

# **DiaBase**

Dansk Kvalitetsdatabase for diabetisk retinopati

Periode: Årsrapport 01.01.25-31.12.25

Offentliggørelsesdato 25.06.2026

# Konklusioner og anbefalinger

## Konklusion - datagrundlag

Rapportens data for 2025 omfatter **123.192 screeningsundersøgelser af 113.464 patienter**. Sammenlignet med 2024 (108.464 undersøgelser af 100.064 patienter) er der for speciallægepraksis sket en stigning på 17% i antal indberetninger. Antal indberetninger fra speciallægepraksis er øget markant i Region Nordjylland, Region Hovedstaden og Region Sjælland (+53%, 33% hhv. 22%). Stigningerne skyldes sandsynligvis at især, at der er iværksat fokuserede indsatser for at øge indberetningen, men også at sygehusene i tiltagende grad afslutter flere patienter og henviser til fortsat screening i speciallægepraksis. Antal screeninger på sygehusene er tilsvarende kun steget med 2%. Samtidig er antallet af patienter med diabetes stigende overalt i landet.

Ved opgørelsesperiodens afslutning 31.12.2025 indeholder DiaBase 254.194 levende personer, der har været til diabetisk øjenscreening en eller flere gange siden 2007, hvor databasen blev oprettet.

Trods fejl i data fra sygehusene specielt i Region Sjælland udgør indikatorresultater og supplerende data i denne rapport et vigtigt afsæt for fælles databaserede drøftelser og mulighed for fortsat at understøtte og løfte kvaliteten af screeningsprogrammet.

## Konklusion - de vigtigste resultater

### *Hvem screener hvem?*

Landets 160 øjenlægeklinikker står fortsat for 80% af alle undersøgelser, i gennemsnit 617 undersøgelser per klinik i 2025. Sygehusene undersøger alle unge under 25 år og andelen af 66+ årige er væsentlig lavere end i praksis (28% versus 62%). Som i alle foregående år er der en overvægt af mænd blandt de undersøgte.

I alt 18.448 patienter blev øjenscreenet for diabetisk retinopati for første gang i 2025, heraf blev 90% undersøgt i praksis. Det store flertal (93%) af første-gangs screenede havde ingen diabetiske øjenforandringer, 6% havde ikke behandlingskrævende grader af diabetisk retinopati, men 208 (1%) skulle sendes videre til behandling.

### *Screeningsintervaller*

Takket være en automatik i journalsystemet får alle patienter i speciallægepraksis tildelt et interval til næste undersøgelse, som er i overensstemmelse med de nationale retningslinjer. På sygehusene kniber det derimod, her gælder det 84%, men der er stor variation mellem sygehusene (77-93%).

Det hyppigst tildelte interval i begge sektorer er 24 måneder lille stigning til 86% i speciallægepraksis og øgning fra 38% til 44% i sygehusregi).

Reguleringsgrad af diabetessygdom har betydning for tildeling af screeningsinterval, når patienten har få eller flere diabetiske øjenforandringer. Sygehusene har komplette oplysninger (langtidsblodsukker fra laboratedata). Speciallægepraksis har kun oplysning i halvdelen af tilfældene, men da størstedelen af patienterne er uden øjenforandringer, hvor reguleringsgraden er underordnet for screeningsintervallet, skønnes betydningen at være begrænset.

Sammenlignet med 2024 er der sket et fald i andelen af patienter, der får gennemført screening 'til tiden', jf. tidligere tildelt interval. I speciallægepraksis gennemføres kun halvdelen (50%) af undersøgelserne 'til tiden', hvilket er en væsentlig tilbagegang fra tidligere år (64%). I sygehus regi er der også sket – om end mindre – tilbagegang fra 64% i 2024 til 59% i 2025. Samlet set udgør screening senere end planlagt en større andel (29%) end tidligere end planlagt (18%). Størstedelen af patienterne er uden øjenforandringer og kan derfor i henhold gældende tilretningslinje tildes længere intervaller end 24 måneder. Betydningen skønnes derfor at være begrænset.

### *Forekomst og udvikling af diabetiske øjenforandringer*

Tre ud af fire patienter screenet i 2025 har ingen diabetiske øjenforandringer. For i alt 5.008 (4,4%) viste undersøgelsen svære øjenforandringer i form af retinopati grad 4 og/eller maculopati grad 2. For under 2% af tidligere screenede patienter, viste undersøgelsen progression til behandlingskrævende sygdom.

## Anbefalinger - dataindberetning og udvikling af indikatorer

- Det er vigtigt for kvalitetsarbejdet i Østdanmark, at de tekniske hindringer for korrekt indberetning på fire sygehuse bliver bragt på plads. Styregruppens medlemmer og kolleger i klinikken bruger meget tid på at få indberetningen til at fungere. Udfordringen skal løses i de lokale IT-afdelinger og kalder på ledelsesmæssig prioritering.

- Særlig opmærksomhed skal rettes mod kodning på sygehusniveau af udførende og ansvarlige afdeling. Den konstante reorganisering og skift i SOR-koder kan meget let medføre fejl i data.
- Sundhedsdatastyrelsen har godkendt, at databasen fremover også omfatter børn og unge. De første data fremlægges til udviklingsmøde i efteråret 2026.
- Indikatorerne 2a (screening til tiden) og 6a, 6c, 6g og 6h (progression og regression af øjenforandringer) udgår fra 1.7.2026.
- Styregruppen ønsker udvikling af en indikator, der viser andelen af screeninger, hvor patienten kommer indenfor interval angivet i gældende retningslinje.
- Styregruppen ønsker endvidere, at der frembringes data for intervaller, når patienter skifter screeningssted.
- Endelig ønsker styregruppen, at der foretages en tilbunds gående undersøgelse af de patienter, der ikke har været screenet i de sidste 5 år.

## Anbefalinger - kvalitetsforbedrende tiltag, klinisk og organisatorisk

- Retningslinjernes mulighed for tildeling af de meget lange intervaller på 3 og 4 år bør have opmærksomhed i alle screeningsenheder, så man i de kommende års opgørelser bør kunne se en vis fremgang.
- Styregruppen anbefaler, at hver sygehusafdeling og øjenlægeklinik løbende gennemgår egne procedurer: tildeling af screeningsintervaller, faktisk overholdelse af retningslinjerne samt metoder til at understøtte sårbare patienters deltagelse i screeningsprogrammet.
- Sygehusenes e-journaler bør understøtte intelligent tildeling af screeningsinterval, som det har vist sig succesfuldt i praksis; alternativt i form af simpel advarselsmekanisme ved tildeling af interval udenfor retningslinjernes anbefalinger.
- Sygehusledelserne bør udnytte LIS-systemernes løbende visning af afdelingers egne data til kvalitetsudvikling.
- Der er stærkt behov for påmindelsesmuligheder. Styregruppen vil opfordre Diabetesforeningen til at arbejde videre med forslag om diabetes "vandrejournal" med tilhørende APP, herunder digitale muligheder for at nudge patienter til at øjenscreening på linje med andre diabeteskontroller.
- SMS-baserede påmindelser af de patienter, som er tildelt en tid, er en simpel mulighed som anvendes i både speciallægepraksis og sygehusregi.
- Styregruppen anbefaler kvalitetsudvikling i klyngerne baseret på en kvalitetsklyngepakkeudviklet i samarbejde med eKvis (1. version udgivet februar 2026).
- En stærkt bekymrende ulighed kalder på kvalitetsforbedrende tiltag af diabetesomsorgen. Særligt efterlyses politiske og organisatoriske tiltag målrettet de mindst ressourcestærke patienter.

## Lægmandsresume - Årsrapporten kort fortalt

### *Hvorfor bliver mennesker med diabetes screenet for øjenforandringer?*

Formålet er at opdage forandringer i øjnene så tidligt som muligt. Diabetes kan skade nethinden, og uden behandling kan det føre til synstab. Regelmæssige øjenscreeninger gør det muligt at gribe ind i tide.

### *Hvor mange blev screenet i 2025 – og hvor foregår det?*

I 2025 blev der gennemført **over 123.000 øjenscreeninger** blandt **113.000 personer**. De fleste undersøgelser foregår hos praktiserende øjenlæger, som står for omkring 80% af screeningerne. Sygehusene undersøger især unge under 25 år og patienter med mere komplekse forløb.

### *Hvad viser screeningerne om patienternes øjenhelbred?*

- Det er nødvendigt at screene rigtig mange for at finde de få, der skal behandles
- **Tre ud af fire** havde ingen diabetiske øjenforandringer.
- **Knapt 2%** havde alvorlige forandringer, der kræver behandling.

- Blandt dem, der blev screenet for første gang, havde 93% ingen forandringer i øjnene.

### **Bliver screeningerne udført til tiden?**

Ikke altid. Kun ca. **halvdelen** af patienterne bliver screenet inden for det interval, der blev aftalt ved sidste besøg. Det er et markant fald fra året før. Nogle bliver screenet før planlagt, andre senere. Der er desværre også patienter, som stopper med at få øjnene undersøgt. Det er et alvorligt problem.

### **Hvordan fungerer tildelingen af screeningsintervaller?**

- Intervallet afhænger af hvor alvorlige øjenforandringerne er, og hvor godt diabetes sygdommen er reguleret.
- Det mest almindelige interval er 24 måneder.
- Patienter uden diabetisk retinopati (og uden andre øjensygdomme), med stabilt blodsukkerniveau og uden diabetes betingede følgesygdomme kan ses med meget lange intervaller (3-4 år).
- Hos praktiserende øjenlæger bliver intervallerne næsten altid tildelt korrekt. På sygehusene er der behov for IT-støtte.

### **Hvad anbefales for at forbedre kvaliteten af øjenscreening og databasens oplysninger?**

- 1 **Mere konsekvent brug af længere intervaller**, når det er fagligt forsvarligt.
- 2 **Bedre IT-understøttelse** på sygehusene, så intervaller tildeles korrekt.
- 3 **Nye digitale muligheder for påmindelser til patienter**, for eksempel via SMS eller APP. Flere bør screenes til tiden.
- 4 **Særlige indsatser for sårbare grupper**, hvor uligheden er stigende. Ingen bør glide ud af programmet.
- 5 **Fortsat fokus på systematisk indberetning til databasen.**
- 6 **Sygehusenes IT-afdelinger** er nødt til at prioritere opgaverne med at tilpasse e-journaler og sikre systematisk videresendelse af data til Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut.

## **Indledning og forord**

Denne årsrapport er blevet til i et frugtbart samarbejde mellem medlemmerne af databasens styregruppe.

### **Formål med DiaBase**

DiaBase er en kvalitetsdatabase med det primære formål at bidrage til kvalitetsudvikling i det samlede sundhedsvæsen i forbindelse med øjenscreening af patienter med diabetes. DiaBase er forankret i Dansk Oftalmologisk Selskab og Danske Øjenlægers Organisation.

### **Formål med årsrapporten fra DiaBase**

Det primære formål med årsrapporten er at skabe et landsdækkende sammenligneligt billede af behandlingskvaliteten i forbindelse med øjenscreening for patienter med diabetes baseret på udvalgte indikatorer og supplerende data. Årsrapporten belyser:

Om der er klinisk betydningsfuld variation i behandlingen mellem regioner, inden for en region og mellem sygehusambulatorier og speciallægepraksis

Om der sker en positiv udvikling i screeningskvaliteten over tid

Om der er brug for særlige indsatser og give forslag til tiltag, der kan løfte kvaliteten

De primære målgrupper for årsrapporten er praktiserende læger, praktiserende øjenlæger, klinikere og ledere på relevante afdelinger og sygehuse, de kliniske kvalitetsafdelinger på sygehuse og i regionerne samt de faglige selskaber. Patientforeninger og andre brugere kan baseret på rapportens resultater, konklusioner og anbefalinger ligeledes bidrage til at styrke kvaliteten af øjenscreening blandt patienter med diabetes.

### **Udfordringer i det kliniske felt**

Alle indikatorer er baseret på de nationale retningslinjer for øjenscreening for diabetisk retinopati og maculopati. Disse nationale anbefalinger om screeningsintervaller og undersøgelser er sidst opdateret 1.1.2024. Det forventes, at næste opdatering offentliggøres primo 2029. Øjenscreeningen foretages af landets 160 praktiserende øjenlæger og øjenlæger på 5-10 afdelinger/screeningsenheder i hver region. Undersøgelse hos praktiserende øjenlæge kræver ikke henvisning.

Systematisk øjenscreening har til formål at diagnosticere sygdomsforandringer så tidligt som muligt. Gennem tidlig indsats reduceres diabetesrelaterede synsnedtættelser.

- Jo sværere øjenforandringer, des hyppigere bør patienten kontrolleres.
- Jo bedre diabetessygdommen er reguleret, des længere kan der være mellem kontrollerne.

Screeningsundersøgelser bør ikke udføres hyppigere end nødvendigt. Indførelse af individuelle i stedet for faste screeningsintervaller har øget længden på intervallerne for et stort antal patienter. Særligt for patienter med ingen eller kun let grad af retinopati anbefaler de nationale retningslinjer, at screeningsintervallet forlænget væsentligt ud over de 12 måneder, som ind til 2018 var standard (nu udviklingsmål). Fra 1.1. 2024 er anbefalingerne for screeningsintervaller ændret igen. Retningslinjerne peger mod endnu længere intervaller for patienter med særligt lav risiko. Patienter med ukendt reguleringsgrad skal fremover tildeles et interval som om sygdommen var velreguleret. Det medvirker også til længere intervaller end tidligere. De nye retningslinjer bør derfor bidrage til at forlænge de gennemsnitlige screeningsintervaller.

Den øjenlæge eller afdeling, der varetager øjenundersøgelsen, har ansvaret for at informere patienten om, hvornår der skal foretages opfølgende øjenundersøgelse. Når 'tid til næste undersøgelse' skal bestemmes indgår bl.a. aktuelle øjenforandringer og hvor godt, patientens diabetes er reguleret, om der er diabetesbetingede, systemiske følgesygdomme samt patientens sociale forhold. .

Patienter kan frit skifte mellem landets praktiserende øjenlæger, hvor undersøgelse ikke kræver en henvisning. Praktiserende øjenlæger har i henhold til lovgivning ikke mulighed for at indkalde patienten ved dennes afbud eller udeblivelse og heller ikke sende patienten en reminder om, at det igen er tid til at bestille tid til undersøgelse. Muligheden for forglemmelse hos disse patienter er derfor tilstede. Øjenafdelingerne/SDC har derimod mulighed for at indkalde patienten ved dennes afbud eller udeblivelse.

Patienter med behandlingskrævende øjenforandringer diagnosticeret både i sygehusregi/SDC og hos praktiserende øjenlæge skal behandles på en øjenafdeling. Som led i at sikre høj behandlingskvalitet skal en del af denne gruppe patienter derfor skifte sektor midt i forløbet og ofte igen, når øjenstatus er stabil. Muligheden for forglemmelse hos disse patienter er derfor til stede. Så længe patienten er i behandling for diabetisk retinopati, "udgår" de af screeningsprogrammet.

### **Opmærksomhed omkring udfordringer med dataindsberetning og -kvalitet**

DiaBase har siden juli 2007 været godkendt af Sundhedsstyrelsen og senere Sundhedsdatastyrelsen som en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase med indberetningspligt. Indberetningspligten påhviler behandler i forbindelse med øjenscreening af voksne patienter med diabetes, som har fast bopæl i Danmark.

Kvaliteten af databasens data har gennem årene været udfordret af både strukturelle og organisatoriske forhold. Detaljer om årets status er beskrevet i afsnittene 'Datagrundlag' og 'Dækningsgrad og datakomplethed'.

### **Før du læser rapporten**

Nogle indikatoropgørelser beregnes som andele af patienter (indikator 1 og 5) mens alle øvrige beregnes som andel af screeningsundersøgelser.

God læselyst!

På Styregruppens vegne

Juni 2026.

