

## Vårdprogram Diabetes mellitus

Vårdprogrammet syftar till att, med ett personcentrerat förhållningssätt, få en jämlik vård och behandling för personer med diabetes.

Utbildning och stöd till egenvård utgör grundpelarna för en god diabetesvård.

Varje person med diabetes ska ha en fast vårdkontakt, vanligtvis en diabetessjuksköterska.

### Innehållet fokuserar främst på diabetes typ 2.

---

RIKTAD SCREENING .....	2
PREDIABETES .....	2
KRITERIER FÖR DIAGNOS manifest diabetes.....	2
KLASSIFIKATION .....	3
NYUPPTÄCKT DIABETES .....	3
BEHANDLINGSMÅL.....	4
BEHANDLINGSLGORITM VID DIABETES TYP 2.....	5
Icke farmakologisk behandling .....	5
Farmakologisk behandling vid hyperglykemi .....	6
Farmakologisk behandling vid diabetes och hypertoni .....	8
Farmakologisk behandling vid dyslipidemi.....	8
UNDERSÖKNINGAR OCH KONTROLLER.....	9
EGENKONTROLL AV GLUKOS .....	9
Populationen de MEST SJUKA ÄLDRE .....	9
FÖLJDSJUKDOMAR .....	10
Ögon .....	10
Njurar .....	10
Diabetesfoten.....	10
BARIATRISK KIRURGI.....	11
GRAVIDITETSDIABETES .....	11
KVALITETSUPPFÖLJNING via Nationella Diabetesregistret .....	11

## RIKTAD SCREENING

Förebyggande åtgärder kan minska risken för utveckling av diabetes typ 2 och därmed behovet av sjukvård.

Screening med P-glukos rekommenderas i följande sammanhang:

- Förekomst av hypertoni, dyslipidemi, övervikt och bukfetma
- Pankreassjukdom
- Hjärt- och kärlsjukdom
- Diabetes typ 2 hos föräldrar/syskon/barn
- Svårläkta fotsår
- Recidiverande infektioner
- Steroidbehandling
- Neuroleptikabehandling
- Gravitet

## PREDIABETES

Viktigt med diagnos (R73.0B) så att personen har möjlighet att ta ställning till förändring av sina levnadsvanor. Läs mer [Levnadsvaneförändringar vid prediabetes](#)

### Kriterier för diagnos:

fP-glukos efter en natts fasta mellan 6,1 och 6,9 mmol/L	<b>eller</b>	P-glukos 2 timmar efter peroral glukosbelastning 8,9 – 12,1 mmol/L (kapillärt prov) eller 7,8–11,0 mmol/L (venöst prov)
--	--------------	---

Uppföljning rekommenderas vartannat år hos diabetessjuksköterska med genomgång av levnadsvanor samt provtagning fP-glukos, HbA<sub>1c</sub>, blodtryck och blodfetter.

Patientinformation [Levnadsvanor prediabetes 5 sept 2018.pdf](#)

## KRITERIER FÖR DIAGNOS manifest diabetes

P-glukos och HbA<sub>1c</sub> för diagnostik ska alltid tas venöst och analyseras på Laboratoriemedicin Dalarna.

OBS! Vid bariatrisk kirurgi är oral glukosbelastning kontraindicerat. Risken är stor för kraftigt illamående och felaktiga resultat.

fP-glukos $\geq 7,0$ mmol/L. Konfirmerande prov annan dag fordras.	<b>eller</b>	2 timmars venöst P-glukos $\geq 11,1$ mmol/L vid oral glukosbelastning. Konfirmerande prov vid annat tillfälle fordras.	<b>eller</b>	Slumpmässigt venöst P-glukos $\geq 11,1$ mmol/L vid samtidiga hyperglykemisymtom.
HbA <sub>1c</sub> $\geq 48$ mmol/mol. Konfirmerande prov annan dag, inom två veckor, fordras.	<b>eller</b>	HbA <sub>1c</sub> $\geq 48$ mmol/mol med <i>samtidigt</i> fP-glukos $\geq 7,0$ mmol/L eller 2 timmars venöst p-glukos vid oral glykosbelastning $\geq 11,1$ mmol/L.		

