

# Diabetesmottagning vid Hälsocentral, hemsjukvård och vid Vård och omsorgsboenden, Hälsocentral och sjukvård Region Gävleborg.

## Innehåll

1.	Syfte och omfattning .....	1
2.	Allmänt .....	1
3.	Ansvar och roller .....	2
4.	Beskrivning .....	2
4.1.	Diagnos .....	2
4.2.	Vilka diabetespatienter omhändertas på hälsocentral? .....	2
4.3.	Latent diabetes och graviditetsdiabetes (gestationsdiabetes)....	3
5.	Initialt omhändertagande Diabetessjuksköterska .....	3
5.1.	Initialt omhändertagande Läkare .....	3
5.2.	Diabeteskontroller.....	4
5.3.	Diabetessjuksköterskans roll .....	4
5.4.	Besök hos diabetessjuksköterska .....	5
5.5.	Administration Diabetessjuksköterska .....	6
5.6.	Blodsockermätning .....	7
6.	Hemsjukvårdspatienter och patienter vid särskilt boende.....	8
7.	Plan för kommunikation och implementering .....	9
8.	Dokumentinformation .....	9
9.	Referenser .....	9

## 1. Syfte och omfattning

Att utföra en jämlik, kunskapsbaserad och patientcentrerad diabetesvård i Region Gävleborg utifrån Socialstyrelsens Nationella riktlinjer.

[Nationella riktlinjer för diabetesvård - Socialstyrelsen](#)

## 2. Allmänt

Målet är en sjuksköterskeledd diabetesmottagning där ett multiprofessionellt diabetesteam med korta beslutsvägar och samordningsvinster arbetar med en patient som är tydligt involverad i sin vård då personer med diabetes har en central roll i sin egen behandling. Diabetessjuksköterska, läkare, fysioterapeut, fotvårdsterapeut, psykosocial personal och dietist samarbetar utifrån patientens behov och verksamhetens möjligheter.

Vid **traditionell diabetesmottagning** träffar patienten läkaren en gång per år och diabetessköterskan en eller flera gånger per år utifrån individuella behov där diabetessköterskan tillsammans med läkaren utbildar, ger råd och stöd samt följer upp sjukdomen.

Beräknat behov är en heltid diabetessköterska för max 400 patienter men tidsåtgången kan variera beroende på diabetessjuksköterskans ansvarsområde.

<https://www.swenurse.se/publikationer/ledtal-for-diabetessjukskoterskor>

Vid **sjuksköterskeledd diabetesmottagning** träffar patienten läkaren vid diagnos men har därefter i huvudsak kontakt med diabetessjuksköterskan utifrån individuella behov och i nära samarbete med läkaren. Det innebär att diabetesläkarbesök fortsättningsvis inte sker årligen per automatik utan utifrån en läkarbedömning som baseras på patientens medicinska behov och förutsättningar. Sjuksköterskeledd diabetesmottagning förutsätter högre bemanning av diabetessköterska pga det merarbete som överföringen av de tidigare årliga läkarbesöken innebär inklusive den provtagning med efterföljande bedömningar, läkarkonsultationer och åtgärder som då sker.

### 3. Ansvar och roller

**Vårdenhetschef** ansvarar för att dokumentet är känt av medarbetare på enheten och att nya medarbetare får kännedom om det.

**Medicinska rådgivare/läkare** ansvarar för att arbeta utifrån dokumentet.

**Diabetessjuksköterska** ansvarar för att arbeta utifrån dokumentet.

**Medarbetare** ansvarar för att bidra till att arbetssättet fungerar.

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)** ansvarar för att dokumentet är känt av medarbetare inom Kommunal hälso- och sjukvård och att nya medarbetare får kännedom om det.

### 4. Beskrivning

#### 4.1. Diagnos

Diabetesdiagnos ställs av läkare på basen av glukosmätning, fastande eller icke-fastande och eventuellt i kombination med mätning av HbA1C enligt gällande nationella riktlinjer. [Nationella riktlinjer för diabetesvård - Socialstyrelsen](#)

Vid tveksamheter i det tidiga förloppet eller att patienten inte svarar på nyinsatta läkemedel som förväntat, alternativt om man tidigt misstänker att det inte handlar om diabetes typ 2, kan antikroppar GAD eller IA2A och C-Peptid kontrolleras.