## **Oversigt over alle indikatorer**

Indikatorerne tager afsæt i Dansk Oftalmologisk Selskabs nationale vejledning for screening for diabetisk retinopati og maculopati. **De overordnede kliniske kvalitetsproblemer som belyses er**

- **Screenes patienterne for ofte eller for sjældent?**
- **Hvor mange udvikler behandlingskrævende diabetisk retinopati?**

Hver enkelt indikator besvarer et konkret kliniske spørgsmål:

### **Screeningsintervaller:**

- I hvor høj grad er det lykkedes, at patienterne, som blev screenet i 2020, er screenet igen senest i 2025? (Indikator 1)
- Er de screenede patienter undersøgt inden for det tidsinterval, der blev aftalt ved forrige besøg? (Indikator 2a)

- I hvor høj grad er det besluttede 'interval til næste screening' i overensstemmelse med de kliniske retningslinjer? (Indikator 3)

#### **Diabetiske øjenforandringer:**

- Hvor mange af de screenede patienter har ingen diabetiske øjenforandringer (hverken retinopati eller maculopati)? (Indikator 5)
- Hvor hyppigt viser screeningsundersøgelserne, at patienten har udviklet øjenforandringer eller er gået tilbage til ikke længere at have diabetiske øjenforandringer (indikator 6g og h)
- Hvor hyppigt viser screeningsundersøgelserne, at patienten har udviklet de sværeste sygdomsgrader: retinopati grad 4 eller maculopati grad 2? (Indikator 6a og c)

#### **Indikator typer**

Indikatorsættets ni indikatorer omfatter fire procesindikatorer (indikator 1, 2a og 3), som afspejler konkrete aktiviteter og fem resultatindikatorer (indikator 5 og 6a, 6c, og 6g-h), som afspejler patienternes øjenforandringer. Indikatorerne 6g-h klassificeres fortsat som "testindikatorer".

#### **Standarder og udviklingsmål**

Der er tidligere fastsat 'standarder' for tre indikatorer (indikator 1, 2a og 3) ud fra princippet om ambitiøse kvalitetsmål. Fremover kaldes standarderne for udviklingsmål.

#### **Nævnerne og tidsperspektiv**

Nogle indikatorer beregnes som *andele af patienter* (indikator 1 og 5), mens de øvrige indikatorer beregnes som *andele af screeningsundersøgelser*. For indikatorerne 2a, 3, 4 og 6 kan den samme patient indgå flere gange.

Nogle indikatorer vedrører den konkrete screeningsundersøgelse, mens andre ser fremad eller bagud i tid. Ved beregning af indikator 3 indgår alene oplysninger fra aktuelle undersøgelsesdag. Indikator 1 vedrører screeninger i en fem år efterfølgende periode, mens indikator 5 inddrager resultater fra alle patientens undersøgelser i den 1-årige opgørelsesperiode. De øvrige indikatorer (indikator 2a, 6a, 6c og 6g-h) baseres på sammenligning med oplysninger fra patientens forrige screeningsundersøgelse, som kan ligge op til 18 år tilbage (helt tilbage til 2007).

#### **Udvikling af indikatorsættet**

Indikatorsættet udvikles løbende:

- Indikatorerne 2a (screening til tiden) og 6a, 6c, 6g og 6h (progression og regression af øjenforandringer) udgår fra 1.7.2026.
- Per 1.1.2025 udgik indikator 2b om skift mellem sektorer.
- Fra 1.1.2024 ændredes tidligere indikatorer om regression og progression af øjenforandringer (6a-d) til 6a og 6c, samt 6g og 6h. Indikator 4 om øjenlægens kendskab til patientens risikofaktorer (blodtryk og langtidsblodsukker) udgik. Beregning af indikatorerne om screeningsintervaller blev tilpasset til de ny retningslinjer om tildeling af screeningsintervaller, som blev publiceret i 2023.
- De to procesindikatorer vedrørende OCT og henvisning til behandling udgik 1.1.2023.

#### **Fil 1.1 - Oversigtstabeller: Alle indikatorresultater på lands-, regions- og enhedsniveau**

*Denne fil kan downloades på web-versionen af årsrapporten.*

## **Indikatorresultater**

### **Indikator 1**

#### **Andel af diabetespatienter, der får udført øjenscreening for diabetisk retinopati og maculopati højst 4 år (+ 1 år) efter forudgående øjenscreening**

**Baggrund:** Det er en bekymring, at patienter stopper med at deltage i øjenscreeningsprogrammet. Styregruppen er derfor enige i, at det fortsat er vigtigt at følge, hvor mange der kommer igen i løbet af fem år.

**Klinisk spørgsmål:** I hvor høj grad er det lykkedes, at patienterne, som blev screenet i 2020 og bør fortsætte regelmæssig screening, er screenet igen senest fem år senere?

**Nævner:** Patienter, som fik udført øjenscreening for diabetisk retinopati i opgørelsesperioden (2019), hvor undersøgelsen hverken viste nyopstået/recidiv af retinopati grad 4 eller maculopati grad 2: central DME med visustab. Kun patienter, der er i live min. 5 år efter screening i 2020, indgår\*.

**Tæller:** Patienter i nævner som efterfølgende er screenet inden for de følgende 5 år – uanset hvor de er screenet.

**Udviklingsmål:**  $\geq 95\%$

**Særlige forbehold:** Indikatoren omfatter væsentlig flere patienter end den gruppe, som kan nøjes med screening med 4 års interval. Indikatoren har indbygget et sikkerhedsinterval på 1 år (25%).

Patienter, der på baggrund af livsstilsændringer ikke længere har diabetes, skal ifølge anbefalingerne fortsat screenes regelmæssigt og indgår i indikatoren.

Beregningsreglerne blev justeret i 2024: Patienter, som ikke er i live fem år efter sidste screening i opgørelsesperioden (2020) ekskluderes. Patienter, som skal henvises til behandling på baggrund af tidligere screeningsresultat, er heller ikke med.

**\*Noter: Data for opgørelsesperioden 2025:** Patienterne er alle screenet i 2020. For hver patient analyseres tid til evt. død og næste screening i forhold til egen undersøgelsesdato (screeningsdato + 5x365 dage). Datagrundlaget for opfølgende screeningsundersøgelse er 2020-2025.

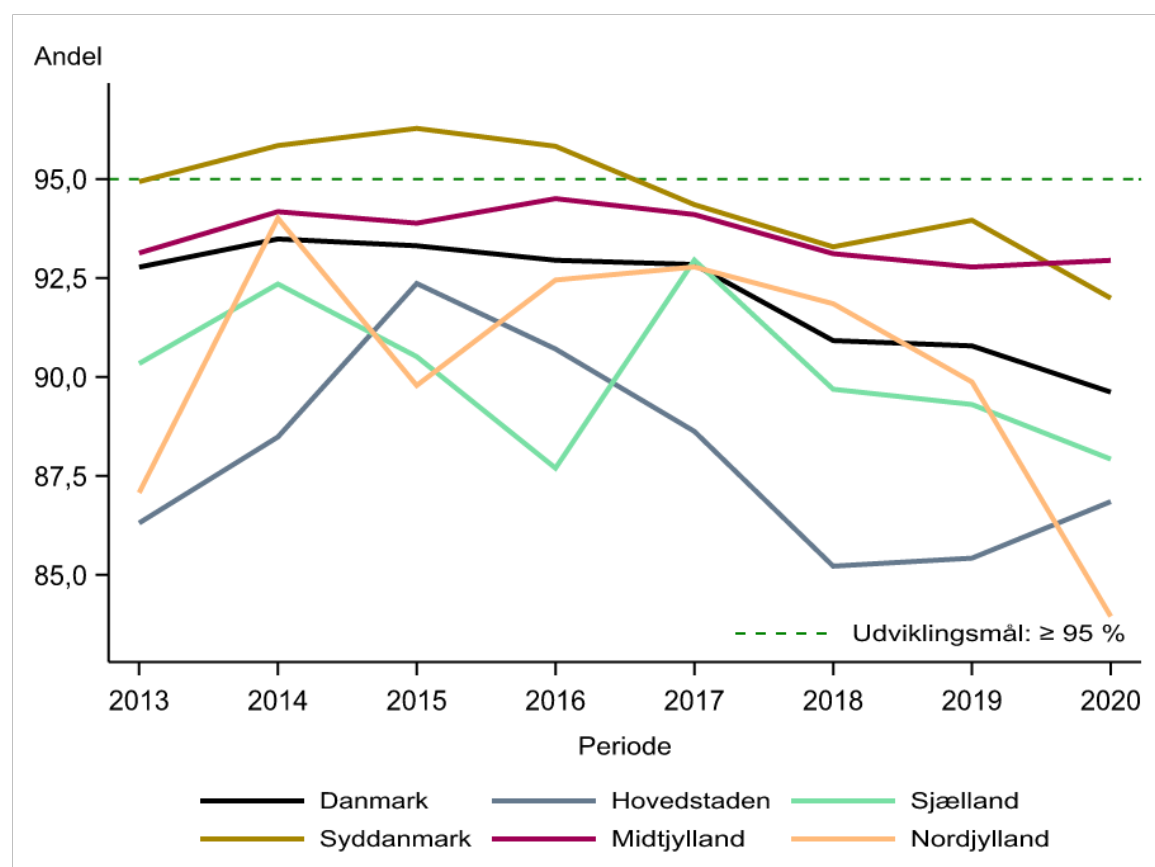
**Tablet 2.1 - Indikator 1: Samlet - de nyeste resultater**

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2020 - 31.12.2020		Tidligere år		
	$\geq 95\%$ opnået	Tæller/nævner		Andel	95% CI	2019 Antal	2018 Andel	2018 Andel
<b>Danmark</b>	Nej	86.017 / 96.170	0 (0)	89	(89-90)	94.029 / 103.652	91	91

Tabel 2.2 - Indikator 1: Samlet - eksklusioner

	Antal	Årsag
Eksklusion:	2327	Patientens sygdomsstatus er irrelevant for indikatoren
	16871	Patienten er død i opfølgingsperiode på 5 år fra screeningsdato
	8211	Screeningsdato er ikke den sidste screeningsdato i opgørelsesperioden

Figur 2.3 - Indikator 1: Speciallægepraksis - udvikling over tid



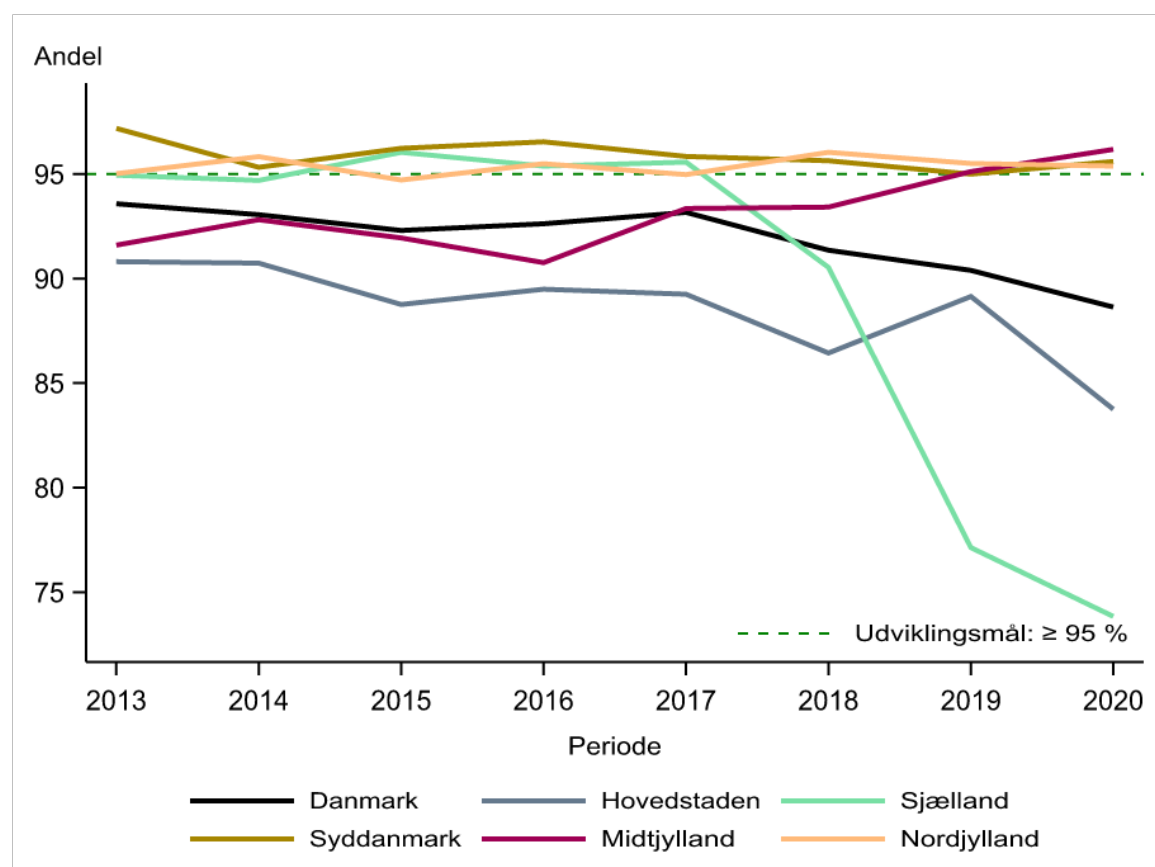
Tabel 2.4 - Indikator 1: Speciallægepraksis - de nyeste resultater

	Udviklings mål	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				01.01.2020 - 31.12.2020		2019		2018
				Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	Nej	70.945 / 79.165	0 (0)	90	(89-90)	77.873 / 85.778	91	91
<b>Hovedsta den</b>	Nej	13.919 / 16.026	0 (0)	87	(86-87)	15.080 / 17.653	85	85
<b>Sjælland</b>	Nej	11.380 / 12.943	0 (0)	88	(87-88)	11.781 / 13.192	89	90
<b>Syddanm ark</b>	Nej	21.287 / 23.141	0 (0)	92	(92-92)	23.570 / 25.086	94	93
<b>Midtjyllan d</b>	Nej	17.009 / 18.300	0 (0)	93	(93-93)	19.739 / 21.276	93	93
<b>Nordjylla nd</b>	Nej	7.350 / 8.755	0 (0)	84	(83-85)	7.703 / 8.571	90	92

Tabel 2.5 - Indikator 1: Speciallægepraksis - eksklusioner

	Antal	Årsag
Eksklusion:	736	Patientens sygdomsstatus er irrelevant for indikatoren
	14406	Patienten er død i opfølgingsperiode på 5 år fra screeningsdato
	4337	Screeningsdato er ikke den sidste screeningsdato i opgørelsesperioden

Figur 2.6 - Indikator 1: Sygehuse - udvikling over tid



Tabel 2.7 - Indikator 1: Sygehuse - de nyeste resultater

	Udviklings mål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 95% opnået	Tæller/nævner		01.01.2020 - 31.12.2020		2019		2018
				Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	Nej	15.072 / 17.005	0 (0)	89	(88-89)	16.156 / 17.874	90	91
<b>Hovedstaden</b>	Nej	4.874 / 5.820	0 (0)	84	(83-85)	5.910 / 6.630	89	86
<b>Sjælland</b>	Nej	1.713 / 2.320	0 (0)	74	(72-76)	1.929 / 2.501	77	91
<b>Syddanmark</b>	Ja	4.384 / 4.586	0 (0)	96	(95-96)	4.609 / 4.852	95	96
<b>Midtjylland</b>	Ja	2.389 / 2.484	0 (0)	96	(95-97)	1.946 / 2.046	95	93
<b>Nordjylland</b>	Ja	1.712 / 1.795	0 (0)	95	(94-96)	1.762 / 1.845	96	96
<b>Hovedstaden</b>	Nej	4.874 / 5.820	0 (0)	84	(83-85)	5.910 / 6.630	89	86
Amager Hospital	Nej	222 / 251	0 (0)	88	(84-92)	309 / 368	84	82
Bispebjerg Hospital	Nej	266 / 444	0 (0)	60	(55-65)	379 / 425	89	82
Bornholms Hospital	Ja	468 / 489	0 (0)	96	(94-97)	484 / 505	96	97
Frederiksberg Hospital	Nej	82 / 112	0 (0)	73	(64-81)	18 / 20	90	80
Hvidovre Hospital	Nej	375 / 431	0 (0)	87	(83-90)	722 / 822	88	88
Nordsjællands Hospital	Nej	531 / 598	0 (0)	89	(86-91)	533 / 577	92	90
Rigshospitalet	Nej	402 / 471	0 (0)	85	(82-88)	520 / 699	74	64
Steno Diabetes Center Cph.	Nej	2.528 / 3.024	0 (0)	84	(82-85)	2.945 / 3.214	92	89
<b>Sjælland</b>	Nej	1.713 / 2.320	0 (0)	74	(72-76)	1.929 / 2.501	77	91
Holbæk Sygehus	Nej	351 / 370	0 (0)	95	(92-97)	401 / 428	94	96
Holbæk Sygehus (Slagelse)	Nej	##/##	0 (0)	50	(7-93)	4 / 5	80	64
SUH Køge	Nej	458 / 506	0 (0)	91	(88-93)	417 / 442	94	94
SUH Nykøbing F.	Nej	419 / 690	0 (0)	61	(57-64)	506 / 756	67	87
SUH Næstved	Nej	458 / 718	0 (0)	64	(60-67)	562 / 824	68	94