## KLASSIFIKATION

Det är viktigt att särskilja diabetes typ 1 och typ 2 då behandlingen skiljer sig åt. Diabetes typ 1 är en autoimmun sjukdom som leder till insulinbrist och ska därför behandlas med insulin från debuten. Diabetes typ 2 kännetecknas av en relativ insulinbrist på grund av insulinresistens, och senare även bristande insulinsekretion. Tabellen nedan ger vägledning då gränsdragningen inte alltid är uppenbar.

Diabetes typ 1	Diabetes typ 2
Akut/subakut insjuknande med klassiska symtom (törst och stora urinmängder)	Smygande debut med få symtom
Normal eller låg vikt	Ofta övervikt
Ketosbenägenhet (näst högsta eller maximalt utslag på urinstickan alt. B-ketoner >3 mmol/l)	Ej ketosbenägenhet (spår eller litet utslag på urinstickan)
Lägre ålder, oftast yngre än 30 år	Högre ålder, oftast äldre än 40 år
Liten ärftlighet	Hög ärftlighet
Annan autoimmun sjukdom	Tidigare graviditetsdiabetes
Autoantikroppar, GAD/IA2/ZnT8 (hög eller mycket hög titer/koncentration)	Andra metabola rubbningar såsom hypertoni och hyperlipidemi förekommer
C-peptid < 0,2	C-peptid > 1,0

**LADA** (Latent Autoimmun Diabetes in the Adult) uppvisar GAD-antikroppar som en autoimmun markör och räknas därför till diabetes typ 1. Karakteriseras av debut i vuxen ålder, oftast normal vikt, ibland även annan autoimmun sjukdom och mindre dramatisk debut än klassisk diabetes typ 1. Den endogena insulinproduktionen är oftast välbevarad varför patienten primärt kan behandlas som diabetes typ 2. På sikt, oftast flera år, risk för utveckling av uttalad insulinbrist.

## NYUPPTÄCKT DIABETES

Vid *misstanke* om diabetes typ 1 och/eller höga P-glukosvärden och maximalt utslag på U-ketoner remitteras patienten akut till sjukhus. Bättre än urinketoner är att mäta B-ketoner där ett värde > 3 mmol/l talar för ketoacidosis.

**Vid osäkerhet kontakta läkaren vid respektive akutmottagning.**

**Vid misstanke om diabetes (oavsett typ) hos barn och ungdomar upp till 18 år ska direkt remittering till akutmottagning/barnmedicin ske.**

*Initiala åtgärder efter att diagnosen är ställd:*

- Strukturerad anamnes: symtomutveckling, ärftlighet, sociala förhållanden och livsstil, övriga sjukdomar och läkemedelsbehandling.
- Krisreaktioner förekommer ofta. Samtal om den nya livssituationen behövs.

- Information och utbildning till patienten och närstående (beakta särskilt barnperspektivet) om sjukdomen, kost, fysisk aktivitet, tobak, alkohol, läkemedel. [Patientinformation nyupptäckt diabetes](#)
- Remiss för ögonbottenscreening.
- Planering av återbesök: diabetessjuksköterska, läkare, foterapeut. Beakta behov av kurator.
- Utbildning i egenvård, individuellt och även gruppbaserad.
- Provtagning: B-HbA<sub>1c</sub>, P-kreatinin, U-alb/kreakvot, blodtryck, längd, vikt. Avvakta med lipidstatus tills glukosläget är stabiliserat.
- Vid misstanke om diabetes typ 1 kan C-peptid tas. Dock först efter 1–2 månader då glukosläget stabiliserats och betacellerna hunnit återhämta sig.
- Vid misstanke om diabetes typ 1 kan autoantikroppar (GAD, IA2 och ZnT8) vara av värde. *Dessa prover ska **inte** tas rutinmässigt på alla personer med nyupptäckt diabetes.*
- Under det första året, information om NDR och fråga hur patienten ställer sig till att data skickas till registret. [Patientinformation om kvalitetsregister-Folder A5.pdf](#)

**C-peptid** tas 90 min efter måltid. OBS! P-glukos ska vara > 8 mmol/l vid provtagning.

< 0,2 nmol/l	0,2–1,0 nmol/l	> 1,0 nmol/l
Uttalad insulinbrist, talar för typ 1 diabetes	Ger ingen säker vägledning	Talar för typ 2 diabetes

## BEHANDLINGSMÅL

Det är alltid den enskilde individens situation som ska värderas utifrån bedömning av nytta/risk samt motivation/förmåga vilket innebär att den kan avvika från generella målvärden. Behandlingsmål ska dokumenteras i journalen.

