

# Diabetesdialog

- ett unikt projekt för bättre diabetesvård

Diabetesdialog  
Stockholm

## Diabetesdialog Stockholm 2022

Diabetesdialog är en återkommande konferens som samlar nyckelpersoner med syfte att utveckla diabetesvården i Stockholm. Drygt 40 personer deltog på årets möte och deltagarna kom från professionen, patientföreningen, förvaltningen, politiken och läkemedels- och medtechindustrin. Konferensen fokuserade på gemensamma diskussioner utifrån de områden som bestämdes på Diabetesdialog 2020; *Egenmonitorering, Diabetesplanen samt Klustertänkt och samverkan*.

Efter tre inspirationsföreläsningar arbetade deltagarna i grupper med syfte att gemensamt hitta utvecklingsområden och förslag till lösningar. I denna rapport kan du läsa mer om de förslag som blev resultatet av gruppdiskussionen samt en mer fördjupad redovisning av dagen.

### Sammanfattning från gruppdiskussionen

- Gemensamt fokusera på informationsinsatser både till vården och patienterna gällande fördelen med statinbehandling.
- Vidareutbildning skall finnas med i beställningen från regionen och att vårdpersonalen ges möjlighet och tid till fortbildning.
- Politiskt beslut om mål för diabetesvården och skriva in det i primärvårdsuppdraget.
- Titta på möjligheterna till uppsökande verksamhet i primärvården utifrån NDR-data och erbjuda stöd.
- Lära oss mer av region Östergötland vad gäller egenmonitorering. Målet är ett gemensamt användarvänligt analysystem där hälsodata kan samlas och även delas.
- Förbättra dialogen och hitta dialogvägar mellan patient och vårdgivare. Målet är en större delaktighet i sin egenvård, ökad trygghet och mindre stress.
- Fortsätta arbetet med att skapa en struktur för sammanhållen vård för personer i hemsjukvården. Särskilt angeläget för personer med typ 1-diabetes i behov av hemtjänst, hemsjukvård eller på särskilt boende.
- Starta ett pilotprojekt där specialistkliniken och geografiskt nära primärvård samverkar.



# Diabetesdialog

## Bakgrund

Det har varit en mödosam tid för många av oss och inte i vår vildaste fantasi hade vi kunnat ana att denna pandemi skulle hålla greppet om en hel värld i två år. Planen var att genomföra en konferens 2021 men tyvärr måste den ställas in.

Våren 2022 klarnade situationen och programgruppen beslutade att genomföra en fysisk konferens under hösten.

Vår målsättning med Diabetesdialog är att samla olika nyckelpersoner och tillsammans skapa förutsättningar för en diabetesvård som håller hög kvalitet.

## Upplägg

Förmiddagens program syftade till att lägga en plattform och ge inspiration inför de kommande gruppdiskussionerna.

Vi startade med Erik Reinicke från Region Östergötland, som berättade hur de arbetade med egenmonitorering. Därefter fick alla ta del av en inspelad föredragning av Anders Ekholm, senior rådgivare, som lade en grund för diskussionen om samverkan och klustertänk och varför det är så betydelsefullt.

Förmiddagspasset avslutades av Neda Rajamand Ekberg, ordförande i regionala diabetesrådet och Martin Larsson, ordförande i regionala programrådet inom endokrina sjukdomar.

Alla deltagare hade före konferensen fått välja vilket område de ville fördjupa diskussionen och arbeta vidare med. Ämnena för dagen byggde på tidigare års konferenser och områden som då ansetts viktiga för att utveckla diabetesvården.

Uppgift var att lägga förslag på åtgärder i närtid, som kan ge effekt på resultaten i Nationella diabetesregistret, NDR. Men också identifiera behov av strategiskt och långsiktigt förbättringsarbete.

