

| Information om husläkarmottagning   |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|
| Mottagningens namn                  |                            |
| Doktor.se Norra Djurgårdens HLM     |                            |
| Verksamhetschef<br>Andrej Sannesten | Aktnummer (ifylles av HSF) |

## Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2022

### del 1 och del 2: Prediabetes

#### Instruktioner till mottagningen

Denna mall avser dels planen (del 1) och dels slutredovisningen (del 2). Mallen med **del 1** ifylld och döpt till "Enhet tema år del 1" t.ex. "Boo VC diabetes 2022 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se) senast den **28 februari 2022**. Denna mall med även **del 2** ifylld (klipp inte bort del 1) och döpt till "Enhet tema år del 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2022 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2023**. Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2022" på Vårdgivarguiden. Frågor kan även skickas till [rita.fernholm@regionstockholm.se](mailto:rita.fernholm@regionstockholm.se).

Kvalitets- och förbättringsarbete är viktigt. En strukturerad metod underlättar både arbetet och ger större chans till ett lyckat utfall. Denna mall är upplagd efter en sådan struktur. Kurser i kvalitets- och förbättringsarbete rekommenderas för dem som inte tidigare gått det och ska leda ett förbättringsarbete. Mallen ska dock kunna användas av alla. De gråa rutorna innehåller instruktioner. Kursiverad text i de vita rutorna utgör exempel på hur man kan formulera sig. Läs hela mallen innan du börjar. Att göra stegen i rätt ordning underlättar processen, det är lätt att vilja börja med en plan för vilken åtgärd man vill göra, men en ordentlig analys av bakgrunden är viktig för att göra rätt saker.

#### DEL 1 – Planen

##### **Ansvarig(-a) för kvalitetsarbetet, ange även teammedlemmar och deras professioner**

Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.

Byt ut kursiverad text i denna mall till er egen text.

Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer. Inkludera gärna en ST-läkare eftersom förbättringsarbete igår i deras målbeskrivning.

##### **Ange vem som är kontaktpersonen och hens e-postadress.**

Paula Akerman, ST-läkare i allmänmedicin, [paula.akerman@doktor.se](mailto:paula.akerman@doktor.se) (kontaktperson)

Per Westergren, spec i allmänmedicin, diabetesansvarig läkare och MAL

Jonna Mathiasson, leg DSK, diabetesansvarig DSK

##### **Steg 1 Beskrivning av nuläget – Tydliggör vilket problem ni vill lösa!**

**Information om husläkarmottagning**

Mottagningens namn

Doktor.se Norra Djurgårdens HLM

Verksamhetschef  
Andrej Sannesten

Aktnummer (ifylles av HSF)

**Inom vilket område ser ni en tydlig förbättringspotential och varför?** Detta är viktigt för att kunna välja ett område där ni har möjlighet att göra tydlig skillnad så ni inte lägger tid på ett område som ni redan är bra på.

Gå in och titta på era resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer från t.ex. medrave m4, PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv. Ange det ni kommer fram till i stora drag.

Börja med att titta på era siffror t.ex. i medrave m4 (oftast från programmenyn) där även PrimärvårdsKvalitet (PVQ) finns med (under huvudmeny -rapporter-PrimärvårdsKvalitet) med en översiktssida för er vårdcentral. Välj helst ett område där ni ligger under medel. Ni kan lära er mer om PrimärvårdsKvalitet på: <https://skr.se/primarvardskvalitet>

Norra Djurgårdens HLM är en nystartad vårdcentral som öppnade 2021-02-15 utan lista. Vi har under året som gått successivt ökat antal listade patienter, för närvarande drygt 8000. Vi är belägna i ett område med förhållandevis ung befolkning vilket speglas i sökmönster och patientarbete. Vi har hittills ett lågt antal äldre kroniker, och ett lågt antal patienter med fastställd diabetes (26 st).

Vi tänker att vi därmed har en unik möjlighet att ett tidigt skede identifiera, följa och behandla patienter med risk att utveckla kroniska livsstilsrelaterade sjukdomar såsom exempelvis diabetes.

