



AKADEMISKA  
SJUKHUSET



# Rekommendationer om levnadsvanor i Socialstyrelsens nationella riktlinjer

Kjerstin Larsson

December 2014

INNEHÅLL	
INTRODUKTION.....	3
Socialstyrelsens nationella riktlinjer.....	3
Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.....	3
Definitioner.....	6
Syfte.....	6
METOD.....	6
RESULTAT.....	7
Rekommendationer av levnadsvanor i respektive riktlinje.....	7
Tobak.....	8
Alkohol.....	9
Fysisk aktivitet .....	10
Matvanor .....	14
Livsstilsråd.....	15
SAMMANFATTNING.....	17
REFERENSER.....	19
Bilaga 1: Tobak.....	21
Bilaga 2: Alkohol.....	23
Bilaga 3: Fysisk aktivitet.....	25
Bilaga 4: Matvanor .....	49
Bilaga 5: Livsstilsråd.....	53

## INTRODUKTION

### **Socialstyrelsens nationella riktlinjer**

För att visa på nyttan och riskerna med olika åtgärder ger Socialstyrelsen ut nationella riktlinjer för sjukdomar och tillstånd som drabbar många människor och kräver mycket resurser. Riktlinjerna är tänkta att vara ett stöd för vård och omsorg att prioritera rätt åtgärder till dem med störst behov, och ger rekommendationer om vilka åtgärder som bör ges vid ett visst tillstånd. För att ta fram rekommendationerna tas hänsyn till frågor som tillståndets allvarlighetsgrad, kostnadseffektivitet, åtgärdens effekt samt etiska överväganden. Rekommendationerna är rangordnade från 1 till 10. De åtgärder som har prioritering 1 har störst angelägenhetsgrad (dvs bäst i skalan) och 10 har lägst angelägenhetsgrad (dvs sämst i skalan). Rekommendationerna säger också vilka åtgärder som bör undvikas helt "Icke-göra" samt vilka åtgärder som endast bör användas inom ramen för forskning och utveckling "FoU" (Socialstyrelsen 2013).

Socialstyrelsen har gett ut riktlinjer för hjärtsjukvård, stroke, depression och ångest, demens, schizofreni-psykosociala insatser samt schizofreni - antipsykotisk läkemedelsbehandling, lungcancer, rörelseorganens sjukdomar, palliativ vård, bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer, astma och KOL, diabetes, missbruk och beroende samt tandvård. Dessa riktlinjer är publicerade på Socialstyrelsens hemsida: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer>

### **Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder**

Förutom de riktlinjer som är uppräknade ovan, har Socialstyrelsen också tagit fram Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (Socialstyrelsen 2011 a). I dessa riktlinjer ges rekommendationer till hälso- och sjukvården om metoder för att förebygga sjukdom genom att stödja patienter till förändring av ohälsosamma levnadsvanor. De levnadsvanor som omfattas av riktlinjerna är tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet samt ohälsosamma matvanor.

Som bilaga till riktlinjerna om sjukdomsförebyggande metoder presenteras indikatorer som tagits fram för det sjukdomsförebyggande arbetet (Socialstyrelsen 2011 b). Indikatorerna utgår från centrala rekommendationer i riktlinjerna och kan användas som resultat- och processindikatorer på lokal, regional och nationell nivå. I indikatorbilagan presenteras även mått på de aktuella levnadsvanorna i form av frågor. Dessa frågor är tänkta att användas för att identifiera personer som behöver förändra sina levnadsvanor, i samtal om levnadsvanor och för uppföljning på individ- och gruppnivå. Gränsvärden har satts för när de olika levnadsvanorna är ohälsosamma och patienten kan vara i behov av åtgärder för att förändra den aktuella levnadsvanan.

Grunden för de åtgärder som omfattas i riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder är rådgivning eller samtal, som även kan innehålla någon form av tillägg, i syfte att stödja en förändring av ohälsosamma levnadsvanor. Åtgärderna indelas i tre nivåer: *enkla råd* (korta, informerande samtal som kan kompletteras med skriftlig information, med en tidsomfattning på mindre än 5 minuter), *rådgivande samtal* (en dialog mellan patient och personal som är anpassad till den specifika patienten, som kan kompletteras med olika hjälpmedel och inkludera motiverande strategier, tidsomfattning 10 – 30 minuter) och *kvalificerat rådgivande samtal* (en dialog mellan patient och personal som är anpassad till den specifika patienten, som kan kompletteras med olika hjälpmedel och inkludera motiverande strategier, samt att någon form av samtalsmetod används och att personalen är utbildad i den aktuella samtalsmetoden, tidsomfattningen är längre än rådgivande samtal). I riktlinjerna rekommenderas åtgärdsnivå för respektive levnadsvana (Tabell 1).

Tabell 1. Rekommenderad nivå av åtgärd per levnadsvana

Levnadsvana	Rekommenderad åtgärdsnivå
Tobak	Kvalificerat rådgivande samtal individuellt eller i grupp (2) <sup>a</sup>
Alkohol	Rådgivande samtal samt webb- och datorbaserad rådgivning (4) <sup>a</sup>
Fysisk aktivitet	Rådgivande samtal med eller utan tillägg av skriftlig ordination och/eller stegräknare (3) <sup>a</sup>
Matvanor	Kvalificerat rådgivande samtal (4) <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Rangordning av rekommendationen enligt Socialstyrelsen

I riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder anges också prioriterade grupper/hälsotillstånd för vilka samtal om levnadsvanor är särskilt viktiga (Tabell 2). Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer för flera av dessa prioriterade grupper/hälsotillstånd.

Tabell 2. Prioriterade grupper per levnadsvana

Levnadsvana	Prioriterad grupp/hälsotillstånd
Tobak	Blodfettsrubbnings, högt blodtryck, övervikt/fetma, lungsjukdom, cancer, diabetes, hjärt-kärlsjukdom, schizofreni, depression, gravida, ammande, föräldrar samt inför operation
Alkohol	Blodfettsrubbnings, högt blodtryck, övervikt/fetma, kronisk smärta, leverpåverkan, hudsjukdom, schizofreni, ångest, depression, cancer, gravida, småbarnsföräldrar samt inför operation
Fysisk aktivitet	Blodfettsrubbnings, högt blodtryck, övervikt/fetma, stort bukomfång, ischemisk hjärtsjukdom, schizofreni, depression
Matvanor	Blodfettsrubbnings, högt blodtryck, övervikt/fetma, stort bukomfång, diabetes, genomgången hjärtinfarkt, schizofreni, ångest, depression, gravida

## **Definitioner**

Begreppet ”Levnadsvanor” omfattar i denna rapport förebyggande åtgärder mot tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet samt ohälsosamma matvanor.

## **Syfte**

Syftet var att kartlägga i vilken omfattning rekommendationer om åtgärder avseende levnadsvanor förekommer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer, samt vilka åtgärder som rekommenderas för olika hälsotillstånd.

## **METOD**

De nationella riktlinjer som är publicerade på Socialstyrelsens websida ingår i denna kartläggning förutom riktlinjerna om tandvård som inte har granskats för denna rapport. En manuell granskning genomfördes av respektive riktlinjes ”Tillstånd och åtgärdslista”. De ord som eftersöktes var relaterade till tobak (även rökning, snusning), alkohol (även riskbruk, missbruk, beroende), matvanor (även nutrition, kostråd), fysisk aktivitet (även rörelse- och konditionsträning). Dessutom granskades riktlinjerna för de mer generella orden livsstilsråd, livsstilsåtgärder, levnadsvanor.

I rapporten används det system som gradering av rekommendationer som Socialstyrelsen generellt använder i sina nationella riktlinjer. Rekommendationerna är graderade från 1 (starkast rekommendation) till 10 (svagast rekommendation) samt icke-göra och FoU. I resultatavsnittet anges rekommendationens rangordning inom parentes efter respektive åtgärd.

## RESULTAT

Den senaste publicerade versionen av respektive riktlinje ingår i rapporten. I en del riktlinjer var vissa uppdateringar gjorda utan att hela riktlinjen var reviderad. För riktlinjerna om hjärtsjukvård samt ångest och depression pågår revideringar vid tiden för granskningen (december 2014). Riktlinjerna om astma och KOL, diabetes samt missbruk och beroende är preliminära remissversioner.

Resultatavsnittet är upplagt så att varje levnadsvana (tobak, alkohol, fysisk aktivitet, matvanor) samt avsnittet livsstilsråd när flera levnadsvanor avses, presenteras under en egen rubrik. De aktuella rekommendationerna och hur de prioriterats utifrån angelägenhetsgrad presenteras därefter för respektive aktuell riktlinje/hälsotillstånd.

### Rekommendationer om levnadsvanor i respektive riktlinje

Rekommendationer om åtgärder avseende levnadsvanor finns i alla granskade riktlinjer förutom riktlinjerna om schizofreni-antipsykotisk läkemedelsbehandling. Den levnadsvana som förekommer i flest riktlinjer är fysisk aktivitet (nio riktlinjer) följt av matvanor (sju riktlinjer). Rekommendationer om tobak och alkohol förekommer i fem riktlinjer vardera. I fyra av riktlinjerna finns gemensamma rekommendationer i form av exempelvis livsstilsråd för flera levnadsvanor (Tabell 3).

Tabell 3. Förekomst av rekommendationer om åtgärder mot levnadsvanor vid olika hälsotillstånd i Socialstyrelsens nationella riktlinjer

Riktlinje	Version	Revi- dering	Tobak	Alkohol	Fysisk aktivitet	Mat- vanor	Livs- stilsråd
Hjärtsjukvård	2008 <sup>a)</sup>	Pågår <sup>b)</sup>	X	X	X	X	X
Stroke	2009-11	2014 <sup>c)</sup>			X	X	X
Depression och ångest	2010-12	Pågår <sup>d)</sup>			X		

Demens	2010		X <sup>e)</sup>	X	X	
Schizofreni – sociala insatser	2011-13		X <sup>f)</sup>			
Lungcancer	2011				X	
Rörelseorganens sjukdomar	2012	X <sup>g)</sup>	X <sup>g)</sup>	X		X
Palliativ vård	2013			X		
Bröst-, prostata-, tjock- tarms- och ändtarmscancer	2014	X <sup>h)</sup>		X	X <sup>i)</sup>	
Astma och KOL	2014	Remiss	X	X	X	
Diabetes	2014	Remiss	X	X	X	X
Missbruk och beroende	2014	Remiss		X <sup>j)</sup>		

<sup>a)</sup> Uppdaterade rekommendationer från 2011 och 2013 omfattar inte levnadsvanor, <sup>b)</sup> Remissversion klar vår 2015,

<sup>c)</sup> Reviderad version från 2014 omfattar inte levnadsvanor, <sup>d)</sup> Remissversion klar höst 2015. e) Vid alkoholberoende,

<sup>f)</sup> Vid missbruk eller beroende, <sup>g)</sup> Avser screening, <sup>h)</sup> Vid tjock- eller ändtarmscancer inför operation, <sup>i)</sup> Vid tjock- eller ändtarmscancer inför operation vid näringsbrist, <sup>j)</sup> Att identifiera och behandla misstänka alkoholproblem

## Tobak

Rekommendationer avseende rökning finns i riktlinjerna för hjärtsjukvård, diabetes, tjock- och ändtarmscancer, astma och KOL samt rörelseorganens sjukdomar. För detaljerad beskrivning av hälsotillstånd, åtgärd samt rekommendation se Bilaga 1, sid 21. Användning av snus nämns inte i någon av riktlinjerna.



### *Hjärtsjukvård*

Vid hjärtsjukvård rekommenderas kort rådgivning om rökstopp till rökande hjärtkärlfrisk patient (1). Kort rådgivning om rökstopp i kombination med läkemedel för rökavvänjning i samband med sjukvårdskontakt rekommenderas till rökande hjärtkärlfrisk patient (3).

### *Diabetes*

Stöd till rökstopp rekommenderas till rökare med typ 2-diabetes (1).

### *Astma och KOL*

Rökstopp rekommenderas till rökare med astma och KOL (1).

### *Tjock- och ändtarmscancer*

Rökstoppintervention genom kvalificerat rådgivande samtal rekommenderas inför operation till patienter med tjocktarms- och ändtarmscancer (4).

### *Rörelseorganens sjukdomar*

Till patienter med tidig reumatoid artrit, har screening för ogynnsamma bakgrundsfaktorer som t ex användning av tobak fått rekommendationen ”FoU”. Motivet till graderingen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt.

## **Alkohol**

Rekommendationer avseende alkohol finns i riktlinjerna för hjärtsjukvård, demens, schizofreni-sociala insatser och rörelseorganens sjukdomar. För detaljerad beskrivning av hälsotillstånd, åtgärd samt rekommendation, se Bilaga 2, sid 23.

### *Hjärtsjukvård*

Vid hjärtsjukvård rekommenderas miniintervention mot riskbruk av alkohol i samband med sjukvårdskontakt vid hög alkoholkonsumtion hos hjärtkärlfrisk patient (3). Däremot har råd om måttlig alkoholkonsumtion för att förebygga hjärtkärlsjukdom vid hälsorådgivning i samband med sjukvårdskontakt graderats till ”icke-göra”.

### *Demens*

Till personer med demens rekommenderas att basal utredning efter minst två månaders alkoholfrihet ska genomföras till personer med kognitiv svikt och alkoholberoende (1).

### *Schizofreni – sociala insatser*

Till patienter med schizofreni och samsjuklighet med missbruk eller beroende, rekommenderas behandling med psykosociala åtgärder och samverkande team med samordnade behandlingar för både missbruket/beroendet och den psykiska sjukdomen (5).

### *Rörelseorganens sjukdomar*

Vid tidig reumatoid artrit, har screening för ogynnsamma bakgrundsfaktorer som t ex alkohol fått rekommendationen ”FoU”. Motivet till graderingen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt.

## **Fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet är den levnadsvana som förekommer oftast och i flest antal riktlinjer. Rekommendationer avseende fysisk aktivitet i olika former finns i riktlinjerna för hjärtsjukvård, stroke, depression och ångest, demens, rörelseorganens sjukdomar, palliativ vård, bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer, astma och KOL samt diabetes. För detaljerad beskrivning av hälsotillstånd, åtgärd samt rekommendation, se Bilaga 3, sid 25.

### *Hjärtsjukvård*

I riktlinjerna för hjärtsjukvård finns flera rekommendationer om fysisk aktivitet vid olika sjukdomstillstånd. Dessa åtgärder har en angelägenhetsgrad från 2 till 6. Det gäller råd om fysiskt aktivitet minst 30 min/dag till hjärtkärlfrisk patient utan (2) respektive med tillägg av FaR (3), fysisk träning inom hjärtrehabilitering vid akut kranskärslsjukdom (2) och vid angina pectoris (4 - 6), vid hjärtsvikt (2), efter hjärttransplantation (5) samt vid medfödda hjärtfel (2).

### *Stroke*

Vid nedsatt balans och gångförmåga efter stroke rekommenderas träning med sjukgymnast (2) och gånginriktad träning med fokus på styrka och kondition (4). Däremot har träning på automatiserad gångbana och elektromekanisk gångträning lägre angelägenhetsgrad vid gångproblem efter stroke (10 respektive 8).

### *Diabetes*

Stöd till ökad fysisk aktivitet rekommenderas vid typ 2-diabetes (1) och råd om fysisk aktivitet vid typ 1-diabetes (3).

### *Depression och ångest*

Till vuxna med depressiva symtom är angelägenhetsgraden för rekommendationen om fysisk aktivitet hög (3). Däremot har rekommendationerna lägre angelägenhetsgrad för fysisk aktivitet till vuxna med lindrig depressionsepisod (6), till kvinnor med lindrig depressionsepisod efter förlossning (7) samt till vuxna med medelsvår depressionsepisod (9). Vid lindrig panikångest, agorafobi eller generaliserat ångestsyndrom graderas rekommendationen om fysisk aktivitet till 6 och vid paniksyndrom till 7. Motiven till den förhållandevis låga angelägenhetsgraden av rekommendationen om fysisk aktivitet är att det finns endast visst eller otillräckligt underlag för åtgärden.

