

Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård

Metodbeskrivning
Bilaga

Innehåll

Innehåll	2
Metod för Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer	3
Varför vi har tagit fram nationella riktlinjer för hjärtsjukvård	3
Hur vi avgränsar ett riktlinjeområde	4
Hur vi tar fram vetenskapliga underlag	4
Tillstånds- och åtgärdspar	4
Hur vi rangordnar tillstånd och åtgärder	8
Hur vi tar fram nationella indikatorer	9
Hur vi kommunicerar de nationella riktlinjerna	10
Hur vi arbetar med utvärderingar	11
Referenser	12

Metod för Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer

Varför vi har tagit fram nationella riktlinjer för hjärtsjukvård

Under de senaste 30–35 åren har insjuknande och dödlighet i olika hjärtsjukdomar stadigt minskat i landet. Hjärt-kärlsjukdom är dock fortfarande den största folksjukdomen i Sverige i dag. Hjärt-kärlsjukdom kan i stor utsträckning minskas genom effektiv prevention och behandling. Det är därför viktigt att hjärtsjukvården fortsätter att utvecklas med hjälp av nya effektiva behandlingsmetoder. Både nya och redan beprövade åtgärder behöver prioriteras och användas på ett balanserat sätt, så att sjukvårdens resurser används på ett så bra sätt som möjligt.

Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård innehåller rekommendationer som omfattar diagnostik, behandling och rehabilitering inom kranskärlssjukdom, klaffsjukdom, arytmi, hjärtsvikt samt genetisk hjärt-kärlsjukdom och medfödda hjärtfel. Syftet med rekommendationerna är att ge vägledning för beslut på gruppnivå.

Riktlinjerna innehåller också bedömningar av ekonomiska och organisatoriska konsekvenser för några av rekommendationerna samt indikatorer för uppföljning.

Under 2018 har Socialstyrelsen genomfört en översyn av de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård. Syftet med översynen är att säkerställa att riktlinjerna är aktuella och att de bygger på bästa tillgängliga kunskap.

Till grund för översynen ligger ett nytt arbetssätt som utgår från en förvaltningsplan för respektive riktlinje där myndigheten specificerar de rekommendationer där kunskapsläget förväntas ändras och där en uppdaterad litteratursökning behövs. Vid behov uppdateras därefter aktuell rekommendation och tillhörande underlag. Ett fåtal nya rekommendationer kan vid behov läggas till.

Översynen 2018 omfattar rekommendationer inom klaffsjukdom, arytmi och kranskärlssjukdom där antingen kunskapsläget eller behovet för vägledning bedömts vara förändrade sedan rekommendationerna publicerades 2015. För andra rekommendationer bedömdes att det vetenskapliga underlaget är stabilt och att en uppdatering inte är nödvändig.

Riktlinjerna utgår från hälso- och sjukvårdens behov av vägledning och omfattar därför främst områden och åtgärder där det finns stora praxis-skillnader eller där behovet av kvalitetsutveckling är stort. En del områden som fanns med i tidigare versioner av riktlinjerna tillämpas redan inom hälso- och sjukvården och ingår därför inte i de reviderade riktlinjerna.

Hur vi avgränsar ett riktlinjeområde

Nationella riktlinjer fokuserar på områden och frågeställningar där behovet av vägledning är som störst för beslutsfattare och hälso- och sjukvårdspersonal. Det kan exempelvis vara områden där kunskapsläget är osäkert, där etiskt svåra beslut måste tas, där förhållandet mellan kostnader och nytta är osäkert, där det finns omotiverade praxisskillnader eller där behovet av kvalitetsutveckling är stort.

Dessa riktlinjer omfattar betydligt färre frågor än tidigare riktlinjer för hjärtsjukvård när ansatsen var mer heltäckande. Det betyder inte att de borttagna frågeställningarna är oviktiga, däremot har Socialstyrelsen inte gjort en uppdatering av kunskapsläget och har heller inte rangordnat dessa åtgärder i denna revidering. Det här innebär att mycket av det som är grunden i hjärtsjukvården inte ingår i de reviderade riktlinjerna.