## Program

09.00 Välkommen  
Inledning och upplägget för dagen

### Inspirationsföreläsningar

- **Egenmonitorering introduktion**  
Erik Reinicke, region Östergötland
- **Klustertänk och samverkan**  
Anders Ekholm, senior rådgivare
- **Diabetesplan**  
Martin Larsson, RPO endokrin, Specsak.
- **Diabetesvården i Stockholm nuläge,**  
Neda Rajamand Ekberg, Centrum för diabetes

11.15 Gruppdiskussion

### Grupp 1. Klustertänk och samverkan

För en mer effektiv vård behöver regionen hitta samverkansmodeller där sjukhusansluten specialistvård och primärvård kan utveckla samverkansmetoder.

### Grupp 2. Diabetesplan

Hur implementeras diabetesplanen? Finns det lågt hängande frukter att skörda, och vilka frågor är i så fall viktigast att börja med?

### Grupp 3. Egenmonitorering

Med hjälp av egenmonitorering kan patienten själv hålla koll på sin sjukdom utan att behöva åka till sjukhuset eller vårdcentralen. Patienten får på så sätt bättre kontroll, vilket kan ge både patient och vårdpersonal möjlighet att agera snabbare.

12.15 Lunch

13.00 Fortsatt workshop

15.00 Redovisning och nästa steg  
Avslutning



Erik Reinicke, från region Östergötland, berättade om regionens satsning på egenmonitorering.

## INSPIRATIONSFÖRELÄSNINGAR

### Diabetesvården i Stockholm

Neda R. Ekberg, endokrinolog på Centrum för diabetes, beskrev i sin presentation hur diabetesvården i Stockholm fungerar och vilka utmaningar som finns. Siffrorna visar på stora skillnader i länet och vårdens stora utmaning att kunna erbjuda en jämlik vård.

Trots effektiva läkemedel och bra medicintekniskt stöd ser man inte tillräckliga förbättringar i resultaten på ett antal viktiga områden, berättar Neda. En utmaning är att kunna erbjuda bra egenvårdsutbildning. Primärvården bör erbjuda detta och med digitala alternativ, eftersom många idag inte vill eller kan avsätta 4 dagar för utbildning, som har varit de gällande.



### Egenmonitorering

Erik Reinicke arbetar med utvecklingsprojekt i Region Östergötland. Egenmonitorering bygger på en överenskommelse, gemensamt ansvarstagande och digital kommunikation mellan individ och vård.

Att involvera och ta vara på individens egen förmåga och kunskaper blir allt viktigare inom vården. Att bygga upp modeller som underlättar mötet mellan vården och de som lever med diabetes måste utvecklas. Då behöver vi nya arbetssätt och kompetenser för att arbeta personcentrerat och möta de ökade vård- och omsorgsbehoven. Digitalisering är ett verktyg i omställningen som effektiviserar och frigör resurser till välfärden

Egenmonitorering kan bidra till:

- **Ökat fokus på person och relation**
- **Patienten blir en aktiv medskapare**
- **Vårdpersonal kan arbeta proaktivt och hälsofrämjande**
- **Ökad tillgänglighet genom digitala kontakter**
- **Färre kan ge stöd till fler och prioritera utifrån behov, så att vården blir mer jämlik**

### Egenmonitorering

är förstahandsalternativet för de patienter med kroniska sjukdomar som själva kan hantera tekniken. Det innebär att antalet patienter med egenmonitorering ska öka kraftigt under 2023. \*

**Hjärtsvikt**  
**Astma**  
**Diabetes**

Vårdpersonal ordinerar egenmonitorering

Delaktighet Trygghet Kontroll

Vårdpersonal får varning och kan agera om patientens värden försämras, utanför vårdplan

Trygghet Tillgänglighet Kontinuitet

Vårdpersonal kan, vid behov, genomföra digitala mottagningsbesök

**Blodtryck**  
**KOL**

Patienten mäter och följer sina värden hemma

Patient och vårdpersonal kontaktar varandra vid behov

Kontroll

Trygghet Tillgänglighet Kontinuitet Tid

Region Östergötland

sninn Östergötlands Länsregering 2023-2025

## Diabetesplanen

I december 2020 antog regionfullmäktige Diabetesplanen. Ett dokument som pekar på de områden där diabetesvården behövde utvecklas för att erbjuda en jämlik vård och som följer de nationella riktlinjerna inom diabetesvården. Åtgärder som föreslås ska kanaliseras genom organisationen för kunskapsstyrning. Martin Larsson, ordförande i RPO, utvecklade i sin föreläsning hur det tänker utifrån målen.