Vi kan se i medrave m4 att vi har ett antal patienter som uppfyller kriterierna för prediabetes med ett fasteblodsocker på 6,1 - 6,9 (undantaget patienter som redan har diabetesdiagnos) och där vi ej ställt diagnos.

Socialstyrelsen har i sina riktlinjer från 2015 rekommenderat screening, utbildning och strukturerad uppföljning av patienter med prediabetes. Inom primärvården har det dock tidigare inte funnits tydliga och enhetliga rutiner för omhändertagande av dessa patienter.

Svensk förening för sjuksköterskor i diabetesvård (SFSD) har utarbetat förslag till en generisk modell för att hitta och strukturerat följa patienter med prediabetes enligt nedan:

- Screening av patienter med riskfaktorer som hypertoni eller annan hjärt-kärlsjukdom, övervikt eller tidigare graviditetsdiabetes.
- Fastställande av prediabetesdiagnos, R730B. Ett förhöjt fP-glukos ska bekräftas med ett konfirmerande fastprov eller en glukosbelastning med avvikande värden.
- Utbildning och stöd till patienterna. Samtal om levnadsvanor är ett nödvändigt och effektivt sätt att göra patienterna medvetna om vikten av en hälsosam livsstil.
- Årlig kontroll hos diabetes/distriktssköterska med uppföljning av livsstilsförändringar samt kontroller av blodtryck, vikt/BMI/midjemått och prover (fP-glukos, HbA1c, och vid behov lipider).
- Uppföljning hos läkare vartannat år (detta även enligt VISS rekommendationer) med kontroll av riskfaktorer som blodtryck, rökning och andra livsstilsfaktorer samt relevant provtagning (Hb, fP-glukos, HbA1c, lipider, Krea, eGFR, U-Alb/krea-index).

Då vi för närvarande inte har utvecklat strukturerade väntelistor för patienter med prediabetes och då vi är nystartade som mottagning vet vi inte exakt hur många av patienter med som planerats följas och bör följas upp enligt ovan.

Genom kartläggning och strukturerat omhändertagande/uppföljning tror vi att vi i ett tidigare skede kan hitta patienter som utvecklat typ 2 diabetes, samt genom tidiga insatser fördröja och i bästa fall förhindra utvecklande av manifest diabetes.

| <b>Information om husläkarmottagning</b> |                            |
|--|----------------------------|
| Mottagningens namn                       |                            |
| Doktor.se Norra Djurgårdens HLM          |                            |
| Verksamhetschef<br>Andrej Sannesten      | Aktnummer (ifylles av HSF) |

| <b>Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete</b>   |  |
|--|--|
| Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med?   |  |
| Prediabetes/diabetes   |  |
| <b>Steg 3 Övergripande mål – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt (tänk patient- verksamhets- och samhällsnivå)</b>   |  |
| <p>Vi vill se hur vi tar hand om och följer upp våra patienter med prediabetes då det är ett vanligt förekommande tillstånd inom primärvården och prevalensen i Sverige beräknas vara så hög som 10%. En betydande del av dessa patienter utvecklar så småningom en manifest typ 2 diabetes och kan ha både mikro- och makrovaskulära komplikationer redan vid diagnos (tex retinopati eller neuropati respektive hjärtinfarkt eller stroke).</p> <p>Prediabetes definieras enligt WHO som ett förhöjt blodsocker men utan att nå nivån för diabetes. Det innebär ett fasteblodsocker på mellan 6,1 - 6,9 (IFG), eller en nedsatt glukostolerans med förhöjda värden efter glukosbelastning (IGT).</p> <p>Genom att ha strukturerad diagnostisering, behandling och uppföljning av dessa patienter kan man i bästa fall genom intervention skjuta upp eller förhindra utvecklingen av typ 2 diabetes. I de fall en diabetes ändå utvecklas ökas förutsättningar för adekvat behandling från tidigast möjligt i förloppet, med bästa möjliga metabola kontroll och möjlighet till senarelagda sekundärkomplikationer.</p> |  |
| <b>Steg 4 Specifika delmål– Mål som ska vara så pass nedbrutna att de är mätbara. Använd gärna en redan existerande indikator/mått från medrave eller PrimärvårdsKvalitet när ni skriver delmål.</b>   |  |
| <p>Delmål 1: att öka andelen patienter som får diagnosen prediabetes, R73.0B när de uppfyller kriterierna för diagnos (antingen pga fasteglukos 6,1 – 6,9 eller med glukosbelastning med värden för prediabetes).</p> <p>Delmål 2: att öka andelen patienter med diagnos prediabetes som får uppföljning på vår diabetesmottagning i enlighet med VISS rekommendation.</p> <p>Delmål 3: att öka andelen patienter med förhöjt fasteglukos mellan 6,1 – 6,9 som får gå vidare med glukosbelastning.</p>   |  |