	Udviklings mål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
SUH Roskilde	Nej	25 / 32	0 (0)	78	(60-91)	39 / 46	85	86
<b>Syddanm ark</b>	Ja	4.384 / 4.586	0 (0)	96	(95-96)	4.609 / 4.852	95	96
Esbjerg Sygehus	Ja	690 / 722	0 (0)	96	(94-97)	869 / 930	93	93
Odense U niversitets hospital	Ja	2.615 / 2.700	0 (0)	97	(96-97)	2.912 / 3.023	96	97
Sygehus Lillebælt	Nej	689 / 735	0 (0)	94	(92-95)	447 / 470	95	
Sygehus Sønderjyll and	Nej	390 / 429	0 (0)	91	(88-93)	381 / 429	89	94
<b>Midtjyllan d</b>	Ja	2.389 / 2.484	0 (0)	96	(95-97)	1.946 / 2.046	95	93
Aarhus U niversitets hospital	Nej	157 / 176	0 (0)	89	(84-93)	113 / 128	88	80
Regionsh ospitalet Gødstrup	Ja	350 / 361	0 (0)	97	(95-98)	370 / 378	98	96
Regionsh ospitalet Horsens	Ja	194 / 204	0 (0)	95	(91-98)	89 / 94	95	94
Regionsh ospitalet Randers	Ja	206 / 211	0 (0)	98	(95-99)	147 / 158	93	95
Regionsh ospitalet Silkeborg	Ja	109 / 111	0 (0)	98	(94-100)	87 / 87	100	96
Regionsh ospitalet Viborg	Ja	308 / 316	0 (0)	97	(95-99)	364 / 384	95	93
Steno Diabetes Center Aarhus	Ja	1.065 / 1.105	0 (0)	96	(95-97)	776 / 817	95	94
<b>Nordjylla nd</b>	Ja	1.712 / 1.795	0 (0)	95	(94-96)	1.762 / 1.845	96	96
AAUH Farsø	Ja	300 / 306	0 (0)	98	(96-99)	306 / 320	96	98
AAUH Thisted	Nej	98 / 106	0 (0)	92	(86-97)	86 / 90	96	90
Aalborg U niversitets hospital	Nej	865 / 912	0 (0)	95	(93-96)	935 / 986	95	95
Regionsh ospital No rdjylland	Ja	449 / 471	0 (0)	95	(93-97)	435 / 449	97	97

**Tabel 2.8 - Indikator 1: Sygehuse - eksklusioner**

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	1591	Patientens sygdomsstatus er irrelevant for indikatoren
	2465	Patienten er død i opfølgingsperiode på 5 år fra screeningsdato
	3874	Screeningsdato er ikke den sidste screeningsdato i opgørelsesperioden

## Resultater

Denne indikator belyser om patienter, som blev screenet tilbage i 2020, er øjenscreenet igen i løbet af de efterfølgende fem år. Patienter, der dør inden opfølgingsperiodens afslutning, er ekskluderet. Dette betyder, at kun patienter med en restlevetid på min. 5 år indgår. Udviklingsmålet er fastsat til  $\geq 95\%$ . Der er således en forventning, om at kun en ganske lille andel af patienterne, som er i screeningsprogrammet, udebliver fra yderligere screening.

Opgørelsesåret 2020 var det første år med Coronapandemi. Antallet af screeningsundersøgelser registreret i DiaBase faldt dog kun beskedent fra 2019 til 2020, og indikatorens nævner var ikke væsentlig lavere (96.170 sammenlignet med 103.652 i 2019).

Indikatorresultatet er for praktiske formål uændret fra 2019 til 2020, i praksis såvel som i sygehusregi. Ca. hver tiende patient er ikke screenet igen i den efterfølgende 5-års periode. Der er dog væsentlig interregional variation.

I praksis er andelen, der er set igen, højst i Region Midtjylland og Region Syddanmark (92-93%), mens Region Hovedstaden og Region Sjælland ligger lavere end gennemsnittet (87-88%). Region Nordjylland ligger lavest (84%). Region Nordjylland lå væsentlig højere i både 2019 og 2018 (90% hhv. 92%).

I sygehusregi ligger de vstdanske regioner også i 2020 væsentlig højere end de østdanske regioner. Alle vstdanske ligger i år på eller over udviklingsmålet. Region Sjælland ligger ligesom sidste års opgørelse væsentlig lavere end i 2018 og væsentlig lavere end øvrige regioner. Det skyldes formentlig registreringsproblemer. Samtlige vstdanske screeningsenheder ligger over udviklingsmålet på 95%, hvilket er meget tilfredsstillende.

Det er vigtigt at undersøge, hvem det er, som ikke fortsætter i screeningsprogrammet. I de supplerende opgørelser fremgår fordeling af køn, alder, screeningsenhed og øjenforandringer i 2020 [Fil 2.9](#). 132 (1%) af de patienter, der ikke er registreret i DiaBase siden 2020, havde behandlingskrævende øjenforandringer i form af retinopati grad 4 og/eller maculopati grad 2. Det store flertal havde ingen diabetiske øjenforandringer (88%).

## Diskussion og implikationer

Af Dansk Oftalmologisk Selskabs nationale retningslinje for screening for diabetisk retinopati (2018) fremgår det, at screeningsintervallet for en patient med diabetes uden diabetisk retinopati, som tidligere er screenet, kan forlænges til op til 4 år [Sygdomsområdet inkl. retningslinjer](#). Da der i beregningsreglerne for indikator 1 er indlagt et sikkerhedsinterval på 1 år anses en patient, der opfylder alle ovennævnte betingelser og er screenet igen inden for 5 år, som 'rettidigt screenet'. Det er måske mere rigtigt at fortolke indikatoren, som hvor mange, der fortsætter i screeningsprogrammet.

I lighed med sidste år indgår kun patienter, som er i live fem år efter screeningen i opgørelsesperioden.

Antallet af patienter, der ikke er screenet i de seneste 5 år er markant lavere i år (10.153) end sidste år (16.507). Det er glædeligt, at antallet er faldet betydeligt siden sidste års opgørelse.

Ligeledes udgør gruppen af patienter med retinopati grad 4 og/eller maculopati grad 2 (dvs. behandlingskrævende diabetisk retinopati) blandt de ikke-screenede i årets indikatoropgørelse 132 (1%) mod 587 (4%) sidste år. Det er glædeligt, at antallet/andelen af denne gruppe udgør en betydelig mindre del, da det er denne gruppe af patienter, der særligt er i fare for varigt synstab og i yderste konsekvens blindhed.

Styregruppen så gerne, at det var muligt at opspore denne gruppe af patienter. Men må konstatere, at det desværre ikke ligger indenfor rammerne for kvalitetsdatabasers mulighed at opspore denne gruppe.

Styregruppen anbefaler, at analyserne af de ikke-screenede [Fil 2.9](#) næste år tillige omfatter graden af diabetisk retinopati. Endvidere anbefaler styregruppen, at gruppen af behandlingskrævende patienter analyseres for at afklare, om der er tale om registreringsfejl, f.eks. at patienten er henvist til og har fået udført behandling.

Samlet set er indikatorresultatet det samme i speciallægepraksis og sygehussektoren, men med væsentlige regionale forskelle. Styregruppen konstaterer med tilfredshed at sygehuse i de tre vstdanske regioner har så gode resultater. Det er bemærkelsesværdigt, at målopfyldelsen i sygehusregi i Region Sjælland er betydeligt lavere i år (75%) end de to tidligere perioder (91-96%). Dette skyldes formentlig datafejl i sygehusdata. Målopfyldelse i sygehusregi i Region Hovedstaden ligger en anelse højere i år (86%) end i 2023 (84%).

Målopfyldelsen i praksis er uændret i forhold til tidligere år. Praksis sektoren ligger således fortsat lavest i Region Hovedstaden. Det er derfor styregruppens anbefaling, at der i Region Hovedstaden fokuseres på dette forhold i samarbejde med almen praksis, som screener de mindst komplicerede, men til gengæld flertallet af patienter.

### Vurdering af indikatoren

Styregruppen vurderer fortsat, at denne indikator er særdeles vigtig for vurdering af den samlede kvalitet af screeningsprogrammet. Udviklingsmålet på  $\geq 95\%$  vurderes både relevant og realistisk for begge sektorer og fastholdes.

### Fil 2.9 - Indikator 1: Patienter, som ikke er med i indikatorens tæller

Denne fil kan downloades på web-versionen af årsrapporten.

## Indikator 2a

### Andel af screeninger som gennemføres inden for planlagt interval

**Baggrund:** Ved hver screening aftales interval til næste screening på baggrund af primært undersøgelsens resultat (maculo- og retinopati grad) og diabetesstatus (velreguleret, dysreguleret eller ukendt). Flere andre faktorer, herunder diabetes behandling, diabetes relaterede følgesygdomme, øvrige systemiske sygdomme samt patientens sociale forhold kan indgå i overvejelserne.

**Klinisk spørgsmål:** Er de screenede patienter undersøgt inden for det tidsinterval, der blev aftalt ved forrige besøg?

**Nævner:** Alle screeninger i opgørelsesperioden som efterfølger en tidligere screening med angivelse af planlagt interval til næste screening\*.

**Tæller:** Alle screeninger i nævner hvor undersøgelsesdatoen ligger inden for det tidsinterval, der blev planlagt ved forrige undersøgelse  $\pm 33\%^{**}$

**Udviklingsmål:**  $\geq 90\%$

**Særlige forbehold:** Indikatoren har indbygget et sikkerhedsinterval på 33%. En patient betragtes derfor som rettidigt screenet, hvis datoen falder inden for perioden 33% før tid til 33% efter tid\*\*. Patienter, der er screenet flere gange i opgørelsesperioden, indgår flere gange.

**Noter:** \*Data for opgørelsesperioden 2025: patienterne er screenet i 2025. Patientens forrige screeningsundersøgelse kan ligge helt tilbage til 2007 (op til 18 år tilbage). Datagrundlaget for forrige screening er undersøgelser i perioden 2007 til 2025.

\*\*rettidig screening afgrænses fx som 3 måneder  $\pm$  1 måned; 12 måneder  $\pm$  4 måneder; 36 måneder  $\pm$  12 måneder.

**Tabel 3.1 - Indikator 2a: Samlet - de nyeste resultater**

Udviklings mål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
$\geq 90\%$	Tæller/	antal	01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023	
opnået	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel

---

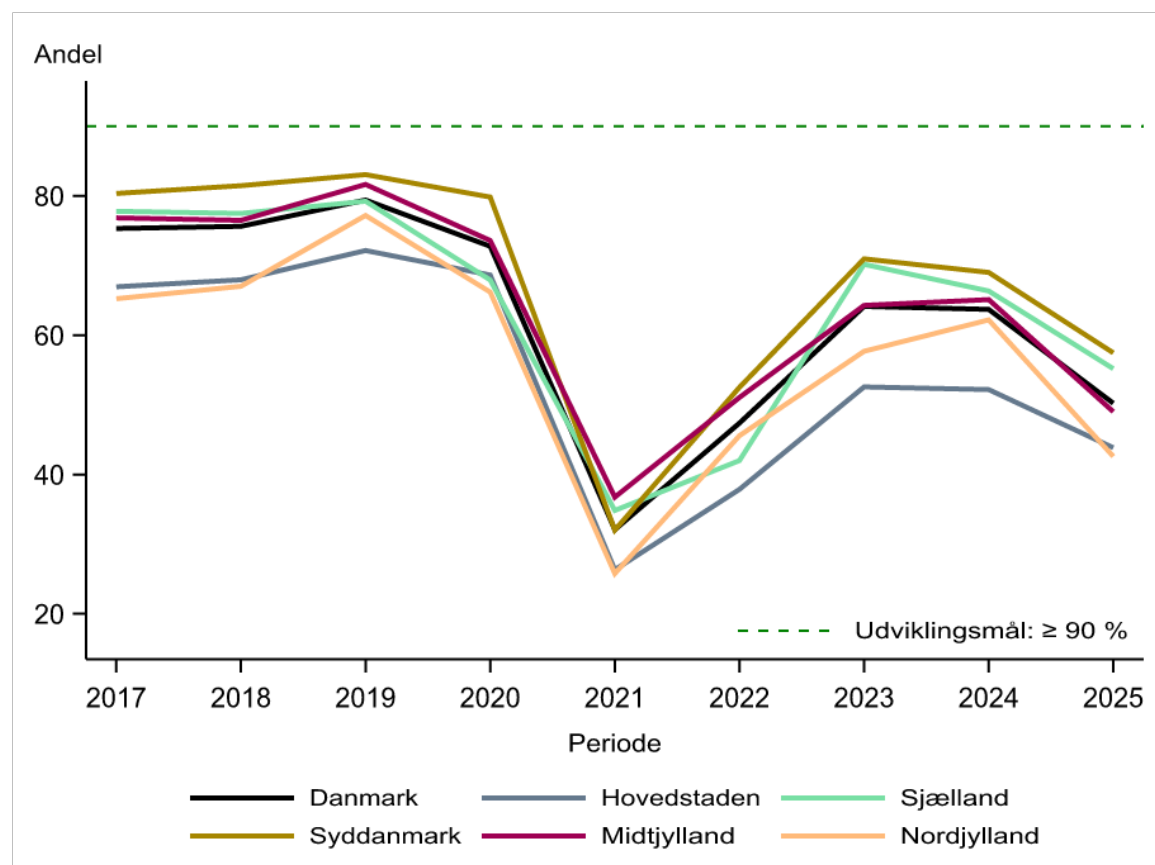
	Udviklings mål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
<b>Danmark</b>	Nej	52.454 / 100.459	2.382 (2)	52	(52-53)	57.677 / 90.377	64	64

---

Tabel 3.2 - Indikator 2a: Samlet - eksklusioner

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	20351	Eneste kontakt i opgørelsesperioden er en første kontakt
<b>Uoplyst:</b>	2381	Antal mdr. til næste kontakt er uoplyst
	1	Screeningsdato ligger efter død

Figur 3.3 - Indikator 2a: Speciallægepraksis - udvikling over tid



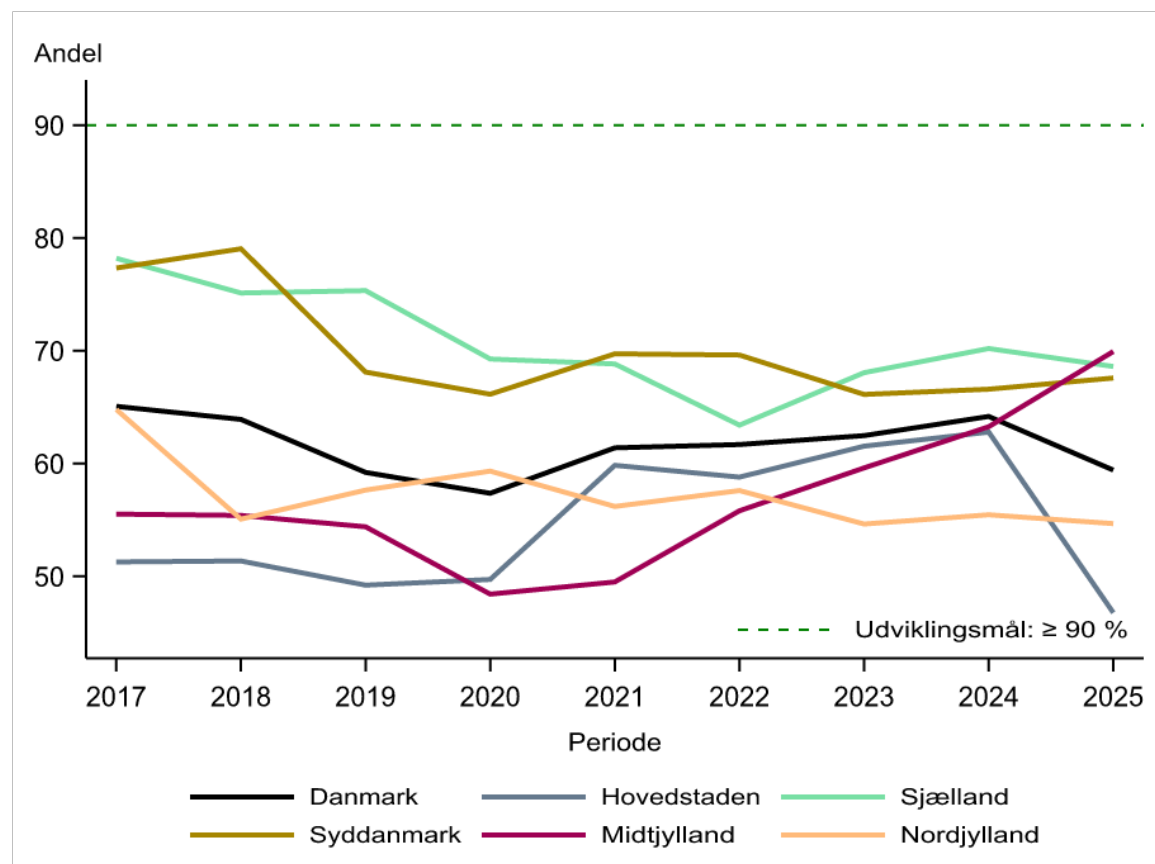
Tabel 3.4 - Indikator 2a: Speciallægepraksis - de nyeste resultater

