

| | A | B | C | D | E | F | G | H |
|---|----|--|---|---|---|-----------------------------------|------------------------|----------------|
| | ID | Hälsotillstånd | Tillståndets svårighetsgrad | Effekt av åtgärd | Evidens för effekt | Kostnad per vunnet levnadsår/QALY | Hälsoekonomisk evidens | Rekommendation |
| 1 | | <i>Åtgärd</i> | | | | | | |
| 2 | A1 | Lågt intag av E-vitamin, betakaroten, omega-3-fettsyror via kosten eller höga homocysteinnivåer hos hjärt-kärlfrisk person <i>Kosttillskott med E-vitamin, betakaroten, vitamin B6 och B12 samt omega-3-fettsyror</i> | Måttligt ökad risk för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom. | Ingen minskad risk för hjärt-kärlsjukdom efter kosttillskott med E-vitamin eller omega-3-fettsyra. Ökad risk för hjärt-kärlsjukdom vid kosttillskott med betakaroten. Ökad dödlighet vid högt intag av vitamin E eller betakaroten. Ingen minskad risk för hjärt-kärlsjukdom visad efter kosttillskott med vitamin B6, B12, folsyra. | Evidensstyrka 1 Evidensstyrka 1 Evidensstyrka 1 Mycket gott vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | Icke-göra |
| 3 | A2 | Låg konsumtion av fisk hos hjärt-kärlfrisk person <i>Ökad konsumtion av fisk</i> | Måttligt ökad risk för insjuknande, förtida död eller permanent skada. | RR för död i kranslärssjukdom = 0,62 (KI 0,46-0,82) för fisk 5 gånger per vecka respektive 0,85 (95 % KI 0,76-0,96) för fisk 1 gång per vecka jämfört med mindre än 1 gång per vecka. RR för strokeinsjuknande = 0,69 (KI 0,54-0,88) för fisk minst 5 gånger per vecka respektive 0,87 (95 % KI 0,77-0,98) för fisk 1 gång per vecka jämfört med mindre än 1 gång per vecka. | Mycket gott vetenskapligt underlag enligt observationsstudier men ej från randomiserade kontrollerade studier | Ej bedömbär | | 3 |
| 4 | A3 | Hjärt-kärlfrisk person med ett BMI över 35 <i>Vikt reducerande läkemedelsbehandling där kost- och motionsråd inte gett tillräcklig effekt</i> | Måttligt ökad risk för insjuknande och död i hjärtinfarkt samt total dödlighet. | Tillägg med läkemedel ger jämfört med placebo 3-4 kg viktne gång efter 1 år. Studier avseende effekter av läkemedelstillägg på insjuknande och död i hjärtinfarkt, stroke samt total dödlighet saknas. | Evidensstyrka 1 | Måttlig | Skattad | 9 |
| 5 | A4 | Hjärt-kärlfrisk person med ett BMI över 40 <i>Kirurgisk behandling</i> | Måttligt ökad risk för insjuknande och död i hjärtinfarkt samt total dödlighet. | Kirurgi vid svår fetma kan leda till 30-40 kg viktne gång efter 5 år. I en icke randomiserad studie ledde fetmakirurgi till minskad totalmortalitet, men gav ingen effekt avseende död i hjärtinfarkt, stroke eller hjärt-kärlsjukdom. | Evidensstyrka 1 för viktne gång Visst vetenskapligt underlag | Låg till måttlig | Skattad | 6 |
| 6 | A5 | Hjärt-kärlfrisk patient med systoliskt BT högre än 180 mmHg eller diastoliskt BT högre än 110 mmHg <i>Livsstilsrådgivning samt behandling med ett eller flera generikaläkemedel mot högt blodtryck (diuretika, ACE-hämmare, kalciumantagonister eller betablockerare)</i> | Hög risk för förtida död eller permanent skada. | Behandling med tiazidiuretika, ACE-hämmare, Kalciumblockerare och betablockerare minskar insjuknandet i stroke (RR 0,71 KI 0,63-0,81), hjärtinfarkt (RR 0,87, KI 0,80-0,94) och total död (RR 0,90, KI 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 |

| | A | B | C | D | E | F | G | H |
|---|----|--|--|---|--|-----------------------------------|------------------------|----------------|
| | ID | Hälsotillstånd | Tillståndets svårighetsgrad | Effekt av åtgärd | Evidens för effekt | Kostnad per vunnet levnadsår/QALY | Hälsoekonomisk evidens | Rekommendation |