| Information om husläkarmottagning   |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|
| Mottagningens namn                  |                            |
| Doktor.se Norra Djurgårdens HLM     |                            |
| Verksamhetschef<br>Andrej Sannesten | Aktnummer (ifylles av HSF) |

### Steg 5 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet? (Interventionerna)

- a. Vilka förbättringsidéer har ni? Och hur ska ni kunna implementera dem? Ni kan ta fram idéer genom att titta i vårdprogram, nationella riktlinjer eller genom att brainstorma fram idéer. Om ni vill kan ni använda [verktyget fiskbensdiagram](#) för att ta fram idéer. Man kan även läsa vad andra har gjort tidigare:  
<http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202020.html>
- b. Hur tar ni reda på vad som är viktigt för era patienter? Hur kan ni involvera dem? Om ni vill kan ni använda något av verktygen för patientsamverkan i [QRC:s verktygslåda](#).

a.

Starta opportunistisk screening av patienter med riskfaktorer, det vill säga patienter med metabolt syndrom; hypertoni, hyperlipidemi, övervikt. Även patienter med stark hereditet för typ 2 diabetes.

Utföra glukosbelastningar på alla med förhöjt fasteglukos som ej uppfyller diabetesdiagnos (dvs fp-glukos 6,1–6,9).

b.

Involvera patienter individuellt eller i grupp?

### Steg 6 Vilka mått (minst 2) behöver ni följa för att se effekten av förbättringsidéerna? (=Indikatorer som stämmer med era redan formulerade delmål)

Välj ett till fem mått, som speglar om er förändring blir en förbättring. Mät utfall (det som gör skillnad för patienterna, t.ex. andel personer med diagnosen hypertoni som har blodtryck <140/90) men gärna även det ni gör (=processmått, t.ex. antal årskontroller varje månad av diabetikerna. Antal snabbspirometri per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje vecka eller månad.) Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmåten, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Självklart kan ni fortsätta att mäta efter årsskiftet även om det är nuvarande år ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal... eller Andel...**

|                    | <b>Indikatornamn</b><br>T.ex. <b>Andel</b> diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol.<br><b>Antal</b> snabbspirometri per vecka | <b>Nuläge = Startläge</b><br>(% eller antal)           | <b>Datum/period för start-läge</b> | <b>Mål</b> (% eller antal)                                     | <b>Källa</b> | <b>Datum för att uppnå mål-värdet</b> |
|--------------------|---|--|------------------------------------|--|--------------|---------------------------------------|
| <b>Indikator 1</b> | Andel patienter med p-glukos 6,1-6,9 som får diagnos R73.0B,  | Under 2021 fanns 20 specifika patienter med blodsocker | 2022-01-01                         | Att under 2022 öka andelen patienter med p-glukos 6,1-6,9 utan | Medr ave/TC  | Dec 2022                              |

| Information om husläkarmottagning   |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|
| Mottagningens namn                  |                            |
| Doktor.se Norra Djurgårdens HLM     |                            |
| Verksamhetschef<br>Andrej Sannesten | Aktnummer (ifylles av HSF) |