*I tidig sjukdomsfas, de första 5–10 åren, gäller intensiv behandling för att sträva mot normala nivåer av HbA<sub>1c</sub>. Högre värden kan accepteras efter en längre tids sjukdom. Albuminuri är den viktigaste faktorn för att förutsäga ökad risk för att insjukna eller dö i hjärt-och kärlsjukdom.*

<b>HbA<sub>1c</sub> Typ 2</b>	Generellt mål	≤ 52 mmol/mol
	Nydiagnostiserad eller lång förväntad överlevnad	< 48 mmol/mol
	Äldre personer med flera kroniska sjukdomar alternativt mild till måttlig demenssjukdom. Överväg högre mål vid insulinbehandling eller vid annan risk för hypoglykemi.	< 64 mmol/mol
<b>HbA<sub>1c</sub> Typ 1</b>	* vid lång förväntad överlevnad * utan svår mikro- eller makroangiopati	45–55 mol/mol <i>alternativt</i> > 70% Tid i målområde 4–10 mmol/l (TIR) vid CGM-användning

	* återkommande svåra hypoglykemier * svår mikro- eller makroangiopati	55–69 mmol/mol
<b>HbA<sub>1c</sub> skör patient</b>	Skör person med kort förväntad överlevnad/hög ålder/svår kronisk sjukdom. Undvik hypoglykemier och symtomgivande hyperglykemier.	Använd inte HbA <sub>1c</sub> Behandling inriktas på symtomfrihet och nutritionsstatus P-glukos mellan 6-15 mmol/l
<b>P-glukos</b>	Fastande Postprandiellt Inför natten	4–6 mmol/l 6–8 mmol/l 6–10 mmol/l
<b>Blodlipider</b>	LDL-kolesterol och skattning måttlig risk	< 2,6 mmol/l
	LDL-kolesterol och skattning hög risk	< 1,8 mmol/l
	LDL-kolesterol och skattning mycket hög risk	< 1,4 mmol/l
<b>Blodtryck &gt; 65 år</b>	Systoliskt/diastoliskt	< 140/80 mmHg
<b>Blodtryck vid diabetesnefropati el. &lt; 65 år</b>	Systoliskt/diastoliskt	< 130/80 mmHg
<b>Albuminuri</b>	U-alb/kreakvot	< 3 g/mol
<b>Tobak</b>		Rök- och snusfrihet

## BEHANDLINGSLGORITM VID DIABETES TYP 2

### Icke farmakologisk behandling

Grunden i behandling av diabetes typ 2 utgörs alltid av hälsosamma levnadsvanor.

#### *Kostbehandling*

Rådgivande samtal ges av diabetessjuksköterska medan dietist kan ansvara för kvalificerat rådgivande samtal. Dietister i primärvården kan anlitas vid undervisning i grupp. Att förändra så lite som möjligt, för att uppnå så stor positiv effekt som möjligt är ofta framgångsrikt. Det är viktigt att individualisera kostråden efter patientens behov och önskemål. Bra diabeteskost är anpassad efter individens energi- och näringsbehov och följer de nordiska näringsrekommendationerna (NNR 2023). [Bra mat vid diabetes.](#)

#### *Fysisk aktivitet*

Generellt rekommenderas 150 aktivitetsminuter/vecka i form av vardagsmotion och/eller fysisk träning. Viktigt att patienten är motiverad vilket innebär motivationsarbete först, därefter ordination. Läs mer [eFyss](#).

#### *Tobak*

Fråga om tobaksbruk vid varje besök – *Hur ser du på din rökning/snusning? Vad känner du till om hur rökning/snusning påverkar din hälsa?* Informera om Sluta-Röka-Linjen, 020-84 00 00, eller [Sluta-Röka-Linjen.se](#) och om [tobaksfakta.se](#).

Informera om receptfria medel vid nikotinberoende. Erbjud receptbelagda rökavvänjningsläkemedel och rökslutarstöd.