- Mål 1 Minska insjuknande i typ 2-diabetes
- Mål 2 Öka följsamhet till nationella riktlinjer och Kloka listan
- Mål 3 Öka hälsan och livskvaliteten hos personer med diabetes

Han ansåg att ett problem med planen var att den inte fick någon hemvist initialt och att det inte fanns en strategi för hur den skulle följas upp. Arbetet med innehållet i planen ligger till viss del på RPO och Akademiskt primärvårdscentrum.

### Prioriteringar från nationellt system från kunskapsstyrning

Mål	Delmål	Aktivitet
<p>Minskad sjuklighet och förtida död i hjärtkärlsjukdom och njursjukdom</p> <p>- via ett väl fungerande primär- och sekundärpreventivt arbete i primärvården</p> <p><i>(Detta utgör mål och insatser som förankrats gemensamt i RPO primärvård, RPO hjärtkärlsjukdomar, RPO endokrina sjukdomar, RPO njursjukdomar, RPO nervsystemets sjukdomar och RPO levnadsvanor)</i></p>	<b>Förbättrad struktur för kardiovaskulär prevention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utveckla och bygg ut sjuksköterskeledda mottagningar med ökat antal distriktsköterskor, med fokus på <i>all</i> kardiovaskulär prevention och i nära samverkan med distriktsläkare.</li> <li>- Öka andelen av befolkningen som är listade på namngiven läkare och har fast vårdkontakt, och förbättra förutsättningar för ökat antal listningsbara läkare som kan klara ett medicinskt helhetsansvar.</li> <li>- Säkra en regelbunden, personcentrerad uppföljning av patienter med kronisk sjukdom</li> <li>- Förbättra diagnosättning som grund för ett strukturerat omhändertagande och datadriven kvalitetsutveckling.</li> <li>- Stärk vårdövergångar och informationsöverföring mellan primärvård och specialiserad vård.</li> </ul> <p><i>Arbete med Akademiskt primärvårdscentrum (APC), HSF och vårdgivare</i></p>
	<b>Ökad användning och förbättring av e-hälsostöd</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Använda och fortsätt utveckla system för digital, proaktiv och strukturerad informationsinhämtning från patienten (levnadsvanor, egengenererade mätvärden, underlag för riskskattning, aktuella önskemål mm)</li> <li>- Underlätta digital dialog mellan patient och behandlande läkare/sjuksköterska, som inte begränsar sig till besöksstillfällen.</li> <li>- Utveckla digitala stöd som hjälper patienter till beteendeförändring</li> <li>- Utveckla integrerade beslutsstöd i journalen för vårdpersonalen utifrån patientens individuella risk och diagnoser.</li> </ul> <p><i>Arbete med APC, vårdgivare och HSF</i></p>
	<b>Tillgänglig och utvecklad fortbildning och kvalitetsutveckling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Skapa och tillgängliggöra uppdaterade utbildningar kring evidensbaserad behandling inom ohälsosamma levnadsvanor och läkemedel (APC, läkemedelskommitté)</li> <li>- Verka för enkel och samlad åtkomst för alla primärvårdens enheter i Stockholm-Gotland när det rör sig om webbutbildning.</li> <li>- Fortsätt utveckla arbetet med uppsökande, databaserade kvalitetsdiskussioner på vårdcentralerna (APC Kunskapsteam läkemedel)</li> </ul> <p><i>Arbete med APC, läkemedelskommitté</i></p>
	<b>Förbättrad prognosförbättrande läkemedelsbehandling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verka för mer intensiv <i>blodtryckssänkande behandling</i> genom kombination av flera läkemedel. Särskilt fokus på att nå målvärde för patienter med hjärtkärlsjukdom inkl stroke/TIA, kronisk njursjukdom och/eller typ2-diabetes.</li> <li>- Öka användningen av <i>statiner</i> till patienter med hjärtkärlsjukdom inkl stroke/TIA, kronisk njursjukdom och/eller typ 2-diabetes. Intensifierad behandling för patienter med hög risk.</li> <li>- Öka användningen av <i>övriga prognosförbättrande läkemedel</i>. Särskilt fokus på patienter med samtidig typ-2 diabetes, hjärtkärlsjukdom och/eller kronisk njursjukdom.</li> <li>- Förbättra <i>glukoskontroll</i> vid typ 2-diabetes genom att upprätta och följa upp individuella mål</li> <li>- Verka för ökad samsyn för blodtrycksmål i olika patientgrupper med ökad kardiovaskulär risk för att underlätta kommunikation och preventivt arbete i en primärvårdskontext.</li> </ul> <p><i>Samarbete med APC, läkemedelskommitté</i></p>
	<b>Ökad användning av evidensbaserade metoder för att identifiera och förändra ohälsosamma levnadsvanor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Öka användning av rekommenderade, evidensbaserade metoder för behandling av ohälsosamma levnadsvanor:</li> <li>- Rådgivande samtal (vid otillräcklig fysisk aktivitet eller riskbruk av alkohol)</li> <li>- Kvalificerat rådgivande samtal (vid ohälsosamma matvanor, inkl högt saltintag, samt vid rökning).</li> <li>- Eventuellt tillägg av läkemedel/hjälpmiddel.</li> </ul>