|                    |   |  |          |  |             |                       |
|--------------------|---|--|----------|--|-------------|-----------------------|
|                    | diabetes latent (prediabetes).  | på 6,1 - 6,9, efter exkludering av patienter som redan hade diabetesdiagnos. Det är inte fastställt hur många av dessa som var fastevärden.<br><br>Av de 20 patienterna hade 1 patient (5%) fått diagnosen prediabetes, R730B. |          | diabetesdiagnos som får diagnos prediabetes R73.0B.<br><br>Mål att öka med 10% jämfört med föregående år.        |             |                       |
| <b>Indikator 2</b> | Andel patienter med diagnos prediabetes R73.0B som får livsstilssamtal hos distriktssköterska | Under 2021 fick den enda pat med diagnosen R730B livsstilssamtal hos DSK dvs 100%  | 22-01-01 | Att under 2022 bibehålla andel patienter med diagnos prediabetes som får livsstilssamtal hos distriktssköterska. | Medräve /TC | Dec 2022              |
| <b>Indikator 3</b> | Andel patienter med p-glukos 6,1-6,9 som fått gå vidare med glukosbelastning.                 | Under 2021 gjordes 2 glukosbelastningar på patienter som uppmätt p-glukos mellan 6,1-6,9<br><br>Detta motsvarar 10% av de 20 patienterna med p-glukos mellan 6,1 - 6,9.  | 22-01-01 | Öka andel patienter med p-glukos 6,1-6,9 där vi går vidare med glukosbelastning.<br><br>Mål att öka med 10%      | Medräve /TC | dec 2022              |
|                    |   |  |          |  |             | <i>T.ex. dec 2022</i> |

| Information om husläkarmottagning   |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|
| Mottagningens namn                  |                            |
| Doktor.se Norra Djurgårdens HLM     |                            |
| Verksamhetschef<br>Andrej Sannesten | Aktnummer (ifylles av HSF) |

|  |  |  |  |  |  |                   |
|--|--|--|--|--|--|-------------------|
|  |  |  |  |  |  | T.ex. dec<br>2022 |
|--|--|--|--|--|--|-------------------|

**Kommentar (valfritt):**

*TIPS: Notera någonstans källa och datum för varje gång ni tar ut data, så att det är lätt för någon annan att fortsätta ta ut data. Det är bra om ni kan ta ut era data en gång varje månad och följa hur det går så ni vet om era insatser får effekt. Sätt gärna upp det ni drar ut i fikarummet, det kan ge ett ökat engagemang.*

**Steg 7 Dags att testa era förbättringsidéer.**

Använd gärna [förbättringshjulet PDSA](#) (=Plan Do Study Act) som stöd. Testa i liten skala först och justera era idéer enligt vad ni lär er och testa igen. När ni är nöjda kan ni testa på hela husläkarmottagningen och standardisera arbetssättet. **Redovisningen av steg 7 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

**Döp denna fil till:** Enhet tema år del 1

t.ex. Boo VC diabetes 2022 del 1 och skicka in senast 28 februari 2022 till:

[forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se)

## DEL 2 – Slutredovisningen (dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)

**A. Hur har ni testat och standardiserat era förbättringsidéer?**

När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni implementerat era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel.

Om man upptäcker att vissa justeringar behöver göras sen man fyllde i del 1 går det bra.

I Medrave hittades vid slutet av året 2022 12 personer med någon av diagnoserna R73.0

- Av dessa har fem patienter fått diagnosen R73.0B på härvarande mottagning.
- En patient hade redan diagnosen innan kontakt med härvarande mottagning.
- Två stycken har enbart diagnosen R73.0A, varav den ena gjort en OGTT på härvarande mottagning men den andra gjort detta på annan klinik för flera år sedan enligt egen utsago.
- En patient som haft förhöjt fasteglukos men inte gjort OGTT har endast fått diagnosen R73.0, onormalt glukostoleranstest, vilket ju då är felaktigt.
- En patient hade värden som motsvarar diabetes och borde ej ha fått diagnosen prediabetes.
- Två patienter hade förhöjt fasteglukos men inget patologiskt värde på OGTT. Således isolerad IFG. En av dessa fick diagnosen R73.0B.

Vi har ökat antalet glukosbelastningar (OGTT) signifikant genom att rutinmässigt boka in det hos alla som uppmätt ett fasteglukos på 6,1 - 6,9. Vi har också infört rutinen att samtliga av dessa oavsett utfall på OGTT får tid till diabetessköterska då de ju har IFG även om de inte har IGT.