#### 4.2. Vilka diabetespatienter omhändertas på hälsocentral?

Patienter med diabetes typ 2, graviditetsdiabetes 6 månader efter förlossning, prediabetes och läkemedelsutlöst diabetes omhändertas på hälsocentral.

Patienter med typ 1 diabetes, LADA, MODY, diabetes sekundär till pankreassjukdom/ pankreasresektion och andra sällan förekommande diabetestyper remitteras till medicinkliniken.

### 4.3. Latent diabetes och graviditetsdiabetes (gestationsdiabetes)

Diagnoserna latent diabetes och graviditetsdiabetes utgör en stark riskmarkör för att i framtiden utveckla manifest diabetes med risk för kardiovaskulär sjuklighet. I Nationella Riktlinjer vid diabetes rekommenderar Socialstyrelsen (A02) screening, utbildning och strukturerad uppföljning av personer med prediabetes. Målet med screening och behandling syftar till att förändra levnadsvanor för att förhindra eller fördröja utvecklingen till manifest diabetes.

Denna patientgrupp omhändertas många gånger av diabetessjuksköterskan men ingår inte i de ledtal om max 400 diabetespatienter per heltid i primärvården.

Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård (SFSD) har tagit fram en modell för sjukdomsförebyggande metoder för prediabetes med årliga kontroller hos diabetessjuksköterska.

<https://www.swenurse.se/sektionerochnatverk/svenskforeningforsjukskoterskorinomidabetesvard/riktlinjerochdokument/prediabetes.4.32a1fafb174e42ff64811ee7.html>

Sjuksköterskeledda mottagningar som arbetar på ett strukturerat sätt och följer de **Nationella sjukdomsförebyggande riktlinjerna** kan vara en framgångsrik struktur för denna patientgrupp.

## 5. Initialt omhändertagande Diabetessjuksköterska

Patient med nyupptäckt diabetes träffar i första hand diabetessjuksköterska beroende på allmäntillstånd och träffar läkare utifrån behov, se 4.2.

Behandlingsplanen individualiseras och utformas utifrån patientens behov, motivation och förutsättningar att leva med sin sjukdom och alltid i samråd med patienten.

Patienten informeras om att diabetesutbildning i grupp ingår i basbehandlingen vid typ-2 diabetes och patienten kallas så snart nästa grupputbildning startar. Diabetesgrupper kan med fördel drivas tillsammans av flera hälsocentraler då det kan vara svårt att få ihop grupper på små hälsocentraler.

### 5.1. Initialt omhändertagande Läkare

- Läkarbesök i normalfallet inom en månad från diabetesdiagnos för klinisk undersökning och medicinsk bedömning men tiden kan variera utifrån aktuell situation.
- Patientens karakteristika identifieras som ålder, yrke, ärftlighet, vikt, rökning, alkohol, kost- och motionsvanor. Njurfunktion, yrsel, tecken till hjärtkärlsjukdom, samexisterande kärlsjukdomar, övriga sjukdomar och symtom, polyfarmaci mm.

- Risken för kardiovaskulär sjukdom definieras utifrån NDR:s riskmotor [Nationella Diabetesregistret \(ndr.nu\)](http://NationellaDiabetesregistret.ndr.nu) och beslut om lipidsänkande behandling tas.
- Målvärden för HbA1C, blodtryck, lipider mm definieras och dokumenteras under ”Sammanfattning” i PMO.
- EKG-kontroll och annan relevant provtagning utförs.
- Den medicinska bedömningen utgör grunden för val av läkemedel och en offensiv approach rekommenderas genom att metformin initialt sätts in med utvärdering efter 2-3 månader och 4-6 månader av diabetessjuksköterska.
- Den medicinska bedömningen utgör grunden för planering av besöksintervall för framtida läkarbesök då dessa fortsättningsvis inte per automatik sker årligen utan ibland genomförs med några års intervall utifrån medicinska behov.
- Behandlande läkare har ett löpande konsultativt ansvar gällande patientens behandling och att kontinuerligt definiera och vid behov justera målvärdena via veckovisa ronder med diabetessjuksköterska.

## 5.2. Diabeteskontroller

Diabeteskontroller utförs i huvudsak av diabetessjuksköterska och besöksfrekvensen utformas utifrån patientens behov och kan variera över tid.

**Läkarbesök** utförs utifrån medicinsk bedömning och intervallen kan variera stort mellan olika individer och beslut om besöksintervall tas av ansvarig läkare.