### *Demens*

Fysisk aktivitet för att förebygga demenssjukdom har en stark rekommendation (1). Olika varianter av fysisk aktivitet rekommenderas också vid olika demenstillstånd: till personer med demens och risk för förstoppning samt vid svårigheter att klara av dagliga aktiviteter (rekommendation 1 för båda), personer med Alzheimer och personer med demenssjukdom i särskilt boende (5 för båda). Individanpassade träningspromenader rekommenderas till personer med Alzheimer i särskilt boende (7). Fysisk aktivitet rekommenderas till personer med demenssjukdom och aggressivitet (5) samt personer med demenssjukdom och vandringsbeteende (3).

### *Rörelseorganens sjukdomar*

Vid olika sjukdomar i rörelseorganen rekommenderas fysisk aktivitet och träning i olika former. Fysisk träning rekommenderas för hög eller måttlig risk för fall hos kvinnor med osteoporos (5) och balansträning vid risk för fall hos äldre (6). Vid artros i knä och höft rekommenderas långvarig regelbunden handledd konditions-, styrke-, och funktionsträning (3 respektive 4). Vid ankyloserande spondylit rekommenderas konditionsträning (5) och rörlighetsträning (5). Vid psoriasisartrit rekommenderas styrketräning (5).

Vid reumatoid artrit rekommenderas handledd rörelse-, styrke- eller konditionsträning ledd av specialutbildad vårdpersonal i bassäng (5) eller på land (5). Däremot är angelägenhetsgraden låg för rörelseträning på egen hand (10), styrketräning på egen hand efter instruktion (9), konditionsträning på egen hand efter instruktion (10) samt enbart standardinformation om behov av styrke- och konditionsträning eller allmän fysisk aktivitet (10). Coaching om allmän fysisk aktivitet har något bättre angelägenhetsgrad (8).

### *Palliativ vård*

Till patienter i livets slutskede som har fatigue har fysiskt träningsprogram rekommendationen ”FoU”.

### *Bröst-, prostata-, och tjocktarms- eller ändtarmscancer*

Vid bröstcancer och nedsatt styrka efter axillarutrymning rekommenderas individuell rådgivning om styrketräning (6). Vid minskad kroppsstyrka i samband med prostatacancer rekommenderas råd om styrketräning (5). Råd om fysisk aktivitet i form av aerobicsträning vid dessa cancerformer har däremot en relativt låg angelägenhetsgrad (8).

### *Astma och KOL*

Konditions- och styrketräning vid astma har en relativt låg angelägenhetsgrad (7). Högre angelägenhetsgrad har rekommendationen om specifika träningsråd för att minska ansträngningsutlösta andningsbesvär (4). Angelägenhetsgraden för rekommendationer om besöksfrekvens för bedömning av symtom och fysisk aktivitet vid kontrollerad astma varierar: uppföljning per telefon eller dator (8), återbesök en gång per år (3), återbesök vid behov (4). Vid okontrollerad astma graderas rekommendationen om besöksfrekvens för uppföljning och bedömning av symtom och fysisk aktivitet per telefon eller dator till (6), återbesök minst två gånger per år till (2) samt återbesök inom sex veckor vid exacerbation (2).

Vid KOL rekommenderas ledarstyrd träning för bibehållande av fysisk kapacitet (7) och konditions- och styrketräning (3). Vid akut exacerbation av KOL rekommenderas ledarstyrd konditions- och styrketräning (3) och vid stabilt skede av KOL rekommenderas mätning av fysisk kapacitet med sex minuters gångtest (1). Däremot har objektiv mätning av fysisk aktivitet vid KOL och otillräcklig fysisk aktivitetsnivå rekommendationen ”FoU”. Även vid KOL anges olika rekommendationer för uppföljning av symtom och fysisk aktivitet: vid KOL utan underhållsbehandling rekommenderas återbesök vid behov (3) och för KOL med underhållsbehandling och för rökare med KOL rekommenderas återbesök en gång per år (3). Vid exacerbationer av KOL rekommenderas återbesök minst två gånger per år (2) och vid akut exacerbation återbesök inom sex veckor (2).

## **Matvanor**

Rekommendationer avseende matvanor finns i riktlinjerna för hjärtsjukvård, stroke, demens, diabetes, lungcancervård, tjock- och ändtarmscancer, astma och KOL samt rörelseorganens sjukdomar. För detaljerad beskrivning av hälsotillstånd, åtgärd samt rekommendation, se Bilaga 4, sid 49.

### *Hjärtsjukvård*

Till hjärtfriska patienter med ohälsosamma matvanor rekommenderas att de får kostråd i samband med sjukvårdskontakt (5). De kostråd som nämns är ändrad fettkvalitet i maten, ökad konsumtion av frukt och grönsaker samt ökad konsumtion av fiberrika livsmedel och fullkornsprodukter. I riktlinjerna för både hjärtsjukvård och stroke rekommenderas till hjärtfriska patienter med låg konsumtion av fisk att de får råd i samband med sjukvårdskontakt om ökad konsumtion av fisk (3).

### *Demens*

Till personer med demens rekommenderas vid vikt förlust regelbunden bedömning av näringstillstånd (1) samt vid undernäring nutritionsintervention i form av energiberikning av mat och dryck med extra mellanmål (1). Till personer med demens och undernäring rekommenderas även nutritionsintervention i form av tillägg med näringsdrycker (5). Till personer med demens och risk för förstoppning rekommenderas fiberrik kost och adekvat vätskeintag genom tillförsel av vätska (1).

### *Diabetes*

Till patienter med diabetesnefropati i preuremisk fas rekommenderas råd om proteinreducerad kost (6). Vid graviditetsdiabetes rekommenderas intervention med kostråd tillsammans med fysisk aktivitet och eventuellt tillägg av insulin (2).

### *Lungcancervård*

Till personer med lungcancer i kurativt eller tidigt palliativt skede och med undernäring eller risk för undernäring rekommenderas nutritionsstöd genom kostråd och kosttillägg (5). Däremot är samma åtgärd

till personer med lungcancer i sent palliativt skede och med undernäring eller risk för undernäring ”icke-göra”.

#### *Tjock- och ändtarmscancer*

Inför operation av tjock- eller ändtarmscancer till person med näringsbrist och viktförlust rekommenderas preoperativt nutritionsstöd (5).

#### *Astma och KOL*

Vid astma och KOL rekommenderas nutritionsbehandling och näringsdryck till patient med KOL och BMI under 22 (3).

#### *Rörelseorganens sjukdomar*

Vid tidig reumatoid artrit har screening för ogynnsamma bakgrundsfaktorer som t ex nutritionsstatus fått rekommendationen ”FoU”. Motivet till graderingen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt.

### **Livsstilsråd**

I en del av riktlinjerna finns rekommendationer om samlade åtgärder för flera levnadsvanor. Det gäller främst riktlinjerna för hjärtsjukvård, men förekommer även i riktlinjerna för stroke, diabetes och rörelseorganens sjukdomar. För detaljerad beskrivning av hälsotillstånd, åtgärd samt rekommendation, se Bilaga 5, sid 53.

#### *Hjärtsjukvård*

Kartläggning av riskfaktorer samt råd och stöd för sunda levnadsvanor rekommenderas till hjärtkärlfrisk patient med fetma, diabetes eller hjärtkärlsjukdom hos 1-gradssläkting (3). De sunda levnadsvanor som omnämns är rökfrihet, fysisk aktivitet, hälsosam energibalanserad mat och måttlighet med alkohol.

Samma åtgärd rekommenderas även vid sjukdomstillstånd som förhöjt blodtryck och/eller blodfettsubbning hos hjärtkärlfrisk patient (2).

Till hjärtkärlfrisk patient med högt blodtryck och lätt till måttligt ökad risk för hjärtkärlsjukdom 1 år efter livsstilsråd, rekommenderas livsstilsrådgivning i kombination med behandling med generikaläkemedel mot högt blodtryck (1-4 beroende på läkemedel). Däremot har fortsatt livsstilsrådgivning i kombination med icke-generiska läkemedel mot högt blodtryck till samma patientgrupp högre gradering (10).

För hjärtkärlfrisk patient med blodfettsubbning och lätt till måttligt ökad risk för hjärtkärlsjukdom 1 år efter livsstilsråd har fortsatt livsstilsråd högre gradering i kombination med generiskt (8) samt icke-generisk statin (10).

Vid aterosklerotisk kärlsjukdom och höga kolesterolnivåer rekommenderas råd om livsstilsförändringar i kombination med generiska statiner (1 och 2). Däremot är råd om livsstilsförändringar i kombination med t ex icke-generiska statiner högre graderade (6 och 8).

### *Stroke*

Till patienter med stroke rekommenderas råd om livsstilsförändringar i kombination med blodtryckssänkande läkemedel som ACE-hämmare och diuretika till patienter med högt eller normalt blodtryck (2). Till patienter med höga eller normala blodfetter vid ischemisk stroke rekommenderas råd om livsstilsförändringar i kombination med generiskt statin (3) och i kombination med icke-generiskt statin (7).

### *Diabetes*

Till patienter med diabetes och högt blodtryck rekommenderas livsstilsåtgärder som rör framför allt kost och motion (1). Vid ökad risk för typ 2-diabetes rekommenderas strukturerade program för påverkan på ohälsosamma levnadsvanor där kost och fysiskt aktivitet nämns (6) och vid typ 2-diabetes och övervikt eller fetma rekommenderas intensiva livsstilsåtgärder avseende kost och motion (8). Vid graviditetsdiabetes rekommenderas stöd till förändrade ohälsosamma levnadsvanor (3).



### *Rörelseorganens sjukdomar*

Vd tidig reumatoid artrit har livsstilsrådgivning vid behov utan strukturerad kartläggning fått rekommendationen ”FoU”. Motivet till graderingen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt.

## **SAMMANFATTNING**

Rekommendationer om levnadsvanor förekommer i de flesta av de nationella riktlinjer som tagits fram av Socialstyrelsen. Oftast förekommande är levnadsvanan fysisk aktivitet där rekommendationer finns i nio olika riktlinjer (hjärtsjukvård, stroke, depression och ångest, demens, rörelseorganens sjukdomar, palliativ vård, bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer, astma och KOL samt diabetes).

Rekommendationer om matvanor förekommer i sju riktlinjer (hjärtsjukvård, stroke, demens, lungcancer, bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer, astma och KOL samt diabetes). Rekommendationer om tobak förekommer i fem riktlinjer (hjärtsjukvård, rörelseorganens sjukdomar, bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer, astma och KOL samt diabetes), liksom även rekommendationer om alkohol (hjärtsjukvård, demens, schizofreni – sociala insatser, rörelseorganens sjukdomar, samt missbruk och beroende). I fyra riktlinjer (hjärtsjukvård, stroke, rörelseorganens sjukdomar samt diabetes) finns dessutom gemensamma rekommendationer för flera levnadsvanor, ofta nämns fysisk aktivitet och matvanor samt vid något tillfälle rökfrihet och måttlighet med alkohol. Andra rekommendationer anser livsstilsråd eller råd om livsstilsförändringar mer generellt.

Rekommendationerna har olika angelägenhetsgrad (från 1 = högst angelägenhetsgrad till 10 = lägst angelägenhetsgrad). Dessutom anges ”icke-göra” för åtgärder som bör undvikas och ”FoU” för åtgärder där vetenskapligt underlag saknas och behöver tas fram. När rekommendationerna satts har hänsyn tagits till tillståndets svårighetsgrad, kostnadseffektivitet, åtgärdens effekt samt etiska överväganden. I de granskade riktlinjerna finns rekommendationer med hög angelägenhetsgrad för alla levnadsvanor.

För rökstopp och måttlig alkoholkonsumtion är rekommendationen i alla riktlinjer graderad till mellan 1 till 5. För fysisk aktivitet har rekommendationerna för de flesta hälsotillstånd en hög angelägenhetsgrad men det finns också exempel på lägre graderingar som 9 till 10 vid exempelvis träning i olika former på egen hand. För matvanor, liksom även de flesta rekommendationer om gemensamma livsstilsråd för flera levnadsvanor, är alla rekommendationer graderade mellan 1 till 5.

Eftersom Socialstyrelsens nationella riktlinjer ska vara levande dokument, kan rekommendationerna förändras allt eftersom ny kunskap om åtgärder tas fram. En del av de granskade riktlinjerna är nyligen reviderade preliminära remissversioner (riktlinjerna för astma och KOL, diabetes samt missbruk och beroende). Andra riktlinjer genomgår för närvarande revideringar (riktlinjerna för hjärtsjukvård samt depression och ångest) vilket innebär att nuvarande rekommendationer kan komma att ändras.

I det nyligen utgivna nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering (Regionala cancercentrum i samverkan, 2014) lyfts arbetet med levnadsvanor fram mycket tydligt. Vårdprogrammet fokuserar på fysisk aktivitet, matvanor, tobak och alkohol som livsstilsrelaterade faktorer som har visat sig ha påverkan på tillfrisknande och välbefinnande vid cancersjukdom. I vårdprogrammet för cancerrehabilitering hänvisas också till de nationella riktlinjerna om sjukdomsförebyggande metoder. Att riktlinjer och vårdprogram samverkar på detta sätt kan stödja implementering av arbetet med levnadsvanor samt underlätta för patienter med olika hälsotillstånd att få kunskap, stöd och hjälp till förändring av de levnadsvanor de önskar och kan behöva förändra för att förebygga ohälsa eller förbättra aktuellt hälsotillstånd.