	Udviklings mål	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år			
		≥ 90%	Tæller/ nævner	antal	01.01.2025 - 31.12.2025		2024		2023
		opnået		(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	Nej	39.509 / 78.673	1.625 (2)	50	(50-51)	43.982 / 69.038	64	64	
<b>Hovedsta den</b>	Nej	7.297 / 16.646	214 (1)	44	(43-45)	6.568 / 12.585	52	53	
<b>Sjælland</b>	Nej	6.530 / 11.833	234 (2)	55	(54-56)	6.598 / 9.945	66	70	
<b>Syddanm ark</b>	Nej	11.862 / 20.645	346 (2)	57	(57-58)	13.214 / 19.148	69	71	
<b>Midtjyllan d</b>	Nej	9.439 / 19.261	137 (1)	49	(48-50)	13.098 / 20.118	65	64	
<b>Nordjylla nd</b>	Nej	4.381 / 10.288	694 (6)	43	(42-44)	4.504 / 7.242	62	58	

Tabel 3.5 - Indikator 2a: Speciallægepraksis - eksklusioner

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	18493	Eneste kontakt i opgørelsesperioden er en første kontakt
<b>Uoplyst:</b>	1624	Antal mdr. til næste kontakt er uoplyst
	1	Screeningsdato ligger efter død

Figur 3.6 - Indikator 2a: Sygehuse - udvikling over tid



Tabel 3.7 - Indikator 2a: Sygehuse - de nyeste resultater

	Udviklings mål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90%	Tæller/ nævner		01.01.2025 - 31.12.2025		2024		2023
	opnået			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	Nej	12.945 / 21.786	757 (3)	59	(59-60)	13.695 / 21.339	64	62
<b>Hovedsta den</b>	Nej	3.699 / 7.909	68 (1)	47	(46-48)	3.144 / 5.007	63	62
<b>Sjælland</b>	Nej	1.438 / 2.096	16 (1)	69	(67-71)	1.887 / 2.688	70	68
<b>Syddanm ark</b>	Nej	3.997 / 5.914	482 (8)	68	(66-69)	4.015 / 6.029	67	66
<b>Midtjyllan d</b>	Nej	2.764 / 3.952	85 (2)	70	(68-71)	3.450 / 5.453	63	60
<b>Nordjylla nd</b>	Nej	1.047 / 1.915	106 (5)	55	(52-57)	1.199 / 2.162	55	55
<b>Hovedsta den</b>	Nej	3.699 / 7.909	68 (1)	47	(46-48)	3.144 / 5.007	63	62
Amager Hospital	Nej	204 / 285	1 (0)	72	(66-77)	255 / 392	65	69
Bispebjer g Hospital	Nej	140 / 610	6 (1)	23	(20-26)	##	0	51
Bornholm s Hospital	Nej	578 / 644	1 (0)	90	(87-92)	549 / 629	87	89
Hvidovre Hospital	Nej	776 / 1.139	8 (1)	68	(65-71)	831 / 1.182	70	61
Nordsjæll ands Hospital	Nej	556 / 868	3 (0)	64	(61-67)	599 / 835	72	73
Rigshospit alet	Nej	343 / 605	1 (0)	57	(53-61)	374 / 631	59	53
Steno Diabetes Center Cph.	Nej	1.102 / 3.758	48 (1)	29	(28-31)	536 / 1.337	40	53
<b>Sjælland</b>	Nej	1.438 / 2.096	16 (1)	69	(67-71)	1.887 / 2.688	70	68
Holbæk Sygehus	Nej	368 / 544	7 (1)	68	(64-72)	464 / 699	66	75
Holbæk Sygehus (Slagelse)	Nej	289 / 467	3 (1)	62	(57-66)	316 / 439	72	40
SUH Køge	Nej	650 / 875	6 (1)	74	(71-77)	689 / 919	75	72
SUH Nykøbing F.	Nej	93 / 134	0 (0)	69	(61-77)	241 / 337	72	75
SUH Næstved	Nej	37 / 74	0 (0)	50	(38-62)	173 / 285	61	71
SUH Roskilde	Nej	##	0 (0)	50	(1-99)	4 / 9	44	56

	Udviklings mål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
<b>Syddanmark</b>	Nej	3.997 / 5.914	482 (8)	68	(66-69)	4.015 / 6.029	67	66
Esbjerg Sygehus	Nej	581 / 729	20 (3)	80	(77-83)	674 / 872	77	77
OUH Steno Dia betescent er	Nej	81 / 458	51 (10)	18	(14-21)	54 / 191	28	57
OUH Sve ndborg	Nej	1.129 / 1.471	29 (2)	77	(75-79)	1.249 / 1.635	76	77
Odense U niversitets hospital	Nej	1.453 / 2.031	349 (15)	72	(70-73)	1.314 / 2.057	64	67
Sygehus Lillebælt	Nej	468 / 845	27 (3)	55	(52-59)	392 / 831	47	44
Sygehus Sønderjyll and	Nej	285 / 380	6 (2)	75	(70-79)	332 / 443	75	73
<b>Midtjylland</b>	Nej	2.764 / 3.952	85 (2)	70	(68-71)	3.450 / 5.453	63	60
Aarhus U niversitets hospital	Nej	362 / 703	37 (5)	51	(48-55)	419 / 814	51	50
Regionsh ospitalet Gødstrup	Nej	326 / 469	22 (4)	70	(65-74)	501 / 829	60	56
Regionsh ospitalet Horsens	Nej	274 / 363	6 (2)	75	(71-80)	318 / 495	64	61
Regionsh ospitalet Randers	Nej	253 / 339	1 (0)	75	(70-79)	323 / 486	66	59
Regionsh ospitalet Silkeborg	Nej	200 / 256	1 (0)	78	(73-83)	219 / 314	70	62
Regionsh ospitalet Viborg	Nej	171 / 226	7 (3)	76	(70-81)	319 / 451	71	69
Steno Diabetes Center Aarhus	Nej	1.178 / 1.596	11 (1)	74	(72-76)	1.351 / 2.064	65	60
<b>Nordjylland</b>	Nej	1.047 / 1.915	106 (5)	55	(52-57)	1.199 / 2.162	55	55
AAUH Farsø	Nej	196 / 246	13 (5)	80	(74-85)	254 / 307	83	76
AAUH Thisted	Nej	68 / 125	10 (7)	54	(45-63)	61 / 113	54	56
Aalborg U niversitets hospital	Nej	643 / 1.262	74 (6)	51	(48-54)	741 / 1.375	54	54

---

	Udviklings mål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
Regionsh ospital No rdjylland	Nej	140 / 282	9 (3)	50	(44-56)	143 / 367	39	35

---

**Tabel 3.8 - Indikator 2a: Sygehuse - eksklusioner**

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	1858	Eneste kontakt i opgørelsesperioden er en første kontakt
<b>Uoplyst:</b>	757	Antal mdr. til næste kontakt er uoplyst

### Resultater

Indikator 2a måler hvilken andel af screeningerne, som blev gennemført 'til tiden'. 'Til tiden' vil sige inden for det interval, der blev angivet ved forrige undersøgelse +/- en arbitrær margin på 33%. Tabel 2a.4-6 [Fil 3.9](#) viser i hvilket omfang undersøgelser, der ikke opfylder indikatoren, udføres 'før tid' eller 'senere end planlagt'. Tabel 2a.7-9 [Fil 3.9](#) viser indikatoropfyldelsen (andel udført 'til tiden') fordelt på interval angivet ved forrige undersøgelse.

I indikatoren indgår udelukkende screeninger af patienter, som er undersøgt tidligere, hvor der blev anbefalet et interval til næste undersøgelse. Nævneren er 100.459.

Det er meget positivt, at 'interval til næste undersøgelse' kun var uoplyst for 2% af de forrige undersøgelser. Tid til næste undersøgelse var ved forrige undersøgelse angivet som 3 måneder (6%), 6 måneder (7%), 9 måneder (3%), 12 måneder (31%), 18 måneder (4%), 24 måneder (60%), og 36, 48 eller andet antal måneder (<1%) (Tabel 2a.7-9) [Fil 3.9](#). Andelen som ved forrige undersøgelse var tildelt et interval på 24 måneder er steget hastigt fra 2023, fra 37% til nu 60%. Flertallet af disse anbefalinger er givet, mens det endnu var den tidligere retningslinje (2018-2023), der var gældende.

Selve indikatoren angiver andelen af undersøgelser, som er gennemført til tiden, og det samlede resultat er væsentlig lavere sammenlignet med de to foregående opgørelsesår. Andelen er faldet fra 64% til 52% (Figur 2a.3-4) [Fil 3.9](#). Udviklingsmålet er  $\geq 90\%$ . Bortset fra i Region Syddanmark og Region Midtjylland er undersøgelser gennemført 'senere end planlagt' væsentlig hyppigere end undersøgelser gennemført 'før tid'. (Tabel 2a.4) [Fil 3.9](#). Andelen af undersøgelser 'til tiden' varierer betydeligt afhængig af det interval, der blev anbefalet ved forrige undersøgelse (Tabel 2a.7-9) [Fil 3.9](#).

I speciallægepraksis gennemføres halvdelen (50%) af undersøgelserne 'til tiden', hvilket er en væsentlig tilbagegang fra tidligere år (64%). Andelen er faldet betydeligt i alle regioner. Andelen af undersøgelser 'til tiden' varierer betydeligt afhængig af det screeningsinterval, der blev anbefalet ved forrige undersøgelse. Kvalitetsmålet 'screening til tiden' er bemærkelsesværdigt lavere ved anbefalinger om 12- og 18- måneders interval (22% og 36%) sammenlignet med 24- og 36- måneders interval (60% og 47%).

I sygehusregi gennemføres 59% af undersøgelserne 'til tiden'. Der er stor regional variation fra 47% i Region Hovedstaden til 70% i Midtjylland. Der er også stor variation mellem sygehuse. Flere sygehuse af en vis størrelse ligger lavt, særligt Steno Diabetes Center Copenhagen på 30%. Alle regioner har flere sygehuse, hvor under kun halvdelen af patienterne screenes 'til tiden'.

### Diskussion og implikationer

De første retningslinjer for screening for diabetisk retinopati fra 2008 anbefalede, at alle patienter blev screenet en gang årligt. Senere blev anbefalingerne ændret til individuelt tildelte intervaller, som fra ca. 2015 blev mere ensrettet (3, 6, 9, 12 måneder etc.). Længden af intervallet er omvendt proportional med sværhedsgraden af patientens retinopati og maculopati. Dette blev for alvor systematiseret i den nationale retningslinje (nummer to i rækken) som blev publiceret ultimo 2018 (Tabel S.1b) [Sygdomsområdet inkl. retningslinjer](#). Den nugældende retningslinje (nummer tre i rækken), som er væsentligt revideret i forhold til den tidligere retningslinje, blev publiceret ultimo 2023 og implementeret i løbet af januar 2024 (Tabel S.1a) [Sygdomsområdet inkl. retningslinjer](#).

Udviklingsmålet er ikke opfyldt på regionsniveau for hverken speciallægepraksis eller sygehuse.

*En del patienter screenes før tid:*

At en given patient screenes tidligere end givet interval vil alt andet lige isoleret kunne ses som "overscreening" og dermed et ressourcspild. Dette er dog i et større perspektiv ikke nødvendigvis den fulde sandhed og skyldes forskellige forhold:

I Steno Diabetes Centre/sygehusregi er der i vidt omfang indført "samme-dags-kontrol". Konceptet betyder, at en screening for diabetisk retinopati arrangeres den dag, hvor andre undersøgelser er planlagt (f.eks. hjerte- og nyreundersøgelser). Hvis kontrol af hjerte-, nyre, fødder etc. sker med en anden hyppighed end hvad der anbefales for øjnene, kan konceptet medføre 'for tidlig' øjenscreening og måske også 'for sen' øjenscreening. Omfanget kendes ikke, men styregruppen er bekendt med, at der i flere centre er stigende opmærksomhed på denne potentielle kilde til overforbrug af ressourcer i sundhedsvæsenet. Der er således en proces i gang med delvis udfasning af samme-dags-screening. Særligt for at undgå for hyppig screening, der typisk bør ske sjældnere end anden kontrol af diabetessygdommen.

I perioden 2021-2023 blev op mod 60% af patienterne, der screenes for diabetisk retinopati, tillige undersøgt og behandlet for en ikke diabetes relateret øjensygdom (f.eks. AMD, glaukom mm.) (Kilde: Sentinel; se Tabel A.14 i årsrapporten 2023). I en given situation kan det være hensigtsmæssigt at udføre screening for diabetisk retinopati samtidig med undersøgelse/behandling for patientens anden øjensygdom, typisk tidligere end anbefalet i retningslinjen. Dette formodes især at gøre sig gældende for patienter uden diabetisk retinopati, der er givet et interval på mindst 24 måneder.

*Andre patienter screenes senere end anbefalet:*

Der kan være forskellige årsager til, at en patient screenes senere end anbefalet: 1) Patienten ringer og bestiller en tid men så sent, at patienten ikke kan nå at få en tid inden for det anbefalede interval, 2) patienten melder afbud til den aftalte dag eller 3) patienten udebliver.

Hvor der i sygehusregi findes mulighed for indkaldelse til fornyet screening via e-Boks, så findes denne mulighed ikke i speciallægepraksis. Det er således ikke juridisk muligt for praktiserende øjnlæger at henvende sig til patienten – ej heller med en SMS 'Nu er det tid til screening' eller tilsvarende sende besked via e-Boks. Øjnlægen må afvente, at patienten selv henvender sig.

I sygehusregi må det formodes, at den udeblevne patient ved henvendelse gives en senere screeningstid til den dag, patientens øvrige undersøgelser flyttes til. Det må dog altid overvejes om øjenscreeningen fra et klinisk perspektiv udskydes u hensigtsmæssigt 'for længe'.

Det skal for god ordens skyld anføres, at indikatoren alene ser på opfyldelse af det tidsinterval, der blev givet ved forrige undersøgelse. Det er ikke nødvendigvis det samme som, om retningslinjen er overholdt, da retningslinjen i flere situationer giver valgmuligheder (Tabel S.1a og b) [Sygdomsområdet inkl. retningslinjer](#). For eksempel er det muligt at tildele en velreguleret patient uden diabetisk retinopati et interval på 24-48 måneder. En patient i denne kategori, der er tildelt et interval på 24 måneder, men først screenes efter 40 måneder, opfylder retningslinjen selv om det angivne interval er overskredet. Se desuden indikator 3.

### Vurdering af indikatoren

Det er styregruppens anbefaling, at indikatoren udfases fra 1.7.2026. Opgørelse af indikatorresultater og tilhørende supplerende figurer og tabeller ophører.

For patienten er det langt mere væsentligt, om det faktiske interval mellem forudgående og aktuelle screening er i overensstemmelse med den gældende retningslinje. Styregruppen ønsker derfor udvikling af en indikator, der i højere grad adresserer dette: Andel af screeninger som tidsmæssigt gennemføres i overensstemmelse med aktuelle retningslinje.

Der er desuden et ønske i styregruppen om at sætte fokus på patienters skift mellem hvor, de får foretaget øjenscreening. Det er et kendt fænomen, at patienter skifter mellem øjnlægeklinikker i områder med tæt klinikdækning. Supplerende opgørelser evt. i form af ny indikator kan måske bidrage til at belyse dette som potentielt resulterer i ressourcspild og er en kilde til informationstab. Det skal bemærkes, at den tidligere men også udfasede indikator (2b) udelukkende omfattede skift mellem sektorer. Forslaget om ny indikator, som dækker alle skift, følges op på databasens efterårsmøde.

### Fil 3.9 - Indikator 2a: Danmarkskort og supplerende opgørelser

*Denne fil kan downloades på web-versionen af årsrapporten.*

## Indikator 3

### Andel af screeninger hvor det anførte interval til næste screening er i henhold til National klinisk retningslinje

**Baggrund:** Den kliniske retningslinje har klare anbefalinger om interval til næste screening. Intervallet bestemmes af patientens diabetiske øjenforandringer og diabetes reguleringsgrad [Sygdomsområdet inkl. retningslinjer](#). Men længden af intervallet bestemmes også af en lang række andre individ relaterede faktorer, der ikke fremgår af indberetningen.

**Klinisk spørgsmål:** I hvor høj grad er det besluttede 'interval til næste screening' i overensstemmelse med de kliniske retningslinjer?