## 5.3. Diabetessjuksköterskans roll

Att leva med en kronisk sjukdom innebär ett livslångt lärande där målet är att öka patientens delaktighet i vården då behandlingen är beroende av att patienten klarar sin egenvård.

- Det innebär att diabetessköterskan har en viktig pedagogisk funktion och att skapa en förtroendefull relation är en förutsättning för det goda patientmötet varför förhållningssättet i patientkontakten är avgörande.
- Viktigt att identifiera omgivningsfaktorer och andra förutsättningar som kan påverka patientens möjlighet att tillämpa god egenvård.
- Utifrån ett personcentrerat förhållningssätt med fokus på den enskilda patientens unika behov och förutsättningar sker ett kontinuerligt arbete med att undervisa, stödja och uppmuntra till eget ansvar för sjukdom och behandling och tillsammans med patienten utforma individuella mål och mindre av statiskt innehåll utifrån checklistor.
- Individbaserad undervisning innebär fokus på att få fram mjuka värden med hjälp av öppna, reflektionsstartande frågor för att förstå individens situation och utifrån det individanpassa undervisningen, då dialog och reflektion skapar ny kunskap.

- Kunskapsförmedling via informationsöverföring leder sällan till en beteendeförändring men är ibland nödvändig då det är mycket patienten behöver lära sig gällande diabetesjukdomens karaktär, komplikationer, kostens och motionens inverkan på den metabola kontrollen, blodsockermätning, insulingivning och mycket mer.
- Syftet med patientmötet bör vara klarlagt före besöket då det är skillnad på utförande om syftet är att kontrollera medicinska parametrar eller att stimulera lärande.
- Kontinuerlig diskussion i diabetesteamet om patientfall samt om enhetens utfall via resultat i NDR och ett fortlöpande arbete med att utveckla verksamheten utifrån enhetens resultat.
- Erbjudna kulturanpassad information till patienter med annan kulturell bakgrund.
- Använda sig av möjligheten till digitala vårdmöten utifrån ett patientcentrerat perspektiv vilket dock inte ersätter fysiska möten.
- Utgöra fast vårdkontakt då den multisjuka diabetespatienten har många sjukdomar och behov som behöver omhändertas.

#### 5.4. Besök hos diabetessjuksköterska

Diabetessköterskebesök utgår från ett personcentrerat förhållningssätt och har olika innehåll vid olika besök och förutom patientens önskemål bör nedanstående prover och undersökningar genomföras under ett år.

- Individanpassad undervisning och information.
- HbA1c, vikt, BMI, midjemått, blodtryck, puls.
- Längd vid inskrivning.

Inför årsbesök som ersätter det årliga läkarbesöket tas samma prover som inför ett diabetesbesök till läkare: Hb, glukos, HbA1C, lipidstatus, Alat vid statinbehandling, Kalium, Kreatinin, U-albumin-kreatinin kvot.

- Kobalaminer vartannat år vid behandling med metformin och TSH vid diagnos samt därefter vid indikation. Vid patologiska svar konsulteras behandlande läkare. <https://www.lakemedelsverket.se/sv/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/sok-behandlingsrekommendationer/lakemedel-for-glukoskontroll-vid-typ-2-diabetes---behandlingsrekommendation>
- Ge muntlig och skriftlig information om åtgärd vid behandling med Metformin, SGLT2, ARB eller ACE-hämmare och vätskebrist, utskrift kan göras i PMO: dokument, ny, utgående, Läkemedelsinfo t pat risk vid intorkning.
- Formulär om levnadsvanor används som utgångspunkt för motiverande samtal om kost, motion, tobak och alkohol. [Dina levnadsvanor - frågeformulär](#)

