

Nationella riktlinjer för diabetesvården

Metodbeskrivning

Bilaga

Innehåll

Metod för Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer.....	4
Varför vi tar fram nationella riktlinjer	4
Hur vi avgränsar ett riktlinjeområde	4
Hur vi tar fram vetenskapliga underlag	5
Hur vi rangordnar tillstånd och åtgärder	9
Hur vi tar fram nationella indikatorer	11
Hur vi arbetar med stöd för styrning och ledning	11
Hur vi för en diskussion om riktlinjerna	12
Referenser	13

Metod för Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer

Varför vi tar fram nationella riktlinjer

Socialstyrelsens målsättning med de nationella riktlinjerna är en god vård och omsorg på lika villkor. Riktlinjernas syfte är också att bidra till att rätt åtgärd används för rätt patientgrupp för att på så sätt höja kvaliteten i socialtjänsten eller hälso- och sjukvården. De nationella riktlinjerna ska även bidra till att socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens resurser används effektivt, fördelas efter befolkningens behov samt styrs av systematiska och öppna prioriteringsbeslut.

Nationella riktlinjer fokuserar på områden, sociala insatser eller medicinska åtgärder där behovet av vägledning är som störst för beslutsfattare, socialtjänst-, tandvårds- samt hälso- och sjukvårdspersonal. Det kan exempelvis vara områden där kunskapsläget är osäkert, där förhållandet mellan kostnader och nytta är osäkert, eller där det finns omotiverade praxisskillnader. Ett annat skäl till att ta fram nationella riktlinjer är att stödja utvecklingen av en evidensbaserad praktik.

Nationella riktlinjer täcker därmed inte in alla frågeställningar inom ett område. En nationell riktlinje ger rekommendationer om åtgärder på grupp-nivå. Riktlinjerna innehåller även rekommendationer om hur socialtjänsten eller hälso- och sjukvården ska organisera sig. Riktlinjerna kan dock vara ett stöd när exempelvis landstingen skapar vårdprogram eller när kommuner och landsting tar fram gemensamma planer inom ett riktlinjeområde.

Beslut om vilka riktlinjer som Socialstyrelsen tar fram fattas av myndigheten. I enstaka fall ger regeringen uppdrag till myndigheten att ta fram nationella riktlinjer för ett visst område.

Hur vi avgränsar ett riktlinjeområde

I inledningsfasen av arbetet med ett riktlinjeområde skapas en lista med tillstånd och åtgärder, så kallade tillstånds- och åtgärdspar. Med tillstånd menar vi ett hälsotillstånd som en person kan ha i form av en sjukdom, ett sjukdomsliknande tillstånd, en funktionsnedsättning eller en levnadsvana. Ett tillstånd kan också vara risk för en sjukdom, eller en särskild förutsättning som kan ha betydelse för vissa risker och sjukdomar. Slutligen kan ett tillstånd vara avsaknaden av en riskfaktor eller sjukdom.

Till varje tillstånd kopplar vi en åtgärd som är möjlig att utföra. Med åtgärder menar vi allt från en behandling eller insats till förebyggande, diagnostiska och uppföljande åtgärder. Exempel på åtgärder är läkemedelsbehandling av olika slag, defibrillator (vid hjärtstopp), fluorlackning (vid risk för karies), dagverksamhet, kognitiv beteendeterapi (vid ångest), familjeintervention och kvalificerat rådgivande samtal (för att uppnå rökstopp).

Det kan finnas många tillstånds- och åtgärdspar som vi inte tar med i listan, eftersom nationella riktlinjer fokuserar på de områden där det finns behov av vägledning.

Hur vi avgränsat nationella riktlinjer för diabetesvården

Under 2017 och 2018 har Socialstyrelsen genomfört två översyner av de nationella riktlinjerna för diabetesvård. Syftet med översynerna är att se till att riktlinjerna är aktuella och att de bygger på bästa tillgängliga kunskap.

Till grund för översynerna ligger ett nytt arbetssätt som utgår från en förvaltningsplan för respektive riktlinje. I förvaltningsplanen specificerar Socialstyrelsen de rekommendationer där kunskapsläget förväntas ändras och där en uppdaterad litteratursökning behövs. Vid behov uppdateras därefter aktuella rekommendationer och tillhörande underlag. Ett fåtal nya rekommendationer kan också läggas till vid behov.