**Nævner:** Alle screeningsundersøgelser i opfølgelsesperioden

**Tæller:** Screeninger i nævner, hvor det angivne antal måneder til næste screening overholder de kliniske retningslinjer baseret på diabetisk reguleringsgrad, retinopati- og maculopati status. Indikatorresultaterne refererer til den aktuelt gældende retningslinje, dvs. for opfølgelsesperioderne 2024 og 25 til den ny retningslinje [Sygdomsområdet inkl. retningslinjer](#) og for 2023 til den forrige version [Sygdomsområdet inkl. retningslinjer](#).

**Udviklingsmål:**  $\geq 90\%$

**Særlige forbehold:** I indikatoren indgår udelukkende patienter, som er screenet i opfølgelsesperioden. En patient kan indgå flere gange.

Hvis patienten ifølge vejledning skal henvises til behandling, ekskluderes undersøgelsen.

Hvis undersøgelsen viser retinopati grad 0 på begge øjne indgår patienten i nævneren trods manglende data om maculopati grad.

For sygehusene anvendes fra 1.1.2024 HbA1c-oplysninger fra laboratoriedatabasen LABKA i stedet for som tidligere fra den manuelle indberetning til DiaBase.

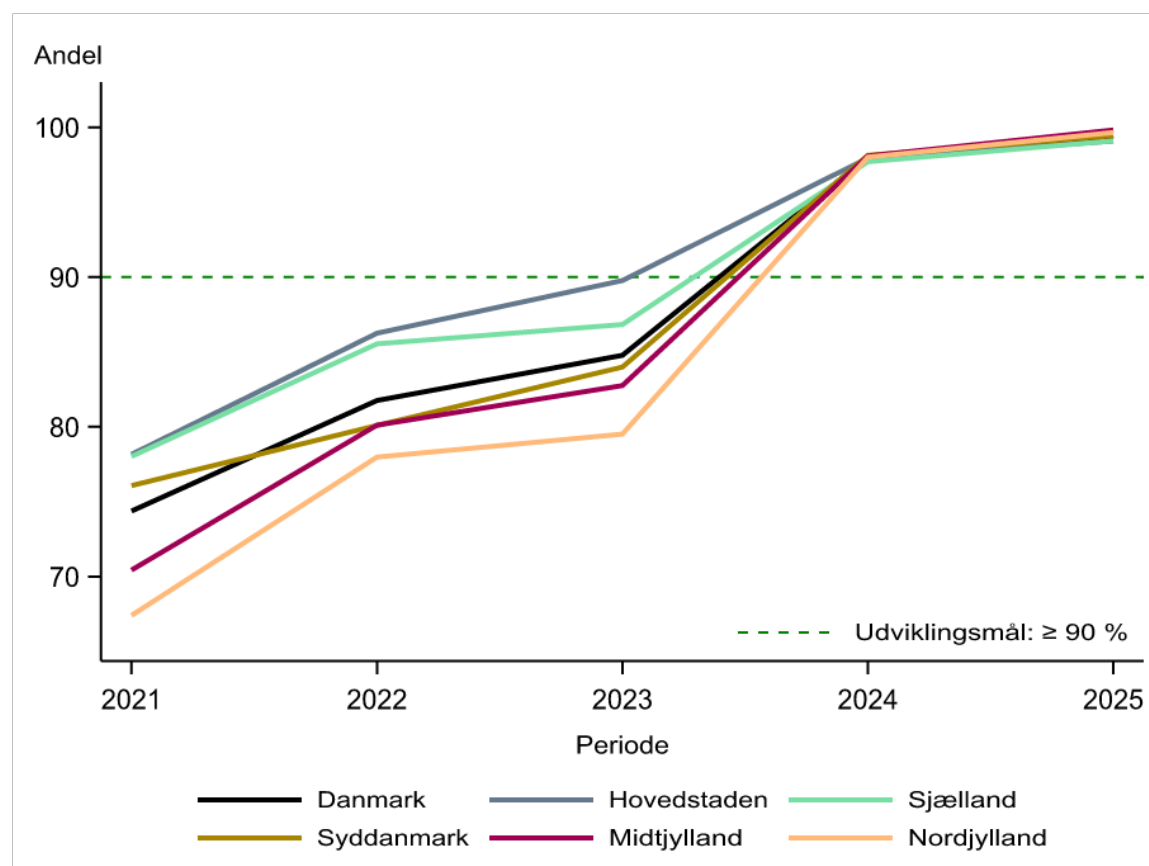
**Tabel 4.1 - Indikator 3: Samlet - de nyeste resultater**

	Udviklings mål		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 90\%$ opnået	Tæller/nævner		01.01.2025 - 31.12.2025	95% CI	2024		2023
			(%)	Andel		Antal	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	Ja	113.989 / 117.906	1.474 (1)	97	(97-97)	96.462 / 103.303	93	83

Tabel 4.2 - Indikator 3: Samlet - eksklusioner

	Årsag	Danmark
<b>Eksklusion:</b>	Patientens sygdomsstatus er irrelevant for indikatoren	3812
<b>Uoplyst:</b>	Antal mdr. til næste kontakt er uoplyst	1163
	Screeningsdato ligger efter død	3
	Begge øjne er ej vurderet eller vurdering ikke mulig	308

Figur 4.3 - Indikator 3: Speciallægepraksis - udvikling over tid



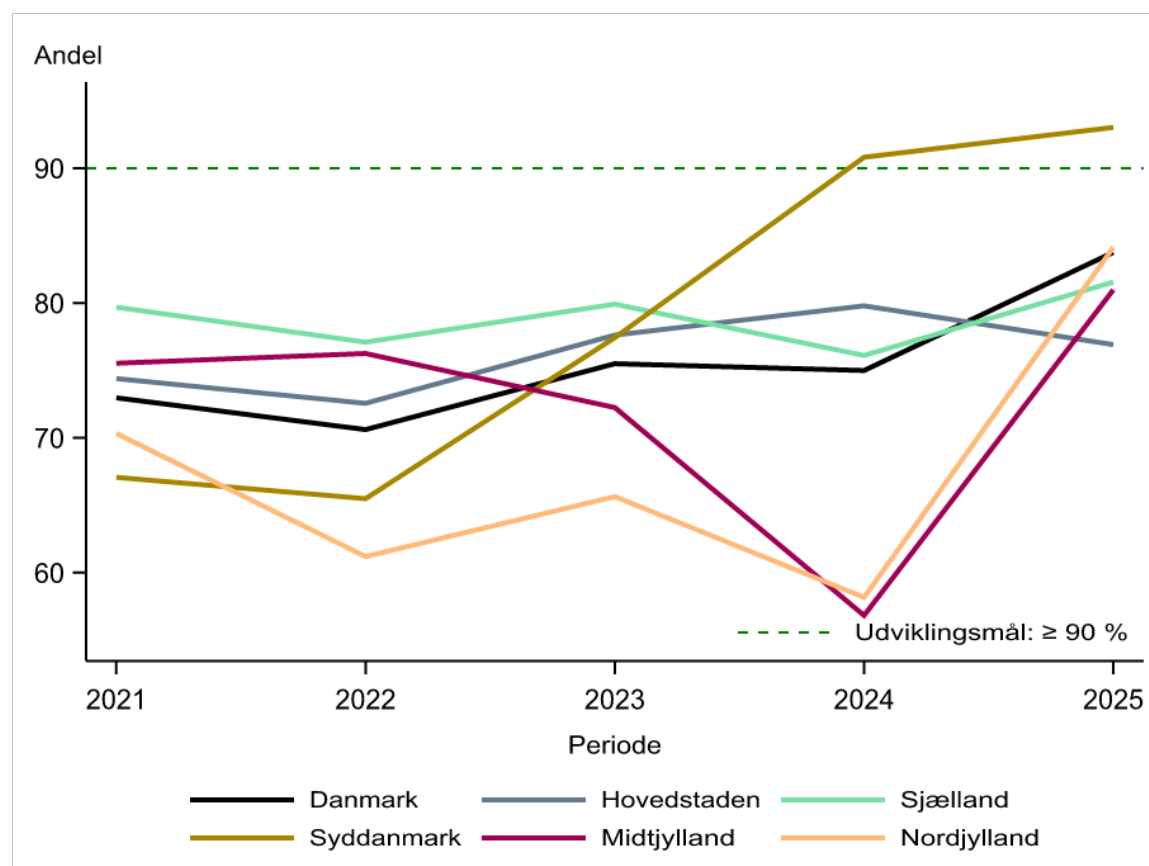
**Tabel 4.4 - Indikator 3: Speciallægepraksis - de nyeste resultater**

	Udviklings mål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90% opnået	Tæller/nævner		01.01.2025 - 31.12.2025		2024		2023
				Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	Ja	96.615 / 97.163	868 (1)	99	(99-99)	80.867 / 82.508	98	85
<b>Hovedstaden</b>	Ja	21.406 / 21.603	100 (0)	99	(99-99)	15.726 / 16.055	98	90
<b>Sjælland</b>	Ja	14.228 / 14.357	55 (0)	99	(99-99)	11.586 / 11.858	98	87
<b>Syddanmark</b>	Ja	24.496 / 24.632	75 (0)	99	(99-100)	22.331 / 22.756	98	84
<b>Midtjylland</b>	Ja	23.409 / 23.450	44 (0)	100	(100-100)	23.142 / 23.593	98	83
<b>Nordjylland</b>	Ja	13.076 / 13.121	594 (4)	100	(100-100)	8.082 / 8.246	98	80

Tabel 4.5 - Indikator 3: Speciallægepraksis - eksklusioner

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	760	Patientens sygdomsstatus er irrelevant for indikatoren
<b>Uoplyst:</b>	858	Antal mdr. til næste kontakt er uoplyst
	3	Screeningsdato ligger efter død
	7	Begge øjne er ej vurderet eller vurdering ikke mulig

Figur 4.6 - Indikator 3: Sygehuse - udvikling over tid



Tabel 4.7 - Indikator 3: Sygehuse - de nyeste resultater

	Udviklings mål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90% opnået	Tæller/nævner		01.01.2025 - 31.12.2025		2024		2023
				Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	Nej	17.374 / 20.743	606 (3)	84	(83-84)	15.595 / 20.795	75	75
<b>Hovedstaden</b>	Nej	5.017 / 6.523	6 (0)	77	(76-78)	3.198 / 4.008	80	78
<b>Sjælland</b>	Nej	1.755 / 2.152	45 (2)	82	(80-83)	2.179 / 2.863	76	80
<b>Syddanmark</b>	Ja	5.936 / 6.381	407 (6)	93	(92-94)	6.079 / 6.694	91	77
<b>Midtjylland</b>	Nej	3.044 / 3.759	30 (1)	81	(80-82)	2.814 / 4.952	57	72
<b>Nordjylland</b>	Nej	1.622 / 1.928	118 (6)	84	(82-86)	1.325 / 2.278	58	66
<b>Hovedstaden</b>	Nej	5.017 / 6.523	6 (0)	77	(76-78)	3.198 / 4.008	80	78
Amager Hospital	Nej	152 / 201	1 (0)	76	(69-81)	229 / 272	84	83
Bispebjerg Hospital	Nej	393 / 504	0 (0)	78	(74-82)	###	100	70
Bornholms Hospital	Ja	545 / 602	0 (0)	91	(88-93)	584 / 648	90	91
Hvidovre Hospital	Nej	661 / 869	2 (0)	76	(73-79)	685 / 852	80	81
Nordsjællands Hospital	Nej	493 / 618	2 (0)	80	(76-83)	473 / 568	83	79
Rigshospitalet	Nej	291 / 545	1 (0)	53	(49-58)	348 / 562	62	58
Steno Diabetes Center Cph.	Nej	2.482 / 3.184	0 (0)	78	(76-79)	878 / 1.105	79	77
<b>Sjælland</b>	Nej	1.755 / 2.152	45 (2)	82	(80-83)	2.179 / 2.863	76	80
Holbæk Sygehus	Nej	455 / 567	16 (3)	80	(77-83)	559 / 754	74	85
Holbæk Sygehus (Slagelse)	Nej	385 / 477	13 (3)	81	(77-84)	366 / 484	76	82
SUH Køge	Nej	743 / 893	9 (1)	83	(81-86)	736 / 963	76	78
SUH Nykøbing F.	Nej	106 / 138	4 (3)	77	(69-84)	264 / 360	73	77
SUH Næstved	Nej	64 / 75	3 (4)	85	(75-92)	248 / 293	85	81

	Udviklings mål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
SUH Roskilde	Ja	##	0 (0)	100	(16-100)	6 / 9	67	78
<b>Syddanm ark</b>	Ja	5.936 / 6.381	407 (6)	93	(92-94)	6.079 / 6.694	91	77
Esbjerg Sygehus	Ja	683 / 723	96 (12)	94	(93-96)	770 / 888	87	86
OUH Steno Dia betescent er	Nej	181 / 313	97 (24)	58	(52-63)	69 / 122	57	50
OUH Sve ndborg	Ja	1.530 / 1.582	61 (4)	97	(96-98)	1.661 / 1.738	96	84
Odense U niversitets hospital	Ja	2.331 / 2.497	73 (3)	93	(92-94)	2.370 / 2.562	93	68
Sygehus Lillebælt	Ja	829 / 863	64 (7)	96	(95-97)	773 / 897	86	81
Sygehus Sønderjyll and	Ja	382 / 403	16 (4)	95	(92-97)	436 / 487	90	82
<b>Midtjyllan d</b>	Nej	3.044 / 3.759	30 (1)	81	(80-82)	2.814 / 4.952	57	72
Aarhus U niversitets hospital	Nej	626 / 774	1 (0)	81	(78-84)	540 / 794	68	58
Regionsh ospitalet Gødstrup	Nej	429 / 508	16 (3)	84	(81-87)	503 / 901	56	85
Regionsh ospitalet Horsens	Nej	249 / 312	0 (0)	80	(75-84)	251 / 417	60	71
Regionsh ospitalet Randers	Nej	221 / 290	1 (0)	76	(71-81)	221 / 378	58	62
Regionsh ospitalet Silkeborg	Nej	177 / 220	1 (0)	80	(75-85)	138 / 265	52	71
Regionsh ospitalet Viborg	Nej	181 / 218	8 (4)	83	(77-88)	249 / 427	58	87
Steno Diabetes Center Aarhus	Nej	1.161 / 1.437	3 (0)	81	(79-83)	912 / 1.770	52	70
<b>Nordjylla nd</b>	Nej	1.622 / 1.928	118 (6)	84	(82-86)	1.325 / 2.278	58	66
AAUH Farsø	Nej	205 / 243	13 (5)	84	(79-89)	168 / 323	52	64
AAUH Thisted	Nej	106 / 129	13 (9)	82	(74-88)	59 / 130	45	62

---

	Udviklings mål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
Aalborg U niversitets hospital	Nej	1.085 / 1.292	62 (5)	84	(82-86)	900 / 1.442	62	67
Regionsh ospital No rdjylland	Nej	226 / 264	30 (10)	86	(81-90)	198 / 383	52	65

---

**Tabel 4.8 - Indikator 3: Sygehuse - eksklusioner**

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	3052	Patientens sygdomsstatus er irrelevant for indikatoren
<b>Uoplyst:</b>	305	Antal mdr. til næste kontakt er uoplyst
	301	Begge øjne er ej vurderet eller vurdering ikke mulig

### Resultater

Angivelse af interval til næste screening er relevant i alle de tilfælde, hvor patienten ikke skal henvises til behandling for diabetiske øjenforandringer. Indikator 3 angiver andelen af screeningsundersøgelser, hvor det angivne interval er i overensstemmelse med retningslinjerne. Indikatoropgørelsen for 2024-25 refererer til anbefalingerne i den nyeste retningslinje, hvor anbefalingerne generelt er længere intervaller og især længere intervaller i de tilfælde hvor reguleringsgrad er ukendt.

Det er positivt at kun 1% af indberetningerne mangler oplysning om anbefalet interval.

De supplerende tabeller 3.4 og 3.5 viser fordelingen af de anbefalede intervaller. For undersøgelserne, der indgår i indikator 3, er det hyppigst tildelte interval i begge sektorer 24 måneder (86% i speciallægepraksis henholdsvis 44% i sygehusregi). Estimerne fra Årsrapporten 2024 var 84% henholdsvis 38%).

Der blev i 2022 fastlagt en standard på  $\geq 90\%$  (nu udviklingsmål), som samlet set er nået (97%). Succesen er primært båret af speciallægepraksis, hvor alle regioner er helt i mål (99-100%).

Der er stor regional variation i sygehusregi. Region Syddanmark ligger absolut højest (93%), mens Midtjylland og Region Nordjylland udmærker sig ved stor fremgang. Bortset fra sygehuse i Region Hovedstaden er forskelle mellem de enkelte sygehusenheder indenfor en region relativt små.