Riktlinjernas slutsatser är baserade på gruppnivå. Därför ingår inte frågor som rör väldigt få personer. Riktlinjerna innehåller heller inte rekommendationer om hur hälso- och sjukvården ska organisera sig. Riktlinjerna omfattar inte heller primärprevention av friska personer, det vill säga förebyggande åtgärder för att motverka uppkomsten av hjärt-kärlsjukdom. Frågor om primärprevention tas i stället upp i *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor 2017* [1] samt till viss del i *Nationella riktlinjer för diabetesvård 2017* [2].

Hur vi tar fram vetenskapliga underlag

Tillstånds- och åtgärdspar

I inledningsfasen av arbetet med en riktlinje 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 att det finns en risk för en sjukdom. Ett tillstånd kan även vara avsaknaden av en riskfaktor eller en sjukdom.

Till varje tillstånd kopplar vi en åtgärd som är möjlig för hälso- och sjukvården att utföra. Med åtgärder menar vi allt från en behandling eller en insats till förebyggande, diagnostiska och uppföljande åtgärder. Exempel på åtgärder är läkemedelsbehandling av olika slag, olika typer av kirurgi, fysisk träning, kvalificerat rådgivande samtal för att uppnå rökstopp eller olika diagnostiska test.

År 2015 gjorde Socialstyrelsen och sakkunniga experter inom området för hjärtsjukvård nya bedömningar av samtliga tillstånds- och åtgärdspar i riktlinjerna från 2008 och 2011. I vissa fall var bedömningen att tillstånds- och åtgärdspar skulle tas bort eftersom det faller utanför de nya avgränsningarna. I andra fall var bedömningen att det skulle vara kvar och att slutsatserna om effekt och evidens i det befintliga underlaget antingen fortfarande var gällande eller behövde uppdateras. Utöver dessa tillstånds- och åtgärdspar

tillkom ett antal nya par jämfört med tidigare riktlinjer. Ett fåtal av dessa tillstånds- och åtgärdspar har även ingått i den översyn av riktlinjerna som myndigheten har genomfört under 2018.

Tillståndets svårighetsgrad

För varje tillstånd i riktlinjerna har en bedömning gjorts av tillståndets svårighetsgrad. Svårighetsgraden avgörs utifrån risken för sjukdom, sänkt livskvalitet och förtida död vid ett visst tillstånd. Bedömningarna har gjorts av en grupp vetenskapliga experter inom områdena kranskärslsjukdom, klaffsjukdom, arytm, hjärtsvikt och genetiska och medfödda hjärtsjukdomar.

En skillnad mot tidigare riktlinjer för hjärtsjukvård är att bedömningarna, sedan 2015, har gjorts på ett mer strukturerat och systematiskt sätt. Bedömningsarbetet har utgått från en matris för att, på ett överskådligt sätt, kunna väga samman varje tillstånds påverkan på livskvaliteten och risken för sjukdom och förtida död. Inför varje bedömning har en skattning gjorts gällande fysiska och psykiska symtom, eventuella funktionsnedsättningar och frekvensen av dessa, samt de praktiska och sociala konsekvenser som funktionsnedsättningarna medför. Det har även ingått en skattning av framtida ohälsa, det vill säga den tid som tillståndet väntas bestå och risken för livskvalitetspåverkan vid utebliven åtgärd. Matrisen tar också hänsyn till tillståndets påverkan på livslängden, det vill säga hur stor risken är för förtida död.

Först har varje område skattats för sig. Därefter har även en horisontell översikt gjorts mellan områdena, vilket har underlättat jämförelser av svårighetsgraden mellan olika områden inom hjärtsjukvården.

Effektmått

I de studier som ligger till grund för Socialstyrelsens rekommendationer, används olika effektmått för att mäta effekten av en åtgärd. De effekter som vi vill utvärdera i riktlinjerna ska i första hand vara individnära. I de fall där individnära effektmått inte har använts i studierna, utvärderar vi i stället surrogatmått, det vill säga mätbara faktorer som i någon mån är relaterade till utfall som är relevanta för patienten. Effektmått kan även vara komplikationer och biverkningar till följd av åtgärden.

Exempel på viktiga effektmått inom hjärtsjukvården är följande:

- livskvalitet (med validerad skala)
- dödlighet
- hjärtinfarkt
- ischemisk stroke
- återinsjuknande eller återinläggning
- blödningskomplikationer
- ett diagnostiskt tests tillförlitlighet eller betydelse för beslut om behandling eller förändrat utfall vid behandling.