Den första översynen av riktlinjerna för diabetesvård publicerades 2017 och innehöll uppdaterade rekommendationer om dels glukossänkande läkemedel vid typ 2-diabetes, dels viktminskande kirurgi – områden där kunskapsläget bedömdes vara förändrat sedan rekommendationerna senast publicerades 2015.

Den andra översynen genomfördes 2018 och omfattar rekommendationer framförallt om medicintekniska produkter inom kontinuerlig subkutan glukosmätning och insulintillförsel.

I båda översynerna har några få tillstånds- och åtgärdspar strukits, detta kan bero både på att frågan nu tas upp i en annan riktlinje eller att det bedömts att det inte längre finns behov av vägledning i frågan.

Rekommendationerna i riktlinjerna är i vissa fall ändrade även om de vetenskapliga underlagen är oförändrade. Det beror på att underlag och rangordning för alternativa behandlingar har justerats eller att förutsättningar i de hälsoekonomiska bedömningarna ändrats.

Vägledning för behandling av barn med diabetes finns i de nationella vårdprogrammen *Behandlingsstrategi typ 1-diabetes för dig som behandlar barn och ungdomar med typ 1-diabetes* [1] samt *Barn med typ 1-diabetes, nationellt vårdprogram för behandling med insulinpump och kontinuerlig glukosmätning* [2]. Resultaten följs upp i det Nationella diabetesregistret (NDR).

Riktlinjerna omfattar i viss mån rekommendationer om grupper med ökad risk för att utveckla typ 2-diabetes, såsom kvinnor som har haft graviditetsdiabetes.

Riktlinjerna inkluderar inte rekommendationer om kost vid diabetes, som i stället tas upp i Socialstyrelsens vägledning *Kost vid diabetes* från 2011[4].

Hur vi tar fram vetenskapliga underlag

Socialstyrelsen anlitar vetenskapligt välmeriterade experter inom aktuellt riktlinjeområde för att granska vetenskapliga studier för våra tillstånds- och åtgärdspar. Med hjälp av Socialstyrelsens informationsspecialister gör exper-

terna en systematisk litteratursökning efter i första hand välgjorda systematiska översikter. I andra hand söker experterna efter enskilda studier av god kvalitet.

De effekter av en åtgärd som vi vill utvärdera ska i första hand vara individnära mått. Exempel på sådana mått är förbättrad överlevnad, livskvalitet och förbättrad funktionsförmåga. För olika riktlinjer kan det dock finnas olika typer av effektmått som är viktiga att utvärdera.

Kunskapsöversikterna och de enskilda studiernas kvalitet granskas sedan med hjälp av särskilda mallar. Utifrån underlaget ska experterna kunna bedöma vilken effekt åtgärderna har på tillståndet och hur stark evidensen eller den vetenskapliga grunden för effekten är. Vi formulerar slutsatser om åtgärdens effekt på tillståndet samt anger med vilken evidensstyrka vi drar denna slutsats (se tabell 1a). I det här skedet summerar vi alltså det rådande kunskapsläget men ger inte några rekommendationer.

Vi använder GRADE (the grading of recommendations assessment, development and evaluation, <http://www.gradeworkinggroup.org/>), som är en internationellt vedertagen metod för att värdera och gradera evidens i vetenskapliga studier. Evidensgradering enligt GRADE bygger på en fyragradig skala; från starkt, måttligt och lågt, till otillräckligt vetenskapligt underlag. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har ersatt graderingen ”lågt” med ”begränsat” och ”mycket lågt” med ”otillräckligt”, men graderingarna har i princip samma innebörd.

Tabell 1 b beskriver översiktligt de aspekter som ingår i en bedömning av effektmåttets evidensstyrka för en aktuell åtgärd vid ett specifikt tillstånd.

Tabell 1a. Olika nivåer av evidens

Evidensstyrkan för det vetenskapliga underlaget bedöms utifrån hur tillförlitligt det vetenskapliga underlaget är

Evidensstyrka	Förklaring
Starkt vetenskapligt underlag (++++)	Vi bedömer det som mycket osannolikt att framtida forskning ändrar vår skattning av effekten.
Måttligt starkt vetenskapligt underlag (++++)	Vi bedömer det som sannolikt att framtida forskning ändrar vår skattning av effekten och även själva effektstorleken.
Begränsat vetenskapligt underlag (++)	Vi bedömer det som högst sannolikt att framtida forskning kommer att ändra vår skattning av effekten och även själva effektstorleken.
Otillräckligt vetenskapligt underlag (+)	Skattningen av effekten är mycket osäker. Det vetenskapliga underlaget saknas eller är bristfälligt.