### Diskussion og implikationer

Styregruppen noterer med tilfredshed, at det fastlagte udviklingsmål ( $\geq 90\%$ ) igen i år samlet set er nået.

Styregruppen bemærker med tilfredshed en stor fremgang på sygehusene i Region Midtjylland og Region Nordjylland.

Styregruppen konstaterer, at retningslinjens anbefalinger om længere intervaller for patienter uden diabetisk retinopati fortsat følges i speciallægepraksis. Styregruppen bemærker derfor, at det i praksissektoren er lykkedes at fastholde andelen af 24 måneders intervaller på samme høje niveau som sidste år. Andelen er 86%, hvilket er lidt højere end sidste år, hvor andelen var 84%, mens andelen var 60% i 2023. Andelen af 12 måneders intervaller er tilsvarende formindsket en anelse til 4%, hvor den var 5% i 2024 og 26% i 2023 (Data fra tidligere årsrapporter).

Samlet set er andelen af 24 måneders intervaller på landsplan steget fra 75% til 78%. Andelen af 36 måneders og 48 måneders intervaller ligger dog fortsat på et beskedent niveau både i speciallægepraksis og i sygehusregi. Retningslinjernes mulighed for tildeling af de meget lange intervaller på 3 og 4 år bør have opmærksomhed i alle screeningsenheder, så man i de kommende års opgørelser kan se en fremgang. Dog vil nærværende anbefaling fra styregruppen først komme de relevante behandlere til kendskab midt i opgørelsesperioden.

Styregruppen vil igen i år bemærke, at en ændret visning af valgmuligheder for screeningsinterval i Sentinel har haft god virkning på tildeling af screeningsintervaller i speciallægepraksis. Løsningen er simpel og billig. Styregruppen anbefaler derfor fortsat, at det i sygehusregi overvejes at indføre en tilsvarende model, evt. som opstart med en advarselsfunktion, når man er ved at tildele et interval, der ikke er i overensstemmelse med retningslinjerne.

### Vurdering af indikatoren

Det er styregruppens anbefaling, at indikator og udviklingsmål bibeholdes.

#### Fil 4.9 - Indikator 3: Supplerende tabeller

Denne fil kan downloades på web-versionen af årsrapporten.

## Indikator 5

### Andel af diabetespatienter med retinopati grad 0 og maculopati grad 0

**Baggrund:** Det er et vigtigt formål med øjencreening og behandling af patienter med diabetes, at de undgår diabetiske øjenforandringer.

**Klinisk spørgsmål:** Hvor mange af de screenede patienter har ikke diabetiske øjenforandringer (hverken retinopati eller maculopati)?

**Nævner:** Alle patienter der er screenet i opgørelsesperioden

**Tæller:** Patienter i nævneren hvor alle undersøgelser i opgørelsesperioden viste retinopati grad 0 og maculopati grad 0 på højre og venstre øje

**Udviklingsmål:** Ikke fastlagt

**Særlige forbehold:** I indikatoren indgår udelukkende patienter, som er screenet i opgørelsesperioden.

Hver patient indgår kun en gang. Er patienten screenet flere gange i opgørelsesperioden indgår resultatet for alle disse undersøgelser i tælleren. De skal have samme resultat, hvis patienten indgår i tælleren. Patienten tæller med i den sektor hvor den seneste screening fandt sted.

Jo hyppigere patienter uden øjenforandringer kommer til kontrol, jo større chance er der for at opnå en høj indikatorandel.

Det må overvejes om udviklingsmålet bør være ens på tværs af sektorer. Indikatorresultaterne afspejler bl.a. fordelingen af patienter imellem sektorerne. Jo flere af de dårlige patienter, der kontrolleres i sygehusregi, jo bedre bliver indikatorresultatet i speciallægepraksis og omvendt.

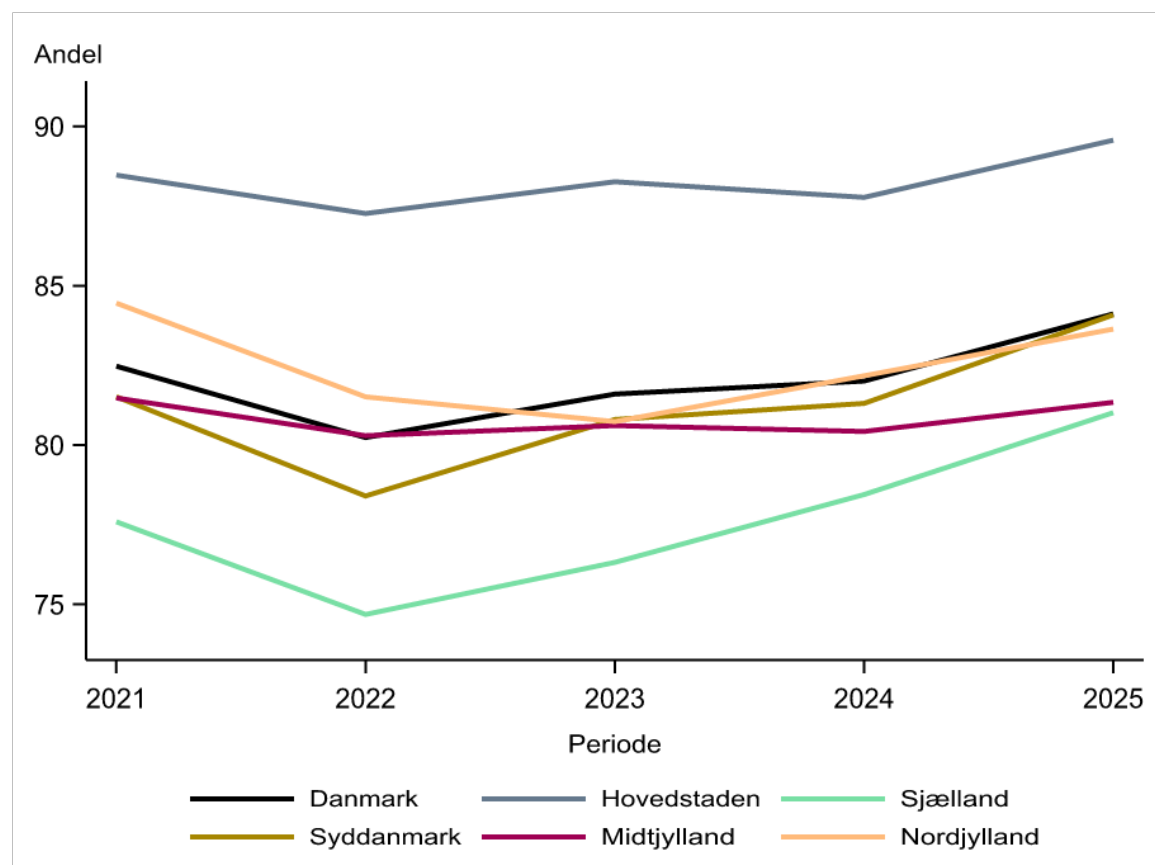
**Tablet 5.1 - Indikator 5: Samlet - de nyeste resultater**

Udviklings mål	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
			01.01.2025 - 31.12.2025	95% CI	2024	2023	
opnået			Andel		Antal	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	86.411 / 113.272	192 (0)	76	(76-77)	73.472 / 99.914	74	74

Tabel 5.2 - Indikator 5: Samlet - eksklusioner

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	9728	Screeningsdato er ikke den sidste screeningsdato i opgørelsesperioden
<b>Uoplyst:</b>	3	Screeningsdato ligger efter død
	126	Retinopati grad på begge øjne ej vurderet eller vurdering ikke mulig
	63	Maculopati grad på begge øjne ej vurderet eller vurdering ikke mulig

Figur 5.3 - Indikator 5: Speciallægepraksis - udvikling over tid



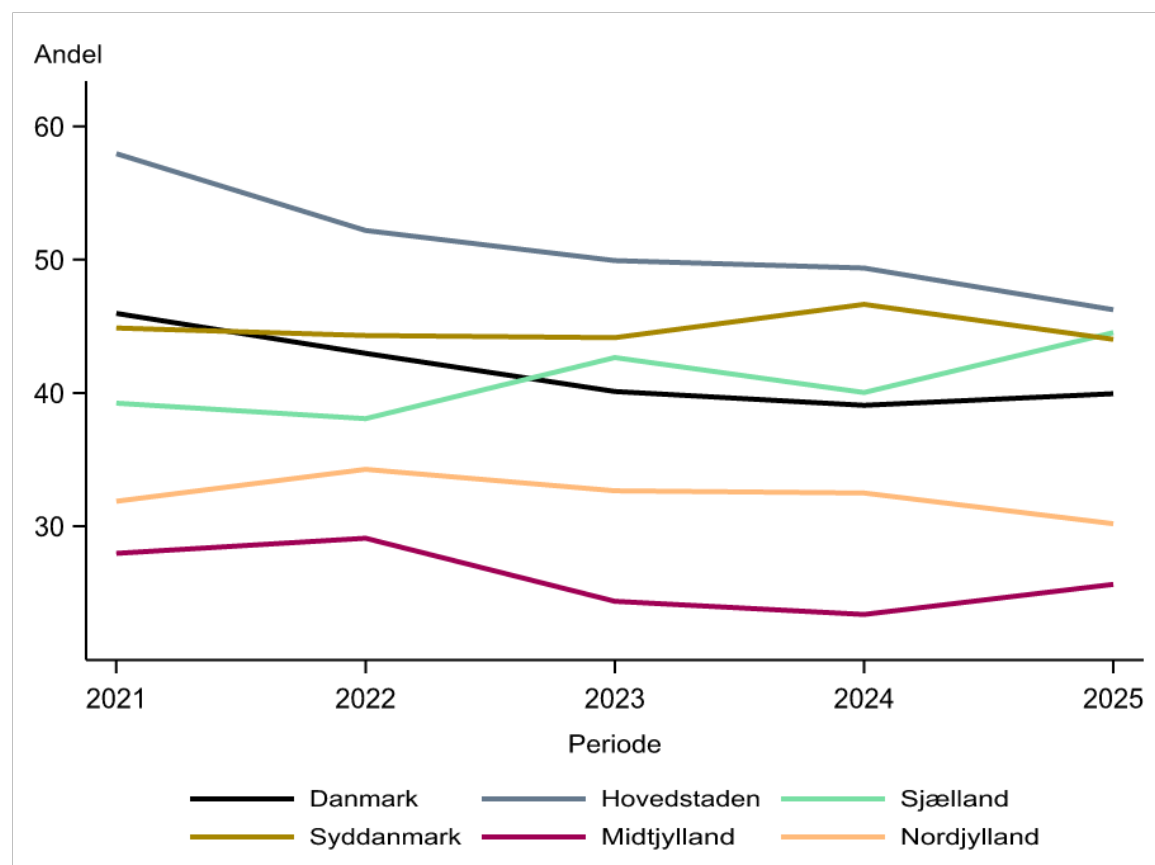
**Tabel 5.4 - Indikator 5: Speciallægepraksis - de nyeste resultater**

	Udviklings mål opnået	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				01.01.2025 - 31.12.2025		2024		2023
				Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
<b>Danmark</b>		78.394 / 93.198	28 (0)	84	(84-84)	65.771 / 80.201	82	82
<b>Hovedsta den</b>		18.303 / 20.435	3 (0)	90	(89-90)	13.760 / 15.677	88	88
<b>Sjælland</b>		11.117 / 13.722	3 (0)	81	(80-82)	8.949 / 11.408	78	76
<b>Syddanm ark</b>		19.933 / 23.706	10 (0)	84	(84-85)	17.884 / 21.996	81	81
<b>Midtjyllan d</b>		18.142 / 22.304	6 (0)	81	(81-82)	18.144 / 22.560	80	81
<b>Nordjylla nd</b>		10.899 / 13.031	6 (0)	84	(83-84)	7.034 / 8.560	82	81

Tabel 5.5 - Indikator 5: Speciallægepraksis - eksklusioner

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	5565	Screeningsdato er ikke den sidste screeningsdato i opgørelsesperioden
<b>Uoplyst:</b>	3	Screeningsdato ligger efter død
	15	Retinopati grad på begge øjne ej vurderet eller vurdering ikke mulig
	10	Maculopati grad på begge øjne ej vurderet eller vurdering ikke mulig

Figur 5.6 - Indikator 5: Sygehuse - udvikling over tid



Tabel 5.7 - Indikator 5: Sygehuse - de nyeste resultater

	Udviklings mål opnået	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				01.01.2025 - 31.12.2025		2024		2023
				Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
<b>Danmark</b>		8.017 / 20.074	164 (1)	40	(39-41)	7.701 / 19.713	39	40
<b>Hovedsta den</b>		3.189 / 6.897	21 (0)	46	(45-47)	2.186 / 4.428	49	50
<b>Sjælland</b>		817 / 1.835	30 (2)	45	(42-47)	963 / 2.406	40	43
<b>Syddanm ark</b>		2.435 / 5.532	54 (1)	44	(43-45)	2.696 / 5.780	47	44
<b>Midtjyllan d</b>		999 / 3.898	52 (1)	26	(24-27)	1.154 / 4.938	23	24
<b>Nordjylla nd</b>		577 / 1.912	7 (0)	30	(28-32)	702 / 2.161	32	33
<b>Hovedsta den</b>		3.189 / 6.897	21 (0)	46	(45-47)	2.186 / 4.428	49	50
Amager Hospital		88 / 207	0 (0)	43	(36-50)	135 / 288	47	44
Bispeber g Hospital		247 / 569	0 (0)	43	(39-48)	###	0	41
Bornholm s Hospital		489 / 611	0 (0)	80	(77-83)	526 / 666	79	80
Hvidovre Hospital		362 / 838	3 (0)	43	(40-47)	421 / 909	46	52
Nordsjæll ands Hospital		269 / 646	1 (0)	42	(38-46)	250 / 646	39	42
Rigshospit alet		245 / 483	2 (0)	51	(46-55)	315 / 568	55	50
Steno Diabetes Center Cph.		1.489 / 3.543	15 (0)	42	(40-44)	539 / 1.350	40	44
<b>Sjælland</b>		817 / 1.835	30 (2)	45	(42-47)	963 / 2.406	40	43
Holbæk Sygehus		224 / 477	7 (1)	47	(42-52)	294 / 627	47	42
Holbæk Sygehus (Slagelse)		215 / 422	6 (1)	51	(46-56)	192 / 406	47	53
SUH Køge		283 / 734	15 (2)	39	(35-42)	278 / 758	37	42
SUH Nykøbing F.		63 / 129	1 (1)	49	(40-58)	118 / 335	35	42
SUH Næstved		30 / 71	1 (1)	42	(31-55)	80 / 272	29	35
SUH Roskilde		###	0 (0)	100	(16-100)	###	13	38

		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
<b>Syddanmark</b>	2.435 / 5.532	54 (1)	44	(43-45)	2.696 / 5.780	47	44
Esbjerg Sygehus	271 / 623	8 (1)	43	(40-47)	339 / 771	44	44
OUH Steno Dia betescenter	157 / 324	18 (5)	48	(43-54)	69 / 138	50	100
OUH Svendborg	766 / 1.422	12 (1)	54	(51-56)	859 / 1.550	55	54
Odense Universitets hospital	884 / 2.065	12 (1)	43	(41-45)	1.008 / 2.171	46	42
Sygehus Lillebælt	241 / 742	4 (1)	32	(29-36)	269 / 752	36	40
Sygehus Sønderjylland	116 / 356	0 (0)	33	(28-38)	152 / 398	38	41
<b>Midtjylland</b>	999 / 3.898	52 (1)	26	(24-27)	1.154 / 4.938	23	24
Aarhus Universitets hospital	333 / 832	15 (2)	40	(37-43)	265 / 839	32	36
Regionshospitalet Gødstrup	201 / 486	1 (0)	41	(37-46)	329 / 818	40	35
Regionshospitalet Horsens	63 / 331	7 (2)	19	(15-24)	69 / 410	17	19
Regionshospitalet Randers	37 / 305	8 (3)	12	(9-16)	45 / 404	11	11
Regionshospitalet Silkeborg	45 / 232	1 (0)	19	(15-25)	40 / 277	14	22
Regionshospitalet Viborg	42 / 222	0 (0)	19	(14-25)	97 / 389	25	25
Steno Diabetes Center Aarhus	278 / 1.490	20 (1)	19	(17-21)	309 / 1.801	17	20
<b>Nordjylland</b>	577 / 1.912	7 (0)	30	(28-32)	702 / 2.161	32	33
AAUH Farsø	85 / 236	0 (0)	36	(30-42)	112 / 289	39	41
AAUH Thisted	47 / 131	1 (1)	36	(28-45)	50 / 119	42	39
Aalborg Universitets hospital	372 / 1.259	3 (0)	30	(27-32)	408 / 1.380	30	31

---

		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
Regionsh ospital No rdjylland	73 / 286	3 (1)	26	(21-31)	132 / 373	35	28

---

**Tabel 5.8 - Indikator 5: Sygehuse - eksklusioner**

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	4163	Screeningsdato er ikke den sidste screeningsdato i opgørelsesperioden
<b>Uoplyst:</b>	111	Retinopati grad på begge øjne ej vurderet eller vurdering ikke mulig
	53	Maculopati grad på begge øjne ej vurderet eller vurdering ikke mulig

### Resultater

Flertallet af de screenede patienter har ingen diabetiske øjenforandringer, n=86.411 (76%). Det betyder, at hver fjerde har fra milde til svære diabetiske øjenforandringer. På tværs af regioner og kommuner ses stor variation i forekomst af de forskellige grader af forandring (Tabel A.9-12 i appendiks [Fil 7.1](#) og Figur 5.1-2 [Fil 5.9](#)).