Bedömning av effekten och dess evidensstyrka

Socialstyrelsen har anlitat vetenskapligt välmeriterade experter för att granska de vetenskapliga studier som utgör underlag för alla de tillstånds- och åtgärdspar som har utarbetats eller uppdaterats. Experterna arbetar som

till exempel läkare, sjuksköterskor, psykologer och fysioterapeuter inom olika områden inom hjärtsjukvården, såsom kranskärlssjukdom, klaffsjukdom, arytm, hjärtsvikt och genetiska och medfödda hjärtsjukdomar.

Med hjälp av Socialstyrelsens informationsspecialister har experterna gjort en systematisk litteratursökning i minst två vetenskapliga databaser, i första hand efter välgjorda systematiska översikter och i andra hand efter enskilda studier av god kvalitet. Experterna har även sökt efter litteratur genom manuell genomgång av referenslistor till relevanta studier och översikter och genom kontakt med andra experter inom området.

De systematiska översikterna och de enskilda studierna har granskats och relevanta publikationer har sammanfattats. Utifrån sammanfattningen har experterna bedömt vilken effekt åtgärderna har på tillståndet och hur stark evidensen, eller den vetenskapliga grunden, är för effekten.

För att värdera och gradera evidens i vetenskapliga studier använder Socialstyrelsen *The Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE)* [3], som är en internationellt vedertagen metod. GRADE:s evidensgradering bygger på en fyrgradig skala – starkt, måttligt starkt, begränsat och otillräckligt vetenskapligt underlag.

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

Tabell 1. Evidensgradering av studier enligt GRADE

Graderingen utgår bland annat från studiedesign, studiekvalitet, överförbarhet och studieresultatets säkerhet.

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

När det saknas vetenskapligt underlag

För ett antal tillstånds- och åtgärdspar saknas studier av tillräckligt hög vetenskaplig kvalitet för att det ska vara möjligt att ge ett utlåtande om åtgärdens effekter och bieffekter. För att kunna vägleda hälso- och sjukvården,

och för att kunna rangordna åtgärderna, krävs ändå ett ställningstagande om en åtgärd rimligen kan anses medföra större nytta än olägenhet.

I dessa fall brukar Socialstyrelsen använda en modell för att systematiskt samla in beprövad erfarenhet. Genom ett anonymt förfarande får experter inom ett område ta ställning till en åtgärds nytta utifrån sin beprövade erfarenhet. Konsensus har uppnåtts när minst 75 procent av panelen är samstämmiga i sina svar.

Inom hjärtsjukvården finns europeiska och amerikanska riktlinjer publicerade av Europeiska hjärtförbundet (ESC) och American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA). Socialstyrelsen har i flera fall valt att utgå från dessa internationella riktlinjer, i stället för att samla in beprövad erfarenhet inom professionen i Sverige.

I de fall där det saknas studier av tillräckligt hög vetenskaplig kvalitet, men pågående eller nya studier förväntas kunna ge svar på frågeställningen, blir rekommendationen för tillstånds- och åtgärdsparat ”Forskning och Utveckling” (FoU), se nedan under *Hur vi rangordnar tillstånd och åtgärder*.

Hur vi tar fram hälsoekonomiskt underlag

Parallellt med arbetet med övrigt vetenskapligt underlag tar hälsoekonomer, i samråd med medicinska experter inom området, fram underlag om tillstånds- och åtgärdsparats kostnadseffektivitet och vilken evidens som finns för det. Hälsoekonomiska underlag tas främst fram för de åtgärder där Socialstyrelsen bedömer att kostnadseffektiviteten kommer att ha betydelse för prioriteringen.

Hälsoekonomerna gör en systematisk litteraturgenomgång av hälsoekonomiska utvärderingar inom området. I de fall Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket har gjort en bedömning har Socialstyrelsen använt sig av deras beslutsunderlag.