## REFERENSER

Regionala cancercentrum i samverkan (2014). Cancerrehabilitering. Nationella vårdprogram – ett kunskapsunderlag. Hämtas från:

[http://www.cancercentrum.se/Global/RCC%20Samverkan/Dokument/V%C3%A5rdprogram/NatVP\\_cancerrehabilitering\\_maj2014\\_kunskapsunderlag.pdf](http://www.cancercentrum.se/Global/RCC%20Samverkan/Dokument/V%C3%A5rdprogram/NatVP_cancerrehabilitering_maj2014_kunskapsunderlag.pdf)

Socialstyrelsen (2011 a). Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor - stöd för styrning och ledning. Hämtas från: <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforsjukdomsforebyggandemetoder>

Socialstyrelsen (2011 b). Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Indikatorer. Bilaga. Hämtas från:

<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforsjukdomsforebyggandemetoder/Documents/nr-sjukdomsforebyggande-inikatorer.pdf>

Socialstyrelsen (2013). Hämtas från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-9-17>

# Bilaga 1

Rekommendationer tobak (1-10, icke-göra, fou)

Riktlinje	Hälsotillstånd, åtgärd	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Kostnad per vunnet levnadsår/ QALY	Hälsoekonomisk evidens alt motiv för rekommendation	Rekommendation
Hjärtsjukvård Rad A1	Rökning hos hjärtkärlfrisk patient  <i>Kort rådgivning om rökstopp vid sjukvårdskontakt</i>	Hög risk för förtida död, permanent skada.	OR för rökstopp = 1,74 (CI 1,48-2,05). Halverad hjärtinfarktisk ett år efter rökstopp och nästan normaliserad hjärtinfarktisk efter 5 år.	Evidensstyrka 1 för rökstopp  Mycket gott vetenskapligt underlag för minskad infarktisk enl. observationsstudier, men primärpreventiv randomiserad kontrollerad studie saknas	Låg	Skattad	1
Hjärtsjukvård Rad A2	Rökning hos hjärtkärlfrisk patient  <i>Kort rådgivning om rökstopp i kombination med dokumenterade läkemedel för rökavvänjning i samband med sjukvårdskontakt</i>	Hög risk för förtida död, permanent skada.	OR för rökstopp = 1,77 (CI 1,66-1,88) för NRT respektive 2,06 (CI 1,77-2,40) för bupropion jfr med råd utan läkemedel.  OR för rökstopp = 2,7-3,1 för råd + vareniklin jfr med råd + placebo.	Evidensstyrka 1  Gott vetenskapligt underlag	Låg	Skattad	3
Diabetes Rad A18	Typ 2-diabetes och rökning  <i>Stöd till rökstopp</i>	Stor svårighetsgrad	Vid typ 2-diabetes: • tycks rökstopp inte medföra någon signifikant minskning av hjärt- och kärlhändelser på kort sikt (sex år). • tycks rökstopp medföra en viktökning om ca 3 kg på kort sikt (fyra år) hos de som nyligen slutat röka.	Begränsat vetenskapligt underlag  Begränsat vetenskapligt underlag	Ej bedömbart		1
Rörelseorganens sjukdomar Rad D 05.15	Tidig reumatoid artrit – symtomduration ≤ 12 månader  <i>Screening för ogynnsamma bakgrundsfaktorer innefattande vart och ett av utbildning, alkohol och tobak, nutritionsstatus, språksvårigheter, etnisk bakgrund, co-morbiditet</i>	Mycket hög. Mycket hög inverkan på funktion och livskvalitet, mycket hög risk för framtida funktionsnedsättning och nedsättning av livskvalitet samt hög risk för förtidig död.	Studier av jämförelser med relevanta alternativ saknas.	Kan ej graderas	Ej bedömbart	Ej bedömbart Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt.	FoU
Tjocktarms-	Tjock- eller	Mycket stor	Intensiv rökstoppintervention ger 58	Måttlig	Ej bedömd	Avgörande för	4

## Bilaga 1

och ändtarms- cancer Rad K030	ändtarmscancer, inför operation  <i>Rökstopp intervention genom kvalificerat rådgivande samtal</i>	svårighetsgrad	% lägre risk (relativ risk=0.42, KI: 0.27-0.65) för postoperativa komplikationer.  Intensiv rökstoppintervention ger 69 % lägre risk (relativ risk=0.31, KI: 0.16-0.62) för utveckling av sårkomplikationer.	Måttlig		rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt. Kommentar: För mer information om rökstoppintervention genom kvalificerat rådgivande samtal, se Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011.	
Astma och KOL Rad A03.08	Astma, rökare  <i>Rökstopp</i>	Stor svårighetsgrad	"Rökstopp hos vuxna med astma: • tycks leda till förbättrad livskvalitet (begränsat vetenskapligt underlag). • tycks minska de dagliga symtomen (begränsat vetenskapligt underlag). • tycks leda till högre andel dagar med kontrollerad astma (begränsat vetenskapligt underlag). • tycks inte påverka lungfunktionen mätt med PEF (begränsat vetenskapligt underlag).  Den kliniska nyttan av åtgärder som leder till rökstopp hos patienter med astma bedöms som stor. "			Behandlingen saknar hälsoekonomisk evidens. Rökavvänjningsprogram innebär en låg till måttlig kostnad per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (skattning). Avgörande för rekommendationen är tillståndets stora svårighetsgrad samt åtgärdens effekt på livskvalitet och annan behandling. Åtgärden har en låg kostnad per effekt.	1
Astma och KOL Rad K03.05	KOL, rökare  <i>Rökstopp</i>	Stor svårighetsgrad	Vid KOL leder rökstopp till: • förbättrad lungfunktion, mätt som en långsammare minskning av FEV1 över tid, jämfört med icke rökstopp (måttligt starkt vetenskapligt underlag). • minskad risk för sjukhusinläggning (måttligt starkt vetenskapligt underlag).  Nyttan av att sluta röka för personer med KOL har stor klinisk relevans.			Åtgärden är dominant alternativt innebär en låg till måttlig kostnad per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (god evidens). Avgörande för rekommendationen är tillståndets stora svårighetsgrad samt åtgärdens stora effekt på lungfunktion. Åtgärden minskar risken för sjukhusinläggning och har en låg till måttlig kostnad per effekt.	1

## Bilaga 2

Rekommendationer alkohol (1-10, icke-göra, fou)

Riktlinje	Hälsotillstånd, åtgärd	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Kostnad per vunnet levnadsår/ QALY	Hälsoekonomisk evidens alt motiv för rekommendation	Rekommendation
Hjärtsjukvård Rad A8	Hög alkoholkonsumtion hos hjärtkärlfrisk patient.  <i>Miniintervention riskbruk alkohol med råd och underlag för begränsat alkoholintag i samband med sjukvårdskontakt</i>	Hög risk för förtida död, permanent skada.	Risikvot för alkoholrelaterad död = 0,50 (CI 0,28-0,90) efter intervention.	Evidensstyrka 1 för minskad alkoholkonsumtion efter miniintervention Gott vetenskapligt underlag för minskning i alkoholrelaterad död.	Låg	Skattad	3
Hjärtsjukvård Rad A9	Hälsorådgivning i samband med sjukvårdskontakt  <i>Råd om måttlig alkoholkonsumtion för att förebygga hjärtkärlsjukdom</i>	Måttlig risk för framtida utveckling av kardiovaskulär sjukdom	Livslång absolutism ökar inte risken för död i kranskärlssjukdom eller total död.	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömningsbar		Icke-göra
Demens Rad 150	Personer med kognitiv svikt och alkoholberoende  <i>Basal utredning efter minst två månaders alkoholfrihet</i>	Risk för utebliven eller inadekvat vård och omsorg.	Kan fastställa diagnos och ge underlag för fortsatta åtgärder.	Beprövad erfarenhet	Ej bedömbär		1
Schizofreni-psyko-sociala insatser Rad 28	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd och samsjuklighet med missbruk eller beroende  <i>Behandling med psykosociala åtgärder för missbruk eller beroende samtidigt med åtgärder för den psykiska sjukdomen</i>	Konsekvenser av en utebliven åtgärd: För personer med samsjuklighet kan en utebliven insats öka risken för återfall eller risken för att bli hemlös eller drabbas av annan utsatthet. Det gäller såväl i akutsituationer som i den långsiktiga planeringen	Vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd och samsjuklighet med missbruk eller beroende  • är det vetenskapliga underlaget otillräckligt för att avgöra om någon psykosocial metod, som motiverande samtal (MI) enbart, kognitiv beteendeterapi enbart eller kombinationen av kognitiv beteendeterapi och MI eller social färdighetsträning i grupp, har bättre effekt på missbruket än standardbehandling  • minskar bortfallet från behandling med kognitiv beteendeterapi  • minskar inte bortfallet från behandling med MI	Evidensstyrka 2  Evidensstyrka 2	Ej bedömbär		5
Schizofreni-psyko-sociala	Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd	Konsekvenser av en utebliven åtgärd: Om	Vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd och	Evidensstyrka 1	Ej bedömbär		5

## Bilaga 2

insatser Rad 45	och samsjuklighet med missbruk eller beroende  <i>Samverkande eller integrerade team ger samordnade behandlingar och psykosociala åtgärder för både missbruket eller beroendet och den psykiska sjukdomen</i>	personer med samsjuklighet inte får en lämplig insats ökar risken för återfall, eller risken för att bli hemlös eller drabbas av annan utsatthet. Detta gäller såväl i akutsituationer som i den långsiktiga planeringen	samsjuklighet med missbruk eller beroende  • är det vetenskapliga evidensstyrka 1 underlaget otillräckligt för att bedöma effekten av ACT och icke-integrerad intensiv case management på missbruket  • ökar inte åtgärderna ACT och icke-integrerad case management andelen som stannar kvar i behandling				
Rörelseorganens sjukdomar Rad D 05.15	Tidig reumatoid artrit – symtomduration ≤ 12 månader  <i>Screening för ogynnsamma bakgrundsfaktorer innefattande vart och ett av utbildning, alkohol och tobak, nutritionsstatus, språksvårigheter, etnisk bakgrund, co-morbiditet</i>	Mycket hög. Mycket hög inverkan på funktion och livskvalitet, mycket hög risk för framtida funktionsnedsättning och nedsättning av livskvalitet samt hög risk för förtidig död.	Studier av jämförelser med relevanta alternativ saknas.	Kan ej graderas	Ej bedömbär	Ej bedömbär Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt.	<b>FoU</b>

## Bilaga 3

Rekommendationer fysisk aktivitet (1-10, icke-göra, fou)

Riktlinje	Hälsotillstånd, åtgärd	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Kostnad per vunnet levnadsår/ QALY	Hälsoekonomisk evidens alt motiv för rekommendation	Rekommendation
Hjärtsjukvård Rad A1	Fysisk inaktivitet hos hjärtkärfris patient  <i>Råd i samband med sjukvårdskontakt om daglig eller så gott som daglig fysisk aktivitet &gt;30 min/dag motsv. minst rask promenad</i>	Måttlig risk för förtida död, permanent skada.	Halverad risk förtida död fr.a. genom minskad död i hjärtkärlsjukdom för den som blir fysiskt aktiv.	Evidensstyrka 1 för ökad fysisk aktivitet efter rådgivning  Mycket gott vetenskapligt underlag för minskning i förtida död enligt observationsstudier, men primärpreventiv randomiserad kontrollerad studie saknas	Låg	Skattad	2
Hjärtsjukvård Rad A4	Fysisk inaktivitet hos hjärtkärfris patient  <i>Råd i samband med sjukvårdskontakt om daglig eller så gott som daglig fysisk aktivitet &gt;30 min/dag motsv. minst rask promenad med tillägg av Fysisk aktivitet på Recept (FaR®)</i>	Måttlig risk för förtida död, permanent skada.	Halverad risk förtida död framför allt genom minskad död i hjärtkärlsjukdom för den som blir fysiskt aktiv.	Evidensstyrka 1 för ökad fysisk aktivitet efter rådgivning  Tillägg med recept på fysisk aktivitet, dagbok, stegräknare eller informations-broschyr ger förstärkt effekt (Evidensstyrka 3)  Mycket gott vetenskapligt underlag för minskning i förtida död enl. OS, men primärpreventiv randomiserad kontrollerad studie saknas	Låg	Skattad	3
Hjärtsjukvård Rad A131	Akut kranskärlssjukdom och/eller nyligen genomgången revaskularisering/CA BG  <i>Fysisk träning inom hjärtrehabilitering</i>	Måttlig risk för förtida död. Hög risk permanent skada. Stor påverkan av livskvalitet.	Minskad total mortalitet OR 0,80, CI 0,68 - 0,93), kardiell mortalitet O 0,74, CI 0,61 - 0,96, större sänkning av total kolesterol (viktad medel skillnad, -0,37 mmol/L 95 % CI -0,63 - 0,11 mmol/L, triglycerid nivå (viktad medel skillnad, -0,23 mmol/L, 95 % CI -0,39 - -0,07 mmol/ and systolic blood pressure (viktad medel skillnad, -3,2 mm Hg, 95 % CI -5,4 - -0,9 mm Hg), and lägre nivåer av självrapporterad rökning (OR 0,64, CI 0,50 - 0,83).	Evidensstyrka 1	Måttlig	God	2
Hjärtsjukvård Rad A132	Stabil angina pectoris  <i>Fysisk träning inom hjärtrehabilitering</i>	Måttlig risk förtida död. Hög risk permanent skada. Stor påverkan av livskvalitet.	Markant minskade anginabesvär, 20 % ökad arbetskapacitet.	Visst vetenskapligt underlag	Låg	Skattad	4



### Bilaga 3

Hjärtsjukvård Rad A133	Stabil angina pectoris  <i>Fysisk träning istället för revaskularisering</i>	Måttlig risk förtida död. Hög risk permanent skada. Stor påverkan av livskvalitet.	80 % händelsefri överlevnad i träningsgruppen mot 70 % i kontrollgruppen. 16 % högre syreupptag i träningsgruppen jämfört med kontrollgrupp.	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömningsbar		FoU
Hjärtsjukvård Rad A134	Refraktär angina utan möjligheter till revaskularisering  <i>Fysisk träning inom hjärtrehabilitering</i>	Hög risk förtida död. Hög risk för permanent skada. Stor påverkan av livskvalitet.	Förbättrad ADL-funktion, minskad angina..	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Låg	Skattad	6
Hjärtsjukvård Rad D36	Hjärtsvikt (NYHA II–III)  <i>Fysisk träning inom hjärtrehabilitering</i>	Måttlig risk förtida död. Hög risk permanent skada. Stor påverkan av livskvalitet.	V02max +2,16 mL/kg/min, CI 2,82-1,49. Arbetstid 2,38 min, (CI 2,85-1,93), Arbetskapacitet 15,1 watt (CI 17,7 – 12,6), Sex minutersgångtest 40,9 m (64,7-17,1) Livskvalitet förbättras. Mortalitet-minskning (HR 0,65, CI 0,46 till 0,92; log rank chi(2) =5,9, p=0,015).	Evidensstyrka 2	Låg	Skattad	2
Hjärtsjukvård Rad D37	Efter hjärttransplantation  <i>Fysisk träning inom hjärtrehabilitering</i>	Måttlig risk förtida död. Hög risk permanent skada. Stor påverkan av livskvalitet.	V02max ökar med 26 %. Muskelfunktion förbättras.	Mycket gott vetenskapligt underlag	Låg	Skattad	5
Hjärtsjukvård Rad E14	Barn och vuxna med medfödda hjärtfel  <i>Fysisk träning initierad av sjukgymnast</i>	Måttlig risk för förtida död . Hög risk för permanent skada och stor påverkan av livskvalitet.	V02max ökar 20 %. Livskvaliteten förbättras.	Gott vetenskapligt underlag	Låg	Skattad	2
Stroke Rad F6	Nedsatt balans och gångförmåga efter stroke  <i>Träning med sjukgymnastik</i>	Aktivitetsbegränsning, risk för försämrad livskvalitet.	Bättre motorisk funktion. Bättre balans. Bättre i ADL. Bättre gångförmåga.	Evidensstyrka 1  Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömningsbar		2
Stroke Rad F12	Gångproblem efter stroke	Måttlig nedsättning av	Ingen påvisbar effekt	Evidensstyrka 4	Ej bedömningsbar		10

### Bilaga 3

	<i>Träning på automatiserad gångbana med avlastning av kroppsvikt</i>	livskvalitet. Måttligt behov av symtomlindring.					
Stroke Rad F13	Gångproblem efter stroke  <i>Träning med elektromekanisk gångträning i kombination med annan sjukgymnastik</i>	Måttlig nedsättning av livskvalitet. Måttligt behov av symtomlindring.	Måttlig förlängning av gångsträcka men inte av gånghastighet.	Evidensstyrka 2	Ej bedömbart		8
Stroke Rad H5	Lätt till måttlig stroke med bevarad gångförmåga hos yngre personer med låg risk för hjärtsjukdom vid träning  <i>Gånginriktad träning med fokus på styrka och kondition</i>	Nedsatt funktion och livskvalitet.	Förbättrad gångförmåga. Ökad arbetskapacitet (kondition).	Evidensstyrka 1	Måttlig	Skattad	4
Diabetes Rad A23	Typ 2-diabetes  <i>Stöd till ökad fysisk aktivitet</i>	Liten svårighetsgrad	Vid typ 2-diabetes <ul style="list-style-type: none"> <li>• tycks regelbunden måttlig intensiv fysisk aktivitet eller förbättrad fysisk kondition ge minskad risk för förtida död i hjärtsjukdom eller av alla orsaker</li> <li>• tycks regelbunden måttlig intensiv fysisk aktivitet eller förbättrad fysisk kondition ge minskad hjärtsjukdom eller som kransårssjukdom eller stroke</li> <li>• ger strukturerad måttlig intensiv fysisk aktivitet under minst tre månader lägre HbA1c (0,7 procentenheter (cirka 7,7 mmol/mol))</li> <li>• kan rådgöra om fysisk aktivitet tillsammans med kostråd medföra minskning av HbA1c med cirka 0,6 procentenheter (6,6 mmol/mol)</li> </ul>	Begränsat vetenskapligt underlag  Begränsat vetenskapligt underlag  Måttligt starkt vetenskapligt underlag  Måttligt starkt vetenskapligt underlag	Låg kostnad per vunnen QALY för fysisk aktivitet i kombination med kostråd jämfört med sedvanlig vård.	Viss	1