Denne resultatindikator afspejler tydeligt forskellen mellem de to patientpopulationer, der undersøges i speciallægepraksis henholdsvis sygehusregi. Andelen af patienter i speciallægepraksis uden diabetiske øjenforandringer er uforandret (84%) og under det halve i sygehusregi (40%).

For speciallægepraksis skiller Region Hovedstaden sig ud med et indikatorresultat på 90%.

I sygehusregi er niveauet ens i Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Sjælland (44-46%), mens Region Midtjylland og Region Nordjylland ligger noget lavere (26% hhv. 30%). Indenfor hver region giver variationen anledning til overvejelser: I Region Hovedstaden skiller Bornholms Hospital sig ligesom tidligere år ud med en meget høj andel (80%). I Region Syddanmark er indikatorresultatet væsentlig lavere på Sygehus Lillebælt og Sygehus Sønderjylland (32-33%) sammenlignet med OUHs matrikler og Esbjerg. I Svendborg er andelen på 54%. I Region Midtjylland ligger resultatet dobbelt så højt på Aarhus Universitetshospital og Regionshospitalet Gødstrup (40-41%) i forhold til regionens øvrige sygehuse inkl. Steno Diabetes Center Aarhus (12-19%).

De to Danmarkskort viser stor ulighed på tværs af bopælskommuner – både i andelen af screenede, som ikke har diabetiske øjenforandringer (Figur 5.1) [Fil 5.9](#), og i andelen af screenede som har behandlingskrævende øjenforandringer (Figur 5.2) [Fil 5.9](#). Det er vigtigt at understrege, at farvekoderne er arbitrære.

Danmarkskortet Figur 5.2 [Fil 5.9](#) er et supplement til det første Danmarkskort. Dette kort viser andelen af patienter med de behandlingskrævende og synstruende tilstande (retinopati grad 4 og/eller maculopati grad 2). De to Danmarkskort er ikke 1:1 "negativer" til hinanden. Figur 5.2 [Fil 5.9](#) understreger yderligere uligheden i sundhed og behandling af diabetes patienter i Danmark. Farvekategorierne er arbitrære, og som det ses af fluktuationerne fra år til år, er en vis forsigtighed i fortolkning nødvendig.

Detaljerede oplysninger om forekomst af retinopati og maculopati blandt patienter undersøgt i 2025 fremgår af den supplerende Tabel 5.4 [Fil 5.9](#) samt appendiks [Fil 7.1](#) :

Tabel A.8: Forekomst af diabetiske øjenforandringer: Kombination af retinopati grad og maculopati grad (krydstabel) for praksis henholdsvis sygehussektor.

Tabel A.9: Forekomst af retinopati – fordelt på regioner.

Tabel A.10: Forekomst af maculopati – fordelt på regioner.

Tabel A.11: Andel screenede med retinopati grad 0 og maculopati grad 0 - fordelt på regioner og kommuner.

Tabel A.12: Andel screenede med svære øjenforandringer: retinopati grad 4 og/eller maculopati grad 2 - fordelt på regioner og kommuner.

### Diskussion og implikationer

Diabetiske nethindeforandringer udvikles gradvist over mange år og kan resultere i irreversible skader. Det er derfor et mål for succes i behandlingen af patienter med diabetes, at så få patienter som mulig får diabetiske nethindeforandringer. De fleste patienter med type 2 diabetes behandles i almen praksis. Disse patienter er ofte ældre, relativt velbehandlede og med en lav forekomst af diabetiske komplikationer – herunder diabetiske nethindeforandringer. Disse patienter vil typisk blive øjenscreenet hos praktiserende øjenlæge.

De fleste patienter med type 1 diabetes behandles på sygehusene og i regionernes Steno Diabetes Centre. Disse patienter er ofte yngre og med en varierende grad af diabetiske komplikationer – herunder diabetiske nethindeforandringer. Disse patienter vil typisk blive øjenscreenet samme sted, som de behandles for diabetessygdommen (behandlingsstedet).

På sygehusene og i regionernes Steno Diabetes Centre behandles tillige patienter med type 2 diabetes, hvor diabetesbehandlingen midlertidigt eller permanent ikke kan foregå i almen praksis. Disse patienter har en varierende grad af diabetiske komplikationer – herunder diabetiske nethindeforandringer. Øjenscreening vil typisk foregå på behandlingsstedet, men en del af disse patienter bliver i stedet øjenscreenet hos praktiserende øjenlæge. Sidstnævnte er særlig tilfældet, hvis patienten har en kronisk øjensygdom, der kræver regelmæssig kontrol og behandling (f.eks. grøn stær/glaukom)).

Det er forventeligt og i tråd med resultaterne af opgørelser i tidligere årsrapporter, at hovedparten af patienterne i speciallægepraksis ikke har diabetiske nethindeforandringer og tilsvarende, at kun en mindre del af patienterne i sygehusregi ikke har diabetiske nethindeforandringer. Det er dog bemærkelsesværdigt, at der på tværs af regionerne er meget stor forskel på andelen af patienter uden diabetiske nethindeforandringer. Sygehusene i Region Hovedstaden har en større andel af patienter uden diabetiske nethindeforandringer sammenlignet med de øvrige regioner.

Selvom der er tale om en begrænset stigning, noterer styregruppen med tilfredshed, at andelen af patienter uden DR (retinopati grad 0 og maculopati grad 0) er øget på landsplan fra 74% i 2024 til 76% i 2025. Dette, i sammenhæng med andre resultater, er med til indikere niveauet af diabetes behandlingen i Danmark.

### Vurdering af indikatoren

Det er styregruppens anbefaling, at indikatoren bibeholdes.

Der er enighed i styregruppen om, at indikatoren kun i ringe grad er udtryk for effekt af øjenscreeningsprogrammet, men snarere indikerer forbedring af diabetesbehandlingen generelt.

Det er ikke muligt at opstille meningsfulde udviklingsmål.

Danmarkskortenes farvekategorier er arbitrære. Som det ses af fluktuationerne fra år til år, er en vis forsigtighed i fortolkning af geografisk og social ulighed ud fra danmarkskortene nødvendig.

### Fil 5.9 - Indikator 5: Danmarkskort og supplerende tabeller

*Denne fil kan downloades på web-versionen af årsrapporten.*

## Indikator 6a-h: Progression og regression

### Udvikling i diabetisk retinopati

*Indikatorerne 6a-f samt 6g-h vedrører screeningsundersøgelsens resultat sammenlignet med forrige undersøgelse.*

*De fire indikatorer belyser i hvilket omfang, at screeningsresultatet viser, at patienten har udviklet behandlingskrævende retinopati, behandlingskrævende maculopati eller er gået fra "ingen diabetiske øjenforandringer" eller tilbage til status "ingen diabetiske øjenforandringer".*

**Indikator 6a:** Andel af screeninger, hvor øjenforandringerne er progredieret til retinopati grad 4

**Indikator 6c:** Andel af screeninger hvor øjenforandringerne er progredieret til maculopati grad 2

**Indikator 6g:** Andel af screeninger hvor øjenstatus er ændret fra vR0/M0 og hR0/M0 (forandring på det ene eller begge øjne)

**Indikator 6h:** Andel af screening hvor øjenstatus er forbedret til vR0/M0 og hR0/M0 (forbedring tilbage til ingen øjenforandring begge øjne)

*Styregruppen har ønsket en forenkling af disse indikatorer og vedtog derfor i 2024 at bibeholde indikator 6a og 6c (progression til behandlingskrævende stadie af retinopati henholdsvis maculopati), lade indikator 6b og 6d-f*

udgå og teste to nye indikatorer, 6g og 6h (progression fra ingen øjenforandringer samt regression til ingen øjenforandringer). Der er udelukkende ønske om samlede, nationale data. I forbindelse med audit 2025 blev det vedtaget, at indikatorerne udgår.

#### Årets indikatorresultater – samlet:

##### **Progression**

Indikator 6a - til behandlingskrævende stadie (R4) – **517/96.585**

Indikator 6c - til behandlingskrævende stadie (R2) – **1.370/97.426**

Indikator 6g – Fra ingen forandringer (R0/M0) – **5.198/71.042**

##### **Regression**

Indikator 6h – Forbedring til ingen forandringer (R0/M0) – **3.844/30.192**

#### Tilsvarende tal for 2024:

##### **Progression**

Indikator 6a - til behandlingskrævende stadie (R4) – **525/86.278**

Indikator 6c - til behandlingskrævende stadie (R2) – **1.101/84.956**

Indikator 6g – Fra ingen forandringer (R0/M0) – **4.353/59.305**

##### **Regression**

Indikator 6h – Forbedring til ingen forandringer (R0/M0) – **4.178/30.663**

#### **Detaljeret beskrivelse af indikator 6a - Andel af screeninger, hvor øjenforandringerne er progredieret til retinopati grad 4**

**Baggrund:** Det er et vigtigt mål for screening og behandling af patienter med diabetes at de undgår progression af de diabetiske øjenforandringer, særligt til de sværeste øjenforandringer.

Retinopati grad 4 er synstruende og behandlingskrævende.

**Klinisk spørgsmål:** Hvor hyppigt er patienter med retinopati grad 0-3 ved forrige øjenscreening progredieret til retinopati grad 4 på det ene eller begge øjne?

**Nævner:** Alle screeningsundersøgelser i opgørelsesperioden, hvor patientens dårligste øje ved forrige øjenscreening var kategoriseret med retinopati grad 0-3.

**Tæller:** Screeningsundersøgelser i nævner som viser, at patientens ene eller begge øjne er progredieret til retinopati grad 4.

**Udviklingsmål:** Ikke fastlagt.

**Note vdr. opgørelsesperioden 2025:** Screeningsundersøgelse er foretaget i 2025. Patientens forrige screeningsundersøgelse kan ligge helt tilbage til 2007 (op til 18 år tilbage).

#### **Detaljeret beskrivelse af indikator 6c - Andel af screeninger hvor øjenforandringerne er progredieret til maculopati grad 2**

**Baggrund:** Det er et vigtigt mål for screening og behandling af patienter med diabetes at de undgår progression af de diabetiske øjenforandringer, særligt til de sværeste øjenforandringer.

**Klinisk spørgsmål:** Hvor hyppigt er patienter med maculopati grad 0-1 på begge øjne ved forrige øjenscreening progredieret til maculopati grad 2 på det ene eller begge øjne?

**Nævner:** Alle screeningsundersøgelser i opgørelsesperioden, hvor patientens dårligste øje ved forrige øjenscreening var kategoriseret som maculopati grad 0 eller 1.

**Tæller:** Screeningsundersøgelser i nævner som viser, at patientens ene eller begge øjne er progredieret til maculopati grad 2.

**Udviklingsmål:** Ikke fastlagt.

**Særlige forbehold:** I indikatoren indgår udelukkende patienter, som er screenet i opgørelsesperioden og har en tidligere undersøgelse til sammenligning.

**Note vdr. opgørelsesperioden 2025:** Screeningsundersøgelse er foretaget i 2025. Patientens forrige screeningsundersøgelse kan ligge helt tilbage til 2007 (op til 18 år tilbage).

#### Detaljeret beskrivelse af indikator 6g - Andel af screeninger hvor øjenstatus er ændret fra vR0/M0 og hR0/M0 (forandring på det ene eller begge øjne)

**Baggrund:** For patienter er der stor forskel på, om de får beskeden ”ingen diabetiske forandringer i dine øjne” eller, at diabetessygdommen viser sig i øjnene.

**Klinisk spørgsmål:** Hvor hyppigt påvises diabetiske øjenforandringer hos patienter, der ikke havde hverken retinopati eller maculopati ved forrige screeningsundersøgelse?

**Nævner:** Alle screeningsundersøgelser i opgørelsesperioden, hvor patienten ved forrige øjenscreening havde retinopati grad 0 og maculopati grad 0 på begge øjne

**Tæller:** Screeningsundersøgelser i nævner som viser, at patienten har udviklet retinopati og/eller maculopati på det ene eller begge øjne

**Udviklingsmål:** Ikke fastlagt.

**Særlige forbehold:** I indikatoren indgår udelukkende patienter, som er screenet i opgørelsesperioden. En patient kan i princippet indgå flere gange, men det vil være yderst sjældent.

Indikatoren er defineret i 2024.

**Note vdr. opgørelsesperioden 2025:** Screeningsundersøgelse er foretaget i 2025. Patientens forrige screeningsundersøgelse kan ligge helt tilbage til 2007 (op til 18 år tilbage).

#### Detaljeret beskrivelse af indikator 6h - Andel af screening hvor øjenstatus er forbedret til vR0/M0 og hR0/M0 (forbedring tilbage til ingen øjenforandring begge øjne)

**Baggrund:** For patienter er det ofte en stor lettelse at få besked om, at de diabetiske øjenforandringer er forsvundet.

**Klinisk spørgsmål:** Hvor hyppigt viser screeningsundersøgelsen, at patientens diabetiske øjenforandringer forsvundet?

**Nævner:** Alle screeningsundersøgelser i opgørelsesperioden, hvor patienten ved forrige øjenscreening havde retinopati og eller maculopati på det ene eller begge øjne.

**Tæller:** Screeningsundersøgelser i nævner som viser, at patienten hverken har retinopati eller maculopati på begge øjne.

**Udviklingsmål:** Ikke fastlagt.

**Særlige forbehold:** I indikatoren indgår undersøgelser, hvor patienten ved forrige undersøgelse fik påvist varierende grader af diabetiske øjenforandringer. Muligheden for at den aktuelle undersøgelse viser ”tilbage til ingen forandringer” varierer derfor fra mulig til mindre sandsynligt.

I indikatoren indgår udelukkende patienter, som er screenet i opgørelsesperioden. En patient kan i princippet indgå flere gange, men det vil være yderst sjældent.

Indikatoren er defineret i 2024.

**Note vdr. opgørelsesperioden 2025:** Screeningsundersøgelse er foretaget i 2025. Patientens forrige screeningsundersøgelse kan ligge helt tilbage til 2007 (op til 18 år tilbage).

**Tabel 6.1 - Indikator 6a: Samlet - de nyeste resultater**

Udviklings mål	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
			01.01.2025 - 31.12.2025	95% CI	2024	2023	
opnået			Andel		Antal	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	517 / 96.585	1.415 (1)	1	(0-1)	525 / 86.278	1	1

Tabel 6.2 - Indikator 6a: Eksklusioner

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	20351	Eneste kontakt i opgørelsesperioden er en første kontakt
	4841	Retinopati grad 4 på det ene eller begge øjne ved forrige besøg
<b>Uoplyst:</b>	1	Screeningsdato ligger efter død
	492	Retinopati grad på det ene eller begge øjne ej vurderet eller vurdering ikke mulig
	922	Retinopati grad på det ene eller begge øjne ej vurderet eller vurdering ikke mulig ved forrige besøg

Tabel 6.3 - Indikator 6c: Samlet - de nyeste resultater

Udviklings mål opnået	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2025 - 31.12.2025		Tidligere år		
			Andel	95% CI	2024 Antal	2024 Andel	2023 Andel
<b>Danmark</b>	1.370 / 97.426	2.319 (2)	1	(1-1)	1.101 / 84.956	1	2

Tabel 6.4 - Indikator 6c: Eksklusioner

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	20351	Eneste kontakt i opgørelsesperioden er en første kontakt
	3096	Maculopati grad 2 på det ene eller begge øjne ved forrige besøg
<b>Uoplyst:</b>	1	Screeningsdato ligger efter død
	530	Maculopati grad på det ene eller begge øjne ej vurderet eller vurdering ikke mulig
	1788	Maculopati grad på det ene eller begge øjne ej vurderet eller vurdering ikke mulig ved forrige besøg

Tabel 6.5 - Indikator 6g: Samlet - de nyeste resultater

Udviklings mål opnået	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2025 - 31.12.2025		Tidligere år		
			Andel	95% CI	2024 Antal	2024 Andel	2023 Andel
<b>Danmark</b>	5.198 / 71.042	90 (0)	7	(7-8)	4.353 / 59.305	7	8

Tabel 6.6 - Indikator 6g: Eksklusioner

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	20351	Eneste kontakt i opgørelsesperioden er en første kontakt
	31709	Patienten har ikke retinopati grad 0 på begge øjne og maculopati grad 0 på begge øjne
<b>Uoplyst:</b>	1	Screeningsdato ligger efter død
	89	Begge øjne er ej vurderet eller vurdering ikke mulig

Tabel 6.7 - Indikator 6h: Samlet - de nyeste resultater

Udviklings mål opnået	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
			01.01.2025 - 31.12.2025	95% CI	2024	2023	2023
			Andel		Antal	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	3.844 / 30.192	168 (1)	13	(12-13)	4.178 / 30.663	14	11

**Tabel 6.8 - Indikator 6h: Eksklusioner**

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	20351	Eneste kontakt i opfølgelsesperioden er en første kontakt
	72481	Patienten har ikke retinopati minimum grad 1 og/eller minimum maculopati grad 1 på det ene eller begge øjne
<b>Uoplyst:</b>	168	Begge øjne er ej vurderet eller vurdering ikke mulig

**Resultater: Indikator 6a og 6c – progression til behandlingskrævende stadier**

I 2025 viste 0,5% (517/96.585) progression til retinopati grad 4, mens 1,4% (1.370/97.426) viste progression til maculopati grad 2. Nævnerne er væsentlig mindre end det samlede antal screeningsundersøgelser (123.192), da første-gangs undersøgelser m.fl. ekskluderes af indikatorberegningerne.