### Gruppbaserad patientutbildning

Patientutbildning utifrån deltagarnas perspektiv har stor betydelse om den leds av personer med ämnes- och pedagogisk kompetens och är högt prioriterat i Nationella riktlinjer för diabetesvård. Gruppbaserad utbildning ska erbjudas alla med nyupptäckt diabetes. [Handledarmanual patientutbildning i grupp.pdf](#)

### Munhälsa

Förebyggande tandvård och att behandla tandsjukdom, framför allt tandlossning, kan ha god effekt på glykemisk kontroll. Individer med ökad risk för försämrad munhälsa eller pågående inflammationssjukdomar i munnen ska hänvisas till tandvården för ställningstagande till förebyggande åtgärder eller behandling. Personer med svårinställd diabetes har rätt att få [särskilt tandvårdsbidrag](#) via Försäkringskassan. [Egenvård av munhälsa vid diabetes](#)

### Farmakologisk behandling vid hyperglykemi

I enlighet med [Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för diabetesvård](#) bör den farmakologiska behandlingen av diabetes typ 2 kännetecknas av:

- att** behandla personer med nydiagnostiserad diabetes *intensivt*,
- att** *metformin*, i avsaknad av kontraindikationer, utgör den *farmakologiska grunden* för *alla* och kan titreras upp till 2g/dygn,
- att** *individualisera* läkemedelsbehandlingen genom att ta hänsyn till individens förutsättningar och samsjuklighet och i synnerhet identifiera personer med samtidig *manifest kardiovaskulär sjukdom* och/eller *hjärtsvikt* för att kunna erbjuda riktad behandling till dem.

Metformin kan användas vid njurfunktionsnedsättning men dosen ska alltid reduceras. Ingen nyinsättning vid eGFR < 45. Stor försiktighet vid samtidig behandling med ACE-hämmare, ARB, kaliumsparande diuretika och NSAID. Viktigt med aktiv uppföljning av eGFR vid patologiska värden.

eGFR ml/min	metformin
< 60	dosjustering, max 2g/dygn
< 45	dosjustering till max 1g/dygn. Ingen nyinsättning
< 30	utsättning

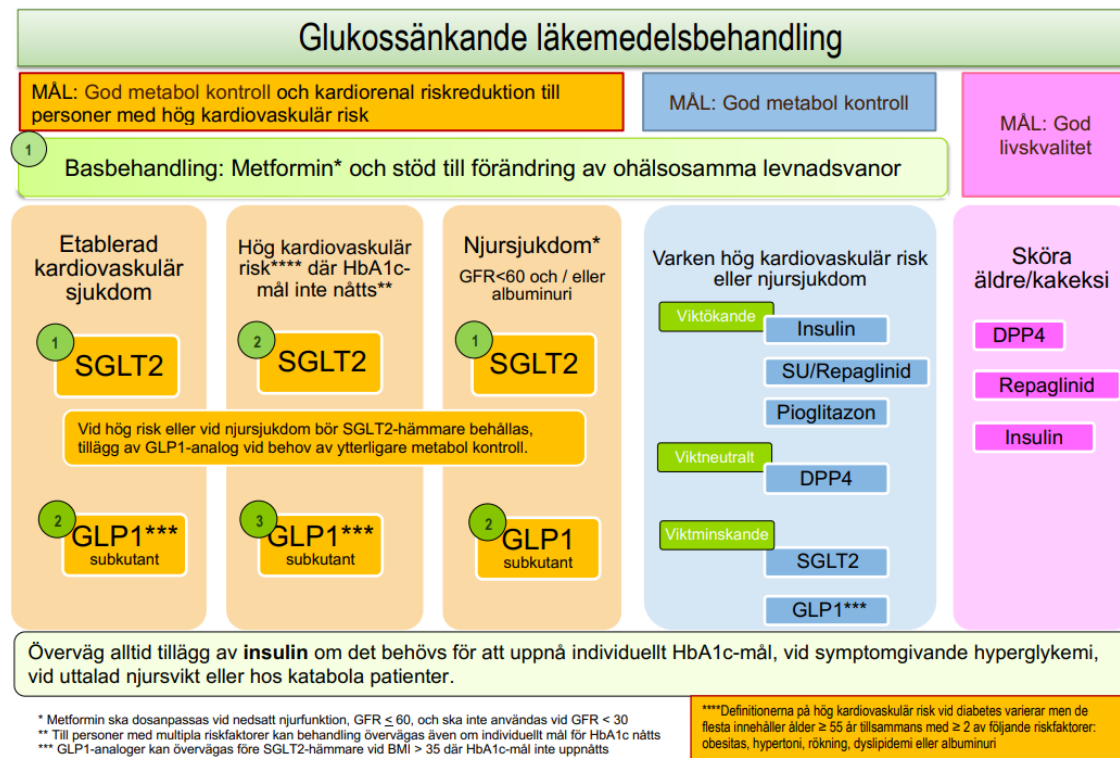
GFR som presenteras i lablistan är *relativt* vilket innebär att hänsyn tas till kreatinivärde, ålder och kön. Hos person med kraftigt avvikande kroppsstorlek bör *absolut* eGFR användas. Då tas även hänsyn till längd och vikt. Använd kalkylator *Janusmed Njurfunktion*.

