of statin initiation, particularly in women with T1DM, an important group that has long been known to have a higher burden of CVD. This evidence could support sex-specific recommendations and make statins a higher-priority intervention for women

with T1DM and suboptimal atherogenic cholesterol.

In summary, in this target trial emulation of adults with T1DM and sub-optimal LDL-C or non-HDL-C statin use was consistent with reductions in all-cause mortality and major CVD, with no consistent increase in liver dysfunction or myopathy.

Läs medicinsk kommentar i Läkartidningen

Nyhetsinfo
www.red.DiabetologNytt

2,26 miljoner för Vård i tid – nationell informations och utbildningskampanj; ska öka kunskap om tidiga spt på T1DM hos små barn

4 av 10 barn som insjuknar i T1DM har först sökt vård utan att få rätt diagnoser. Det vill Barndiabetesfonden ändra på – och beviljas 2,26 miljoner SEK för projektet av Postkodstiftelsen, ett projekt i samarbete med Svensk Förening för Pediatrisk Endokrinologi och Diabetes SFPED.

Ofta missas symtomen på T1DM – både av föräldrar och av vårdpersonal i primärvården.

40% av barn har först sökt vård utan att få rätt diagnos i tid.

Det kan leda till allvarliga och i värsta fall livshotande tillstånd som DKA.

Av de yngsta barnen som insjuknar i T1DM utvecklar 50% DKA innan de får sin diagnos.

Stödet från Postkodstiftelsen möjliggör en bred utbildningsinsats med fokus på både kunskap, kommunikation och räckvidd.

– Vi är oerhört tacksamma för Postkodstiftelsens stöd.

Det här projektet ger oss möjlighet att sprida livsviktig kunskap som kan rädda barns liv, säger Karolina Jansson, generalsekreterare på Barndiabetesfonden

Press release Barndiabetesfonden

Nyhetsinfo
www.red.DiabetologNytt

1 miljon till Daniel Agardh, Lunds Universitet. Screening av autoantikroppar; tidig upptäckt av T1DM barn 2-14 år

Förekomsten av autoimmuna sjukdomar som T1DM och celiaki och autoimmun thyroidit har ökat, botemedel saknas för dessa sjukdomar

Projektet "tidig upptäckt av T1DM, celiaki och sköldkörtelsjukdom hos barn genom screening" syftar till att etablera ett screeningprogram för att identifiera barn i åldern 2-14 år med ökad risk för dessa sjukdomar.

Genom blodprovstagning kan autoantikroppar upptäckas tidigt, vilket möjliggör snabbare diagnos och behandling och minskar risken för komplikationer.

Studien kommer att undersöka för-

äldrars oro kring screening och dess effekt på livskvalitet.

Press release Barndiabetesfonden

Nyhetsinfo
www.red.DiabetologNytt

EASD/ADA Draft Updates Type 1 Diabetes Management Guidance

A new draft consensus report from the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the American Diabetes Association (ADA) updates the 2021 guidance on managing type 1 diabetes (T1D) in adults, with revisions to diagnostic criteria, recommendations on diabetes technology, and strategies for addressing obesity.

Anne L. Peters, MD, and Richard I.G. Holt, MD, co-chairs of the writing panel, presented an overview of the proposed draft at European Association for the Study of Diabetes (EASD)

2025 Annual Meeting. The document was posted online and is open for feedback until 11:59 PM Eastern US time October 16, 2025.

“We want everybody to send com-

ments, to get as large and wide input as we can, because this is about people and their lives,” Peters, professor of clinical medicine at Keck School of Medicine, University of Southern California, Los Angeles, told Medscape Medical News.

Läs mer på www.easd.org

Nyhetsinfo
www.red.DiabetologNytt

Nationellt konsensus kring T1DM och graviditet

FOG-råd Diabetes mellitus typ 1 och graviditet.