### Samordnade vårdförlopp

Det är ett antal diagnosområden som uppvisar samma problematik, likt diabetes och som borde hanteras i samsyn. I dagsläget delar vi upp dessa vilket inte är optimalt för patienten och ger inte optimal behandling, påpekade Martin Larsson.

**Nuläget:** Vårdförlopp är diagnosspecifika och "oläsliga"

**Utmaningen:** Samsjuklighet är normen

**Samma behov:** Inom hela kardiovaskulära området är det i stora drag samma behov av strukturerad uppföljning samma mätvärden/prover som bör kontrolleras samma levnadsvanor som bör bedömas/ behandlas mer eller mindre samma läkemedel

**Lösningen:** Ett bredare och samlat arbets sätt, med bättre digitala stöd.

## Önsksningar för framtiden

- Valfungerande utbildningsstrukturer
  - Via APC mot sjukvårdspersonal
  - Via diabetesskolor/dagvård mot patient.
- Beställare som beställer fortbildning och utveckling
- Utökade resurser till psykolog/psykiatriker/kurator
- Riktade satsningar / resursexpansion inom primärvård
- Stöd för levnadsvanearbete
- Stödjande IT-system



*Martin Larsson, Spesak och ordf- i RPO endokrina sjukdomar  
Foto: Kl.se*

## Samverkan och kluster

All vård produceras i mötet mellan patienten, professionen och systemet i vid bemärkelse, i det så kallade microsystemet, visade Anders Ekholm senior rådgivare och tidigare ordförande i Storstockholms Diabetesförening, i sin presentation.

Anders lyfte ett antal områden som anses påverka förutsättningarna och styrningen av vården, men också vad som i verkligheten ger resultat.

Riktlinjer, styrdokument och för den delen resurser visar sig ha ringa inverkan på vårdens resultat och kvalitet. Det är i möte mellan patienten och professionen som det verkligen kan ske något. Ett både inspirerande och provocerande budskap. Det som också är helt avgörande är VILJA!