### Bilaga 3

Diabetes Rad A24	Typ 1-diabetes  <i>Råd om fysisk aktivitet</i>	Måttlig svårighetsgrad	Vid typ 1-diabetes har en regelbunden fysisk aktivitet en patientnytta som överstiger olägenheten.	Konsensus	Ej bedömbart		3
Depression och ångest Rad 88	Vuxna med depressiva symtom (subsyndromal depression)  <i>Råd om egenvård i form av fysisk aktivitet</i>	Få, lindriga symtom. Funktionsnedsättning kan förekomma, men i allmänhet klarar personen att utföra vardagssysslor och att arbeta. Risk för försämring och utveckling av fler och tydligare symtom (egentlig depressionsepisod).  Bedömd svårighetsgrad: Liten till måttlig	Bedömd effekt: God	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbart		3
Depression och ångest Rad 104	Vuxna med lindrig egentlig depressionsepisod  <i>Fysisk aktivitet</i>	Få, oftast lindriga symtom. Funktionsnedsättning kan förekomma, men i allmänhet klarar personen att utföra vardagssysslor och att arbeta. Livskvaliteten kan påverkas tillfälligt. Viss risk för utveckling av medelsvår eller svår egentlig depressionsepisod. Vid samsjuklighet	Bedömd effekt: God	Visst vetenskapligt underlag	Låg kostnad per QALY jmf med alternativ behandling	Skattad	6

### Bilaga 3

		kan denna risk öka.  Bedömd svårighetsgrad: Liten till måttlig					
Depression och ångest Rad 109	Kvinnor med lindrig egentlig depressionsepisod efter förlossning  <i>Fysisk aktivitet</i>	Få, oftast lindriga symtom. Funktionsnedsättning kan förekomma, men i allmänhet klarar personen att utföra vardagssysslor och att arbeta. Livskvaliteten kan påverkas tillfälligt. Viss risk för utveckling av medelsvår eller svår egentlig depressionsepisod. Vid samsjuklighet kan denna risk öka.  Bedömd svårighetsgrad: Liten till måttlig	Bedömd effekt: Obetydlig	Visst vetenskapligt underlag	Låg kostnad/QA LY jmf med alternativ behandling	Skattad	7
Depression och ångest Rad 135	Vuxna med medelsvår egentlig depressionsepisod  <i>Tillägg av fysisk aktivitet till läkemedelsbehandling</i>	Flera och varaktiga symtom. Nedsatt funktionsförmåga med stora svårigheter att klara arbete och vardagsliv. Nedsatt livskvalitet. Risk för självmordshandling, för successiv försämring med	Effekten kan inte bedömas	Otillräckligt vetenskapligt underlag	Ej bedömbart		9

### Bilaga 3

		<p>ytterligare funktionsnedsättning samt för lång varaktighet. Vid samsjuklighet kan dessa risker öka.</p> <p>Bedömd svårighetsgrad: Måttlig</p>					
Depression och ångest Rad 212	<p>Vuxna med lindrig panikångest, agorafobi eller generaliserat ångestsyndrom</p> <p><i>Fysisk aktivitet</i></p>	<p>Risk för utveckling av mer behandlingskrävande psykisk ohälsa.</p>	Bedömd effekt: liten	Visst vetenskapligt underlag	Låg kostnad/QA LY jmf med alternativ behandling	Skattad	6
Depression och ångest Rad 241	<p>Vuxna med paniksyndrom</p> <p><i>Fysisk aktivitet</i></p>	<p>Flera och återkommande symtom. Viss nedsättning av funktionsförmågan (till exempel vid agorafobi). Nedsatt livskvalitet. Risk för självmordshandling, för successiv försämring med ytterligare funktionsnedsättning samt för lång varaktighet. Vid samsjuklighet kan dessa risker öka.</p> <p>Bedömd svårighetsgrad: Måttlig</p>	Bedömd effekt: Liten	Evidensstyrka 3	Ej bedömbart		7
Demens	Friska personer	Risken för	Kan minska risken att utveckla	Evidensstyrka 3	Ej bedömbart		3

### Bilaga 3

Rad 2	<i>Fysisk aktivitet för att förebygga demenssjukdom</i>	demenssjukdom är mycket låg hos personer under 60 år, men ökar sedan med åldern.	demenssjukdom.				
Demens Rad 56	Personer med demenssjukdom och risk för förstoppning  <i>Fysisk aktivitet</i>	Risk för försämring av livskvalitet och hälsotillstånd.	Kan ha en positiv påverkan på tarmfunktionen.	Beprövad erfarenhet	Ej bedömbart		1
Demens Rad 74	Personer med demenssjukdom som har svårigheter att klara av dagliga aktiviteter  <i>Deltagande i individuellt anpassade aktiviteter inklusive fysisk aktivitet</i>	Nedsatt livskvalitet och förmåga till aktivitet och delaktighet.	Kan bidra till att stimulera välbefinnandet.  Förebygger och reducerar åldersrelaterade fysiska och psykiska förändringar, minskar risken för ohälsa samt bevarar aktivitetsförmåga och självständighet.  Kan förbättra mentala funktioner, kommunikationsförmåga och funktion i det dagliga livet hos personer med demenssjukdom specifikt.	Beprövad erfarenhet  Evidensstyrka 1  Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbart		1
Demens Rad 79	Personer med Alzheimers sjukdom i särskilt boende  <i>Kombinerad träning - individanpassad, funktionell träning med medelhög intensitet</i>	Successivt försämrade fysiska funktionsförmågor a.	Förbättrar ADL- och gångförmåga.	Visst vetenskapligt underlag	Kostnadseffektiv jämfört med ingen fysisk träning  Kostnadseffektiv jämfört med individanpassade träningsprogrammer	Skattad  Skattad	5
Demens Rad 80	Personer med demenssjukdom i särskilt boende  <i>Kombinerad träning - individanpassad, funktionell träning med medelhög till hög intensitet</i>	Successivt försämrade fysiska funktionsförmågor a.	Förbättrar ADL-förmåga, gångförmåga, balans, benstyrka och funktionell förmåga.	Visst vetenskapligt underlag	Kostnadseffektiv jämfört med ingen fysisk träning  Kostnadseffektiv jämfört med	Skattad  Skattad	5

### Bilaga 3

					individ Anpassade promenader		
Demens Rad 81	Personer med Alzheimers sjukdom i särskilt boende  <i>Individanpassade träningspromenader</i>	Successivt försämrad fysisk funktionsförmåga.	Förbättrar gångförmågan.	Visst vetenskapligt underlag	Ej kostnadseffektiv jmf med kombinerad träning  Kostnadseffektivitet jmf med ingen fysisk träning - ej bedömbart	Skattad	7
Demens Rad 127	Personer med demenssjukdom och aggressivitet  <i>Fysisk aktivitet</i>	Svårt tillstånd med psykiskt lidande och risk för att skada sig själv och andra.	Kan minska aggressivt beteende.	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbart		5
Demens Rad 129	Personer med demenssjukdom och vandringsbeteende  <i>Fysisk aktivitet med måttlig intensitet</i>	Svårt tillstånd med psykiskt lidande och risk för skada.	Kan minska förekomsten av vandringsbeteende.	Evidensstyrka 4	Ej bedömbart		3
Rörelseorganens sjukdomar Rad A17.01	Hög risk för frakturer hos äldre kvinnor med osteoporosrelaterad kotfraktur  <i>Fysisk träning</i>	Kotfrakturer efter lågenergivåld innebär en mycket hög risk för frakturer och ger en mycket hög påverkan på livskvalitet och funktion. Det finns en mycket hög risk för framtida frakturer med ytterligare påverkan på livskvalitet och risken för förtida död.	Sjukgymnastledd gruppträning respektive hemträning, två till tre gånger per vecka, ger förbättrad hälsorelaterad livskvalitet.  Sjukgymnastledd specifik ryggmuskelträning i grupp, två till tre gånger per vecka, ger ökad ryggmuskelstyrka.  Sjukgymnastledd gruppträning respektive hemträning med balans- och koordinationsövningar, två till tre gånger per vecka, ger förbättrad balansförmåga.	Måttlig evidens  Låg till måttlig evidens  Måttlig evidens	Ej bedömbart	Saknas  Avgörande för rekommendationen är tillståndets stora svårighetsgrad och att patientnyttan bedöms vara stor	5
Rörelseorganens sjukdomar Rad A18.01	Måttlig risk för fall och frakturer hos äldre kvinnor med osteopeni eller	Tillståndet innebär en måttlig risk för frakturer med en	Handledd vikt bärande träning har en fraktur förebyggande effekt.  Handledd vikt bärande träning	Måttlig evidens  Låg evidens	Ej bedömbart	Saknas  Avgörande för rekommendationen är tillståndets svårighetsgrad	5

### Bilaga 3

	osteoporos <i>Fysisk träning</i>	hög påverkan på livskvalitet och funktion. Det finns en måttlig risk för framtida frakturer med ytterligare påverkan på livskvalitet och risken för förtida död.	tycks ha en fallförebyggande effekt.			samt att patientnyttan bedöms som stor.	
Rörelseorganens sjukdomar Rad A23.01	Måttlig till hög risk för fall och frakturer hos äldre <i>Balansträning</i>	Måttlig till hög risk för frakturer med en mycket hög påverkan på livskvalitet och funktion. Måttlig till hög risk för framtida frakturer med ytterligare påverkan på livskvalitet och risken för förtida död.	Balansträning har effekt på balansförmågan.  Balansträning har effekt på fallfrekvensen.	Måttlig evidens  Låg till måttlig evidens	Ej bedömbart	Saknas Avgörande för rekommendationen är tillståndets svårighetsgrad samt att patientnyttan bedöms som måttlig.	6
Rörelseorganens sjukdomar Rad B05.01	Artros i knä <i>Långvarig, regelbunden, handledd konditions-, styrke-, och funktionsträning</i>	Liten till stor risk för försämrad funktion och livskvalitet samt förtida död. Risken för förtida död ökar, särskilt i hjärt- och kärlsjukdom, vid ökande nedsättning av gångförmågan.	Åtgärden har måttlig effekt på smärta och funktion jämfört med annan intervention eller ingen behandling.	Hög evidens	Måttlig	Svag Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har måttlig effekt på smärta och funktion. Effekten är bättre än den som redovisas av andra åtgärder och bör därför användas i första hand vid artros i knä.	3
Rörelseorganens sjukdomar Rad B09.01	Artros i höft <i>Långvarig, regelbunden, handledd konditions-, styrke-, och funktionsträning</i>	Liten till stor risk för försämrad funktion och livskvalitet samt förtida död. Risken för förtida död ökar, särskilt i hjärt- och kärlsjukdom, vid ökande nedsättning av gångförmågan.	Åtgärden har måttlig effekt på smärta.	Hög evidens	Måttlig	Skattad Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har måttlig effekt på smärta och funktion. Effekten är bättre än den som redovisas av andra åtgärder och bör därför användas i första hand vid artros i höft.	4



### Bilaga 3

Rörelseorganens sjukdomar Rad C13.01	Ankyloserande spondylit <i>Konditionsträning</i>	Måttlig till hög inverkan på funktion och livskvalitet och måttlig till hög risk för bestående lidande, funktionsnedsättning och sänkt livskvalitet. Det finns en viss risk för ökad dödlighet.	Konditionsträning har en absolut effekt på 8–15 % avseende maximal syreupptagningsförmåga jämfört med kontrollgruppen.  Konditionsträning tycks ha en absolut effekt på 11–42 % avseende fysisk kapacitet jämfört med kontrollgruppen.  Konditionsträning tycks ha en absolut effekt på 23 % avseende aktivitetsbegränsningar jämfört med kontrollgruppen.	Måttlig evidens  Låg evidens  Låg evidens	Ej bedömbart	Saknas Avgörande för rekommendationen är att patientnyttan bedöms som måttlig till stor. Det finns även andra rehabiliterings-åtgärder som har effekt och därför bör utföras vid ankyloserande spondylit.	5
Rörelseorganens sjukdomar Rad C13.02	Ankyloserande spondylit <i>Rörlighetsträning</i>	Måttlig till hög inverkan på funktion och livskvalitet och måttlig till hög risk för bestående lidande, funktionsnedsättning och sänkt livskvalitet. Det finns en viss risk för ökad dödlighet.	Rörlighetsträning har en absolut effekt på 15–46 % avseende aktivitetsbegränsningar jämfört med kontrollgruppen.  Rörlighetsträning tycks ha en absolut effekt på 47–61 % avseende smärta jämfört med kontrollgruppen.  Rörlighetsträning tycks ha en absolut effekt på 5–44 % avseende sjukdomsaktivitet jämfört med kontrollgruppen.  Rörlighetsträning tycks ha en absolut effekt på 17 % avseende livskvalitet jämfört med kontrollgruppen.  Rörlighetsträning tycks ha en absolut effekt på 30 % avseende hälsa jämfört med kontrollgruppen.  Rörlighetsträning tycks ha en absolut effekt på 3–25 % avseende bröstkorgrörlighet jämfört med kontrollgruppen.  Rörlighetsträning tycks ha en absolut effekt på 3–87 % avseende generell rörlighet i ryggen, jämfört med kontrollgruppen.	Måttlig evidensstyrka  Låg evidensstyrka  Låg evidensstyrka  Låg evidensstyrka  Låg evidensstyrka  Låg evidensstyrka	Ej bedömbart	Saknas Avgörande för rekommendationen är att patientnyttan bedöms som måttlig till stor. Det finns även andra rehabiliterings-åtgärder som har effekt och därför bör utföras vid ankyloserande spondylit.	5
Rörelseorgan	Psoriasisartrit	Måttlig till hög	Handledd styrketräning på land	Måttlig evidens	Ej bedömbart	Saknas	5

### Bilaga 3

<p>ens sjukdomar Rad C13.03</p>	<p><i>Styrketräning</i></p>	<p>inverkan på funktion och livskvalitet och måttlig till hög risk för bestående lidande, funktionsnedsättning och sänkt livskvalitet. Det finns en viss risk för ökad dödlighet.</p>	<p>ger en större förbättring av muskelstyrkan jämfört med enbart standardinformation om behovet av styrketräning.</p> <p>Handledd styrketräning på land ger en större förbättring av ledfunktionen jämfört med enbart standardinformation om behovet av styrketräning.</p> <p>Handledd styrketräning på land ger en större förbättring av gångförmågan jämfört med enbart standardinformation om behovet av styrketräning.</p> <p>Handledd styrketräning på land tycks ge en större förbättring av global hälsa, multidimensionell hälsa samt hälsorelaterad livskvalitet jämfört med enbart standardinformation om behovet av styrketräning.</p> <p>Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt (mycket låg evidensstyrka) för att bedöma effekten av handledd styrketräning på land jämfört med enbart standardinformation om behovet av styrketräning på effektmåten smärta och aktivitet i dagligt liv.</p>	<p>Måttlig evidens</p> <p>Måttlig evidens</p> <p>Låg evidens</p>		<p>Avgörande för rekommendationen är att patientnyttan bedöms som måttlig.</p>	
<p>Rörelseorganens sjukdomar Rad D18.01</p>	<p>Reumatoid artrit – studier/subanalyser av tidig reumatoid artrit (symtomduration ≤ 3 år) noteras separat</p> <p><i>Handledd rörelseträning ledd av specialutbildad vårdpersonal i bassäng</i></p>	<p>Mycket hög. Mycket hög inverkan på funktion och livskvalitet, mycket hög risk för framtida funktionsnedsättning och nedsättning av livskvalitet samt hög risk för förtidig död.</p>	<p>Jämfört med övervakad rörelseträning ledd av specialutbildad vårdpersonal på land:</p> <p>Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att dra slutsatser om effekten på ledfunktion mätt med HAQ. Det saknas data om effekten på led rörlighet.</p> <p>Jämfört med rörelseträning på egen hand efter instruktion: Måttlig till stor avseende rörlighet. Måttlig avseende ledfunktion. Större förbättring i led rörlighet mätt som skulderlevation och</p>	<p>Mycket låg evidensstyrka för jämförelse med övervakad rörelseträning ledd av specialutbildad vårdpersonal på land. Låg evidensstyrka för jämförelse med rörelseträning på egen hand efter instruktion.</p>	<p>Ej bedömbart</p>	<p>Ej bedömbart Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har en effekt på rörlighet och ledfunktion.</p>	<p>5</p>