Tabell 1b. Evidensgradering av studier enligt GRADE

Graderingen utgår bland annat från studiedesign, studiekvalitet, överförbarhet och studieresultatens säkerhet

Evidensstyrka	Studiedesign	Sänker graderingen	Höjer graderingen för observationsstudier
Starkt vetenskapligt underlag (++++)	Randomiserade kontrollerade studier (utgår från +++)	Bias: Allvarliga risker(-1)	Stor effekt och inga sannolika confounders (+1)
Måttligt starkt vetenskapligt underlag (+++)		Mycket allvarliga risker (-2)	Mycket stor effekt och inga allvarliga hot mot validiteten (+2)
Begränsat vetenskapligt underlag (++)	Observationsstudier (utgår från ++)	Överförbarhet: Brister (-1) Påtagliga brister (-2)	Mycket stor effekt och inga allvarliga hot mot validiteten (+2)
Otillräckligt vetenskapligt underlag (+)		Heterogenitet: Bekymmersam heterogenitet (-1)	Påtagliga dos- och respons samband (+1)
		Oprecisa data: Oprecisa data (-1)	-
		Publikations- och/eller rapporteringsbias: Klar risk för bias (-1)	

Hur vi tagit fram det vetenskapliga underlaget i nationella riktlinjer för diabetesvården

Socialstyrelsen gjorde i avgränsningsarbetet vid revideringen 2015 en bedömning av behovet av uppdatering av de vetenskapliga underlagen från föregående version av riktlinjerna. Bedömningen resulterade i att vi uppdaterat underlaget för omkring hälften av rekommendationerna. För andra rekommendationer bedömdes att det vetenskapliga underlaget om effekt var stabilt och att en uppdatering inte var nödvändig.

Vid översynen 2017 gjorde Socialstyrelsen en bedömning av behovet av uppdatering av de vetenskapliga underlagen från 2015 års version av riktlinjerna. Bedömningen resulterade i att vi uppdaterade underlaget för ett tiotal rekommendationer. Vid översynen 2018 uppdaterades underlaget för ytterligare ett tiotal rekommendationer.

När det saknas vetenskapligt underlag

Det finns ibland åtgärder där det saknas studier av tillräckligt hög vetenskaplig kvalitet för att det ska vara möjligt att ge ett utlåtande om effekter och bieffekter. Evidensstyrkan blir då omöjlig att gradera eller når inte över den lägsta nivån – mycket låg evidensstyrka. För att kunna vägleda hälso- och sjukvården och socialtjänsten och för att kunna rangordna tillstånds- och åtgärdspar krävs ändå ett ställningstagande om en åtgärd rimligen kan anses medföra större nytta än olägenhet.

Baserat på den sparsamma vetenskap som finns, och erfarenheten hos en stor grupp praktiker och forskare som själva har erfarenhet av åtgärden, finns det möjlighet att i en öppen process nå ett utlåtande.

För nationella riktlinjer använder Socialstyrelsen en modell för systematisk hantering av frågor med otillräckligt vetenskapligt underlag eller mycket låg evidensstyrka, det vill säga ett konsensusförfarande. I denna process försöker vi bedöma om det råder enighet om en åtgärds effekt, trots att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. Genom ett anonymt förfarande via en webbaserad enkät får en grupp praktiskt verksamma personer (en så kallad konsensuspanel) ta ställning på egen hand (och inte vid en gemensam samling) till en åtgärds patientnytta. På så sätt undviks grupptänkande och inflytande av enstaka nyckelpersoner.

Konsensus lämpar sig dock inte för att bedöma nyttan av nya metoder eller åtgärder som kräver stora investeringar eller tar stora resurser i anspråk. Det lämpar sig inte heller när det finns starka motstående intressen eller åsikter inom professionen eller när det saknas erfarenhet av åtgärden i Sverige. Konsensusförfarandet kan dock vara lämpligt vid tillstånd där det finns få tänkbara åtgärder.