Syftet med detta SFOG-råd är att skapa jämlik vård för gravida med typ 1 diabetes i Sverige och att verka för bästa möjliga hälsa för både kvinnor och barn. Rådet är framtaget av Diabetes-ARG (Arbets- och Referensgrupp inom Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, SFOG), i samarbete

med representanter från Svensk Förening för Diabetologi (SFD), Svenska Barnmorskeförbundet, Vårdförbundet och Dietisternas riksförbund (DRF).

SFOG-rådet är baserat på kliniska studier eller systematiska översikter, senaste uppdaterade internationella riktlinjer, eller när evidens saknas, på professionernas konsensus och anpassade till svenska förhållanden. Formell evidensgradering är ej gjord.

Riktlinjerna omfattar inte graviditetsdiabetes eller T2DM.

PDF dokument, omfattar 50 sidor, free, välskrivet, rekommenderas

<https://www.sfog.se/wp-content/uploads/2025/08/sfogdiab-arg-rad-typ-1-diabetes-och-graviditet-.pdf>

Nyhetsinfo
www.red.DiabetologNytt

Här läser du DiabetologNytt digitalt

Nu finns DiabetologNytt att läsa på Mediashusets e-tidningstjänst **diabetolognytt.mediashuset.se** där du kan bläddra i de senaste numren av tidningen. Äldre utgåvor hittar du i Arkivet.



Tidningen finns även att ladda ner som app i Google Play och App Store. Sök på DiabetologNytt.

Trevlig läsning!

Svensk Förening för Diabetologi Stipendium för Klinisk Diabetesforskning

Svensk Förening för Diabetologi (SFD) erbjuder ett stipendium för att stödja framstående klinisk diabetesforskning. Stipendiet riktar sig till yngre kliniska forskare som vill bedriva projekt med hög nyhetsgrad, kvalitet och relevans. Syftet är att stödja och möjliggöra klinisk diabetesforskning som i slutändan skapar värde för sjukvården, patienter och samhället genom innovativa och betydelsefulla resultat.

Stipendiet, på 150 000 kronor, finansieras med stöd av Novo Nordisk Scandinavia AB.

Vem kan söka:

- Medlem i Svensk förening för diabetologi
- Aktivt engagerad i både kliniskt arbete och forskning inom diabetes
- Doktorsexamen erhållen högst åtta år före ansökningens sista datum kommer att prioriteras.

Ansökningarna kommer att bedömas utifrån följande kriterier:

1. **Vetenskaplig kvalitet och nyhetsvärde** – Hur väl forskningsförslaget håller vetenskaplig standard och bidrar med ny kunskap inom klinisk diabetologi.
2. **Genomförbarhet** – Projektets realistiska plan, metodik och tidsramar för att säkerställa att målen kan uppnås.
3. **Sökandens meriter** – Den sökandes tidigare forskningsmeriter, erfarenhet och potential att genomföra projektet framgångsrikt.

Ansökan ska innehålla: **Projektplan** (max 4 A4-sidor, font 10 pt, inklusive figurer och referenser) med följande avsnitt:

- Kort sammanfattning av projektet (abstract) på svenska (max 200 ord)
- Bakgrund till projektet och problemformulering. Ev preliminära data.
- Frågeställning
- Material och metod
- Etiska överväganden och godkännande från etisk kommitté
- Budget
- Projektets nyhetsvärde och kliniska betydelse
- Referenser max 10

Övriga bilagor: CV (max 2 sidor) och Publikationslista för de senaste 5 åren

Välkommen med din ansökan senast 28 februari 2026.

Ansökan mailas till katarina.fagher@med.lu.se

Bedömnings-kommitté SFD:

Katarina Fagher, Vetenskaplig sekreterare SFD, Lunds Universitet

Julia Otten, Kassör och ledamot SFD, Umeå universitet

Frida Sundberg, ledamot SFD, Göteborgs universitet

Karin Rådholm, ledamot SFD, Linköpings Universitet

Nationellt Diabetesmöte, SFD och SFSD | Göteborg, Svenska Mässan 15-17/4 | Agenda

Agendan är preliminär och kan komma att uppdateras.