| 1 | A6 | Hjärt-kärlfrisk patient med hypertoni och måttligt ökad risk för hjärt-kärlsjukdom där livsstilsinsatser uppenbart har haft otillräcklig effekt <i>Fortsatt livstilsrådgivning samt behandling med ett eller flera generikaläkemedel mot högt blodtryck</i> | Måttligt ökad risk för förtida död eller permanent skada. | Goda levnadsvanor påverkar blodtryck och blodfetter i gynnsam riktning och minskar behovet av läkemedel. Goda levnadsvanor minskar risken för hjärt-kärlsjukdom och förtida död oberoende av andra riskfaktorer. Behandling med tiaziddiuretika, ACE-hämmare, kalciumblockerare och betablockerare minskar insjuknande i stroke (RR 0,71 CI 0,63-0,81), hjärtinfarkt (RR 0,87, 95 % KI 0,80-0,94) och total död (RR 0,90, 95 % KI 0,85-0,95). Atenolol har sämre effekt avseende stroke och total död på patienter ≥60 år. | Evidensstyrka 1 Mycket gott vetenskapligt underlag Evidensstyrka 1 Visst vetenskapligt underlag | Låg | Skattad | 1 |
| 7 | A7 | Hjärt-kärlfrisk patient med hypertoni och lätt ökad risk för hjärt-kärlsjukdom där livsstilsinsatser uppenbart har haft otillräcklig effekt <i>Fortsatt livstilsrådgivning samt behandling med ett eller flera generikaläkemedel mot högt blodtryck</i> | Lätt ökad risk för förtida död eller permanent skada. | Goda levnadsvanor påverkar blodtryck och blodfetter i gynnsam riktning och minskar behovet av läkemedel. Goda levnadsvanor minskar risken för hjärt-kärlsjukdom och förtida död oberoende av andra riskfaktorer. Behandling med tiaziddiuretika, ACE-hämmare, kalciumblockerare och betablockerare minskar insjuknande i stroke (RR 0,71 KI 0,63-0,81), hjärtinfarkt (RR 0,87, KI 0,80-0,94) och total död (RR 0,90, KI 0,85-0,95). Atenolol har sämre effekt avseende stroke och total död på patienter ≥60 år. | Evidensstyrka 1 Mycket gott vetenskapligt underlag Evidensstyrka 1 Visst vetenskapligt underlag | Låg | Skattad | 4 |
| 8 | A8 | Hjärt-kärlfrisk patient med hypertoni och lätt till måttligt ökad risk för hjärt-kärlsjukdom där livsstilsinsatser uppenbart har haft otillräcklig effekt <i>Fortsatt livstilsrådgivning samt behandling med ett eller flera icke generiska läkemedel som förstahandsval mot högt blodtryck</i> | Låg till måttligt ökad risk för förtida död eller permanent skada. | Goda levnadsvanor påverkar blodtryck och blodfetter i gynnsam riktning och minskar behovet av läkemedel. Goda levnadsvanor minskar risken för hjärt-kärlsjukdom och förtida död oberoende av andra riskfaktorer. Behandling med tiaziddiuretika, ACE-hämmare, kalciumblockerare och betablockerare minskar insjuknande i stroke (RR 0,71 KI 0,63-0,81), hjärtinfarkt (RR 0,87, KI 0,80-0,94) och total död (RR 0,90, KI 0,85-0,95). Atenolol har sämre effekt avseende stroke och total död på patienter ≥60 år. | Evidensstyrka 1 Mycket gott vetenskapligt underlag Evidensstyrka 1 Visst vetenskapligt underlag | Hög | Skattad | 10 |
| 9 | | | | | | | | |

| | A | B | C | D | E | F | G | H |
|----|-----|--|---|---|--|--------------------------------------|---------------------------|----------------|
| | ID | Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i> | Tillståndets svårighetsgrad | Effekt av åtgärd | Evidens för effekt | Kostnad per vunnet levnadsår/QALY | Hälsoekonomisk evidens | Rekommendation |
| 1 | | | | | | | | |
| 10 | A9 | Hjärt-kärlfrisk patient med hypertoni där läkemedelsbehandling är indicerad <i>Behandling med angiotensinreceptor-blockerare (ARB) som förstahandsmedel</i> | Hög risk för förtida död eller permanent skada. | Blodtrycksbehandling med ARB minskar insjuknande i stroke, hjärtsvikt och hjärt-kärlsjukdom, men minskar inte insjuknande i hjärtinfarkt, död i hjärt-kärlsjukdom eller total död. | Visst vetenskapligt underlag | Hög | Skattad | 10 |
| 11 | A10 | Hjärt-kärlfrisk patient med blodfetterubbnig och måttligt ökad risk för hjärt-kärlsjukdom 12 månader efter livstilsråd <i>Fortsatt livstilsrådgivning samt behandling med generiskt statin med dokumenterad effekt</i> | Måttligt ökad risk för förtida död eller permanent skada. | Goda levnadsvanor påverkar blodtryck och blodfetter i gynnsam riktning och minskar behovet av läkemedel. Goda levnadsvanor minskar risken för hjärt-kärlsjukdom och förtida död oberoende av andra riskfaktorer. Kolesterolsänkande behandling med statiner kan bland friska män med blodfetterubbnig minska insjuknande och död i hjärtinfarkt. Ingen effekt visad på total dödlighet. | Evidensstyrka 1 Mycket gott vetenskapligt underlag Gott vetenskapligt underlag | Hög | Skattad | 8 |