De effektmått som i första hand används för att värdera kostnadseffektiviteten för tillstånds- och åtgärdsparaten är kvalitetsjusterade levnadsår (så kallade QALY) och vunna levnadsår. Den hälsoekonomiska evidensen klassificeras enligt fyra kategorier (se tabell 2 a). När det saknas relevanta studier kan hälsoekonomerna göra egna modellberäkningar, kalkyler eller skattningar. Kostnadseffektiviteten klassificeras sedan enligt fyra kategorier eller som ”inte bedömbart” när det saknas ett underlag för att beräkna den (se 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 medicinska experter.

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

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

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 tillståndets 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) och de vetenskapliga underlagen. I arbetet deltar olika yrkesgrupper (till exempel läkare med olika specialistkompetens, sjuksköterskor och fysioterapeuter) från aktuella vårdnivåer (primär- och närsjukvård, länssjukvård och region-sjukvård). 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.

Ramarna för rangordningen är följande:

- 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.
- 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 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 forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering för att

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

Hur vi tar fram nationella indikatorer

För varje riktlinjeområde tar Socialstyrelsen fram nationella indikatorer i samverkan med sakkunniga inom området. En indikator är ett mått som har en riktning, det vill säga höga alternativt låga värden signalerar bra eller dålig kvalitet. Syftet med indikatorerna är att dessa ska kunna användas som underlag för verksamhetsuppföljning och verksamhetsutveckling samt följa upp följsamheten till de nationella riktlinjerna.

Det finns ett antal kriterier för indikatorer, bland annat ska de vara påverkbara, vilket innebär att indikatorns utfall kan påverkas av hälso- och sjukvårdens agerande. En indikator kan exempelvis spegla andelen personer i en viss patientgrupp som fått en åtgärd för ett sjukdomstillstånd, eller hur stor andel av patienterna som fått komplikationer av en viss åtgärd.

Indikatorer för hjärtsjukvård

Socialstyrelsen har tagit fram 30 indikatorer för hjärtsjukvård inom ramen för riktlinjearbetet.

De tidigare riktlinjerna för hjärtsjukvård från 2008 innehöll ett större antal indikatorer, och vid uppdateringen av riktlinjerna 2011 tillkom ytterligare några. Totalt bestod listan då av 45 indikatorer. I samband med 2015 års revidering har Socialstyrelsen gjort en genomgång av de tidigare indikatorerna och strukit eller justerat dessa, när så varit relevant. En vanlig anledning till att äldre indikatorer har strukits är att de speglar vårdåtgärder som inte längre är aktuella eller som numera tillämpas för samtliga patienter inom hälso- och sjukvården. Totalt 17 indikatorer från den tidigare indikatorlistan bedömdes fortfarande vara aktuella. Utöver dessa har 13 nya indikatorer tillkommit under 2015 års revidering av riktlinjerna.

Samtliga indikatorer i de nya riktlinjerna är i dag möjliga att mäta med hjälp av befintliga datakällor.

Mål för indikatorerna

Under de senaste åren har Socialstyrelsen arbetat med att fastställa målnivåer för ett urval av de indikatorer som ingår i de nationella riktlinjerna. Målnivåerna anger hur stor andel av en patientgrupp som bör komma i fråga för en viss undersökning eller behandling. Målnivåer kan användas som en utgångspunkt vid förbättringsarbeten eller som en hjälp i styrning och ledning av hälso- och sjukvården.

Målnivåerna fastställs utifrån en beprövad modell där såväl statistiska underlag som konsensusförfarande ingår [4]. De indikatorer som målsätts speglar tillstånd- och åtgärdspar där praxisskillnaderna är stora i landet eller där

landstingen och regionerna överlag bedöms ligga för lågt. Totalt finns det 12 nationella målnivåer för hjärtsjukvård [5].

Hur vi kommunicerar de nationella riktlinjerna

Remissversion öppnade för diskussion

Under remisstiden 15 januari–31 mars 2015 diskuterades riktlinjerna på regionala seminarier för beslutsfattare inom hälso- och sjukvården. Seminarierna anordnades av sjukvårdsregionerna med syftet att underlätta införandet av riktlinjerna. Sjukvårdsregionerna presenterade en analys av vilka ekonomiska eller organisatoriska konsekvenser som rekommendationerna får för respektive landsting eller region utifrån en bedömning av gapet mellan dagens praxis inom området och en rekommenderad åtgärd, i den mån sådana uppgifter fanns tillgängliga.