Onsdag 15 april			
11:00-13:00	Registrering Ankomstfika & Besök i utställningen		
12:00-12:45	Lunchsymposium	Lunchsymposium	
13:00	Välkommen Jarl Hellman ordförande SFD, Agneta Lindberg ordförande SFSD, Representanter från Göteborgs Stad och Västra Götalands regionen, FOU-direktör Ann Ekberg Jansson		
13:15-14:00	Plenumföreläsare; Professor Parth Narendran, Queen Elisabeth Hospital Birmingham UK. "Experience of screening in England and the experience of treatment of the first patients with Tepizumab" Moderator Sofia Gudbjörnsdóttir		
14:05-14:45	Nationella Diabetes Registret 30 år – Historiska milstolpar och guldkornen du inte vill missa. Föreläsare: Sofia Gudbjörnsdóttir Moderator: Katarina Eeg-Olofsson		
14:45-15:30	Kaffe & besök i utställningen		
15:30-16:15	Tidigt upptäckt Typ 1 diabetes - Först BDD-studien och nu BDD family. Föreläsare: Anneli Carlsson	Kardiovaskulär sjukdom vid typ 2 diabetes - har sjukdomsbilden förändrats? Föreläsare: Andreas Edsfelt	Erfarenheter av tolkanvändning i primärvården. Föreläsare: Emelie Peirone. Hur kan vi stötta egenvården hos migranter som har typ 2 diabetes, utifrån ett kulturellt perspektiv? Föreläsare: Sara Pettersson
16:25-17:10	Typ 1 Diabetes- state of the art. Föreläsare: Marcus Lind	CGM och T2D. Föreläsare: Peter Adolfsson CGM utb T2D Hur tänka - hur använda? Föreläsare: Annika Magnusson	Diabetes under klimakteriet. Föreläsare: Angelika Linden Hirschberg
17:15-	POSTERVANDRING och efterföljande Mingelkväll i utställningen		

Torsdag 16 april			
08:30-9:15	Nationella Diabetesregistret - Nuläge och framtidsspaning. Föreläsare: Katarina Eeg-Olofsson, Ebba Linder & Karin Åkesson	Typ 2 graviditet. Föreläsare: Sara Hallström GDM. Föreläsare: Helena Backman. Moderator Eva Ekerstad	T1DM pump hudreaktioner. Föreläsare: Josefin Ulriksdotter
09:25-10:10	Smartest studien. Föreläsare: Jan Eriksson	Typ2 diabetes och kardiovaskulär sjukdom Föreläsare: Marcus Lind	LADA och vuxendebuterande typ 1-diabetes: vilka drabbas och hur går det sedan? Föreläsare: Sofia Carlsson
10:10-10:50	Kaffe & besök i utställning		
10:50-11:35	TBA	Monogen diabetes och MIDD-vad varje kliniker behöver veta. Föreläsare: Karin Filipsson	Gruppbaserad utbildning som stöd till föräldrar till barn med diabetes. Föreläsare: Elsa Håkansson
11:40-12:15	SFD Årsmöte	SFSD Årsmöte	Nationella Diabetesregistret – Workshop – Lär dig mer om förbättringsarbete och validering av data. Föreläsare: Katarina Eeg Olofsson och Ebba Linder

12.15-13.00					Lunchsymposium
12.15-13.30	Lunch och besök i utställningen				
13.30-14.15	Plenumföreläsare: Mikael Ryden; Professor Karolinska Universitetssjukhuset. Allt du vill veta om fettvävnad – från cellulära mekanismer till kliniska komplikationer.				
14.15-14.55	Kaffe & besök i utställningen				
14.55-15.40	Insulinpumpar – vad är nytt och vad kommer härnäst? Föreläsare: Jarl Hellman	Operation, injektion eller en kombination? Obesitasbehandlingen blir bättre – för fler. Föreläsare: Björn Eliasson	TBA	TBA	
15.50-16.35	Säker insulinpumpbehandling: förebyggande av DKA i klinisk vardag. Föreläsare: Katarina Fagher	Hypoglykemiångest. Föreläsare: Sophia Rössner	SÄBO och diabetes. Föreläsare: Frida Sundberg Äldre och diabetes. Föreläsare: Karin Rådholm	Att möta patientens mål: Praktiska likheter och skillnader i kostbehandling vid typ 1- och typ 2-diabetes. Föreläsare: Ingrid Larsson & Veronica Broström. Moderator: Katarina Eeg-Olofsson	
18.00-	Konferensmiddag på Kajskjul 8				