Viktigt med uppehåll i metforminbehandling, samt patientinformation om detta, vid situationer med risk för intorkning (kräkning, diarré, hög feber och allmänpåverkan). [Patientinformation om metformin](#)

I samband med jodhaltig kontraströntgen får metforminbehandling fortsätta om eGFR > 45. Vid lägre eGFR eller om värde saknas ska metformin sättas ut. Utsättning även vid tillstånd som kan orsaka akut njurskada eller andra riskfaktorer för laktatacidos. Metformin återinsätts tidigast 48 timmar efter undersökningen efter det att P-kreatinin kontrollerats.

Läs mer [Instruktion – kontrastmedel metforminbehandling remittent](#)

**Ytterligare läkemedelsbehandling** individualiseras och preparatvalen ska prövas enligt nedanstående behandlingsalgoritm. Vid förändring av behandlingsregim är *aktiv uppföljning inom 3–6 månader av yttersta vikt* för att snabbt upptäcka bristfällig måluppfyllelse.



[sammanfattning-glukossankande-lakemedel.pdf \(1177.se\)](#)

Viktigt med uppehåll av preparat inom gruppen SGLT-2, samt patientinformation om detta, vid situationer som fasta och vid risk för intorkning.

[Viktig information om ditt läkemedel SGLT2-hämmare](#)

Läs mer Terapirekommendationer [Diabetes typ 2 - Region Dalarna](#)

**Farmakologisk behandling vid diabetes och hypertoni**

Hos patienter med diabetes typ 2 är ACE-hämmare eller ARB tillsammans med Ca-hämmare eller diuretika ett förstahandsval (steg 1, två läkemedel). Hos äldre/sköra patienter eller patienter med lindrig hypertoni kan monoterapi övervägas.

Andrahandsval innefattar ACE-hämmare eller ARB tillsammans med Ca-hämmare och diuretika (steg 2, tre läkemedel). I tredjehand lägg till MRA eller annat diuretikum, alfablockerare eller betablockerare (steg 3, tre läkemedel + MRA el. annat läkemedel). Vid samtidig ischemisk hjärtsjukdom och/eller hjärtsvikt är betablockad i allmänhet indicerat.

**Riskbedömning och farmakologisk behandling vid diabetes och dyslipidemi**

**Mycket hög risk: LDL < 1,4 mmol/l**

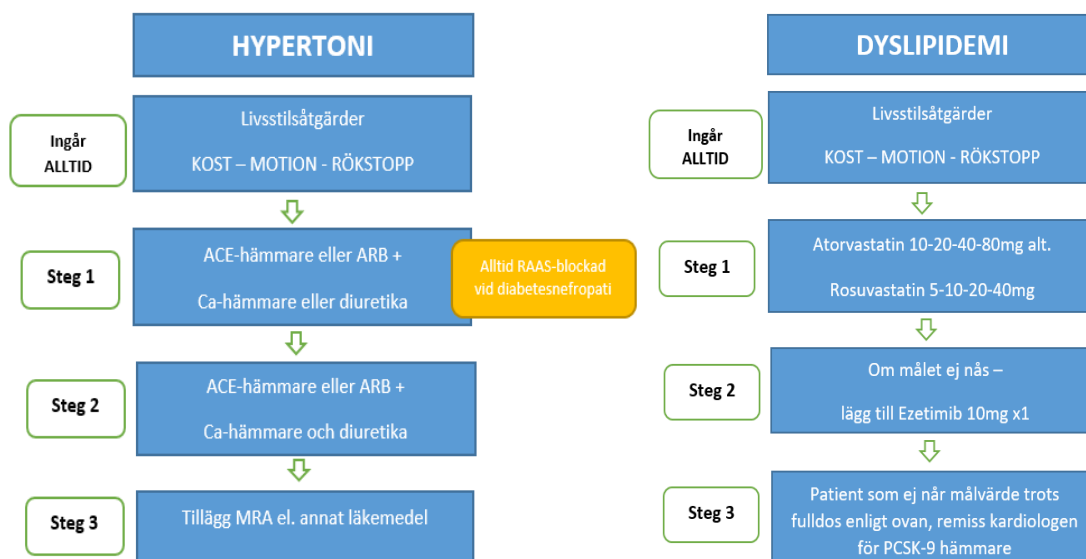
- Diabetes typ 2 (eller typ 1 > 40 års ålder) med dokumenterad ateroskleros, mikrovaskulära komplikationer från minst 3 lokaler (till exempel retinopati, mikroalbuminuri, neuropati) eller tecken på njurskada. Njurskada definieras som eGFR < 45 ml/min eller eGFR 45–59 ml/min och mikroalbuminuri (U-alb/krea 3-30 mg/mmol) eller endast albuminuri (U-alb/krea > 30 mg/mmol).