*Anders Ekholm,  
senior rådgivare*

## Vilka informella enkla åtgärder kan just Du göra nästa vecka?



- Koppla ihop via telefon/mail
- Koppla ihop via existerande IT-stöd
- Vem kan ta första steget?
- Finns det någon som kan följa upp vilka patienter och vårdcentraler som behöver stöd?
- Finns det någon som kan åka ut och knacka på?

## REDOVISNING FRÅN GRUPPDISKUSSIONEN

### Redovisning från blå grupp: Diabetesplanen

#### Förslag: Ökad statinbehandling.

Ge patienter ökad kunskap om statinbehandling, dess positiva effekter. Därmed kan efterfrågan på behandling öka.

**Målet är:** Att diabetesrelaterade komplikationer ska minska för ökad livskvalitet.

**Processen:** Gruppen föreslår att via patientföreningen informera om att statiner sänker kolesterolvärdena vilket leder till minskade risker för hjärt- och kärlsjukdom.

Genom medvetna patienter som efterfrågar behandling med statiner, ska vården öka sin förskrivning. Fortbildningen av vårdpersonalen bör också bli bättre. Involvera primärvårdens hälsoinformatörer om fördelarna med statinbehandling, bland annat för att nå fler befolkningsgrupper.

**Fallgröpar:** Svårigheten att nå ut till de enheter och personer som har störst behov. En annan fallgröpa är det stora behovet av fortbildning som finns. Det borde därför finnas krav på utbildning för vårdpersonal.



### Redovisning från gul grupp: Diabetesplanen



#### Förslag nr 1: Öka kompetensen på värdenheterna.

Vidareutbildning ska vara ett krav som skrivs in i avtalen. Verksamhetscheferna bör utbildas i diabetes och om vad som krävs för att bedriva en god diabetesvård.

Akademiskt primärvårdscentrum bör ha uppsökande verksamhet och kunna kontakta enheter som då måste ta emot hjälp.

Tydliga politiska beslut efterfrågas. Har du ett uppdrag av regionen att bedriva vård ska du inte kunna tacka nej.

**Fallgröpar:** En svaghet med förslaget kan vara att det blir svårt att kräva att enheter ska ta emot hjälp.

#### Förslag nr 2: Mål för att kunna mäta jämlik vård inom diabetes.

Formulera vilka mål vi tycker är viktiga för att uppnå jämlik diabetesvård. Se mål och insatser i RPO. Det ska beslutas politiskt att detta ska följas upp och skrivas in i primärvårdsuppdraget.

## Redovisning från röd grupp: Egenmonitorering

### Förslag nr 1: Uppföljning av egenmonitorering.

Förbättra dialogen och hitta dialogvägar mellan patient och vårdgivare. Både mellan och inför fysiska besök. Erbjud patienterna att före besöket fylla i ett frågeformulär, vilket möjliggör en bättre förberedelse och delaktighet. Man ska utgå från att patienten är en expert och besöket bör fokusera på patientens behov.

Utveckla SMS-funktion, provtagning, egenanalys med jämna mellanrum. Informera om att det finns möjlighet att nå dietist och kurator.

**Målbilden:** en större delaktighet i sin personliga vård och egenvård, ökad livskvalitet, ökad trygghet och minskad stress.

**Tillvägagångsätt:** Utforma frågeformulär tillsammans med patienter och patientorganisationer. Datan från egenmonitorering blir ett konkret underlag vid besöket.

**Fallgropar:** Kan vara att frågorna blir för omfattande, styrkor är att uppnå bättre hälsa genom ökad kunskap och medvetenhet. Flytta vårdens fokus från vårdens perspektiv till personen/patienten.