- Anamnes på utveckling av kärlsjukdom som bröstsmärtor, yrsel, ödem, viktuppgång, trötthet, andfåddhet, täta nattliga vattenkastningar, gångkapacitet mm.
- Fotstatus varje år och undervisning i prevention av fotkomplikationer. Bedöma risk för sår på nedre extremiteter, perifer cirkulation, utveckling av ev polyneuropati som brännande smärtor, ostadighet, stickningar, domningar, försämrad känsel för beröring. Monofilamentpenna och stämgaffel används. Vid Riskfot remitteras patienten till medicinsk fotsjukvård. <https://webbutik.skr.se/sv/artiklar/fotundersokning-vid-diabetes.html>
- Patient som inte själv klarar egenvården av diabetesfoten kan via biståndshandläggare ansöka om hjälp via hemtjänst.
- Kartlägga följsamhet till läkemedel och eventuella biverkningar samt undervisa om vikten av god följsamhet till förskrivna läkemedel.
- Vid insulinterapi undervisa i injektionsteknik, insulinets effekt, förvaring, byte av kanyler, dosjustering. Injektionslokaler inspekteras vid varje besök för att upptäcka ev lipohypertrofier. <https://www.swenurse.se/sektionerochnatverk/svenskforeningforsjukskoterskorinomdiabetesvard/riktlinjerochdokument/insulininjektioner.4.32a1fafb174e42ff648116d6.html>
- Kartlägga hypoglykemi och undervisa om symtom, orsak och åtgärd.
- Undervisa om tillvägagångssätt för korrekt blodsockermätning, att leta trender via blodsockerprofiler. Utvärdera blodsocker i förhållande till olika kostintag, mängd kolhydrater, motion, sjukdom och annat som påverkar. Egenmätning enligt kriterierna i **Socialstyrelsens nationella riktlinjer om Systematisk och Riktad egenmätning**.
- Årligen kvalitetssäkra patientens hemblodsockermätare.
- Regelbunden kvalitetssäkring av Hemoque och HbA1c via Equalis.
- Undervisa om munhälsa och diabetes och utifrån behov hänvisa till tandhygienist och utfärda intyg för särskilt tandvårdsbidrag, se referenslista. <https://webbutik.skr.se/sv/artiklar/information-till-dig-som-har-diabetes-om-vikten-av-god-munhalsa.html>
- I samråd med patienten utvärdera både medicinska mål och mål för egenvårdsinsatserna och sätta nya mål som patienten erhåller skriftligen.
- Bruk av tobak och alkohol uppmärksammas och tobaksavvänjning och läkemedelsbehandling erbjuds vid behov.
- Vid riskbruk av alkohol erbjuds kontakt med beroendemottagning.

## 5.5. Administration Diabetessjuksköterska

- Dokumentera diagnoskoder och åtgärds-koder.

- Dokumentera längd, vikt, BMI, midja, blodtryck, puls, fysisk aktivitet, HbA1c, glukos, urin samt tobaks- och alkoholvanor.
- Dokumentera ögonbottenfotografering i checklisten.
- Dokumentera fotstatus.
- Alltid skriftligt till patienten på mål för egenvård och medicinska parametrar.
- Receptförskrivning, förskrivning av diabeteshjälpmedel.
- Läkarkonsultation:
  - Receptförnyelse om inga läkemedelsändringar förväntas.
  - Läkarkonsultation för läkemedelsjusteringar när målvärdena inte nås via hälsosamma levnadsvanor och tidigare läkemedelsbehandling.
  - Vid symtom på polyneuropati, kärlsjukdom eller annan sjukdom.
  - Boka telefontid/besökstid till läkare om behov alternativt önskemål från patient föreligger.
- Meddela patient läkemedelsförändringar och planera för uppföljning och utvärdering av insatta åtgärder.
- Remiss **ögonbottenscreening**.
- Remiss **medicinsk fotsjukvård** vid behov. [Medicinsk fotsjukvård](#)
- Remiss **dietist** vid behov.
- Remiss **fysioterapeut** vid behov.
- Remiss **psykosocial personal** vid behov.
- Kontinuerlig uppdatering av diabetesregistret, NDR, via Medrave.
- Kalla till provtagning och diabetesbesök enligt väntelistan där vissa moment av hanteringen med fördel kan utföras av administrativ personal.
- Hantera ombokningar enligt patientens önskemål.

## 5.6. Blodsockermätning

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör Hälsö- och sjukvården erbjuda:

- **Systematisk egenmätning** (prioritet 1) typ 1 och typ 2-diabetes med insulin då det är en förutsättning för att klara sin behandling.

**Riktad egenmätning** (prioritet 3) typ 2-diabetes som inte behandlas med insulin vid specifika situationer tex förändringar i behandling, akut svängande

- blodsocker, sjukdom som kan orsaka hypoglykemi, kortisonbehandling, säkerhetsaspekt vid behandling med sulfonureider eller i pedagogiskt syfte.

Viktigt att alltid diskutera **syftet** med blodsockermätningen och att patienten alltid mäter utifrån en fråga och är beredd till åtgärd.