### Bilaga 3

			skulderabduktion (absolut skillnad i förbättring mätt med goniometer höger/vänster 11,9/13,9 grader, respektive 16,6/21,7 grader). Något större förbättring av självskattad ledfunktion (absolut skillnad i förbättring mätt med HAQ 0,2).				
Rörelseorganens sjukdomar Rad D18.02	Reumatoid artrit – studier/subanalyser av tidig reumatoid artrit (symtomduration ≤ 3 år) noteras separat  <i>Handledld rörelseträning ledd av specialutbildad vårdpersonal på land</i>	Mycket hög. Mycket hög inverkan på funktion och livskvalitet, mycket hög risk för framtida funktionsnedsättning och nedsättning av livskvalitet samt hög risk för förtidig död.	Jämfört med rörelseträning på egen hand efter instruktion: Ingen till liten avseende ledrörlighet. Måttlig avseende ledfunktion. Ingen säker förbättring i ledrörlighet. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för slutsatser. Viss förbättring i ledfunktion (absolut skillnad 0,08–0,21 mätt med HAQ), framför allt vid träning i grupp (absolut skillnad 0,19–0,21 mätt med HAQ).	Mycket låg evidensstyrka för skillnader i effekt på ledrörlighet. Låg evidensstyrka för skillnader i effekt på ledfunktion.	Ej bedömbart	Ej bedömbart Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har en effekt på ledfunktion.	5
Rörelseorganens sjukdomar Rad D18.03	Reumatoid artrit – studier/subanalyser av tidig reumatoid artrit (symtomduration ≤ 3 år) noteras separat  <i>Rörelseträning på egen hand efter instruktion</i>	Mycket hög. Mycket hög inverkan på funktion och livskvalitet, mycket hög risk för framtida funktionsnedsättning och nedsättning av livskvalitet samt hög risk för förtidig död.	Jämfört med övervakad rörelseträning på egen hand efter instruktion: Mindre förbättring i ledrörlighet mätt som skulderlevation och skulderabduktion (absolut skillnad i förbättring mätt med goniometer höger/vänster 11,9/13,9 grader, respektive 16,6/21,7 grader). Något mindre förbättring av självskattad ledfunktion (absolut skillnad i förbättring mätt med HAQ 0,2).	Mycket låg respektive låg evidensstyrka (se rad D18.01 och D18.02).	Ej bedömbart	Ej bedömbart Avgörande för rekommendationen är åtgärdens låga till otillräckliga evidens för effekt. Det finns andra åtgärder vid samma tillstånd som har en bättre effekt och en högre rangordning.	10
Rörelseorganens sjukdomar Rad D18.04	Reumatoid artrit – studier/subanalyser av tidig reumatoid artrit (symtomduration ≤ 3 år) noteras separat  <i>Handledld styrketräning ledd av specialutbildad vårdpersonal i bassäng</i>	Mycket hög. Mycket hög inverkan på funktion och livskvalitet, mycket hög risk för framtida funktionsnedsättning och nedsättning av livskvalitet samt hög risk för förtidig död.	Jämfört med övervakad styrketräning på land: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten på ledfunktion. Det saknas uppgifter om effekt på muskelstyrka.  Jämfört med enbart standardinformation om behov av styrketräning: Måttlig avseende muskelstyrka och ledfunktion. Större förbättring i muskelstyrka i	Mycket låg evidensstyrka för jämförelse med övervakad styrketräning på land. Låg evidensstyrka för skillnader mot standardinformation om behov av styrketräning.	Ej bedömbart	Ej bedömbart Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har en effekt på ledfunktion och muskelstyrka.	5

Bilaga 3

			nedre extremitet (absolut skillnad 3,5 mätt med Index of Muscle Function-test) och i greppstyrka i vänster hand (absolut skillnad 42,6 N), men inte i höger hand (absolut skillnad 0,1 N). Större förbättring i ledfunktion (absolut skillnad 0,2 mätt med HAQ).				
Rörelseorganens sjukdomar Rad D18.05	Reumatoid artrit – studier/subanalyser av tidig reumatoid artrit (symtomduration ≤ 3 år) noteras separat  <i>Handledd styrketräning på land</i>	Mycket hög. Mycket hög inverkan på funktion och livskvalitet, mycket hög risk för framtida funktionsnedsättning och nedsättning av livskvalitet samt hög risk för förtidig död.	Jämfört med övervakad styrketräning i bassäng: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten på ledfunktion. Det saknas uppgifter om effekt på muskelstyrka.  Jämfört med styrketräning på egen hand efter instruktion: Stor avseende muskelstyrka. Måttlig till stor avseende ledfunktion. Större förbättring i muskelstyrka (absolut skillnad 25,6°/sec <sup>-1</sup> eller 7,4–17,0 procentenheter för flexion/extension av lårmuskulatur) och i ledfunktion (absolut skillnad 0,08–0,4 mätt med HAQ).  Jämfört med enbart standardinformation om behov av styrketräning: Måttlig till stor avseende muskelstyrka. Större förbättring i muskelstyrka mätt med ett flertal olika effektmått. Måttlig till stor avseende ledfunktion. Större förbättring i ledfunktion mätt med HAQ (absolut skillnad 0,07–0,38 eller 11–50 procentenheter vid avslutning av träning, 11 procentenheter vid uppföljning efter 1 år). Större förbättring i gångförmåga (1,2–2,0 sekunder eller 20 procentenheter mätt med 50-fots gångtest).	Mycket låg evidensstyrka för jämförelse med övervakad styrketräning ledd av specialutbildad vårdpersonal i bassäng.  Låg evidensstyrka för jämförelse med styrketräning på egen hand efter instruktion.  Måttlig evidensstyrka för jämförelse med enbart standard-information om styrketräning.	Hög (jämfört med rad D18,07)	Viss Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har en effekt på ledfunktion och muskelstyrka.	5
Rörelseorganens sjukdomar	Reumatoid artrit – studier/subanalyser av tidig reumatoid	Mycket hög. Mycket hög inverkan på	Jämfört med övervakad styrketräning på land: Mindre förbättring i muskelstyrka (absolut	Låg evidensstyrka för jämförelse med övervakad styrketräning på land.	Ej bedömbart	Ej bedömbart Avgörande för rekommendationen är	9

### Bilaga 3

Rad D18.06	<p>artrit (symtomduration <math>\leq 3</math> år) noteras separat</p> <p><i>Styrketräning på egen hand efter instruktion</i></p>	<p>funktion och livskvalitet, mycket hög risk för framtida funktionsnedsättning och nedsättning av livskvalitet samt hög risk för förtidig död.</p>	<p>skillnad <math>25,6^\circ/\text{sec}^{-1}</math> eller <math>7,4\text{--}17,0</math> procentenheter för flexion/extension av lårmuskulatur) och i ledfunktion (absolut skillnad <math>0,08\text{--}0,4</math> mätt med HAQ).</p> <p>Jämfört med enbart standardinformation om behov av styrketräning: Måttlig till stor avseende muskelstyrka. Större förbättring i muskelstyrka (absolut skillnad <math>4\text{--}28</math> procentenheter efter 2 år, <math>7\text{--}20</math> procentenheter efter 5 år), med likartad effekt vid tidig (symtomduration <math>&lt; 3</math> år) och etablerad reumatoid artrit. Liten till måttlig avseende ledfunktion. Ingen större förbättring i ledfunktion mätt med HAQ. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för slutsatser. Däremot förefaller det som om förbättringen av ledfunktionen mätt med olika gångtester kan vara större.</p>	<p>Jämfört med enbart standardinformation om styrketräning: Låg (för skillnader i förbättring i muskelstyrka och ledfunktion mätt med gångtester) till mycket låg evidensstyrka (för ledfunktion mätt med HAQ).</p>		<p>åtgärdens låga till otillräckliga evidens för effekt. Det finns andra åtgärder vid samma tillstånd som har en bättre effekt och en högre rangordning.</p>	
Rörelseorganens sjukdomar Rad D18.07	<p>Reumatoid artrit – studier/subanalyser av tidig reumatoid artrit (symtomduration <math>\leq 3</math> år) noteras separat</p> <p><i>Enbart standardinformation om behov av styrketräning</i></p>	<p>Mycket hög. Mycket hög inverkan på funktion och livskvalitet, mycket hög risk för framtida funktionsnedsättning och nedsättning av livskvalitet samt hög risk för förtidig död.</p>	<p>Jämfört med övervakad styrketräning i bassäng, övervakad styrketräning på land och styrketräning på egen hand efter instruktion: Mindre förbättring avseende muskelstyrka och ledfunktion (se rad D18.04, D18.05 och D18.06).</p>	<p>Mycket låg till måttlig evidensstyrka (se rad D18.04, D18.05 och D18.06)</p>	<p>Jämförelse med rad D18.05</p>	<p>Jämförelse med rad D18.05 Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och som rangordnats högre.</p>	10
Rörelseorganens sjukdomar Rad D18.08	<p>Reumatoid artrit – studier/subanalyser av tidig reumatoid artrit (symtomduration <math>\leq 3</math> år) noteras separat</p> <p><i>Handledld konditionsträning</i></p>	<p>Mycket hög. Mycket hög inverkan på funktion och livskvalitet, mycket hög risk för framtida funktionsnedsättning och</p>	<p>Jämfört med konditionsträning på egen hand efter instruktion: Stor avseende aerobisk kapacitet. Tycks ge större förbättring i syreupptagningsförmåga (absolut skillnad <math>3,8 \text{ mL}/(\text{kg}\cdot\text{min})</math>) och möjligen något större förbättring i hälsa mätt med patientens VAS-global (absolut skillnad <math>3,7</math>, skala</p>	<p>Låg (avseende skillnader i effekt på syreupptagningsförmåga) till mycket låg (avseende hälsa) evidensstyrka för jämförelse med konditionsträning på egen hand efter instruktion.</p> <p>Låg (avseende skillnader i effekt på syreupptagningsförmåga) till mycket låg (avseende hälsa) evidensstyrka</p>	<p>Ej bedömbart</p>	<p>Ej bedömbart Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har en effekt på syreupptagningsförmåga.</p>	5

Bilaga 3

	<i>ledd av specialutbildad vårdpersonal i bassäng</i>	nedsättning av livskvalitet samt hög risk för förtidig död.	0–100). Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för slutsatser om effekten på hälsa.  Jämfört med enbart standardinformation om konditionsträning: Måttlig till stor avseende aerobisk kapacitet. Tycks ge större förbättring i syreupptagningsförmåga (absolut skillnad mellan 0 och 4,3 mL/(kgxmin) i olika studier) och multidimensionell hälsa (absolut skillnad 0,5–0,8 mätt med AIMS). Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för slutsatser om effekten på hälsa.	för jämförelse med enbart standardinformation om konditionsträning.			
Rörelseorganens sjukdomar Rad D18.09	Reumatoid artrit – studier/subanalyser av tidig reumatoid artrit (symtomduration ≤ 3 år) noteras separat  <i>Handledd konditionsträning ledd av specialutbildad vårdpersonal på land</i>	Mycket hög. Mycket hög inverkan på funktion och livskvalitet, mycket hög risk för framtida funktionsnedsättning och nedsättning av livskvalitet samt hög risk för förtidig död.	Jämfört med konditionsträning på egen hand efter instruktion: Måttlig avseende aerobisk kapacitet. Större förbättring i aerobisk kapacitet (absolut skillnad i syreupptagningsförmåga – VO2 – vid träningsperiodens avslutande 1,33 ml/kgxmin). Ingen långtidsuppföljning. Det saknas uppgifter om övriga avgörande effektmått.  Jämfört med enbart standardinformation om konditionsträning: Måttlig till stor avseende aerobisk kapacitet, global hälsa och hälsorelaterad livskvalitet. Större förbättring i aerobisk kapacitet (absolut skillnad i syreupptagningsförmåga – VO2 – vid träningsperiodens avslutande 1,0–4,4 ml/kgxmin). Ett mer begränsat underlag tyder på att en viss tränings effekt kvarstår under längre tid. Större förbättring i multidimensionell hälsa (AIMS-2) och hälsorelaterad livskvalitet	Låg evidensstyrka för jämförelse med konditions-träning på egen hand efter instruktion. Måttlig (för större förbättring i aerobisk kapacitet) till låg (för större förbättring i hälsa och hälsorelaterad livskvalitet) evidensstyrka för jämförelse med enbart standard-information om konditionsträning.	Hög (jämfört med rad D18.11)	Viss Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har en effekt på aerobisk kapacitet.	5

### Bilaga 3

			(mätt med Nottingham Health Profile).				
Rörelseorganens sjukdomar Rad D18.10	Reumatoid artrit – studier/subanalyser av tidig reumatoid artrit (symtomduration ≤ 3 år) noteras separat  <i>Konditionsträning på egen hand efter instruktion</i>	Mycket hög. Mycket hög inverkan på funktion och livskvalitet, mycket hög risk för framtida funktionsnedsättning och nedsättning av livskvalitet samt hög risk för förtidig död.	Se rad D18.09. Jämfört med enbart standardinformation om konditionsträning: Liten till måttlig avseende aerobisk kapacitet. Ingen större förbättring i aerobisk kapacitet (absolut skillnad i syreupptagningsförmåga – VO2 – -0,35 ml/kgxmin efter avslutad träningsperiod, dvs. marginellt sämre utfall i interventionsgruppen). Det saknas uppgifter om övriga avgörande effektmått.	Se rad D18.09. Låg evidensstyrka för avsaknad av skillnad i effekt jämfört med enbart standard-information om konditionsträning.	Ej bedömbär	Ej bedömbär Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och som rangordnats högre.	10
Rörelseorganens sjukdomar Rad D18.11	Reumatoid artrit – studier/subanalyser av tidig reumatoid artrit (symtomduration ≤ 3 år) noteras separat  <i>Enbart standardinformation om behov av konditionsträning</i>	Mycket hög. Mycket hög inverkan på funktion och livskvalitet, mycket hög risk för framtida funktionsnedsättning och nedsättning av livskvalitet samt hög risk för förtidig död.	Jämfört med övervakad konditionsträning ledd av specialutbildad personal i bassäng: Tycks ge mindre förbättring i syreupptagningsförmåga (absolut skillnad 0–4,3 mL/(kgxmin)) och multidimensionell hälsa (absolut skillnad 0,8 mätt med AIMS). Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för slutsatser om effekten på hälsa.  Jämfört med övervakad konditionsträning ledd av specialutbildad personal på land. Mindre förbättring i aerobisk kapacitet (absolut skillnad i syreupptagningsförmåga – VO2 – vid träningsperiodens avslutande 1,0–4,4 ml/kgxmin).  Jämfört med konditionsträning på egen hand efter instruktion: Marginellt bättre utfall avseende aerobisk kapacitet (se rad D18.10).	Låg till måttlig evidensstyrka (se rad D18.08, D18.09 och D18.10).	Se rad D18.09	Jämförelse med rad D18.09 Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och som rangordnats högre.	10
Rörelseorganens sjukdomar Rad D18.12	Reumatoid artrit – studier/subanalyser av tidig reumatoid artrit (symtomduration ≤ 3	Mycket hög. Mycket hög inverkan på funktion och livskvalitet,	Måttlig avseende hälsorelaterad livskvalitet.  Jämfört med enbart standardinformation om behov av	Låg (för effekt på hälsorelaterad livskvalitet) till mycket låg (för effekt på hälsa) evidensstyrka	Ej bedömbär	Ej bedömbär Avgörande för rekommendationen är åtgärdens låga till otillräckliga evidens för effekt. Det finns	8