Hur vi hanterat otillräckligt vetenskapligt underlag i nationella riktlinjer för diabetesvården

I aktuell version av de nationella riktlinjerna för diabetesvård har inget nytt konsensusförfarande utförts. En del av de rekommendationer från 2010 där konsensusförfarande utfördes togs bort i avgränsningsarbetet, för vissa finns nu vetenskapligt underlag att tillgå och för övriga bedömdes det att konsensuspåståendena stod sig.

I översyn 2 bedömdes ett fåtal frågeställningar med otillräckligt vetenskapligt underlag lämpliga att genomgå prioriteringsarbete. För dessa tillstånds- och åtgärdspar gjordes en extrapolering från andra underlag/frågeställningar. Detta gäller framför allt frågeställningarna som berör personer med typ 1-diabetes utan problem med återkommande hyper- eller hypoglykemi, där det vetenskapliga underlaget för personer med typ 1-diabetes och problem av återkommande hyper- eller hypoglykemi har använts som underlag i prioriteringsarbetet.

Hur vi tar fram hälsoekonomiskt underlag

Parallellt med arbetet med övrigt vetenskapligt underlag tar hälsoekonomiska experter fram underlag om tillstånds- och åtgärdsparats kostnadseffektivitet och vilken evidens som finns för bedömningen.

Även de hälsoekonomiska experterna gör en systematisk litteraturgenomgång av i första hand hälsoekonomiska utvärderingar inom riktlinjeområdet. De effektmått som vi helst använder för att värdera kostnadseffektiviteten inom hälso- och sjukvården är kvalitetsjusterade levnadsår (så kallade QALY) och vunna levnadsår.

I de fall där vi gör bedömningen att studien är av god kvalitet och relevant för svenska förhållanden anger vi att evidensen är god (tabell 2 a). I de fall där vi gör bedömningen att studien är av god kvalitet men har vissa brister när det gäller relevans för svenska förhållanden redovisar vi det som viss evi-

dens. När det saknas relevanta studier gör experterna ofta egna modellberäkningar, kalkyler eller skattningar. Kostnadseffektiviteten klassificerar vi sedan enligt fyra kategorier (tabell 2 b).

Tabell 2 a. Klassificering av den hälsoekonomiska evidensen

Hälsoekonomisk evidens klassas enligt fyra kategorier (förutsatt att studien är relevant) beroende på hur vi tagit fram underlaget

Hälsoekonomisk evidens	Beskrivning
God	Studie av god kvalitet med säkra resultat.
Viss	Studie av godtagbar kvalitet.
Kalkylerad	Fördjupade kalkyler.
Skattad	Egen bedömning, framtagen i dialog med faktagruppens experter.

Tabell 2 b. Klassificering av kostnaden per kvalitetsjusterat levnadsår (QALY) eller vunnet levnadsår

Klassificering av kostnad	Beskrivning
Låg	Under 100 000 kr per QALY eller vunnet levnadsår.
Måttlig	100 000–499 999 kr per QALY eller vunnet levnadsår.
Hög	500 000–1 000 000 kr per QALY eller vunnet levnadsår.
Mycket hög	Över 1 000 000 kr per QALY eller vunnet levnadsår.
Ej bedömt	Åtgärdens effekt har inte bedömts.

Hur vi tagit fram det hälsoekonomiska underlaget i nationella riktlinjer för diabetesvården

På samma sätt som för det vetenskapliga underlaget har Socialstyrelsen gjort en bedömning av vilka tillstånd och åtgärder som det hälsoekonomiska underlaget behövde uppdateras.

De hälsoekonomiska bedömningarna i dessa riktlinjer bygger på publicerade studier och i vissa fall på modellanalyser (se utförlig beskrivning i bilagan för de hälsoekonomiska underlagen som finns att ladda ned på www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjer). I de fall Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) gjort en bedömning har vi använt oss av deras besluts-PM.

Hur vi rangordnar tillstånd och åtgärder

Socialstyrelsen utformar ett förslag till rangordning där varje tillstånds- och åtgärdspar får en rekommendation efter angelägenhetsgrad baserad på en samlad bedömning av hälsotillståndets svårighetsgrad, effekten av åtgärden, och dess evidens samt kostnadseffektiviteten.

Rangordningen utgår från hälso- och sjukvårdens etiska plattform i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60), socialtjänstlagens bärande principer och de vetenskapliga underlagen. I arbetet finns representation från både patientföreträdare och olika yrkesgrupper inom riktlinjeområdet (till exempel läkare, socionomer, sjuksköterskor, psykologer

och sjukgymnaster), aktuella vårdnivåer (primär- och närsjukvård, länssjukvård, regionsjukvård) eller olika verksamheter inom socialtjänsten. I arbetet finns även representation från olika delar av landet.