MTP-rådet (Medicintekniska produktrådet) har uppdaterat sin rekommendation för Freestyle Libre genom att inkludera Freestyle Libre 2:

FreeStyle Libre 2 kan användas om inte behovet kan tillgodoses med FreeStyle Libre 1. Vid typ 2-diabetes gäller som tidigare att FreeStyle Libre kan användas av patienter med typ 2-diabetes som behandlas med basinsulin i kombination med måltidsinsulin och som har ett HbA1c över 70 mmol/mol eller återkommande allvarliga hypoglykemier trots ansträngningar att anpassa insulindoserna.  
<https://www.janusinfo.se/nationelltinforandeavmedicinteknik/nyheter/nyheter/mtp-radetuppdaterarrekommandationenforfreestylelibre.5.2621b267173c6727559ce91d.html>

Diabetesrådet anser att Freestyle Libre i vissa fall kan användas som ett kartläggningssinstrument vid typ 2-diabetes och multiinjektionsbehandling, som ett steg i en personcentrerad vård. Då lånas kontinuerlig avläsare ut en kortare period för blodsockermätning utifrån den pedagogiska nyttan och möjlighet till justering av insulinregimen och för att upptäcka tidigare okända nattliga hypoglykemi.

## 6. Hemsjukvårdspatienter och patienter vid särskilt boende

Riktlinjerna inkluderar även diabetespatient i Kommunal hälso- och sjukvård.

När patient flyttar till särskilt boende för äldre avslutas kontakten med diabetessjuksköterska på hälsocentralen men hen kan i utvalda fall ha kvar ett konsultativt ansvar mot kommunens sjuksköterska.

Läkaransvaret kvarstår som tidigare. Då individens fysiologiska och funktionella förutsättningar förändras hos den åldrande individen utformar läkaren för varje patient en individuell behandlingsplan med angivna behandlingsmål utifrån Nationella Riktlinjer vid diabetes och medicinsk status och patientens behov.

Läkaren samverkar med kommunens sjuksköterska om planering för HbA1c och annan provtagning, besöksbehov mm.

För patienter som skrivs in i hemsjukvård eller bor i gruppboende med stöd enligt LSS eller Social-Psykiatri avgörs vem som ansvarar för personens diabetesvård utifrån individuella behov vid SIP.

Sjuksköterska på SÄBO och i övrig kommunal hälso- och sjukvård ansvarar för inspektion av fötter enligt SKR:s Nationella vårdprogram för prevention av fotkomplikationer. <https://webbutik.skr.se/sv/artiklar/fotundersokning-vid-diabetes.html>

Riskgruppsgradering 1-4 utförs av kommunens sjuksköterska och omvårdnadsåtgärder baseras på den samt ansvarar för att instruera omvårdnadspersonal hur diabetesfoten ska omhändertas.

Sjuksköterska instruerar och delegerar insulingivning och glukoskontroll.

Sjuksköterska på SÄBO och i förekommande fall i övrig Kommunal hälso- och sjukvård ansvarar för att inspektera injektionslokaler hos patient med insulinbehandlad diabetes för att upptäcka lipohypertrofi.

<https://www.swenurse.se/sektionerochnatverk/svenskforeningforsjukskoterskorino>



## Beskrivning

**Dokumentnamn:** Diabetesmottagning vid Hälsocentral, hemsjukvård och vid Vård och omsorgsboenden, Hälsa- och sjukvård Region Gävleborg.

**Dokument ID:** 09-586239

**Giltigt t.o.m.:** 2025-09-03

**Revisionsnr:** 1

[mdiabetesvard/riktlinjerochdokument/insulininjektioner.4.32a1fafb174e42ff648116d6.html](https://www.regiongavleborg.se/mdiabetesvard/riktlinjerochdokument/insulininjektioner.4.32a1fafb174e42ff648116d6.html)

Inför årlig läkemedelsgenomgång kontrollerar sjuksköterska vikt, blodtryck, puls samt fotstatus och läkaren ansvarar för rapportering till NDR.

Systematisk egenmätning av blodglukos genomförs enligt ordination.

Riktad egenmätning av blodglukos kan initieras av sjuksköterska i Kommunal hälso- och sjukvård vid svängande blodglukos, sjukdom eller kortisonbehandling. Kommunen tillhandahåller inga glukosmätare eller glukosstickor och förskrivning av diabeteshjälpmiddel utföres av läkare.