| 12 | A11 | Hjärt-kärlfrisk patient med blodfetterubbnig och lätt till måttligt ökad risk för hjärt-kärlsjukdom 12 månader efter livstilsråd <i>Fortsatt livstilsrådgivning samt behandling med ett icke-generiskt statin som förstahandsval</i> | Låg till måttligt ökad risk för förtida död eller permanent skada. | Goda levnadsvanor påverkar blodtryck och blodfetter i gynnsam riktning och minskar behovet av läkemedel. Goda levnadsvanor minskar risken för hjärt-kärlsjukdom och förtida död oberoende av andra riskfaktorer. Kolesterolsänkande behandling med statiner kan bland friska män med blodfetterubbnig minska insjuknande och död i hjärtinfarkt. Ingen effekt visad på total dödlighet. Ingen effekt visad för kvinnor. | Evidensstyrka 1 Mycket gott vetenskapligt underlag Gott vetenskapligt underlag | Hög | Skattad | 10 |
| 13 | A12 | Hjärt-kärlfrisk person <i>Behandling med acetylsalicylsyra</i> | Låg risk för förtida död eller permanent skada. | Behandling med acetylsalicylsyra av friska patienter med eller utan hypertoni eller diabetes minskar inte risken för förtida död. | Mycket gott vetenskapligt underlag | Högre kostnad sämre effekt | Skattad | Icke-göra |
| 14 | A13 | Förmaksflimmer eller -fladder i mer än 48 timmar med ytterligare minst två måttliga riskfaktorer eller en hög riskfaktor för tromboembolisk komplikation oavsett symtom och mot beaktande av risk för blödning <i>Tromboemboliprofylax med warfarin</i> | Låg till måttlig risk för förtida död. Måttlig till hög risk för permanent skada. Litet till stort behov av symtomlindring. Liten till stor påverkan på livskvalitet. | Liten till måttlig påverkan på risk för förtida död. Måttlig till stor påverkan på risk för permanent skada. Ingen symtomlindring. Liten risk för behandlingsrelaterad komplikation. Liten försämrning av livskvalitet. | Evidensstyrka 1 | Låg | God | 2 |
| 15 | A14 | Förmaksflimmer eller -fladder i mer än 48 timmar med minst ytterligare en måttlig riskfaktor för tromboembolisk komplikation oavsett symtom och mot beaktande av risk för blödning <i>Tromboemboliprofylax med warfarin</i> | Låg till måttlig risk för förtida död. Måttlig till hög risk för permanent skada. Litet till stort behov av symtomlindring. Liten till stor påverkan på livskvalitet. | Liten till måttlig påverkan på risk för förtida död. Måttlig till stor påverkan på risk för permanent skada. Ingen symtomlindring. Liten risk för behandlingsrelaterad komplikation. Liten försämrning av livskvalitet. | Evidensstyrka 2 | Låg | God | 4 |

| | A | B | C | D | E | F | G | H |
|----|-----|---|---|---|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------|----------------|
| | ID | Hälsotillstånd | Tillståndets svårighetsgrad | Effekt av åtgärd | Evidens för effekt | Kostnad per vunnet levnadsår/QALY | Hälsoekonomisk evidens | Rekommendation |
| 1 | | <i>Åtgärd</i> | | | | | | |
| 16 | A15 | Förmaksflimmer eller -fladder i mer än 48 tim med minst två måttliga riskfaktorer eller en hög riskfaktor för tromboembolisk komplikation oavsett symtom där warfarin är möjligt <i>Tromboemboliprofylax med acetylsalicylsyra (75-325mg/dag)</i> | Låg till måttlig risk för förtida död. Måttlig till hög risk för permanent skada. Liten till stort behov av symtomlindring. Liten till stor påverkan på livskvalitet. | Acetylsalicylsyra ger avsevärt sämre tromboemoiskydd jämfört med warfarin. Den relativa riskreduktionen med warfarin jämfört med acetylsalicylsyra är 37 %. | Evidensstyrka 2 | Ej bedömbär | | Icke-göra |