Åtgärderna rangordnas i en skala från 1 till 10. Siffran 1 anger åtgärder med högst prioritet. Siffran 10 anger åtgärder som ger mycket liten nytta alternativt liten nytta i förhållande till kostnaden vid det aktuella tillståndet.

Varje riktlinjeområde rangordnas för sig, och man jämför de olika åtgärderna för ett tillstånd inom just det området. Siffran 5 betyder inte nödvändigtvis samma sak i demens- som i hjärtriktlinjerna. Inte heller ska en åtgärd som har fått siffran 1 i en riktlinje ställas mot en som fått siffran 3 i en annan. Däremot är ramarna för rangordningen densamma i alla riktlinjer:

- Åtgärder med dokumenterad effekt eller stöd i beprövad erfarenhet kan rangordnas mellan 1 och 10.
- Svåra hälsotillstånd och effektiva åtgärder rangordnas högre än mindre allvarliga sjukdomstillstånd och mindre effektiva åtgärder (ett tillståndets svårighetsgrad är dock ingen grund för rangordning inom socialtjänsten).
- Åtgärder med stor nytta för individen i förhållande till kostnaden rangordnas högre än åtgärder med liten nytta i förhållande till kostnaden.
- Åtgärder som kan betecknas som andrahandsval rangordnas lägre än förstahandsvalet. Hur mycket lägre rangordningen blir beror på hur mycket sämre effekten eller kostnadseffektiviteten är.

Förutom rangordningssiffrorna kan tillstånds- och åtgärdspar bli klassificerade som så kallade *icke-göra*-rekommendationer eller *FoU*-rekommendationer. *Icke-göra* innebär att åtgärden ska utmönstras ur hälso- och sjukvården, tandvården eller socialtjänsten för att

- det finns vetenskaplig dokumentation för att åtgärden inte har någon effekt (eller mycket sämre effekt än annan behandling)
- balansen mellan negativa och positiva effekter är påtagligt ogynnsam för individen
- fyndet av den diagnostiska åtgärden inte påverkar den fortsatta handläggningen.

FoU står för forskning och utveckling och innebär att åtgärden endast ska genomföras inom ramen för kliniska studier för att

- det saknas ett vetenskapligt underlag för effekten
- underlaget är bristfälligt eller motstridigt och ytterligare forskning kan tillföra ny kunskap.

När Socialstyrelsen uppdaterar riktlinjer inom ett område tittar vi särskilt igenom det vetenskapliga underlaget för FoU-rekommendationerna för att se om ny kunskap tillkommit så att vi kan rangordna dessa.

Hur vi rangordnat tillstånd och åtgärder i nationella riktlinjer för diabetesvården

Rekommendationerna i de reviderade riktlinjerna är i vissa fall ändrade även om de vetenskapliga underlagen är oförändrade. Det beror bland annat på att underlag och rangordning för alternativa behandlingar har ändrats eller att prisjusteringar påverkat de hälsoekonomiska bedömningarna.

Inom ramen för Socialstyrelsens nationella riktlinjer bedöms ett tillstånd svårighetsgrad utifrån en sammanvägning av följande aspekter: risken för sjukdom, sänkt livskvalitet och förtida död vid ett givet tillstånd. För att öka systematiken med att bedöma svårighetsgraden och för att inte missa viktiga aspekter av densamma använder myndigheten en matris där varje aspekt beaktas stegvis.

Svårighetsgraden kan vara bedömd utifrån att en första behandling inför nästa steg satts in. Detta innebär att tillstånd där en första behandling satts in vanligen bedöms som lindrigare än samma tillstånd som inte behandlats alls.

Hur vi tar fram nationella indikatorer

För varje riktlinje tar Socialstyrelsen fram nationella indikatorer. Indikatorerna är olika slags mått som man kan använda för att mäta till exempel kvaliteten i vården eller för att följa upp att vården utför de åtgärder som riktlinjerna rekommenderar. En indikator kan vara andel personer med depression som får kognitiv beteendeterapi, andelen personer med psykisk funktionsnedsättning som är hemlösa, andelen rökare bland diabetespatienter, väntetid till kranskärlsröntgen vid stabil kärlkramp och 5-årsöverlevnad vid bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer.