Sticksäkra kanyler är en arbetsgivarfråga och tillhandahålls av Kommunen.

Sjuksköterska i Kommunal hälso- och sjukvård får fortlöpande information och kompetenshöjning via årliga träffar med Diabetesnätverket.

<https://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-vard-tandvard/kunskapsstod-och-rutiner/lakemedel/rekommenderade-lakemedel/typ-2-diabetes---behandlingsalgoritm/>

## 7. Plan för kommunikation och implementering

Information och diskussion i ledningsgrupp där vårdenhetschefer och medicinska rådgivare deltar och sedan informerar på enheternas arbetsplatsträffar och yrkesträffar. Publiceras på samverkanswebben för samverkan med Privata Hälsocentraler och Kommunerna. Skickas till HVK och MAS.

## 8. Dokumentinformation

Innehållet i dokumentet har upprättats i en arbetsgrupp bestående av diabetessjuksköterskor, diabetessamordnare, läkare, chefsläkare, verksamhetsutvecklare, verksamhetschef, medicinskt ansvariga sjuksköterskor MAS, representant från Svenska Diabetesförbundet. Via remissförfarande har synpunkter fortlöpande inhämtats från de i dokumentet berörda yrkesgrupperna.

## 9. Referenser

Dokumentnamn	Pl at s
<a href="#">Nationella riktlinjer för diabetesvård - Socialstyrelsen</a>	

## Beskrivning

**Dokumentnamn:** Diabetesmottagning vid Hälsocentral, hemsjukvård och vid Vård och omsorgsboenden, Hälsa- och sjukvård Region Gävleborg.

10(10)

**Dokument ID:** 09-586239

**Giltigt t.o.m.:** 2025-09-03

**Revisionsnr:** 1

Dokumentnamn	Plats
<p><a href="#">Bensår och HYPERSÖK</a>  <a href="http://platinadoksok.lg.se/DocSearch/downloadfile.aspx?objectID=148539">"http://platinadoksok.lg.se/DocSearch/downloadfile.aspx?objectID=148539"</a>  <a href="#">otsår HYPERSÖK</a>  <a href="http://platinadoksok.lg.se/DocSearch/downloadfile.aspx?objectID=148539">"http://platinadoksok.lg.se/DocSearch/downloadfile.aspx?objectID=148539"</a>  <a href="#">– Vård och behandling</a></p>	
<p><a href="http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/information-till-dig-som-har-diabetes-om-vikten-av-god-">http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/information-till-dig-som-har-diabetes-om-vikten-av-god-</a> HYPERSÖK <a href="http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/information-till-dig-som-har-diabetes-om-vikten-av-god-munhalsa.html">"http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/information-till-dig-som-har-diabetes-om-vikten-av-god-munhalsa.html"</a> <a href="#">munhalsa</a>  HYPERSÖK <a href="http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/information-till-dig-som-har-diabetes-om-vikten-av-god-munhalsa.html">"http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/information-till-dig-som-har-diabetes-om-vikten-av-god-munhalsa.html"</a>.html</p>	
<p><a href="#">Diabetesfoten - Region Gävleborg (regiongavleborg.se)</a></p>	
<p><a href="#">Fotundersökning vid diabetes (skr.se)</a></p>	
<p><a href="https://www.swenurse.se/sektionerochnatverk/svenskföreningforsjukskotersk-orinomdiabetesvard.4.17badfa01722c2fa1731011e.html">https://www.swenurse.se/sektionerochnatverk/svenskföreningforsjukskotersk-orinomdiabetesvard.4.17badfa01722c2fa1731011e.html</a></p>	
<p><a href="https://www.lakemedelsverket.se/sv/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/sok-behandlingsrekommendationer/lakemedel-for-glukoskontroll-vid-typ-2-diabetes---behandlingsrekommendation">https://www.lakemedelsverket.se/sv/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/sok-behandlingsrekommendationer/lakemedel-for-glukoskontroll-vid-typ-2-diabetes---behandlingsrekommendation</a></p>	
<p><a href="https://www.janusinfo.se/nationelltinforandeavmedicinteknik/nyheter/nyheter/mtpradetupdaterrekommendationenforfreestylelibre.5.2621b267173c6727559ce91d.html">https://www.janusinfo.se/nationelltinforandeavmedicinteknik/nyheter/nyheter/mtpradetupdaterrekommendationenforfreestylelibre.5.2621b267173c6727559ce91d.html</a></p>	