**Hög risk: LDL < 1,8 mmol/l**

- Patienter med diabetes som inte har mycket hög risk (se ovan) eller måttlig risk (se nedan).

**Måttlig risk: LDL < 2,6 mmol/l**

- Diabetes typ 1 (ålder < 35 år) eller typ 2 (ålder < 50 år) med < 10 års diabetesduration utan aterosklerotiska riskfaktorer.





## UNDERSÖKNINGAR OCH KONTROLLER

Antalet kontakter med läkare/diabetessjuksköterska ska alltid utgå från patientens behov. I samband med debut och vid insatser för optimering av behandlingen behövs tätare besök/kontakt. Vid besök/kontakt ska följande ingå: provtagning, uppföljning av personliga målnivåer, samtal om livsstilsåtgärder och utvärdering av farmakologisk behandling.

HbA<sub>1c</sub>, blodtryck och puls kontrolleras två gånger per år.

U-albumin/krea-kvot, fotstatus, totalkolesterol, HDL och LDL (om statinbehandling räcker det med LDL årligen), kreatinin, kalium, Hb samt vikt en gång per år.

EKG tas vid debut, sedan efter behov samt förslagsvis årligen efter 65 års ålder.

Triglycerider bör tas vid något tillfälle, dock ej vid debut.

Vid Metforminbehandling ska S-Kobalamin kontrolleras vid behandlingsstart och därefter regelbundet vilket enklast innebär en gång per år.

## EGENKONTROLL AV GLUKOS

Systematisk glukosmätning: upprepade, regelbundna kapillära mätningar under dygnet, före och efter måltid, erbjuds till personer med diabetes som insulinbehandlas. Kan även erbjudas till personer med diabetes typ 2, som inte har insulin, om åtgärden ger effekt på HbA<sub>1c</sub>.

Riktad glukosmätning: kapillär mätning vid speciella tillfällen bör erbjudas till personer med diabetes typ 2 som inte behandlas med insulin vid t ex debut, insättande av steroidbehandling eller vid misstanke om hypoglykemi.

Sensorbaserad kontinuerlig glukosmätning (CGM): mätning av glukosvärden i interstitiell vätska via en sensor och en mottagare. Vid diabetes typ 2 kan CGM användas av patienter som behandlas med basinsulin i kombination med måltidsinsulin och som har HbA<sub>1c</sub> > 60 mmol/mol eller återkommande allvarliga hypoglykemier trots ansträngningar att anpassa insulindoserna. CGM kan även användas under en begränsad tid för kartläggning och optimering av behandling.

## Populationen de MEST SJUKA ÄLDRE

Kännetecknas av äldre personer med svår samsjuklighet och skörhet där kognitiv svikt är vanligt förekommande. Gruppen har även ett omfattande behov av sjukvård och omvårdnad.

En individuell hälsoplan ska *alltid upprättas* där målvärden, ordinationer, riskbedömningar och planerade kontroller beskrivs.

Målet för glukossänkande behandling till de mest sjuka äldre bör inriktas på undvikande av hypoglykemi resp. symtomgivande hyperglykemi, vilket innebär att sikta mot glukosvärde 6–15 mmol/l, snarare än förebyggande av komplikationer. HbA<sub>1c</sub> ska inte användas som effektmål vid behandling

Vid diabetes typ 1 ska **alltid insulin i flerdosregim fortgå**.