### Bilaga 3

	<p>år) noteras separat</p> <p><i>Coaching om allmän fysisk aktivitet</i></p>	<p>mycket hög risk för framtida funktionsnedsättning och nedsättning av livskvalitet samt hög risk för förtidig död.</p>	<p>allmän fysisk aktivitet: Större förbättring i hälsorelaterad livskvalitet (absolut skillnad i EQ5D VAS 4,5). Detta bygger huvudsakligen på utvärdering av patienter med tidig reumatoid artrit (symtomduration &lt; 3år). Underlaget är otillräckligt för att dra slutsatser om effekten på hälsa mätt med VAS global.</p>			<p>andra åtgärder vid samma tillstånd som har en bättre effekt och en högre rangordning.</p>	
<p>Rörelseorganens sjukdomar Rad D18.13</p>	<p>Reumatoid artrit – studier/subanalyser av tidig reumatoid artrit (symtomduration ≤ 3 år) noteras separat</p> <p><i>Enbart standardinformation om behov av allmän fysisk aktivitet</i></p>	<p>Mycket hög. Mycket hög inverkan på funktion och livskvalitet, mycket hög risk för framtida funktionsnedsättning och nedsättning av livskvalitet samt hög risk för förtidig död.</p>	<p>Jämfört med coaching om allmän fysisk aktivitet: Mindre förbättring i hälsorelaterad livskvalitet (absolut skillnad i EQ5D VAS 4,5) (se rad D18.12).</p>	<p>Låg evidensstyrka för jämförelse med rad D18.12.</p>	<p>Ej bedömbär</p>	<p>Ej bedömbär Avgörande för rekommendationen är åtgärdens låga till otillräckliga evidens för effekt. Det finns andra åtgärder vid samma tillstånd som har en bättre effekt och en högre rangordning.</p>	<p>10</p>
<p>Palliativ vård Rad 19</p>	<p>Patient i livets slutskede som har trötthetssyndrom (fatigue)</p> <p><i>Fysiskt träningsprogram kombinerat med stöd och utbildning</i></p>	<p>Mycket stor svårighetsgrad</p>	<p>Fysiskt träningsprogram kombinerat med stöd och utbildning jämfört med sedvanlig vård har:</p> <p>motstridiga effekter på patienters symtomlindring</p> <p>motstridiga effekter på patienters fysiska välbefinnande.</p>	<p>Begränsat vetenskapligt underlag</p> <p>Begränsat vetenskapligt underlag</p>		<p>Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget för åtgärdens effekt är motstridigt.</p> <p>Kommentar: Framtida studier kan komma att ändra rekommendationen.</p>	<p>FoU</p>
<p>Bröstcancervård Rad B097</p>	<p>Bröstcancer, axillarutrymning genomförd, nedsatt styrka i skuldra, arm och hand</p> <p><i>Individuell rådgivning om styrketräning</i></p>	<p>Måttlig svårighetsgrad</p>	<p>En mycket stor effekt (8-9 ggr) på effektmått antal bänkpress och kg bänkpress.</p> <p>Ingen risk för försämring av lymfödem.</p> <p>Det är osäkert om effekten av styrketräning påverkar livskvalitet.</p>	<p>Måttlig till hög</p> <p>Hög</p> <p>Mycket låg</p>	<p>Ej bedömd</p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt.</p>	<p>6</p>
<p>Prostatacancer Rad P115</p>	<p>Prostatacancer, minskad kroppsstyrka i samband med</p>	<p>Måttlig svårighetsgrad</p>	<p>Vid prostatacancer och styrkeminskning, i samband med behandling (antihormonbehandling och/eller strålning) har</p>		<p>Ej bedömd</p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att</p>	<p>5</p>



### Bilaga 3

	<p>kombinationsbehandling (antihormonbehandling och/eller strålning)</p> <p><i>Råd om styrketräning</i></p>		<p>styrketräning.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• en positiv inverkan på kroppssammansättning, jämfört med vanligt omhändertagande</li> <li>• en positiv inverkan på fysisk kondition jämfört med vanligt omhändertagande.</li> <li>• en positiv inverkan på funktionsförmåga jämfört med vanligt omhändertagande.</li> <li>• en positiv inverkan på livskvalitet jämfört med vanligt omhändertagande.</li> </ul>	<p>Låg</p> <p>Måttlig</p> <p>Låg</p> <p>Måttlig</p>		<p>åtgärden ger måttlig effekt.</p> <p>Kommentar: För mer information om metod för rådgivande samtal om fysisk aktivitet, se Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011.</p>	
<p>Prostatacancer Rad P0116</p>	<p>Prostatacancer, minskad kondition i samband med kombinationsbehandling (antihormonbehandling och/eller strålning)</p> <p><i>Råd om konditionsträning</i></p>	<p>Måttlig svårighetsgrad</p>	<p>Vid prostatacancer och försämrad kondition i samband med behandling (antihormonbehandling och/eller strålning) har konditionsträning</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• en svagt positiv inverkan på kroppssammansättning, jämfört med vanligt omhändertagande.</li> <li>• en positiv inverkan på fysisk kondition jämfört med vanligt omhändertagande.</li> <li>• en svagt positiv inverkan på funktionsförmåga jämfört med vanligt omhändertagande.</li> <li>• en positiv inverkan på livskvalitet jämfört med vanligt omhändertagande.</li> </ul>	<p>Låg</p> <p>Måttlig</p> <p>Mycket låg</p> <p>Måttlig</p>	<p>Ej bedömd</p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt.</p> <p>Kommentar: För mer information om metod för rådgivande samtal om fysisk aktivitet, se Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011.</p>	<p>5</p>
<p>Bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer Rad D007</p>	<p>Bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer, fatigue</p> <p><i>Råd om fysisk aktivitet i form av aerobicsträning</i></p>	<p>Måttlig svårighetsgrad</p>	<p>Aerobicsträning under ledning ger en signifikant effekt på cancerrelaterat trötthetssyndrom (fatigue) jämfört med sedvanlig vård.</p>	<p>Låg till måttlig</p>	<p>Ej bedömd</p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt.</p> <p>Kommentar: Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med tjocktarms- och ändtarmscancer. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för kvinnor med bröstcancer och män med</p>	<p>8</p>

### Bilaga 3

						prostatacancer. För mer information om metod för rådgivande samtal om fysisk aktivitet, se Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011.	
Astma och KOL Rad A03.11	Astma, otillräcklig fysisk kapacitet  <i>Konditions- och styrketräning</i>	Måttlig svårighetsgrad	<p>Hos barn och vuxna personer med lindrig, måttlig eller svår astma ger konditionsträning (2–3 gånger/vecka i 6–16 veckor) jämfört med ingen träning:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• en förbättrad hälsorelaterad livskvalitet direkt efter träning (begränsat vetenskapligt underlag).</li> <li>• en förbättrad fysisk kapacitet (måttligt starkt vetenskapligt underlag).</li> <li>• en oförändrad lungfunktion (begränsat vetenskapligt underlag).</li> <li>• Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att avgöra om konditionsträning har en positiv effekt på astmasymtom och astmakontroll.</li> </ul> <p>Hos medelålders och äldre med måttlig eller svår astma och en bestående luftvägsobstruktion leder övervakad konditionsträning i kombination med styrketräning tre gånger per vecka under sex veckor till:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• en viss förbättring av skattad livskvalitet jämfört med ingen träning (begränsat vetenskapligt underlag).</li> <li>• en oförändrad gångsträcka och muskelstyrka jämfört med ingen träning (begränsat vetenskapligt underlag).</li> </ul> <p>Konditionsträning kombinerat med styrketräning förbättrar den hälsorelaterade livskvaliteten för äldre personer med astma och nedsatt luftvägsobstruktion. Effekten är kliniskt relevant och varaktig i upp till tre månader efter</p>			<p>Hälsoekonomisk evidens saknas. Det är svårt att omvandla kliniska effekter till hälsoekonomiskt relevanta utfallsmått.</p> <p>Avgörande för rekommendationen är tillståndets måttliga svårighetsgrad samt åtgärdens effekt på livskvalitet och fysisk kapacitet.</p>	7

### Bilaga 3

			avslutad träningsperiod.				
Astma och KOL Rad A03.12	Astma, ansträngningsutlösta andningsbesvär  <i>Specifika träningsråd för att minska ansträngningsutlösta andningsbesvär</i>	Liten till måttlig svårighetsgrad	För barn och vuxna med astma och ansträngningsutlösta andningsbesvär: • ger uppvärmning i intervallform en lägre grad av luftvägsobstruktion, mätt som en minskad sänkning av FEV1, jämfört med ingen uppvärmning (måttligt starkt vetenskapligt underlag). • ger träning i inomhusbassäng en lägre grad av luftvägsobstruktion och en lägre risk att utveckla ansträngningsutlösta andningsbesvär jämfört med cykling eller löpning, OR 0,16, KI 0,07–0,39 (måttligt starkt vetenskapligt underlag).			Hälsoekonomisk evidens saknas. Åtgärden är sannolikt främst en klinisk fråga då kostnaden för träningsråd kan anses vara försumbar.  Avgörande för rekommendationen är åtgärdens goda effekt på luftvägsobstruktion.	4
Astma och KOL Rad A04.06	Astma, kontrollerad, vuxna  <i>Uppföljning med bedömning av symtom och fysisk aktivitet, per telefon eller dator</i>	Liten svårighetsgrad	Vid kontrollerad astma har uppföljningskontakt med symtombedömning per telefon eller dator jämfört med traditionell vård och omsorg: • ingen effekt på livskvalitet, symtom, lungfunktion, antal akutbesök eller sjukhusinläggningar (begränsat vetenskapligt underlag).			Ej bedömd Avgörande för rekommendationen är den begränsade patientnyttan då åtgärden inte har någon effekt på livskvalitet, symtom eller sjukhusbesök.  Kommentar: Kan vara ett bra komplement till det fysiska återbesöket.	8
Astma och KOL Rad A04.07	Astma, kontrollerad, med underhållsbehandling , vuxna  <i>Återbesök en gång per år med bedömning av symtom och fysisk aktivitet</i>	Liten svårighetsgrad	• Vid kontrollerad astma med underhållsbehandling ger återbesök en gång per år patienten möjlighet till en optimal behandling för sin sjukdom som leder till en fortsatt god astmakontroll (konsensus).			Ej bedömd. Avgörande för rekommendationen är den stora patientnyttan då åtgärden leder till möjlighet att följa sjukdomsutveckling samt utvärdera behandlingseffekt.  Kommentar: Åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet.	3
Astma och KOL Rad A04.10	Astma, kontrollerad, utan underhållsbehandling , vuxna  <i>Återbesök vid behov</i>	Liten svårighetsgrad	• Vid kontrollerad astma utan underhållsbehandling ger återbesök vid behov patienten möjlighet till en optimal behandling för sin sjukdom som leder till en fortsatt god astmakontroll			Ej bedömd Avgörande för rekommendationen är patientnyttan då åtgärden leder till möjlighet att följa sjukdomsutveckling.	4

### Bilaga 3

	<i>med bedömning av symtom och fysisk aktivitet</i>		(konsensus).			Kommentar: Åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet.	
Astma och KOL Rad A04.12	Astma, okontrollerad, vuxna <i>Uppföljning med bedömning av symtom och fysisk aktivitet, per telefon eller dator</i>	Måttlig till stor svårighetsgrad	Vid okontrollerad astma har uppföljningskontakt med symtombedömning per telefon eller dator jämfört med traditionell vård och omsorg: <ul style="list-style-type: none"> <li>• en viss effekt på livskvalitet (begränsat vetenskapligt underlag).</li> <li>• en viss effekt på symtom (begränsat vetenskapligt underlag).</li> <li>• ingen effekt på lungfunktion eller antal akutbesök (begränsat vetenskapligt underlag).</li> <li>• en minskad risk för sjukhusinläggningar (begränsat vetenskapligt underlag).</li> </ul>			Ej bedömd Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en viss effekt på livskvalitet och symtom samt en minskad risk för sjukhusinläggning.  Kommentar: Är ett bra komplement till det fysiska återbesöket.	6
Astma och KOL Rad A04.13	Astma, okontrollerad, med underhållsbehandling, vuxna <i>Återbesök minst två gånger per år med bedömning av symtom och fysisk aktivitet</i>	Måttlig till stor svårighetsgrad	• Vid okontrollerad astma ger återbesök minst två gånger per år patienten en ökad möjlighet till optimal behandling för att uppnå en god astmakontroll (konsensus).			Ej bedömd Avgörande för rekommendationen är den stora patientnyttan då åtgärden leder till möjlighet att följa sjukdomsutveckling samt utvärdera behandlingseffekt.  Kommentar: Åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet.	2
Astma och KOL Rad A04.16	Astma, exacerbation, vuxna <i>Återbesök inom sex veckor med bedömning av symtom och fysisk aktivitet</i>	Mycket stor svårighetsgrad	Återbesök inom sex veckor med bedömning av symtom och fysisk aktivitet			Ej bedömd Avgörande för rekommendationen är den stora patientnyttan då åtgärden leder till möjlighet att följa sjukdomsutveckling samt utvärdera behandlingseffekt.  Kommentar: Åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet.	2
Astma och KOL Rad K03.11	KOL, stadium 2–4, stabilt skede, genomförd period av konditions- och styrketräning <i>Ledarstyrd träning för bibehållande av</i>	Måttlig svårighetsgrad	"Vid stabil KOL i stadium 2–4 och en genomförd period av konditions- och styrketräning, ger ledarledd konditions- och styrketräning i bibehållande syfte jämfört med ingen underhållsträning: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ökad funktionell fysisk kapacitet</li> </ul>			Hälsoekonomisk evidens saknas Avgörande för rekommendationen är att åtgärden enbart har en måttlig effekt på fysisk förmåga.	7