Fredag 17 april					
08.30-9.15	Träning och AID-system : Föreläsare: Peter Adolfsson	Digitala stöd Andreas Stomby	Risk för hypoglykemi vid njursvikt. Föreläsare: Karl Dreja		
09.25-10.05	Perifer artär sjukdom och STRIDE studien: Föreläsare: Joakim Nordanstig, professor Kärlkirurgi Sahlgrenska Universitetssjukhuset.	Nikotinberoende – hur kan vi hjälpa? Föreläsare: Yvonne Bergmark Bruska	Barn och hantering av känslor vid typ 1 diabetes. Föreläsare: Annika Kjelleret		
10.05-10.45	Kaffe & besök i utställningen				
10.45-11.20	Transplantation av hypoinmuna ö celler. Föreläsare: Per-Ola Carlsson	SCAPIS studien. Föreläsare Annika Rosengren	TBA		
11.30-12.15	Tidigt upptäckt DM/monitorering i Sverige – rapport från NAG gruppen och erfarenheter från Teddy studien. Föreläsare: Frida Sundberg & Jessica Melin	Rapport från forskningsfronten – guldorn du inte får missa. Föreläsare: TBA. Moderatorer: Katarina Fagher & Jarl Hellman	TBA		
12.20-13.10	Plenumföreläsning: Agnes Wold; professor i klinisk mikrobiologi Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborgs universitet. ”Om faran med att ge råd”				
13.15-13.30	Avslutning & Lunch att ta med på vägen				

Anmälan och mer info finns på www.sfdmnoten.se



SVENSK FÖRENING FÖR DIABETOLOGI
SWEDISH SOCIETY FOR DIABETOLOGY





ATTD i Barcelona den 11–14 mars 2026

Res med oss till ATTD i Barcelona!

Vi erbjuder:

- Bokning av hotell med bra läge och standard
- Bokning av reguljärflyg och tåg
- Bästa möjliga pris – valuta för pengarna!
- Kongressregistrering – slipp alla krångliga registreringsidor!
- Möjlighet att förlänga din vistelse i samband med kongressen
- Vi hjälper dig med bokning av medföljande resenär t ex. sambo/make/maka
- Alla kostnader samlade på en och samma faktura eller uppdelade – en del till arbetsgivaren och en del privat om så önskas.
- Vi erbjuder avbeställningsförsäkring samt reseförsäkring genom Europeiska ERV eller Gouda
- Vi skräddarsyr din resa utefter just Dina behov
- Vid frågor eller bokning är kontaktperson Camilla Stattin på Linné Travel. Kontakt sker i första hand per mejl: camilla.stattin@linnetravel.se

Exempel på flygtider med SAS från Arlanda:

11 mar	LH811	Stockholm–Frankfurt	06.15–08.35
11 mar	LH1126	Frankfurt–Barcelona	09.55–11.55
14 mar	LH1815	Barcelona–München	18.20–20.25
14 mar	LH2420	München–Stockholm	21.25–23.40

Prisexempel från 3.840:– inkl. skatter, bagage och bränsletillägg

Exempel på hotell:

Hotel Granvia

www.tripadvisor.se/Hotel_Review-g187497-d208596-Reviews-Hotel_Granvia-Barcelona_Catalonia.html

Pris **2.740:–**/classic rum/natt inkl. frukost

Det tar ca 25 minuter med kollektivtrafik till International Barcelona Convention Center.

Vi håller inga rum i dagsläget. OBS! det är hög beläggning på hotellet under kongressen så vi råder Dig att vara ute i god tid!

