

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: *Diabetes typ 2*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Sigtuna vårdcentral	
Verksamhetschef Shahab Farnamfar	Verksamhetschefens e-post Shahab.farnamfar@sigtunavardcentral.se
<h3>Instruktioner till mottagningen</h3> <p>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 2025 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se senast den 1 mars 2025, obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>Denna mall med även del 2 ifylld (klipp inte bort del 1) och döpt till "Enhet tema år del 1 och 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den 31 januari 2026 obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>Mer information finns på https://vardgivarguiden.se/ sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet</p> <p>Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.</p> <p>Radera EJ text i grå fält.</p> <p>Inför att skicka in: Har arbetet sparats med rätt namn? Skicka inte som länk (vi når inte era länkar) och inte som PDF. Skicka i form av bilaga i word sparad med korrekt namn. Står det något i alla rutor? Kommer era insatser bestå över tid? (ska ej vara en engångsinsats utan handla om förändrade arbetssätt). Har ni minst 2 indikatorer och mäter ni något som gör skillnad för patienterna? DVS inte bara att ni frågat om saker (t.ex. rökvanor) eller att ni dokumenterar saker (t.ex. BMI).</p>	

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn och profession:
Namn: Behrouz Piri Profession: ST-läkare i allmänmedicin E-post: behrouz.piri@sigtunavardcentral.se
Att involvera flera
Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar. <ul style="list-style-type: none"> Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer. Inkludera gärna två ST-läkare som inte är på sidotjänstgöring samtidigt, eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning. Låt dock inte hela arbetet förlita sig på en ST-läkare som kanske delar av året är på sidotjänstgöring, det kan bli sårbart. Fundera över hur ni kan involvera era patienter i förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras) redan innan genomförandet. Kanske bjuda in en patient att vara med i förbättringsteamet. <p>A: Ange teammedlemmar med namn och deras professioner</p>

A:

Alex Sajjad; allmänmedicinspecialist, huvudhandledare
Margit Svensk; diabetessköterska
Soukeyna Fellin ; sjuksköterska
Caroline Farhand; undersköterska

B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.

B:

Under 2025 kan vi involvera cirka fem patienter för att få deras förbättringsförslag gällande förbättringsarbete för omhändertagande av diabetes typ II. Detta kan hjälpa oss för att ta fram förbättringsstrategier.

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Ett förbättringsarbete börjar ofta med att studera verksamhetens patientrelaterade resultat.

- Finns det något område där ni presterar sämre än Stockholmsgenomsnittet? (titta i PrimärvårdsKvalitet t.ex.)
- Har det kommit nya riktlinjer där följsamheten skulle kunna öka? (som hjärtsvikt eller diabetes t.ex.)
- Finns det bra exempel från andra enheter att ta inspiration från?

Resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer finns t.ex. i medrave m4, PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv.

Börja gärna 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>

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/>

Kartläggning; skriv kortfattat hur ni har det hos er nu. Ange även vad ni vill åstadkomma och varför.

Diabetes typ 2 är en ökande folksjukdom där prevalens i Sverige idag är cirka 5 %. Dessutom har ungefärligt 15 % ett förstadium med stor risk för att utveckla sjukdomen.

Sigtuna vårdcentral har cirka 7000 listade patienter. Vi ser i Medrave M4 att 308 patienter har diabetes typ 2. Förekomsten av diagnos diabetes typ 2 på Sigtuna vårdcentral ligger på 4,3% vilket är lite under genomsnittet i jämförelse med Stockholms diagnostiserade diabetes typ 2 patienter.

Det finns utrymme för att kunna diagnostisera fler med diabetes typ 2 på Sigtuna vårdcentral. Andel patienter som har registrerad BMI ligger på 80% och andel patienter som har gjort LDL-provtagning ligger på 73%.

I Medrave framkommer att 130 patienter 42,7% har LDL-nivåer som ligger under 2,5 mmol/L. Detta visar på en betydande möjlighet till riktat förbättringsarbete, där målet är att optimera sekundärpreventiv behandling och sänka patienternas kardiovaskulära risk genom förbättrade LDL-nivåer

I Medrave framkommer att 179 patienter 58,8% med diagnosen diabetes typ 2 har HbA1c-värden under 52 mmol/mol. Detta utgör en viktig förbättringspunkt, där vi fokuserar på att öka andelen patienter som når målvärden och ligger under 52 mmol/mol i HbA1c.