Av de glukosbelastningar som gjorts utföll 6 st patologiska inom spannet för prediabetes. Av dessa 6 fick 5 st diagnos R73.0 B. Den sjätte fick endast diagnosen R73.0A, dvs nedsatt glukostolerans, IGT.

| Information om husläkarmottagning   |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|
| Mottagningens namn                  |                            |
| Doktor.se Norra Djurgårdens HLM     |                            |
| Verksamhetschef<br>Andrej Sannesten | Aktnummer (ifylles av HSF) |

De två patienter som endast har diagnosen R73.0A har inte erhållit något livsstilssamtal hos diabetessköterska.

Vi har inte undersökt om det fanns patienter med blodsocker 6,1–6,9 som missats att ges diagnos och som borde ha gjort OGTT, då det ju skulle krävas att alla dessa journaler går igenom manuellt för att sortera bort de som inte är fastande och som ju då inte uppfyller kriterier för diagnos IFG. Detta är ett arbete som inte hinns med inom spannet för ett sådant här förbättringsarbete då det är alltför tidskrävande.

### B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från steg 6 om ni vill**) samt **resultatet** och **datum/period** för när resultatet togs ut. Om ni mätt under tiden får ni gärna inkludera det i en bilaga (t.ex. över tid i form av ett linjediagram som visar mätvärdena över tid)

|             | Indikatornamn<br>T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol                          | Startläge (% eller antal)  | Datum/period för startläge | Mål (% eller antal)  | Resultat (% eller antal)  | Källa  | Datum/period för resultatvärdet |
|-------------|---|--|----------------------------|--|---|--|---------------------------------|
| Indikator 1 | Andel patienter med p-glukos 6,1-6,9 som får diagnos R73.0B, diabetes latent (prediabetes). | Under 2021 fanns 20 specifika patienter med p-glukos på 6,1 - 6,9, efter exkludering av patienter som redan hade diabetesdiagnos.<br><br>Det är inte fastställt hur många av dessa som var fastevärden . | 2022-01-01                 | Att under 2022 öka andelen patienter med p-glukos 6,1-6,9 utan diabetesdiagnos som får diagnos prediabetes R73.0B.<br><br>Mål att öka med 10% jämfört med föregående år. | Under 2022 fanns 48 specifika patienter med p-glukos 6,1-6,9 efter exkludering av patienter som redan hade diabetesdiagnos. Det är oklart hur många av dessa som var fastevärden.<br><br>Av de 48 patienterna hade 6 st fått diagnos R73.0B vilket motsvarar 12,5%. Det vill säga en ökning med 7,5%. | T<br>C<br>/<br>M<br>e<br>d<br>r<br>a<br>v<br>e | 2022-12-31                      |

| Information om husläkarmottagning   |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|
| Mottagningens namn                  |                            |
| Doktor.se Norra Djurgårdens HLM     |                            |
| Verksamhetschef<br>Andrej Sannesten | Aktnummer (ifylles av HSF) |

|                    |   |   |             |   |   |   |            |
|--------------------|---|---|-------------|---|---|---|------------|
|                    |   | Av de 20 patienterna hade 1 patient (5%) fått diagnosen prediabetes , R73.0B  |             |   |   |   |            |
| <b>Indikator 2</b> | Andel patienter med diagnos prediabetes R73.0B som får livsstilssamtal hos distriktssköterska | Under 2021 fick den enda patienten med diagnosen R73.0B livsstilssamtal hos DSK dvs 100%  | 2022 -01-01 | Att under 2022 bibehålla andelen patienter med diagnos prediabetes som får livsstilssamtal hos distriktssköterska . | Under 2022 fick samtliga patienter som fått diagnosen R73.0B livsstilssamtal hos diabetessköterska. Det vill säga, fortsatt 100%. Däremot erhöLL de som endast fått diagnos R73.0B, IGT, inget samtal.            | M | 2022-12-31 |
| <b>Indikator 3</b> | Andel patienter med p-glukos 6,1-6,9 som fått gå vidare med glukosbelastning.                 | Under 2021 gjordes 2 glukosbelastningar på patienter med p-glukos mellan 6,1-6,9<br><br>Detta motsvarar 10 % av de 20 patienterna med p-glukos mellan 6,1 - 6,9 | 2022 -01-01 | Öka andelen patienter med p-glukos 6,1-6,9 där vi går vidare med glukosbelastning.<br><br>Mål att öka med 10%       | Under 2022 gjordes 31 glukosbelastningar hos patienter med p-glukos 6,1 - 6,9. Det motsvarar 65% av de 48 patienter som uppmätt glukos 6,1 - 6,9 utan att ha en diabetesdiagnos. Det vill säga en ökning med 55%. | M | 2022-12-31 |