Stöd för styrning och ledning

De nationella riktlinjerna utgörs bland annat av publikationen *Stöd för styrning och ledning*. Dokumentet presenterar ett urval av tillstånds- och åtgärdsparerna. Dessa kallas för centrala rekommendationer. Det är åtgärder som Socialstyrelsen bedömer som särskilt viktiga för hälso- och sjukvården ur ett styr- och ledningsperspektiv.

I *Stöd för styrning och ledning* beskrivs även de ekonomiska och organisatoriska konsekvenser, som en del av de centrala rekommendationerna kan förväntas leda till i jämförelse med nuvarande praxis. Här kan även de konsekvenser som landstingen och sjukvårdsregionerna har lyft fram i sina gap- och konsekvensanalyser redovisas.

Stöd för styrning och ledning ska vara ett stöd för styrningen och ledningen av hälso- och sjukvården. Dokumentet ska därför vara ett underlag när beslutsfattare, som politiker och verksamhetschefer, fattar beslut om exempelvis resursfördelning och hälso- och sjukvårdens organisation och kompetenshöjning.

Elektroniskt publicerat material

De nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård utgörs av totalt cirka 170 tillstånds- och åtgärdspar. Dessa finns publicerade på Socialstyrelsens webbplats i form av en tillstånds- och åtgärdslista. För varje tillstånds- och åtgärdspar redovisas tillståndets svårighetsgrad och åtgärdens effekt på tillståndet – inklusive hur stark evidensen är för effekten. Här redovisas också vilken rangordning varje tillstånds- och åtgärdspar har fått, och vad som är motiveringen till detta. I de fall en hälsoekonomisk bedömning har gjorts av tillstånds- och åtgärdsparerna redovisas även denna.

För de allra flesta tillstånds- och åtgärdspar beskrivs och summeras även de studier som har ingått i granskningen, de vetenskapliga experternas gradering av åtgärdens effekter samt vilken sökstrategi som har använts för den

systematiska litteratursökningen (se ovan under *Bedömning av effekten och dess evidensstyrka*).

På Socialstyrelsens webbplats publiceras dessutom det hälsoekonomiska underlaget, som sammanfattar de studier och beräkningar som ligger till grund för kostnadseffektivitetsbedömningarna. En utförlig beskrivning av samtliga indikatorer som har tagits fram inom riktlinjerna för hjärtsjukvård presenteras också. På Socialstyrelsens hemsida finns också beskrivet hur riktlinjerna kan anpassas till de mest sjuka äldres särskilda förutsättningar och behov.

Hur vi arbetar med utvärderingar

Dessa riktlinjer utgår från den revidering som gjordes 2015 av tidigare nationella riktlinjer för hjärtsjukvård från 2008 och 2011. Sedan dess har Socialstyrelsen även genomfört en översyn av riktlinjerna under 2018. Sjukvårdsregionernas huvudmän ansvarar därefter för införandet av riktlinjerna.

Socialstyrelsen kommer att följa upp införandet av riktlinjerna genom återkommande utvärderingar.

Den första utvärderingen av hjärtsjukvården med utgångspunkt i de tidigare riktlinjerna publicerades av Socialstyrelsen 2009 [6]. Syftet med utvärderingen var att undersöka i hur hög grad landstingen följde de centrala rekommendationerna i de nationella riktlinjerna från 2008.

Under 2015 publicerade Socialstyrelsen en ny utvärdering av hjärtsjukvårdens följsamhet till några av de mest centrala rekommendationerna i de nationella riktlinjerna. Utgångspunkten var även de förbättringsområden som framkom i den förra utvärderingen av hjärtsjukvården från 2009.

Referenser

1. Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor - Stöd för styrning och ledning - Remissversion. Socialstyrelsen; 2017.
2. Nationella riktlinjer för diabetesvård. Socialstyrelsen; 2017.
3. Grade Working group. GRADE. Hämtad 2014-04-23 från: <http://www.gradeworkinggroup.org/>
4. Att sätta mål – förslag till modell för målsättning av indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för cancervård. Dnr 22497/2011. Socialstyrelsen; 2012.
5. Målnivåer för hjärtsjukvård. Socialstyrelsen; 2015.
6. Öppna jämförelser och utvärdering 2009 – Hjärtsjukvård. Socialstyrelsen; 2009.