Man ser brister i sekundärpreventioner som samtal om fysisk aktivitet och vikten av kontroll om BMI och dess effekt på hälsan. Enligt Medrave har 92 patienter BMI över 25 och 85 patienter över 30.

Vi ser därför ett behov av att utveckla detta arbete av att adekvat följa upp samtal om levnadsvanor och utfärda FaR som kan leda till mer kontroll gällande fetma och dess samsjuklighet med diabetes typ 2.

<p>Val av tema för förbättringsarbetet:</p> <p>Utifrån er kartläggning av verksamhetens patientrelaterade resultat, vilket tema har ni valt för förbättringsarbetet? Beskriv kortfattat med ett eller ett par ord.</p>	
<p>Öka diagnosticering av diabetes typ 2, förbättra LDL och HbA1C nivåer samt göra kontroll på BMI och utfärda FaR på mer antal patienter</p>	
<p>Mål (Vad vill ni uppnå?)</p> <p>Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet? Länk till "Målformulering": https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattringstrappa/ Formulera här era mål:</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ökad kunskap kring hur diabetes typ 2 diagnosticeras och vikten av att ställa in diagnosen för att få behandling i god tid. 2. Utföra utbildningsinsats till hela personalgruppen på vårdcentralen angående riktlinjer för identifiering patienter med diabetes typ 2. 3. Ökad antal patienter med LDL och HbA1C nivåer inom gränsvärdena. (LDL<2,5; HbA1C<52) 4. Ökad antal patienter som får BMI kontroll. 5. Ökad sekundärprevention genom att utfärda FaR och uppföljning gällande levnadsvanor. 	
<p>Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)</p> <p>Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattringstrappa/</p>	<p>Idéer till lösningar (För att nå målen)</p> <p>Initiala idéer till lösningar (För att nå målen) Vad kan ni göra för att förbättra resultaten? Ta även tillvara idéer utanför teamet och hos patienterna, här finns en verktygslåda för patientsamverkan: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-patientsamverkan/</p>
<p>1: Såväl i Sverige som internationellt beräknas att varannan till var tredje vuxen med diabetes är odiagnostiserad.</p>	<p>1.1: Att förbättra diagnosticering av diabetes typ2 1.2: Öka uppmärksamhet på diabetes typ 2 hos målgrupp patienter. 1.3: Att ta sockerprover på patienter med metabolsyndrom.</p>
<p>2: Patienterna har inte tillräcklig kunskap gällande vikten av bra kontrollerat LDL och HbA1C. De kan vara motvilliga att ta statiner på grund av överdrivna biverkningar.</p>	<p>2.1: Kallelse för årliga besök hos läkare 2.2 Täta kontroller av både LDL och HbA1c hos de patienter som ligger över målvärden, tills värdena stabiliseras på LDL<2,5 resp HbA1C<52 2.3: Att erbjuda infoblad om vikten av LDL och HbA1C som prediktorerande faktorer för samsjuklighet med hjärt-kärlsjukdomar</p>
<p>3: Bristande följsamheten till rutiner för BMI-kontroll, och det saknades rutiner för att utfärda FaR.</p>	<p>3.1: införa enhetliga kontrollrutiner samband med besök hos diabetessköterska för kontroll om BMI 3.2: Införa enhetliga särskilda rutiner för att utfärda FaR för diabetes typ 2 patienter samband med läkarbesök</p>
<p>Mått och mätetal (indikatorer)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vad ska öka eller minska för att ni ska se att ni rör er mot era mål? • Hur kan det mätas? • Finns färdiga indikatorer eller behöver ni sätta ihop egna mätetal? 	

Notera 2–5 indikatorer i tabellen nedan och dessa indikatorer ska koppla antingen direkt till era mål eller till era idéer för lösningar som ni angivet ovan.

Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått:
<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verkygslada-forbattningstrappa/>

Mät utfallsmått (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 patienter med diabetes. Antal snabbspirometri per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje månad.)

Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmåten och följ i ett Excelark över tid, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Om ni vill kan ni ta med ett "balanserat mått" om man tror att förändringen kan påverka något annat negativt (som kostnader, arbetsmiljö, undanträngningseffekter). Självklart kan ni fortsätta att mäta indikatorerna efter årsskiftet även om det är nuvarande år ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal eller Andel. Om ni väljer andra mått (för mjukare värden) så stäm av med er informationsapotekare eller er informationsläkare att måttet fungerar.**

	Indikatornamn	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel patienter med diabetes typ 2 diagnos	305	24-12-31	325	Medrave	December 2025
Indikator 2	Andel diabetiker som har LDL <2,5	42,7%	24-12-31	50%	Medrave	December 2025
Indikator 3	Andel diabetiker som har HbA1C <52	58,8%	24-12-31	59,2%	Medrave	December 2025
Indikator 4	Andel diabetiker som har registrerad BMI	80%	24-12-31	90%	Medrave	December 2025
Indikator 5	Andel diabetiker som får sekundärpreventioners rådgivning och FaR utskrivna	20,45%	24-12-31	50%	Medrave och journalgranskning TC	December 2025

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.

Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året)

Dags att testa idéer, först i liten skala! PGSA (Planera, göra, studera, agera) är det så kallade förbättringshjulet. Länk till verktyget PGSA:
<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verkygslada-forbattningstrappa/>

Skriv upp varje steg:

- Planera – Hur ska ni göra, när, vem gör vad?
- Göra – Håller ni er till planen? Vilka avvikelser från planen har ni gjort? Vad har gått bra hittills?
- Studera – Lyckades ni genomföra de aktiviteter ni planerat? Blev resultatet som ni tänkt? Såg ni några andra positiva eller negativa bieffekter? Vilka slutsatser kan ni sen dra?
- Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé?

Beskriv här övergripande hur ni tänker att ni ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar vilket sen kan fyllas på under arbetets gång.

Förbättringsarbetet diskuteras i första hand på personalmöten, där både läkargruppen och sjuksköterskegruppen deltar. Syftet är att öka kunskapen om vikten av att diagnosticera diabetes typ 2 i tid samt att nå målvärden för LDL och HbA1c hos patienter med diabetes typ 2.

Vi arbetar aktivt med att höja kunskapen om statinbehandling inom personalgruppen, och belyser dess betydelse i att förebygga hjärt-kärlsjukdomar. Vid APT- och läkarmöten diskuterar vi även vikten av regelbundna BMI-kontroller och andra sekundärpreventiva åtgärder.

Dessutom genomför vi en utbildningsinsats riktad till läkargruppen på vårdcentralen avseende utfärdande av FaR (Fysisk aktivitet på recept) som en del av den livsstilsinriktade behandlingen.

Redovisningen av indikatorernas utfall sker sen i slutredovisningen i del 2 nedan.

Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1 t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1" utan att klippa bort del 2 och skicka in som en bilaga (ej länk) i WORDFORMAT namngivet med er vårdcentral enligt ovan senast 28 februari 2025 till: forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

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

Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?

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 infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**
Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

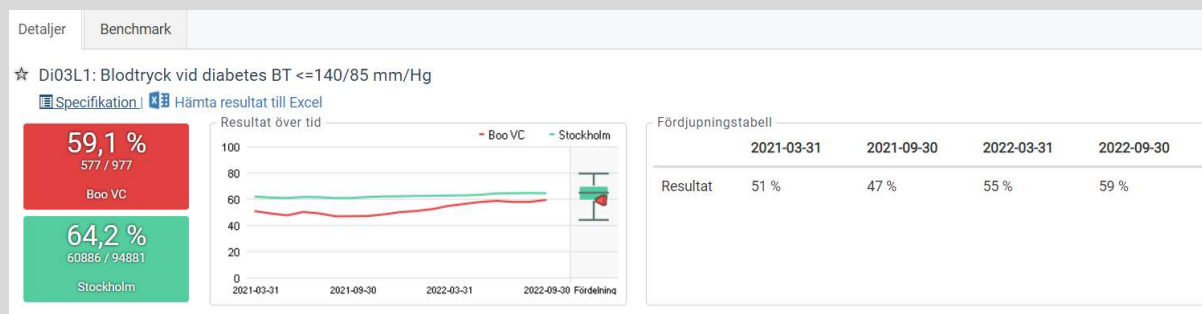
Förbättringsarbetet har främst bedrivits genom diskussioner på personalmöten, där både läkargruppen och sjuksköterskegruppen deltagit. Syftet har varit att öka kunskapen om vikten av att diagnostisera diabetes typ 2 i tid, samt att uppnå målvärden för LDL och HbA1c hos våra patienter. Vi har genomfört följande insatser:

- **Kunskapshöjande insatser:**
 - Information till personalgruppen om betydelsen av att behandla med statiner vid diabetes typ 2 och dess roll i att förebygga hjärt-kärlsjukdomar.
 - Diskussioner vid APT och läkarmöten om vikten av regelbunden BMI-kontroll samt andra sekundärpreventiva åtgärder.

- Utbildningsinsats riktad till läkargruppen om utfärdande av fysisk aktivitet på recept (FaR).
 - **Patientdelaktighet:**
 - Intervjuer med fyra patienter med diabetes typ 2 för att samla in deras synpunkter och önskemål kring diagnostik, behandling och årliga kontroller. Dessa erfarenheter har integrerats i förbättringsarbetet.
 - **Informationsmaterial:**
 - Framtagande och spridning av broschyr med relevant information om diabetes typ 2, inklusive betydelsen av tidig diagnostik, rutiner för årliga kontroller samt information om vilka professioner patienten möter på vårdcentralen (läkare, diabetessjuksköterska, fotvårdare).
 - **Nya arbetsrutiner:**
 - Förbättringsarbetet har även omfattat en översyn och uppdatering av vårdcentralens arbetsrutiner gällande diagnostik och handläggning av diabetes typ 2. Syftet har varit att säkerställa en mer enhetlig och evidensbaserad vård, samt att stärka det förebyggande arbetet.
- Vi har genomfört följande insatser:**
- Förtydligade riktlinjer för hur FaR (Fysisk aktivitet på recept) ska användas som en del av behandlingen.
 - Implementering av nya rutindokument för interprofessionellt samarbete mellan läkare, diabetessjuksköterska och övriga yrkesgrupper.
- Kunskaphöjande insatser:**
- Genomförd utbildning för samtliga personalgrupper om FaR, med fokus på vikten av fysisk aktivitet som preventiv och behandlande åtgärd.
- Nya mottagningar:**
- Vi har startat nya specialiserade mottagningar på vårdcentralen för att förbättra vårdflöden och vårdkvalitet.
 - Diabetesmottagningen bemannas nu av en allmänmedicinspecialist, distriktssköterska inom diabetes samt en undersköterska.
 - Syftet är att ge patienter med diabetes typ 2 ett mer sammanhållet, personcentrerat och högkvalitativt omhändertagande.
 - Vi har startat en sjukgymnastikmottagning på vårdcentralen och remitterar nu patienter med diabetes som har behov av individuellt anpassade träningsprogram till våra sjukgymnaster på vårdcentralen.
 - Vårdcentralen har ett regelbundet och välstrukturerat samarbete med WE Träningshälsa för att möjliggöra träning på gym för våra patienter.
 - Vi har börjat använda ADDS-systemet för att ha våra rutiner digitalt samlade, uppdaterade och lättillgängliga för all personal.

Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från del 1 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 eller i ett Excelark som visar mätvärdena över tid). **Om ni använder PrimärvårdsKvalitet i Medrave finns färdiga diagram över tid om ni kan klistra in. Exempel:**



Indikatornamn	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum/period för resultatvärdet

Indikator 1	<i>Andel patienter med diagnos diabetes typ 2</i>	305	24-12-31	325	345	Med-rave	<i>December 2025</i>
Indikator 2	<i>Andel diabetiker som har LDL <2,5</i>	42,7%	24-12-31	50%	44,34 %	Med-rave	<i>December 2025</i>
Indikator 3	<i>Andel diabetiker som har HbA1C <5,2</i>	58,8%	24-12-31	59,2%	62,02%	Med-rave	<i>December 2025</i>
Indikator 4	<i>Andel diabetiker som har registrerad BMI</i>	80%	24-12-31	90%	81 %	Med-rave	<i>December 2025</i>
Indikator 5	<i>Andel diabetiker som får sekundärpreventivens rådgivning och FaR utskrivna</i>	20,45 %	24-12-31	50%	76%	Med-rave och journalgranskning TC	<i>December 2025</i>

Övriga kommentarer:

Under mätperioden har vi inte kunnat ta fram fullständiga resultat för LDL och BMI indikatorer. Detta beror på flera faktorer som påverkat vår möjlighet att genomföra uppföljningar och säkerställa aktuella värden.