Läs mer [Riktlinje för diabetesvård inom kommunal hälso och sjukvård](#)

## FÖLJDSJUKDOMAR

### Ögon

- Patientansvarig läkare ansvarar för att remiss skickas till ögonkliniken i samband med debut.
- Vid enbart livsstilsbehandling utförs ögonbottenfoto endast vid diagnos. Föreligger inga förändringar kallas patienten inte till flera fotokontroller. **Ny remiss måste skrivas om farmakologisk behandling inleds.**
- Vid diabetes utan retinopati sker fotokontroller vartannat år vid diabetes typ 1 och vart tredje år vid diabetes typ 2. Vid retinopati sker individuell bedömning.
- Personer 80 år och äldre, utan eller med mild diabetesretinopati, avslutas. Inga fler kontroller görs.
- Fotokontrollerna fortgår så länge som bedömningsbara bilder kan erhållas och så länge eventuell laserbehandling är meningsfull.
- Om hastigt "urspårat diabetes" måste ny remiss skrivas för snar fotokontroll.

Läs mer [Vårdprogram Diabetes-ögon](#)

### Njurar

Diabetesnefropati är den vanligaste orsaken till dialyskrävande njursvikt i Sverige. Incidensen är vanligare hos personer med diabetes typ 2 jämfört med diabetes typ 1. Att bromsa utvecklingen är viktigt för den enskilde men även samhällsekonomiskt. Screening för albuminuri ska göras årligen med U-albumin/krea-kvot. För bästa mätsäkerhet används morgonurin. Vid förhöjt värde tas konfirmerande prov tidigast efter tre veckor. Diagnos sätts efter att två av tre prov visat förhöjt värde.

	Normal	Mikroalbuminuri	Makroalbuminuri
U-Albumin/Krea-kvot	< 3,0 g/mol	3,0–30 g/mol	> 30 g/mol

Remiss till njurmedicin skrivs vid eGFR < 30.

Läs mer [Vårdprogram diabetesnefropati](#)

### Diabetesfoten

Fotundersökning ska göras minst en gång per år, oavsett vårdnivå, och omfatta följande punkter:

- *Hud* – ex. torr, självsprickor, förhårdnader, fotsvamp, temperatur, avsaknad av hårväxt, färg, ev. sår och deras lokalisering
- *Naglar* – ex. nageltrång, kartnaglar, nagelsvamp
- *Tryckpunkter* – ev. orsakat av personens strumpor och skor
- *Felställningar* av foten – ex. plattfot, bågfoot, nedsjunkna föfotsvalv, hammartå, klotå, hallux valgus och charcot-fot
- Ödem
- *Test sensibilitet* med monofilament 5.07/10g
- *Test vibrationssinne* med stämgaflfel 128Hz
- Test perifer cirkulation

För riskklassificering och handläggning se [Vårdprogram Diabetesfoten](#)

## BARIATRISK KIRURGI

Patienter med BMI  $\geq 35$  kan remitteras till Bariatrisk mottagning. Obesitaskirurgi kan erbjudas för diabetespatienter med BMI  $\geq 35$  (prio 2-3; enligt Socialstyrelsens nationella riktlinje för vård vid obesitas).

OBS! Om återinsättande av antidiabetika efter bariatrisk operation är nödvändigt är SU-preparat *kontraindicerat*.

## GRAVIDITETSDIABETES

Målsättningen är att identifiera kvinnor med graviditetsdiabetes vilka har en kraftigt ökad risk att senare i livet utveckla manifest diabetes. Rådgivning, uppföljning och behandling syftar till att reducera riskerna för neonatala komplikationer hos barnet.

**Kriterier för diagnos** (venös plasmaglukos vid oral glukosbelastning/OGTT):

Fastande	$\geq 5,4$ mmol/l	2h-värde $\geq 11,1$ mmol/L visar på misstänkt tidigare upptäckt manifest diabetes.
2 timmar efter belastning	8,5–11,0 mmol/l	

Läs mer [Vårdprogram graviditetsdiabetes](#)

## KVALITETSUPPFÖLJNING via Nationella Diabetesregistret

Överföring till Nationella Diabetesregistret (NDR) sker automatiskt från regionens journalssystem. NDR är ett verktyg för att driva förbättringsarbete och kontinuerligt följa hur det går med diabetesvården på sin enhet. Här kan man även se resultat för hela Sveriges diabetesvård via statistikverktyget Knappen. För behörighet till Diabetesregistret på din enhet kontakta NDR eller gå via hemsidan. [Nationella Diabetesregistret \(registercentrum.se\)](http://registercentrum.se)