Kongressregistrering:

Early Bird fram till den 09/12	675 €
Regular fee fram till den 18/2	780 €
Onsite from den 19/2	845 €
Arvode kongressregistrering	395 SEK

Om Du har bokat resa med Linnétravel, så har du 24 timmars reseservice 08-400 016 34

Linné Travel Service AB

Box 19097
104 32 Stockholm
Tel: 08-459 16 60
Fax: 08-662 08 85
www.linnetravel.se



LINNÉ
TRAVEL



ADA i New Orleans den 5–8 juni 2026

Res med oss till ADA i New Orleans!

Vi erbjuder:

- Bokning av hotell med bra läge och standard
- Bokning av reguljärflyg och tåg
- Bästa möjliga pris – valuta för pengarna!
- Kongressregistrering – slipp alla krångliga registreringssidor!
- Möjlighet att förlänga din vistelse i samband med kongressen
- Vi hjälper dig med bokning av medföljande resenär t ex. sambo/make/maka
- Alla kostnader samlade på en och samma faktura eller uppdelade – en del till arbetsgivaren och en del privat om så önskas.
- Vi erbjuder avbeställningsförsäkring samt reseförsäkring genom Europeiska ERV eller Gouda
- Vi skräddarsyr din resa utefter just Dina behov
- Vid frågor eller bokning är kontaktperson Camilla Stattin på Linné Travel. Kontakt sker i första hand per mejl: camilla.stattin@linnetravel.se

Exempel på flygtider med Delta Airlines från Arlanda:

4 jun	DL205	Stockholm (ARN)–New York (JFK)	10.20–13.05
4 jun	DL1387	New York (JFK)–New Orleans (MSY)	16.15–18.45
8 jun	DL1368	New Orleans (MSY)–New York (JFK)	11.10–15.22
8 jun	DL204	New York (JFK)–Stockholm (ARN)	18.05–08.20 +1

Prisexempel från 12.380:– inkl. skatter, bagage och bränsletillägg

Exempel på hotell:

Wyndham New Orleans – French Quarter

www.tripadvisor.se/Hotel_Review-g60864-d120822-Reviews-Wyndham_New_Orleans_French_Quarter-New_Orleans_Louisiana.html

Pris **1.540:–/rum/natt** ex. frukost

Ca 20 minuter promenad eller 07 minuter med taxi till Ernest N. Morial Convention Center.

Vi håller inga rum i dagsläget. OBS! det är hög beläggning på hotellet under kongressen så vi råder Dig att vara ute i god tid!

Kongressregistreringen öppnar i januari 2026

Arvode kongressregistrering

395 SEK

Om Du har bokat resa med Linnétravel, så har du 24 timmars reseservice 08-400 016 34

Linné Travel Service AB

Box 19097

104 32 Stockholm

Tel: 08-459 16 60

Fax: 08-662 08 85

www.linnetravel.se



LINNÉ
TRAVEL



EASD i Milano den 29 september–2 oktober 2026

Res med oss till EASD i Milano!

Vi erbjuder:

- Bokning av hotell med bra läge och standard
- Bokning av reguljärflyg och tåg
- Bästa möjliga pris – valuta för pengarna!
- Kongressregistrering – slipp alla krångliga registreringssidor!
- Möjlighet att förlänga din vistelse i samband med kongressen
- Vi hjälper dig med bokning av medföljande resenär t ex. sambo/make/maka
- Alla kostnader samlade på en och samma faktura eller uppdelade – en del till arbetsgivaren och en del privat om så önskas.
- Vi erbjuder avbeställningsförsäkring samt reseförsäkring genom Europeiska ERV eller Gouda
- Vi skräddarsyr din resa utefter just Dina behov
- Vid frågor eller bokning är kontaktperson Camilla Stattin på Linné Travel. Kontakt sker i första hand per mejl: camilla.stattin@linnetravel.se

Exempel på flygtider – Arlanda:

29 sep	OS316	Stockholm–Milano (MXP)	09.25–12.10
2 okt	OS315	Milano (MXP)–Stockholm	19.50–22.35

Prisexempel från 3.460:– inkl. skatter och bränsletillägg

Exempel på hotell:

B&B Hotel Milano Sant'Ambrogio

www.tripadvisor.se/Hotel_Review-g187849-d7772910-Reviews-B_B_Hotel_Milano_Sant_Ambrogio-Milan_Lombardy.html

Pris **2.140:–**/classic rum/natt inkl. frukost

Det tar ca 30 minuter med kollektivtrafik eller 12 min med taxi till Allianz MiCo – Milano Convention Centre

Vi håller inga rum i dagsläget. OBS! det är hög beläggning på hotellet under kongressen så vi råder Dig att vara ute i god tid!

Kongressregistrering:

Priserna finns inte tillgängliga ännu, se 2025 års priser nedan:

Early registration fram till den 16/7	650 €
Late registration	810 €
Arvode kongressregistrering	395 SEK

Om Du har bokat resa med Linnétravel, så har du 24 timmars reseservice 08-400 016 34

Linné Travel Service AB

Box 19097
104 32 Stockholm
Tel: 08-459 16 60
Fax: 08-662 08 85
www.linnetravel.se



LINNÉ
TRAVEL

Save the date!

Välkommen till SIM-veckan 2026

**I år äger SIM-veckan rum i Göteborg
(6) 7–9 oktober 2026**

Den 7–9 oktober riktar sig programmet till både ST-läkare och specialister.

Som vanligt bjuds det på en blandning av kliniska uppdateringar, nya rön och diskussioner kring svåra avvägningar och dilemman i den breda internmedicinen.

Mer information kommer inom kort!

(SVENSK INTERMEDICINSK FÖRENING)



www.simveckan.se



| Möten | Kongresser | Webbinarier | Podcaster | On-demand |

Hos oss möts Läkarsverige!



medevents.se



Besök medevents.se för att ta del av vårt stora utbud av on-demand-webbinarier och för att läsa mer om våra kommande events.

Kongress- och möteskalender

2026

MARS

11–14/3 **ATTD i Barcelona**, Spanien

APRIL

15–17/4 **Nationellt Diabetesmöte Göteborg**, SFD och SFSD. Göteborg, Svenska Mässan 15-17/4.

MAJ

4–8/5 **Consulkurs i Lund**, Diabetes och lipider. Se sid 51 för mer info.

JUNI

4–8/6 **ADA Amerikanska diabetesmötet** i New Orleans USA. www.diabetes.org

SEPTEMBER

29/9–2/10 **EASD i Milano**, Italien

OKTOBER

1/10 **Svensk afton vid EASD** för professionen, SFD och Mea Consulting. Mer info kommer i juni-nr.

NOVEMBER

4–7/11 **ISPAD, internationellt barndiabetesmöte, Rio de Janeiro**, Brasilien. www.ispad.org

2027

APRIL

21–23/4 **Endodiabetes möte i Uppsala**, endokrinföreningen, SFSD, SFD

Utbildningar

Insulinpumpkurs med fokus på nya hybridpumpar och hur dessa används på barn, tonåringar och unga vuxna

Denna kurs har gått under många år. Nu sker den i ny version med senaste tekniken, AI. Avancerade pumpar är fokus.

Kursen vänder sig till all personal som arbetar på barnkliniker och kommer i kontakt med diabetes. Kursen sker 13–15 oktober 2026 på Scandic Crown Hotel i Göteborg. Kursen sker i samarbete med pumpföretag som möjliggör och är en del av kursen. Program, praktisk information, hotell, ansökan m.m. finns redan nu på www.insulinpumpkurs.se

Information om nya Insulinpumpkurser med inriktning på **vuxna** diabetespatienter presenteras i början av 2026 på www.insulinpumpkurs.se

Webutbildning

Lunchtid kl 12–13 en gång per månad SFD tillsammans med Svenska Läkaresällskapet, moderator Katarina Fagher, vetenskaplig sekr SFD. Ingen kostnad. Ämne, datum och [www.länk](http://www.dagensdiabetes.se) annonseras 10 dagar innan på www.dagensdiabetes.se.