En betydande del av förklaringen är att verksamheten under året flyttat till en ny och större lokal. I samband med detta har vi också fått ett stort tillskott av ny listade patienter från andra vårdcentraler. För dessa patienter har vi behövt registrera och uppdatera deras befintliga diagnoser, bland annat diabetes typ 2, i vårt journalsystem. Många av dessa patienter har ännu inte haft möjlighet att boka eller genomföra sina första läkar- eller diabetessköterskebesök hos oss, vilket innebär att vi saknar aktuella kliniska värden för flera indikatorer.

Därtill finns en grupp befintliga patienter som under året har uteblivit från sina årliga kontroller hos både läkare och diabetessjuksköterska. Avsaknaden av dessa uppföljningar påverkar resultatnivåerna för flera av de mätpunkter som kräver uppdaterade provsvar och kliniska parametrar.

Trots dessa utmaningar arbetar vi aktivt vidare med vårt förbättringsarbete för diabetesvården. Vårt mål är att erbjuda en vård av hög kvalitet för patienter med diabetes typ 2 genom strukturerade uppföljningar, tydliga rutiner och ett ökat fokus på att säkerställa att alla patienter får sina årliga kontroller genomförda i rätt tid.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Under arbetets gång har vi lärt oss att små och kontinuerliga förbättringar i vardagen kan leda till tydliga resultat för våra patienter. Genom att regelbundet diskutera arbetet på personalmöten och inkludera flera yrkesgrupper har vi skapat en gemensam förståelse och ansvarskänsla för att förbättra vården av patienter med diabetes typ 2.

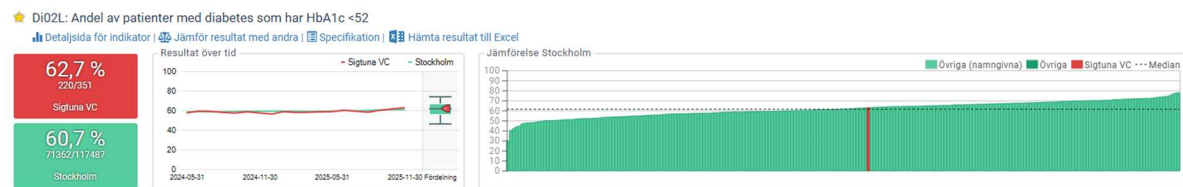
Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka era patienters delaktighet eller involvering i vården?

Patientintervjuerna har gett oss viktiga insikter om vilka delar av vården som upplevs som mest värdefulla, och var det finns utrymme för förbättring. Deras synpunkter har bidragit till att vi anpassat våra rutiner för årliga kontroller och förbättrat kommunikationen kring behandling och livsstilsåtgärder.

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.

Vi planerar att fortsätta följa våra indikatorer i Medrave och vid behov justera arbetssättet för att nå målen fullt ut. Fokus under 2026 blir att ytterligare förbättra LDL- och BMI kontroller genom tätare uppföljning, fortsatt utbildning av personal samt fortsatt utveckling av patientinformation och stöd kring levnadsvanor. På så sätt vill vi vidmakthålla de positiva förändringarna och säkerställa långsiktigt hållbara rutiner.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2
t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1 och 2" utan punkter eller understreck och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA (EJ LÄNK)** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2026 till funktionsbrevlådan forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se
Bilagor sparas ned under namnet på er vårdcentral och Bilaga 1, 2 osv om ni vil bifoga bilagor (T.ex. "Boo VC Bilaga 1") och skickas i word eller pdf-format. Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.



Sigtuna vårdcentral Bilaga 1: Arbetsbeskrivning för Diabetes

Sigtuna vårdcentral Bilaga 2: Rutin för Diabetesmottagning

Sigtuna vårdcentral Bilaga 3: Arbetsuppgifter för Diabetesmottagning

Sigtuna vårdcentral Bilaga 4: Rutiner FaR 2025

Sigtuna vårdcentral Bilaga 5: Diabetes typ 2 broschyr