### Bilaga 3

	<i>fysisk kapacitet</i>		<p>efter 6 månader. Effekten ses inte efter 12 månader (måttligt starkt vetenskapligt underlag).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• oförändrad livskvalitet vid 6 och 12 månader (måttligt starkt vetenskapligt underlag).</li> </ul>				
Astma och KOL Rad K03.12	<p>KOL, stadium 2–4, stabilt skede, nedsatt fysisk kapacitet</p> <p><i>Konditions- och styrketräning</i></p>	Stor svårighetsgrad	<p>Vid stabil KOL i stadium 2–4 med nedsatt fysisk kapacitet ger konditions- och styrketräning jämfört med sedvanlig behandling:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• förbättrad hälsorelaterad livskvalitet och minskad självrapporterad dyspné, båda med stor klinisk relevans (måttligt starkt vetenskapligt underlag).</li> <li>• minskad ångest och depression, med måttlig respektive stor klinisk relevans (måttligt starkt vetenskapligt underlag).</li> <li>• ökad submaximal fysisk kapacitet, i form av längre gångsträcka och större maximal kapacitet (begränsat vetenskapligt underlag).</li> <li>• minskad dyspné under dagliga aktiviteter efter armträning jämfört med andningsgymnastik, benträning eller generell träning (begränsat vetenskapligt underlag).</li> </ul>			<p>Hälsoekonomisk evidens saknas. Åtgärden förväntas innebära en låg kostnad per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (skattning). Avgörande för rekommendationen är tillståndets stora svårighetsgrad, åtgärdens goda effekt på livskvalitet, fysisk förmåga och symtom samt en låg kostnad per effekt.</p>	3
Astma och KOL Rad K03.13	<p>KOL, stadium 3–4, stabilt skede, sjunker i syrgasmättnad vid fysisk ansträngning</p> <p><i>Konditionsträning med extra syretillförsel</i></p>	Stor svårighetsgrad	<p>Vid stabil KOL i stadium 3–4 och sjunkande syrgasmättnad under fysisk ansträngning ger konditionsträning med extra syrgastillförsel jämfört med träning med rumsluft:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• viss ökning i submaximal fysisk kapacitet mätt med ett submaximalt cykeltest, måttlig klinisk relevans (begränsat vetenskapligt underlag).</li> <li>• viss minskning av dyspné efter genomfört gång- och cykeltest, måttlig klinisk relevans (begränsat vetenskapligt underlag).</li> <li>• oförändrad fysisk kapacitet mätt som sex minuters gångsträcka och livskvalitet (begränsat</li> </ul>			<p>Hälsoekonomisk evidens saknas Avgörande för rekommendationen är tillståndets stora svårighetsgrad samt åtgärdens begränsade effekt på symtom och avsaknad av effekt på livskvalitet.</p> <p>Kommentar: Åtgärden utförs på väl definierade patienter under övervakning.</p>	10

### Bilaga 3

Astma och KOL Rad K03.14	KOL, stadium 2–4, akut exacerbation  <i>Ledarstyrd konditions- och styrketräning i direkt anslutning till akut exacerbation</i>	Mycket stor svårighetsgrad	vetenskapligt underlag). "Vid KOL i stadium 2–4 med akut exacerbation ger ledarstyrd konditions- och styrketräning i direkt anslutning till exacerbationen jämfört med sedvanlig vård: • ökad livskvalitet, med stor klinisk relevans (måttligt starkt vetenskapligt underlag). • ökad funktionell fysisk kapacitet, med klinisk relevans (begränsat vetenskapligt underlag). • minskad risk för sjukhusinläggning (begränsat vetenskapligt underlag). • minskad risk för förtida död (begränsat vetenskapligt underlag).			Hälsoekonomisk evidens saknas. Åtgärden förväntas innebära en låg kostnad per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (skattning). Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad, åtgärdens stora patientnytta och att kostnaden per effekt är låg.	3
Astma och KOL Rad K04.08	KOL, misstänkt otillräcklig fysisk aktivitetsnivå  <i>Objektiv mätning av fysisk aktivitet</i>	Måttlig till stor svårighetsgrad	• Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma vilka aktivitetsmätare som kan användas för att objektivt mäta energiförbrukning och fysisk aktivitet vid olika tillstånd av KOL.			Hälsoekonomisk evidens saknas Avgörande för rekommendationen är ett otillräckligt vetenskapligt underlag.	FoU
Astma och KOL Rad K04.09	KOL, stadium 2–4, stabilt skede, misstänkt nedsatt fysisk kapacitet  <i>Mätning av fysisk kapacitet med sex minuters gångtest</i>	Stor svårighetsgrad	Vid KOL ger mätning av fysisk kapacitet med sex minuters gångtest: • indikation på ökad risk för mortalitet vid ett tröskelvärde på 350 meters gångsträcka (begränsat vetenskapligt underlag). • indikation på ökad risk för exacerbationer med sjukhusinläggning vid ett tröskelvärde på 350 meters gångsträcka (begränsat vetenskapligt underlag). Sex minuters gångtest är ett kliniskt användbart test. En gångsträcka kortare än 350 meter identifierar patienter med dålig prognos. Dessa patienter är i behov av närmare bedömning och insatser.			Hälsoekonomisk evidens saknas Avgörande för rekommendationen är tillståndets stora svårighetsgrad samt att åtgärden har stor patientnytta och är enkel att utföra till en låg kostnad. Instrumentet har god förmåga att förutsäga risk för mortalitet och exacerbationer.	1
Astma och KOL	KOL, utan underhållsbehandling	Måttlig svårighetsgrad	Återbesök vid behov med bedömning av symtom och fysisk			Ej bedömd Avgörande för	3

### Bilaga 3

Rad K04.11	<i>Återbesök vid behov med bedömning av symtom och fysisk aktivitet</i>		aktivitet			rekommendationen är den stora patientnyttan då åtgärden leder till möjlighet att följa sjukdomsutveckling och ta ställning till eventuell behandling. Kommentar: Åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet.	
Astma och KOL Rad K04.12	KOL, med underhållsbehandling  <i>Återbesök en gång per år med bedömning av symtom och fysisk aktivitet</i>	Måttlig svårighetsgrad	"• Vid KOL med underhållsbehandling ger återbesök en gång per år patienten en ökad möjlighet till en optimal behandling för sin sjukdom som leder till minskade symtom och färre försämringsskov (konsensus).			Ej bedömd Avgörande för rekommendationen är den stora patientnyttan då åtgärden leder till möjlighet att följa sjukdomsutveckling samt optimera behandling. Kommentar: Åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet.	3
Astma och KOL Rad K04.14	KOL, rökare, med underhållsbehandling  <i>Återbesök en gång per år med bedömning av symtom och fysisk aktivitet</i>	Stor svårighetsgrad	• Vid KOL hos rökare med underhållsbehandling ger återbesök en gång per år patienten en ökad möjlighet till en optimal behandling för sin sjukdom som leder till minskade symtom och färre försämringsskov (konsensus).			Ej bedömd Avgörande för rekommendationen är den stora patientnyttan då åtgärden leder till möjlighet att följa sjukdomsutveckling samt optimera behandling. Kommentar: Åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet.	3
Astma och KOL Rad K04.15	KOL, exacerbationer  <i>Återbesök minst två gånger per år med bedömning av symtom och fysisk aktivitet</i>	Mycket stor svårighetsgrad	• Vid KOL med exacerbationer ger återbesök minst två gånger per år patienten en ökad möjlighet till en optimal behandling för sin sjukdom som leder till minskade symtom och färre försämringsskov (konsensus).			Ej bedömd Avgörande för rekommendationen är den stora patientnyttan då åtgärden leder till möjlighet att följa sjukdomsutveckling samt optimera behandling. Kommentar: Åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet.	2
Astma och KOL Rad K04.16	KOL, akut exacerbation  <i>Återbesök inom sex veckor med bedömning av symtom och fysisk aktivitet</i>	Mycket stor svårighetsgrad	• Vid KOL med akut exacerbation ger återbesök inom sex veckor patienten ökad möjlighet till en optimal behandling för sin sjukdom som leder till minskade symtom och färre försämringsskov (konsensus).			Ej bedömd Avgörande för rekommendationen är den stora patientnyttan då åtgärden leder till möjlighet att följa sjukdomsutveckling samt optimera behandling. Kommentar: Åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet.	2

## Bilaga 4

### Rekommendationer matvanor (1-10, icke-göra, fou)

Riktlinje	Hälsotillstånd, åtgärd	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Kostnad per vunnet levnadsår/QALY	Hälsoekonomisk evidens alt motiv för rekommendation	Rekommendation
Hjärtsjukvård Rad A5	Ohälsosamma matvanor hos hjärtfrisk patient  <i>Kostråd i samband med sjukvårdskontakt med fokus på ändrad fettkvalitet i maten, ökad konsumtion av frukt och grönsaker. ökad konsumtion av fiberrika livsmedel och fullkornsprodukter</i>	Måttlig risk för förtida död, permanent skada.	Matråd leder till förbättrade matvanor  Relativ risk för hjärtkärlsjukdom = 0,76 (95 % CI 0,65-0,90) efter råd om ökat intag av omättat fett på bekostnad av mättat fett.  RR för ischemisk hjärtsjukdom = 0,85 (95 % CI 0,81-0,88) vid högt frukt och grönsaksintag.  RR för kranskärlssjukdom = 0,73 (CI 0,65-0,83) vid högt kostfiberintag resp. 0,71 (CI 0,48-0,94) vid högt intag av fullkornsprodukter. RR för död i kranskärlssjukdom = 0,73 (CI 0,61-0,87) för varje ökning om 10 g kostfiber/dag.	Evidensstyrka 1 för förbättrade matvanor  Evidensstyrka 1 för minskat insjukn i hjärtkärlsjukdom  Mycket gott vetenskapligt underlag för minskning i ischemisk hjärtsjukdom enligt observationsstudier, men randomiserad studie saknas  Mycket gott vetenskapligt underlag för minskat insjuknande och död i kranskärls-sjukdom enligt observationsstudier, men primärpreventiv randomiserad kontrollerad studie saknas	Låg	Skattad	5
Hjärtsjukvård Rad A7 + stroke Rad A2	Låg konsumtion av fisk hos hjärtfrisk patient.  <i>Råd i samband med sjukvårdskontakt om ökad konsumtion av fisk.</i>	Måttligt ökad risk för förtida död, permanent skada.	RR för död i kranskärlssjukdom = 0,62 (CI 0,46-0,82) för fisk 5 ggr/vecka resp. 0,85 (95 % CI 0,76-0,96) för fisk 1 g/vecka jfr med <1 g/vecka.	Mycket gott vetenskapligt underlag enligt observationsstudier, men primärpreventiv randomiserad kontrollerad studie saknas	Ej bedömningsbar		3
Demens Rad 44	Personer med demenssjukdom och vikt förlust (misstänkt undernäring)  <i>Regelbunden bedömning av näringstillstånd (vikt, BMI och vikt förlust och vikhistoria)</i>	Risk för utebliven vård och omsorg.	Kan identifiera vikt förlust tidigt och därmed minska risken för undernäring.	Beprövad erfarenhet	Ej bedömbär		1
Demens Rad 45	Personer med demenssjukdom och undernäring  <i>Nutritionintervention - energiberikning av mat och dryck, extra</i>	Nedsatt livskvalitet Ökad risk för försämrat hälsotillstånd	Kan ha effekt mot undernäring.	Beprövad erfarenhet	Ej bedömbär		1



## Bilaga 4

	<i>mellanmål, konsistensanpassning</i>						
Demens Rad 46	Personer med demenssjukdom och undernäring  <i>Nutritionsovervakning i form av tillägg av näringsdrycker</i>	Nedsatt livskvalitet Ökad risk för försämrat hälsotillstånd	Positiv effekt på nutritionsstatus.	Visst vetenskapligt underlag	Ej bedömbart		5
Demens Rad 55	Personer med demenssjukdom och risk för förstoppning  <i>Fiberrik kost och ett adekvat vätskeintag genom tillförsel av vätska</i>	Risk för försämring av livskvalitet och hälsotillstånd	Effekten kan inte bedömas specifikt för personer med demenssjukdom.  Kan ge kortare genomströmningstid, större avföring och ökat antal avföringar.  En fiberrik kost kan ge biverkningar, särskilt om inte tillräckligt med vätska tillförs.  Tillförsel av vätska kan ha en förebyggande effekt.	Evidensstyrka 3  Beprövad erfarenhet  Beprövad erfarenhet	Ej bedömbart		1
Diabetes Rad E04	Diabetesnefropati i pre-uremisk fas  <i>Råd om proteinreducerad kost</i>	Stor svårighetsgrad	Vid diabetesnefropati i pre-uremisk fas har proteinreducerad kost • en gynnsam effekt på njurfunktionen (mätt som GFR) jämfört med kost med normalt proteininnehåll • en gynnsam effekt på graden av proteinuri jämfört med kost med normalt proteininnehåll	Måttligt starkt vetenskapligt underlag  Begränsat vetenskapligt underlag	Ej bedömbart		6
Diabetes Rad F06	Graviditetsdiabetes  <i>Intervention med kost, fysisk aktivitet och eventuellt tillägg av insulin</i>	Liten svårighetsgrad	Vid graviditetsdiabetes • tycks kost, muskelträning, självtest (SMBG) och tillägg av insulin vid behov medföra en blygsam sänkning av födelsevikten jämfört med standardråd • tycks kost, självtest (SMBG) och tillägg av insulin vid behov medföra minskad risk för LGA-barn (large for gestational age), (56 %) • tycks kost, självtest (SMBG) och insulin vid behov ge en minskad perinatal morbiditet (12 %) och en kraftigt minskad risk för skulderdystoci (63 %)	Begränsat vetenskapligt underlag  Måttligt starkt vetenskapligt underlag  Begränsat vetenskapligt underlag  Begränsat vetenskapligt underlag	Ej bedömbart		2

## Bilaga 4

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• tycks låg-GI-kost alternativt muskelträning leda till att behovet av in-sulinbehandling minskar med 39 % utan att födelsevikt eller kejsarsnittsfrekvens påverkas jämfört med standardråd</li> <li>• är det vetenskapliga underlaget otillräckligt för att bedöma effekterna av de enskilda interventionsdelarna (kost, fysisk aktivitet och insulin) var för sig.</li> </ul>				
Lungcancer-vård Rad E6	Person med lungcancer i kurativt eller tidigt palliativt skede och med undernäring eller risk för undernäring  <i>Nutritionstöd genom kostråd och kosttillskott</i>	Mycket försämrad livskvalitet	Liten till måttlig patientnytta.  Positiv effekt på näringsintag, vikt och livskvalitet.	Konsensus	Ej bedömbart		5
Lungcancer-vård Rad E7	Person med lungcancer i sent palliativt skede och med undernäring eller risk för undernäring  <i>Nutritionstöd genom kostråd och kosttillskott</i>	Mycket försämrad livskvalitet	Ingen patientnytta.  Större patientolägenhet än nytta.	Konsensus	Ej bedömbart		Icke-göra
Rörelseorganens sjukdomar Rad D05.16	Tidig reumatoid artrit – symtomduration ≤ 12 månader  <i>Screening för ogynnsamma bakgrundsfaktorer innefattande vart och ett av utbildning, alkohol och tobak, nutritionsstatus, språksvårigheter, etnisk bakgrund, comorbiditet</i>	Mycket hög. Mycket hög inverkan på funktion och livskvalitet, mycket hög risk för framtida funktionsnedsättning och nedsättning av livskvalitet samt hög risk för förtidig död.	Studier av jämförelser med relevanta alternativ saknas.	Kan ej graderas	Ej bedömbart	Ej bedömbart Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt.	FoU
Tjock- eller ändtarmscancer	Tjock- eller ändtarmscancer, inför	Mycket stor svårighetsgrad	Kan minska risken för postoperativ 30-dagars mortalitet.	Mycket låg	Ej bedömd	Avgörande för rekommendationen är att	5

## Bilaga 4

cer Rad K032	operation, näringsbrist och minst 10 % vikt förlust  <i>Preoperativt nutritionsstöd (enteralt om möjligt, annars parenteralt) där tiden för behandling är individuellt anpassad</i>	ad	Kan minska risken för 30-dagars morbiditet.  Kan minska den postoperativa vårdtiden.	Låg  Mycket låg		tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt.	
Astma och KOL Rad K03.06	KOL, BMI < 22  <i>Nutritionsbehandling, näringsdryck</i>	Stor svårighetsgrad	Vid KOL och BMI < 22 ger nutritionsbehandling med näringsdryck jämfört med placebo eller traditionell behandling: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ingen minskning av antal exacerbationer (begränsat vetenskapligt underlag).</li> <li>• en ökad kropps-konstitution (måttligt starkt vetenskapligt underlag)</li> <li>• en ökad funktionell kapacitet (begränsat vetenskapligt underlag).</li> <li>• ingen förbättring av livskvalitet (måttligt starkt vetenskapligt underlag).</li> <li>• ingen förbättring av lungfunktion (starkt vetenskapligt underlag).</li> <li>• ökad vikt och BMI (starkt vetenskapligt underlag).</li> </ul>			Hälsoekonomisk evidens saknas. Låg till måttlig kostnad per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (skattning).  Avgörande för rekommendationen är tillståndets stora svårighetsgrad, åtgärdens effekt på vikt, BMI och funktionell kapacitet samt en låg till måttlig kostnad per effekt.	3