### Förslag nr 2: Gemensamt användarvänligt analyssystem. Där hälsodata, oavsett medicinteknisk produkt, samlas.

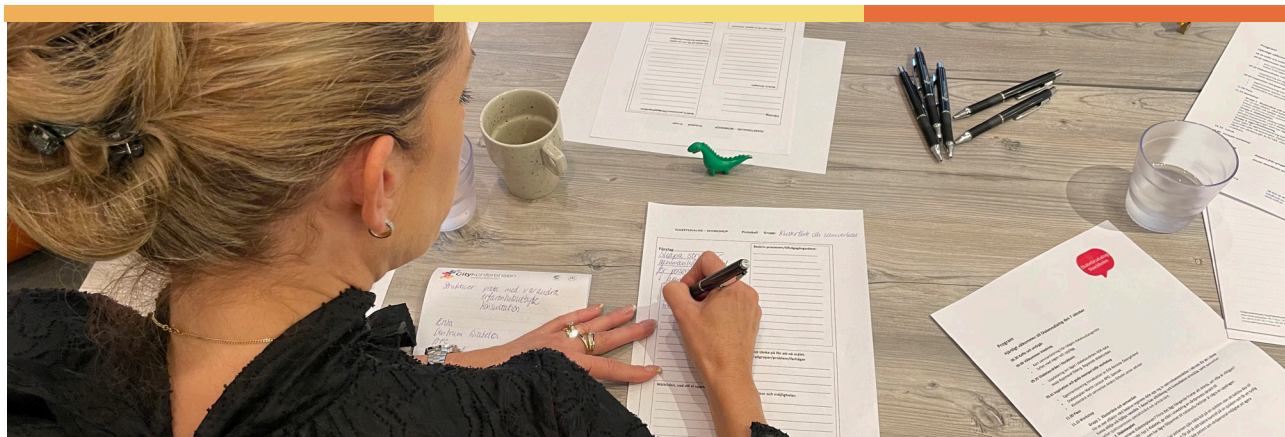
Ett enda system som samlar data från sensorer, pumpar med mera, förslagsvis även självskattat välbefinnande, ska vara lättillgängligt. Systemet ska även kunna analysera och ge förslag på åtgärder.

**Målbild:** Lättare att förstå och ta del av data som patient. Förbättrat välmående och hälsa, lättare att få kontakt med vården samt tätare och enklare återkoppling. Frigör tid.

Underlättar samverkan mellan patienter och vårdgivare, teknikföretag samt politiker. Alla perspektiv tas tillvara i hela processen. Börja med en mottagning som pilot och bjud in alla parter.

**Fallgropar:** GDPR, många olika intressen.

**Styrkor:** Det finns en stark önskan att det ska bli verklighet, teknikmöjligheter, ekonomi, effektivitet och kvalitet för alla parter.



## Redovisning från vit grupp: Egenmonitorering

### Förslag: Ordinera egenmonitorering i regionen.

Ska vara transparent för patienter. En plattform som medger att patientdata i hemmet överförs till vårdens system, möjlighet att skraddarsy systemen och lösning. Ska finnas i vårdens "hatt".

**Målbild:** Personcentreradvård till de som behöver den mest. Regionen behöver fatta beslut om IT-systemet. Kravställ upphandlingen inkl. dela data.

**Fallgropar:** Ersättningssystem, upphandling/tidsperspektiv. Ingen vill.

**Styrkor:** Östergötland har redan börjat så vi kan lära av dom. Real world data.



## Redovisning från svart grupp: Kluster och samverkan

### Förslag: Geografiska områden, kluster med vårdcentraler och specialistmottagningar.

Beställa jämlik vård och kunskap. Patienter och vården tillsammans. Ta upp i NDR, kunskap och erfarenhet finns på APC. Inventera behov både från vården men även från patienterna.

Erbjud digitala grupputbildningar i samverkan. Stötta kvalitetsarbete som ska in i ersättningen. Information och marknadsföring, genomför en pilot i ett par områden.

**Fallgropar:** Brist på tid och intresse. Tar resurser. Risk att det bygger på eldsjälär.



## Redovisning från grön grupp: Kluster och samverkan

### Förslag nr 1: Skapa en struktur för sammanhållen vård för personer i hemsjukvården.

Finns redan en grupp bildad men den behöver kontakt med den politiska- och förvaltningsnivån för att kunna gå vidare och få ett uppdrag.