**Övriga kommentarer:**

Den stora styrkan är att vi har lyckats att öka antalet glukosbelastningar avsevärt och att vi har blivit bättre på att sätta korrekt diagnos. Vi har fått in bra rutiner för detta och för när patienter med prediabetes ska följas upp hos diabetessköterska vilket de flesta har gjort. Vi ser att det hjälper att patienterna får en korrekt diagnos då de då hamnar i programmet för uppföljning hos diabetessköterska.



**Information om husläkarmottagning**

Mottagningens namn

Doktor.se Norra Djurgårdens HLM

Verksamhetschef  
Andrej Sannesten

Aktnummer (ifylles av HSF)

Då flera av patienterna uppmätt glukos på 6,1 – 6,9 utan att vara fastande ska de naturligtvis inte ges prediabetesdiagnos, vilket ju om man studerat detta, skulle kunnat ge ännu bättre resultat.

En svaghet är att vi inte ännu hittat ett sätt att involvera patienter individuellt eller i grupp. Vi planerar att i höst starta grupper för patienter med nydiagnosticerad typ 2 diabetes.

En ytterligare kommentar är att vi ändå har valt att använda oss av andel i stället för antal då vi anser att antal är missvisande eftersom mottagningen hade mycket få patienter 2021 när den var nystartad och mycket fler patienter (ca 8500 listade i slutet av 2022) 2022. Vi har därför bedömt att det blir en mer korrekt variabel att analysera.

**C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?**

1. Vad har ni lärt er?
2. Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka patienters delaktighet eller involvering i vården?
3. Vad har ni för plan framåt gällande detta område? Här beskriver ni hur ni planerar att vidmakthålla positiva förändringar, eller om det inte blev som tänkt om ni avser att lägga ner eller förändra ansats.

1.  
Vi har gjort ett stort antal glukosbelastningar vilket vi ser har ett stort värde och vi ställer oss lite frågande till att det skulle vara en förlegad metod som är ”ute”, som det har getts uttryck för från olika håll. Vi ser att det ofta har varit en bra markör för att med säkerhet ställa diagnosen prediabetes där vi känner att uppföljning enligt rutin är befogad. Vi har också den vägen även hittat ett antal som faktiskt har diabetes och har kunnat få diagnos och behandling, vilket kanske skulle missats om glukosbelastning inte gjorts.

2.  
En svaghet är ju som sagt att vi inte ännu involverat patienterna på gruppnivå även om de är delaktiga i livsstilssamtalen hos diabetessköterska. Mottagningen är ju som sagt relativt nystartad (mars 2021) och det är många rutiner som har behövt komma på plats. Dock planerar vi ju som sagt grupputbildningar från och med hösten 2023.

3.  
Planen framåt är att fortsätta på samma sätt men att på nytt informera behandlande läkare om vikten av att följa rutiner – att alla patienter med fp-glukos 6,1 – 6,9 ska göra glukosbelastning och följas hos diabetessköterska minst vartannat år samt få korrekt diagnos R73.0B då det blir lättare att följa patienterna som en kohort då.

En fundering som vi har är när patienter har ett fp-glukos precis över gränsen på 6,1 och sedan gör en glukosbelastning som är helt normal. Risker för dessa patienter att utveckla diabetes och komplikationer torde ju då vara mycket liten. Att då sätta en diagnos och att patienten ska följas hos diabetessköterska regelbundet kan då ibland kännas svårt. Dock är det ju de riktlinjer som nu finns i VISS.

**D. Döp denna fil till:** Enhet tema år del 2

t.ex. ”Boo VC diabetes 2022 del 1 och 2” och skicka in senast 31 januari 2023 till funktionsbrevlådan [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se)