## Bilaga 5

Rekommendationer livsstilsråd (1-10, icke-göra, fou)

Riktlinje	Hälsotillstånd, åtgärd	Tillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Kostnad per vunnet levnadsår/ QALY	Hälsoekonomisk evidens alt motiv för rekommendation	Rekommendation
Hjärtsjukvård Rad A10	Hjärtkärlfrisk patient med fetma, särskilt bukfetma, diabetes eller hjärtkärlsjukdom hos 1:a gradssläkting (man <55 år, kvinna <65 år)  <i>Kartläggning av övriga riskfaktorer för övergripande riskskattning samt råd och stöd för sunda levnadsvanor (rökfrihet, fysisk aktivitet, hälsosam energibalanserad mat, måttlighet med alkohol)</i>	Måttligt ökad risk för förtida död, permanent skada.	46-58 % lägre risk för diabetes efter råd om ökad fysisk aktivitet och bättre matvanor. Halverad dödlighet efter motions- och kostråd till överviktiga med nedsatt glukostolerans. Övergripande riskskattning ger förstärkt beslutsunderlag. Goda levnadsvanor påverkar blodtryck och blodfetter i gynnsam riktning och minskar behovet av läkemedel. Goda levnadsvanor minskar risken för hjärtkärlsjukdom och förtida död oberoende av andra riskfaktorer.	Mycket gott vetenskapligt underlag Visst vetenskapligt underlag  Mycket gott vetenskapligt underlag  Evidensstyrka 1  Mycket gott vetenskapligt underlag	Låg	Skattad	3
Hjärtsjukvård Rad A13 + stroke Rad A5	Hjärtkärlfrisk patient med systoliskt BT >180mm Hg och/eller diastoliskt BT >110mm Hg  <i>Livsstilsrådgivning samt behandling med eller flera generikaläkemedel mot högt blodtryck (diuretika, ACE-hämmare, kalciumantagonister eller betablockerare)</i>	Hög risk för förtida död, permanent skada.	Behandling med tiazidiuretika, ACE-hämmare, Kalciumblockerare och betablockerare minskar insjuknandet i hjärtinfarkt (RR 0,87, CI 0,80-0,94) och total död (RR=0,90, CI 0,85-0,95).  Atenolol har sämre effekt avseende stroke och total död på patienter ≥60 år	Evidensstyrka 1   Visst vetenskapligt underlag	Låg	Skattad	1
Hjärtsjukvård Rad A14 + stroke Rad A6	Hjärtkärlfrisk patient med hypertoni och måttligt ökad risk för hjärtkärlsjukdom 12 månader efter livsstilsråd  <i>Fortsatt livsstilsrådgivning samt behandling med ett eller flera generikaläkemedel mot högt blodtryck</i>	Måttligt ökad risk för förtida död, permanent skada.	Goda levnadsvanor påverkar blodtryck och blodfetter i gynnsam riktning och minskar behovet av läkemedel.  Goda levnadsvanor minskar risken för hjärtkärlsjukdom och förtida död oberoende av andra riskfaktorer.	Evidensstyrka 1  Mycket gott vetenskapligt underlag  Evidensstyrka 1	Låg	Skattad	1
Hjärtsjukvård	Hjärtkärlfrisk patient med	Lätt ökad risk för	Goda levnadsvanor påverkar	Evidensstyrka 1	Låg	Skattad	4

## Bilaga 5

Rad A15 + stroke Rad A7	hypertoni och lätt ökad risk för hjärtkärlsjukdom 12 månader efter livsstilsråd  <i>Fortsatt livsstilsrådgivning samt behandling med ett eller flera generikaläkemedel mot högt blodtryck</i>	förtida död, permanent skada	blodtryck och blodfetter i gynnsam riktning och minskar behovet av läkemedel.  Goda levnadsvanor minskar risken för hjärtkärlsjukdom och förtida död oberoende av andra riskfaktorer	Mycket gott vetenskapligt underlag			
Hjärtsjukvård Rad A16 + stroke Rad A8	Hjärtkärlfrisk patient med hypertoni och lätt till måttligt ökad risk för hjärtkärlsjukdom 12 månader efter livsstilsråd  <i>Fortsatt livsstilsrådgivning samt behandling med ett eller flera ickegeneriska läkemedel som förstahandsval mot högt blodtryck</i>	Låg till måttligt ökad risk för förtida död, permanent skada.	Goda levnadsvanor påverkar blodtryck och blodfetter i gynnsam riktning och minskar behovet av läkemedel.  Goda levnadsvanor minskar risken för hjärtkärlsjukdom och förtida död oberoende av andra riskfaktorer.	Evidensstyrka 1  Mycket gott vetenskapligt underlag  Evidensstyrka 1	Hög	Skattad	10
Hjärtsjukvård Rad A19 + stroke Rad A10	Hjärtkärlfrisk patient med blodfetsrubbnings och måttligt ökad risk för hjärtkärlsjukdom ett år efter livsstilsråd  <i>Fortsatt livsstilsrådgivning samt behandling med generiskt statin med dokumenterad effekt</i>	Måttligt ökad risk för förtida död, permanent skada.	Goda levnadsvanor påverkar blodtryck och blodfetter i gynnsam riktning och minskar behovet av läkemedel.  Goda levnadsvanor minskar risken för hjärtkärlsjukdom och förtida död oberoende av andra riskfaktorer.	Evidensstyrka 1  Mycket gott vetenskapligt underlag  Gott vetenskapligt underlag	Hög	Skattad	8
Hjärtsjukvård Rad A20 + stroke rad A11	Hjärtkärlfrisk patient med blodfetsrubbnings och lätt till måttligt ökad risk för hjärtkärlsjukdom 12 månader efter livsstilsråd  <i>Fortsatt livsstilsrådgivning samt behandling med ett icke generiskt statin som förstahandsval</i>	Låg till måttligt ökad risk för förtida död, permanent skada.	Goda levnadsvanor påverkar blodtryck och blodfetter i gynnsam riktning och minskar behovet av läkemedel.  Goda levnadsvanor minskar risken för hjärtkärlsjukdom och förtida död oberoende av andra riskfaktorer.	Evidensstyrka 1  Mycket gott vetenskapligt underlag  Gott vetenskapligt underlag	Hög	Skattad	10
Hjärtsjukvård Rad A21	Förhöjt blodtryck och/eller blodfetsrubbnings hos hjärtkärlfrisk patient	Måttligt ökad risk för förtida död, permanent skada	Övergripande riskbedömning ger säkrare beslutsunderlag än enbart blodtrycksmätning. Goda levnadsvanor påverkar blodtryck/blodfetter i gynnsam	Mycket gott vetenskapligt underlag  Evidensstyrka 1	Låg	Skattad	2

## Bilaga 5

	<i>Kartläggning av övriga riskfaktorer för övergripande riskskattning samt råd och stöd för sunda levnadsvanor (rökfrihet, fysisk aktivitet, hälsosam energibalanserad mat, måttlighet med alkohol) under minst 12 månader</i>		riktning och minskar behovet av läkemedel. Goda levnadsvanor minskar risken för hjärtkärlsjukdom och förtida död med eller utan samtidig påverkan på blodtryck eller blodfetter.	Mycket gott vetenskapligt underlag			
Hjärtsjukvård Rad A136	Aterosklerotisk kärlsjukdom och kolesterol >4,5 alt. LDL-kolesterol >2,5  <i>Råd om livsstilsförändringar samt behandling med generiska statiner till målnivå som förstahandsbehandling</i>	Måttlig risk förtida död. Hög risk permanent skada. Stor påverkan av livskvalitet.	RRR avseende kardiovaskulär mortalitet 22 %.	Evvidensstyrka 1	Låg	God	1
Hjärtsjukvård Rad A137	Aterosklerotisk kärlsjukdom och kolesterol >4,5 alt. LDL-kolesterol >2,5  <i>Råd om livsstilsförändringar samt blodfettssänkning med adekvat behandling där man inte nått målnivå med förstahandsbehandling</i>	Måttlig risk förtida död. Hög risk permanent skada. Stor påverkan av livskvalitet.	12% sänkning av totalmortalitet per mmol/L sänkning av LDL	Evidensstyrka 1	Ej bedömningsbar		2
Hjärtsjukvård Rad A138	Aterosklerotisk kärlsjukdom och kolesterol enligt gällande riktlinjer (>4,5 alt. LDL-kolesterol >2,5)  <i>Råd om livsstilsförändringar samt blodfettssänkning med icke generiska statiner till målnivå</i>	Måttlig risk förtida död. Hög risk permanent skada. Stor påverkan av livskvalitet.	12% sänkning av totalmortalitet per mmol/L sänkning av LDL	Evidensstyrka 1	Låg	God	6
Hjärtsjukvård Rad A139	Aterosklerotisk kärlsjukdom och kolesterol >4,5 alt. LDL-kolesterol >2,5	Måttlig risk förtida död. Hög risk permanent skada.	Ännu inga studier med hårda kliniska endpoints. Ca 19-24 % reduktion av total kolesterol utöver statineffekten.	Gott vetenskapligt underlag	Ej bedömningsbar		8

## Bilaga 5

	<i>Råd om livsstilsförändringar samt generisk simvastatin + ezetimib</i>	Stor påverkan av livskvalitet.					
Stroke Rad G1	Högt eller normalt blodtryck (sekundärprevention)  <i>Råd om livsstilsförändringar samt blodtryckssänkning med ACE-hämmare och diuretika</i>	Stor (minst 5 procent) risk för kardiovaskulär död på 10 års sikt.	Liten påverkan på förtida död eller aktivitetsbegränsning (9 färre stroke på 1 000 behandlade per år). Stor påverkan på risk för förtida död inom 10 år.	Evidensstyrka 2	Låg	Skattad	2
Stroke Rad G2	Höga eller normala blodfetter hos patient med ischemiskt stroke  <i>Råd om livsstilsförändringar samt blodfettssänkning med generiskt statin</i>	Stor (minst 5 procent) risk för kardiovaskulär död på 10 års sikt.	Minskad risk ischemiskt stroke ARR 1,4-2,4 % per 5 år, RR 20 %. (studierna behandlar både generisk och icke-generiska statiner).  Minskad risk major cardiovascular event ARR 3,1-5,1 % per 5 år, RR 17 % (studierna behandlar både generisk och icke-generiska statiner).	Evidensstyrka 1	Låg	Skattad	3
Stroke Rad G3	Höga eller normala blodfetter hos patient med ischemiskt stroke  <i>Råd om livsstilsförändringar samt blodfettssänkning med icke-generiskt statin</i>	Stor (minst 5 procent) risk för kardiovaskulär död på 10 års sikt.	"Minskad risk ischemiskt stroke ARR 1,4-2,4 % per 5 år, RR 20 % (studierna behandlar både generisk och icke-generiska statiner).  Minskad risk major cardiovascular event ARR 3,1-5,1 % per 5 år, RR 17 % (studierna behandlar både generisk och icke-generiska statiner)."	Evidensstyrka 1	Måttlig	Skattad	7
Diabetes Rad A01	Diabetes och högt blodtryck utan mikroalbuminuri  <i>Kombinerade livsstilsåtgärder (kost, motion och eventuellt andra åtgärder som beteendemodifiering)</i>	Stor svårighetsgrad	"Vid diabetes och högt blodtryck utan mikroalbuminuri ger intensiva kombinerade interventioner syftande till livsstilsförändringar • viktnedgång och en måttlig blodtryckssänkning. "	Måttligt starkt vetenskapligt underlag	Låg kostnad per vunnen QALY för fysisk aktivitet i kombination med kostråd jämfört med sedvanlig vissvård.	Viss	1
Diabetes Rad A02	Ökad risk för typ 2-diabetes, baserat på	Liten svårighetsgrad	Vid ökad risk för typ 2-diabetes baserat på nedsatt glukostolerans	"Begränsat- till måttligt starkt vetenskapligt underlag	Dominant strategi (positiv	Viss	6

## Bilaga 5

	nedsatt glukostolerans.  <i>Strukturerade program för intensiv påverkan på ohälsosamma levnadsvanor (kost och fysisk aktivitet)</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• kan utveckling till manifest typ 2-diabetes fördröjas eller minskas signifikant under loppet av 2,5–4,5 år genom antingen ökad motion eller ändrad kost</li> <li>• kan utveckling till manifest typ 2-diabetes fördröjas eller minskas signifikant under loppet av 2,5–4,5 års aktiv förändring av levnadsvanor genom ökad motion, ändrad kost och viss viktnedgång</li> <li>• har inte långtidsuppföljning, upp till tio år, av deltagarna i interventionsstudierna kunnat visa på positiva effekter på morbiditet och mortalitet</li> </ul>	<p>Starkt vetenskapligt underlag</p> <p>Måttligt starkt vetenskapligt underlag"</p>	effekt på hälsa och kostnadsbesparande) eller låg kostnad per vunnen QALY för strukturerade program för intensiv påverkan på levnadsvanor jämfört med inget strukturerat program.		
Diabetes Rad A26a	Typ 2-diabetes och övervikt eller fetma  <i>Intensiva kombinerade livsstilsåtgärder (kost, motion och eventuellt andra åtgärder)</i>	Liten svårighetsgrad	<p>Vid typ 2-diabetes med övervikt eller fetma</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medför intensiv livsstilsintervention med fysisk aktivitet och kalori restriktion med viktnedgång som fokus ingen minskning av hjärtkärlländelser eller mortalitet.</li> <li>• medför intensiv livsstilsintervention med fysisk aktivitet och kalori restriktion med viktnedgång som fokus en medelskillnad i vikt under hela studietiden (tio år) på -4kg (95% CI, -5 till -3)</li> <li>• medför intensiv livsstilsintervention med fysisk aktivitet och kalori restriktion med viktnedgång som fokus en medelskillnad i HbA1c under hela studietiden (tio år) på -0,22% (95% CI, -0,28 till -0,16)</li> </ul>	<p>Måttligt starkt vetenskapligt underlag</p> <p>Måttligt starkt vetenskapligt underlag</p> <p>Måttligt starkt vetenskapligt underlag</p>	Dominant strategi (positiv effekt på hälsa och kostnadsbesparande) eller låg kostnad per vunnen QALY för strukturerade program för intensiv påverkan på levnadsvanor jämfört med inget strukturerat program.	Viss	8
Diabetes Rad F08	Graviditetsdiabetes  <i>Stöd till förändrade ohälsosamma levnadsvanor och systematisk uppföljning efter graviditet</i>	Liten svårighetsgrad	Efter genomgången graviditetsdiabetes medför allmänna råd om levnadsvanor och systematisk uppföljning av vikt, blodglukos och andra riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom större patientnytta än olägenhet	Konsensus	Ej bedömbart		3
Rörelseorganens	Tidig reumatoid artrit – symtomduration ≤ 12	Mycket hög. Mycket hög	Studier av jämförelser med relevanta alternativ saknas.	Kan ej graderas	Ej bedömbart	Ej bedömbart Avgörande för	FoU



## Bilaga 5

sjukdomar Rad D 05.16	månader <i>Livsstilsrådgivning vid behov utan strukturerad kartläggning</i>	inverkan på funktion och livskvalitet, mycket hög risk för framtida funktionsnedsättni ng och nedsättning av livskvalitet samt hög risk för förtidig död.				rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt.	
--------------------------	--	---	--	--	--	--	--