Det absolutte antal patienter, som har *udviklet* maculopati grad 2 er højere i 2025 end i 2024 (1.370 sammenlignet med 1.101) mens antallet, der har udviklet retinopati grad 4 for praktiske formål er uforandret (517 sammenlignet med 525 i 2024). De anførte tal, 517 og 1.370 i 2025, omfatter et vist overlap.

Tabel A.8 i appendiks viser kombinationen af retinopati grader og maculopati grader blandt samtlige patienter screenet i 2025, n= 113.464. I alt 5.008 (4,4%) havde retinopati grad 4 og eller maculopati grad 2. Det tilsvarende tal for 2024 var 4.604/99.885 (4,6%).

**Diskussion og implikationer**

Diabetiske nethindeforandringer udvikles gradvist over mange år og giver først symptomer, når der er udviklet svære nethindeforandringer med ofte irreversible skader. Det er derfor et mål for succes i behandlingen af patienter med diabetes, at andelen af patienter med synstruende og behandlingskrævende diabetiske nethindeforandringer (retinopati grad 4 og maculopati grad 2) er så lille som muligt. Der ses fortsat selv helt unge mennesker, som bliver blinde pga. utilstrækkelige livsstilsændringer og øvrig behandling af diabetessygdommen.

Det kan konstateres, at antallet af nye patienter med synstruende og behandlingskrævende diabetiske nethindeforandringer desværre er steget i forhold til 2024 og nu igen er på niveau med de tilsvarende tal fra 2023. Det skal dog bemærkes, at den forholdsmæssige tal (andel på nu 4,4%) er faldet lidt, idet nævneren (antal er screenede i 2025) er steget.

**Vurdering af indikatorerne**

Både proliferativ diabetisk retinopati (grad 4) og central diabetisk maculopati med synstab (grad 2) er synstruende og behandlingskrævende tilstande og udgør de to endepunkter for screening for diabetisk retinopati. Fortsat monitorering af de nationale data skønnes vigtig for dokumentation af screeningsprogrammets kliniske værdi. Det er særligt antallet af nye tilfælde (indikatorernes tæller), som bidrager til denne vurdering.

Styregruppen støtter teamets forslag om at nedlægge indikatorerne og fremover vise tallene i form af tabellen "Øjenstatus 2025". Det er vigtigt at være opmærksom på nævnerforskelle og forskelle til oversigtstabellen i appendiks (Tabel A.8, som viser kombinationer mellem retinopati- og maculopati grader) [Fil 7.1](#) .

Resultater: Samlet - Indikator 6g og 6h – progression fra "ingen forandringer" henholdsvis regression til "ingen forandringer"

I alt 7.3% (5.198/71.042) af de screeningsundersøgelser hvor patienten ved forrige screening ikke havde nogen diabetiske øjenforandringer viste, at øjnene i mellemtiden havde udviklet milde eller sværere grader af retinopati (grad 1-4) og/eller maculopati (grad 1-2). Den procentvise andel er uforandret fra 2024 (4.353/59.305).

Ser man i stedet på muligheden for forbedring tilbage til "ingen forandringer" (grad 0/0 på begge øjne), resulterede 12,7% (3.844/30.192) screeningsundersøgelser i dette resultat. Andelen er lavere end i 2024 (4.178/30.663, 13.6%).

Der er således væsentlig flere patienter der progredierer fra ingen øjenforandringer (tæller i indikator 6g: 5.198) end patienter, der regredierer til grad til ingen øjenforandringer (tæller i indikator gh: 3.844).

#### Diskussion og implikationer

Der er desværre flere patienter, der progredierer fra ingen øjenforandringer (tæller i indikator 6g: 5.198) end patienter, der regredierer til grad til ingen øjenforandringer (tæller i indikator 6h: 3.844). Dette er en forværring i forhold til de tilsvarende tal i 2024.

Det er væsentligt at opdage progression i øjenforandringerne på et tidligt tidspunkt, hvor det endnu er muligt at begrænse fortsat udvikling. Det er for disse patienter helt afgørende, at patienternes diabetesbehandler får oplysning om denne progression, så det kan overvejes at ændre den medicinske behandling.

Antallet af patienter, der regredierer til "ingen forandringer" viser dynamikken og reversibiliteten i diabetisk retinopati. Samtidig giver dette tal et begrundet håb for alle patienter med diabetisk retinopati om, at det er muligt at forbedre en given tilstand.

Styregruppen må desværre konstatere, at der – sammenlignet med 2024 - er flere patienter, der progredierer til fra ingen DR (grad 0) til en sværere grader af DR end patienter, der regredierer til ingen DR (grad 0) fra sværere grader af DR.

Styregruppen vil de kommende år følge udviklingen i begge indikatorer, herunder i deres indbyrdes forskelle.

#### Vurdering af indikatorerne

Indikatorresultaterne skønnes at kunne bidrage til patientrettet kommunikation. Det er dog ligesom for indikator 6a og 6c de absolutte antal (indikatorernes tæller), som har betydning.

Styregruppen støtter teamets forslag om at nedlægge indikatorerne og fremover vise tallene i form af tabellen "Øjenstatus 2025". Det er vigtigt at være opmærksom på nævnerforskelle og forskelle til oversigtstabellen i appendiks (Tabel A.8, som viser kombinationer mellem retinopati- og maculopati grader) [Fil 7.1](#) .

## Supplerende opgørelser/appendiks

### Fil 7.1 - Appendiks, Tabel A.1-A.14

*Denne fil kan downloades på web-versionen af årsrapporten.*

## Styregruppens medlemmer

### Fil 8.1 - Styregruppens medlemmer

*Denne fil kan downloades på web-versionen af årsrapporten.*

## Regionale kommentarer

### Region Hovedstaden

-

### Region Sjælland

**Sjællands Universitetshospital:** Det bemærkes, at der er underrapportering, og at man har opmærksomhed på dette. Der arbejdes på at finde en løsning i samarbejde mellem relevante parter.

**Sjællands Universitetshospital Køge, Endokrinologisk Afdeling:** Datagrundlag: tabel D.2 og D.3: årlige screeninger fordelt på speciallægepraksis hhv. sygehusene viser, at der i 2025 blev udført 98.791 screeninger i speciallægepraksis heraf 15.081 i Region Sjælland (15%). For sygehusene i Region Sjælland er tallet 2250, heraf 933 på Sjællands Universitetshospital, Køge og kun 2 screeninger på Sjællands Universitetshospital,

Roskilde. Dvs. Sjællands Universitetshospital, Køge ligger relativt højt i andelen af screeninger på sygehus-regi med 42% af de samlede sygehus-screeninger.

### Region Øst – SFR Oftalmologi

Der er i nærværende rapport en systematisk underrapportering fra sygehusene i Region Sjælland, som skyldes primært 2 årsager:

1) Dansk Kvalitetsdatabase for diabetisk retinopati er som bekendt en SOR følsom database, hvilket betyder, at indberetninger til databasen er knyttet til de enkelte sygehusorganisationskoder og afdelingskoder. Der har i Region Sjælland igennem en længere periode været en betydelig omorganisering og ændring af netop SOR-koder for de decentralt organiserede endokrinologiske afdelinger, hvor øjenfotoscreeningen primært foregår i sygehusregi. Det er den lokale IT-afdeling i Region Sjælland, som tildeler disse nye SOR-koder. Det er Center for IT, Medico og Telefoni (CIMT) i Region Hovedstaden som på vegne af Region Sjælland varetager indberetningen til SundK, men centret har ikke fået den nødvendige information om SOR-kodeændringerne. Da der nu er opmærksomhed på dette, kan der forventeligt inden længe løbende foretages korrekt datalevering til SundK.

2) Forudsætningen for korrekt indberetning er korrekt registrering, som har været suboptimal. I Region Sjælland og Region Hovedstaden er der et stort ønske om understøttende ændringer i diabetes øjenfotoscreeningsbygget i Sundhedsplatformen, der vil gøre registreringen lettere. Det er blevet oplyst, at øjenfotoscreeningsbygget er låst af leverandøren og dermed ikke kan ændres. Indsatsen retter sig derfor mod fortsat undervisning og information til de relevante klinikere.

### Region Syddanmark

Ingen kommentarer

### Region Midtjylland

Ingen kommentarer.

### Region Nordjylland

Ingen kommentarer.

"-" betyder at regionen ikke har meldt tilbage.

## Om denne rapport

Dansk Kvalitetsdatabase for diabetisk retinopati, DiaBase

© Sundhedsvæsnets Kvalitetsinstitut 2026

**Udarbejdet af:** Rapportens analyser er udarbejdet af Sundhedsvæsnets Kvalitetsinstitut (SundK). Rapporten er auditeret og kommenteret af styregruppen.

**Formand for databasen:** Nis Andersen, Amagerbro Øjenklinik.

**SundK kontaktperson:** Susanne Djernes Bird, [subird@sundk.dk](mailto:subird@sundk.dk), +45 2461 0093

**Udgiver:** Sundhedsvæsnets Kvalitetsinstitut, Hedeager 3, 8200 Aarhus N; [www.sundk.dk](http://www.sundk.dk)

**Versionsdato:** 25.6.2026

**Kildeangivelse:** Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse: "DiaBase. Dansk Kvalitetsdatabase for diabetisk retinopati. Årsrapport 2025. Sundhedsvæsnets Kvalitetsinstitut, 2026".

## Sygdomsområdet inkl. retningslinjer

Fil 9.1 - Beskrivelse af sygdomsområde og retningslinjer

*Denne fil kan downloades på web-versionen af årsrapporten.*

## Datagrundlag og dækningsgrad

## Fil 10.1 - Datagrundlag og dækningsgrad

Denne fil kan downloades på web-versionen af årsrapporten.

# Forkortelser og begreber

**#:** # erstatter antal i tæller/nævner hvis 1 eller 2 (jf. 3-reglen som beskytter mod anonymitet)

**CSME:** Klinisk signifikant diabetisk makulært ødem (engelsk: Clinically Significant Macular Edema)

**CIMT:** Center for Innovativ Medicinsk Teknologi

**DanDiabKids:** Dansk Register for Børne- og Ungdomsdiabetes

**DDiD:** Dansk Diabetes Database er i 2022 sammenlagt af Dansk Voksen Diabetes Database og Dansk Register for Børne- og Ungdomsdiabetes

**DME:** Diabetisk makulært ødem

**DOS:** Dansk Oftalmologisk Selskab (oftalmologiens videnskabelige selskab)

**DR:** Diabetisk retinopati

**DVDD:** Dansk Voksen Diabetes Database

**Dysreguleret diabetes:** HbA1c > 80 mmol/mol

**Eksklusionskriterier:** Beregningsregler der beskriver hvilke patienter/screeningsundersøgelser i databasen, der ikke skal indgå i indikatorberegningen

**eKVIS:** Enheden for Kvalitet i Speciallægepraksis

**ETDRS:** Early Treatment Diabetic Retinopathy Study

**Fotoscreening:** Undersøgelse hvor fundusfoto af øjets nethinde vurderes

**Fundusfoto:** Billede af den centrale del af øjets nethinde

**HbA1c:** Hæmoglobin A1c: Langtidsblodsukker

**Intravitreal behandling:** Indsprøjtning direkte i øjets glaslegeme

**Kvalitetsindikator:** Kvalitetsmålepunkt med betydning for patienters forløb i sundhedsvæsenet

**LABKA:** Laboratedatabasen

**LADA:** En særlig diabetestype også kaldet 'type 1½'

**Maculopati grad:** Definerer sygdomsforandringerne sværhedsgrad, grad 0 til 2, se også nedenfor

**MODY:** En særlig arvelig type diabetes

**Nethinde:** Retina - hinde der ligger på øjets inderside, bagtil i øjet.

**NPDR:** Non-proliferativ diabetisk retinopati

**OCT:** Optisk koherenstomografi

**PDR:** Proliferativ diabetisk retinopati – behandlingskrævende DR

**PRO:** Patient-rapporterede data (engelsk: Patient Reported Outcome)

**Procesindikator:** Indikator som afspejler de aktiviteter sundhedsvæsenet leverer i et patientforløb

**Reguleringsgrad:** Diabetes sygdommens regulering – opdeles i vel- og dysreguleret

**Resultatindikator:** Indikator som afspejler indvirkning på patientens helbreds niveau af sundhedsvæsenets aktiviteter

**Retinopati grad:** Definerer sygdomsforandringerne sværhedsgrad, grad 0 til grad 4, se også nedenfor

**RKKP:** Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

**Sentinel:** Webbaseret datafangst system for praktiserende speciallæger

**SDC:** Steno Diabetes Centre

**SDCA:** Steno Diabetes Center Aarhus

**SDCC:** Steno Diabetes Center Copenhagen

**SDCN:** Steno Diabetes Center Nordjylland

**SDCO:** Steno Diabetes Center Odense

**SDCS:** Steno Diabetes Center Sjælland

**SKS:** Sundhedsvæsenets Klassifikations System

**Trendgraf:** Figurtype der viser udvikling over tid

**Uoplyste:** Samlet for de variable, der udgår af indikatoropgørelsen pga. fejl ved data, fx at oplysningerne mangler eller er ulogiske.

.

### **Klassifikation af øjenforandringernes sværhedsgrad**

Sværhedsgraden af diabetisk retinopati og maculopati på et øje er indbyrdes uafhængig.

De to sværeste grader, retinopati grad 4 og maculopati grad 2, er behandlingskrævende.

#### **Retinopati**

Diabetisk retinopati klassificeres i henhold til International Clinical Diabetic Retinopathy Disease Severity Scale (ICRDSS) uafhængigt af evt. diabetisk makulært ødem. Retinopati grader omfatter:

**Grad 0:** Ingen

**Grad 1:** Mild non-proliferativ (NPDR)

**Grad 2:** Moderat NPDR

**Grad 3:** Svær NPDR

**Grad 4:** Proliferativ (PDR)

Sværhedsgraden kan per definition ikke ændres fra grad 4 til lavere grader.

#### **Maculopati**

I 2023 blev den tidligere klassifikation af diabetisk makulært ødem erstattet med en skala baseret på undersøgelsen optisk koherenstomografi (OCT). Ændring i øjets synsstyrke (visustab) har betydning for klassifikation af DME. Henvielse til videre udredning og evt. behandling afhænger af både tilstedeværelse af central DME og objektivt eller subjektivt visustab. DME inddeles i grad 0-2:

#### **Grad 0 (ingen DME):**

Intet diabetesbetinget ødem <1500 µm fra foveola

#### **Grad 1 (tre typer):**

Ikke-central DME: Diabetesbetinget ødem påvist ved OCT 500-1500 µm fra foveola

Ubehandlet central DME: Diabetesbetinget ødem påvist ved OCT <500 µm fra foveola uden visustab

Behandlet central DME

#### **Grad 2 (to typer):**

Central DME: Diabetesbetinget ødem påvist ved OCT <500 µm fra foveola med visustab

Central DME: behandlet med recidiv

## **Referencer og links**

### **Fil 11.1 - Publikationer og links**

Denne fil kan downloades på web-versionen af årsrapporten.