En indikator ska

- ha vetenskaplig rimlighet (så kallad validitet), det vill säga bygga på en kunskapsbas (vetenskap eller beprövad erfarenhet) om vad som utmärker god vård och omsorg och att den verkligen mäter det den avser mäta
- vara relevant, det vill säga ha betydelse för områden där det finns problem, behövs förbättringar och där vård- och omsorgssystemet respektive socialtjänsten kan påverka det som indikatorn mäter
- vara mätbar, det vill säga vara beskriven så att den kan mätas på ett tillförlitligt sätt – exempelvis ska termer och begrepp vara tydligt definierade.

Hur vi arbetar med stöd för styrning och ledning

Som ett stöd för styrningen och ledningen i hälso- och sjukvården och socialtjänsten väljer Socialstyrelsen ut ett antal viktiga tillstånds- och åtgärdspar som vi, utöver att rangordna, skriver rekommendationer om. Dessa kallar vi centrala rekommendationer. Oftast gäller det åtgärder som vården och omsorgen inte utför i dag i tillräcklig utsträckning men borde utföra, och åtgärder som de utför i dag men inte borde utföra. Det ska alltså vara rekommendationer om åtgärder som kan komma att påverka praxis och påverka

resursfördelningen inom området. De centrala rekommendationerna ska vara ett underlag när beslutsfattare som politiker och verksamhetschefer fattar beslut om exempelvis resursfördelning, vårdens och omsorgens organisation och kompetenshöjning.

Myndigheten beskriver även de ekonomiska och organisatoriska konsekvenser som riktlinjen kan förväntas leda till i jämförelse med nuvarande praxis. Det är i första hand konsekvenserna av de centrala rekommendationerna som vi beskriver. Konsekvenserna ska främst baseras på de kostnader som beräknats för åtgärderna i de fall kostnadseffektanalyser finns gjorda. En annan viktig del av bedömningen är gapet mellan dagens praxis inom området och en rekommenderad åtgärd i den mån sådana uppgifter finns tillgängliga.

Ytterligare underlag är de analyser av rekommendationernas konsekvenser som regionerna själva gör som en del av förberedelserna och genomförandet av regionala seminarier. Dessa analyser är viktiga i arbetet med den slutliga versionen.

De centrala rekommendationerna presenteras i dokumentet *Stöd för styrning och ledning*. I *Stöd för styrning och ledning* ger Socialstyrelsen rekommendationer om åtgärder som hälso- och sjukvården, socialtjänsten eller tandvården bör, kan eller i undantagsfall kan erbjuda. Formuleringarna *bör*, *kan* och *kan i undantagsfall* har använts med viss flexibilitet för rekommendationer med rangordning mellan 1 och 10. En åtgärd som fått prioritet 4 kan därmed vara antingen en *bör*-rekommendation eller en *kan*-rekommendation. Varje prioritering har bedömts utifrån sammanhanget samt de förutsättningar som gäller inom det aktuella riktlinjeområdet.

Hur vi för en diskussion om riktlinjerna

När Socialstyrelsen gör en fullständig uppdatering av ett riktlinjeområde ges först en remissversion av riktlinjerna ut. Remissversionen diskuteras på regionala eller nationella seminarier för beslutsfattare. De gör bland annat en praxisbeskrivning och en konsekvensbeskrivning av vilka konsekvenser det skulle få i just deras region om de följer rekommendationerna i riktlinjerna.

När regionerna har genomfört seminarierna och Socialstyrelsen har tagit ställning till eventuella synpunkter ger vi ut en slutlig version av riktlinjerna. Vid de mindre omfattande årliga översynerna har vi valt att inte använda oss av ett remissförfarande. Istället strävar vi mot att ha en kontinuerlig dialog.

Referenser

1. Landsting, SKo. Behandlingsstrategi typ 1-diabetes för dig som behandlar barn och ungdomar med typ 1-diabetes: Kombinera; 2017.
2. Landsting, SKo. Barn med typ 1-diabetes: Advant Produktionsbyrå; 2018.
3. Sjöblad, S. Barn- och ungdomsdiabetes. 2., [uppdaterade och utvidgade] uppl. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2008.
4. Socialstyrelsen. Kost vid diabetes – en vägledning till hälso- och sjukvården 2011