**Målbild:** Att personer med diabetes får en personcentrerad vård som är styrd av behov. Inte resurser eller administrativa begränsningar.

Skapa en strukturerad personcentrerad vårdprocess i samverkan mellan olika vårdnivåer och aktörer. Kompetensutveckling ska tillgodogöras i hemsjukvård och kommunal vård. Eventuellt med certifiering. AI som planerings- och behandlingsstöd.

**Fallgropar:** Att det är delat huvudmannaskap, uppdragsbeskrivning saknas, vem har utbildningsuppdraget i kommunen.

**Styrkor:** Färre felbehandlingar, eller försämring i sjukdomen. Trygghet för patienterna eller de boende. Bättre kontinuitet. Viktigt för typ 1 att fortsätta fungerande behandling.





## Förslag nr 2: Krav på fortbildning i avtal.

Någon ska ha uppdrag att fortbilda. Krav på att ta del av kontinuitet och fortbildning, finansiering. Följa upp genomgången utbildning.

**Målbilden:** Att rätt kompetens finns hos personal som arbetar med diabetes. Tillhandahåll fortbildning enligt senaste evidens, kontinuerligt. Utbildning ska erbjudas både fysiskt och digitalt.

**Fallgropar:** Att nå ut till alla vårdaktörer. Många diagnosområden att hantera.

**Styrkor:** Tillgängligt (digitalt) och snabb teknikutveckling.

## SUMMERING OCH AVSLUTNING AV KONFERENSEN

Gemensamt för alla deltagare, oavsett hemvist, är att det finns en genuin vilja att utveckla och förbättra diabetesvården. Vi behöver arbeta på alla nivåer både för att hantera enklare frågor samtidigt som vi påbörjar det strategiska långsiktiga arbetet.

Nationella diabetesregistret ger oss möjlighet att mäta och se vissa förbättringar. Men allt förbättringsarbete kommer inte att gå att utläsa i registret.

Anders Ekholm lyfte i sin presentation att en av de viktigaste förbättringsmöjligheterna är i mötet mellan patient och vårdgivaren, i det s.k. microsystemet. Hur skapar vi förutsättningar i mötet som utgår från patientens behov, med syfte att hen skall få den kunskap, den behandling och det stöd som behövs för att kunna leva ett bra liv med diabetes? Lyckas vi där kommer förbättrad statistik i NDR på köpet.

Diabetesdialog är en unik möjlighet att samlas och gemensamt staka ut vägen framåt. Varje deltagare bidrar med just sin kompetens. Det är det som gör konferensen så givande.

## NÄSTA STEG

Storstockholms Diabetesförening tillsammans med RPO endokrina sjukdomar, RPO primärvård, regionala diabetesrådet, läkemedels- och medtech-industrin, hälso- och sjukvårdsförvaltningen och politiken behöver alla bidra till arbetet.

Storstockholms Diabetesförening kommer att bjuda in nyckelpersoner till mindre arbetsgrupper för att fortsätta arbetet utifrån respektive område. Under våren bjuder föreningen in till en uppföljningskonferens för att stämma av, utvärdera, följa upp och justera i den mån det behövs.

Vi återkommer med förslag på vidare process. Är du intresserad av att medverka mejla till Veronika Lindberg, kanslichef på Storstockholms Diabetesförening, [veronika@ssdf.nu](mailto:veronika@ssdf.nu)

Stort tack till alla deltagare som bidrog med intressanta inspel och synpunkter!  
Vi ser fram mot fortsatt arbete.

### Programgruppen

Kristina Söderlund  
Storstockholms Diabetesförening

Lena Insulander  
vice ordförande i SFSD

David Nathanson  
Karolinska universitetssjukhuset

Veronika Lindberg  
Storstockholms Diabetesförening

Anna Ugarph Morwaski  
Kunskapsteam diabetes, APC

Kaija Seiboldt  
Kunskapsteam diabetes, APC