| 17 | A16 | Förmaksflimmer eller -fladder i mer än 48 timmar eller paroxysmalt med minst ytterligare en måttlig riskfaktor för tromboembolisk komplikation oavsett symtom där warfarin inte är lämpligt <i>Tromboemboliprofylax med acetylsalicylsyra (75-325mg/dag)</i> | Låg till måttlig risk för förtida död. Måttlig till hög risk för permanent skada. Liten till stort behov av symtomlindring. Liten till stor påverkan på livskvalitet. | Liten påverkan på risk för förtida död. Måttlig påverkan på risk för permanent skada. Ingen symtomlindring. Liten risk för allvarlig behandlingsrelaterad komplikation. | Evidensstyrka 2 | Låg | Skattad | 5 |
| 18 | A17 | Attackvis förmaksflimmer och minst ytterligare två måttliga eller en hög riskfaktor för tromboembolisk komplikation <i>Tromboemboliprofylax med warfarin</i> | Låg risk för förtida död. Låg till måttlig risk för permanent skada. Liten till stort behov av symtomlindring. Liten till stor påverkan på livskvalitet. | Liten påverkan på risk för förtida död. Liten till stor påverkan på risk för permanent skada. Ingen symtomlindring. Liten försämring av livskvalitet. Liten risk för allvarlig behandlingsrelaterad komplikation. | Evidensstyrka 2 | Låg | God | 2 |
| 19 | A18 | Attackvis förmaksflimmer och minst ytterligare en riskfaktor för tromboembolisk komplikation <i>Tromboemboliprofylax med acetylsalicylsyra (75-325mg/dag)</i> | Liten risk för förtida död. Liten till måttlig risk för permanent skada. Liten till stort behov av symtomlindring. Liten till stor påverkan på livskvalitet. | Acetylsalicylsyra ger avsevärt sämre tromboemoiskydd jämfört med warfarin. Den relativa riskreduktionen med warfarin jämfört med acetylsalicylsyra är 37 %. | Evidensstyrka 2 | Ej bedömbär | | Icke-göra |
| 20 | A19 | Förmaksflimmer ("lone AF") hos patient utan annan riskfaktor för tromboembolisk komplikation <i>Tromboemboliprofylax med warfarin</i> | Låg risk för förtida död eller permanent skada. Liten till stort behov av symtomlindring. Liten till stor påverkan på livskvalitet. | Ingen till liten påverkan på risk för förtida död eller för permanent skada. Ingen symtomlindring. Liten försämring av livskvalitet. Liten risk för allvarlig behandlingsrelaterad komplikation, som överstiger vinstriken. | Mycket gott vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | Icke-göra |
| 21 | A20 | Asymtomatisk karotisstenos <i>Populationsbaserad allmän screening med ultraljud halskärl</i> | Måttligt ökad risk för stroke. | Förbättrad klinisk diagnostisk precision prehospitalt respektive inhospitalt (på akutmottagning). | Evidensstyrka 2 | Ej bedömbär | | 10 |
| 22 | A21 | Asymtomatisk karotisstenos <i>Undersökning med ultraljud halskärl vid fynd av halsblåsljud</i> | Måttligt ökad risk för stroke. | Förbättrad klinisk diagnostisk precision prehospitalt respektive inhospitalt (på akutmottagning). | Evidensstyrka 2 | Ej bedömbär | | 4 |
| 23 | A22 | Asymtomatisk karotisstenos <i>Riktad screening med ultraljud halskärl i gruppen med hög (mer än 20 procent) prevalens av karotisstenos</i> | Måttligt ökad risk för stroke. | Förbättrad klinisk diagnostisk precision prehospitalt respektive inhospitalt (på akutmottagning). | Evidensstyrka 2 | Ej bedömbär | | 4 |

| | A | B | C | D | E | F | G | H |
|----|-----|--|--|--|--|-----------------------------------|------------------------|----------------|
| | ID | Hälsotillstånd | Tillståndets svårighetsgrad | Effekt av åtgärd | Evidens för effekt | Kostnad per vunnet levnadsår/QALY | Hälsoekonomisk evidens | Rekommendation |
| 1 | | <i>Åtgärd</i> | | | | | | |
| 24 | A23 | Asymtomatisk karotisstenos <i>Riktad screening med ultraljud halskärl i gruppen med medelhög (5-20 procent) prevalens</i> | Måttligt ökad risk för stroke. | Förbättrad klinisk diagnostisk precision prehospitalt respektive inhospitalt (på akutmottagning). | Evidensstyrka 2 | Ej bedömbär | | 7 |
| 25 | A24 | Asymtomatisk karotisstenos <i>Riktad screening med ultraljud halskärl i gruppen med låg (mindre än 5 procent) prevalens av karotisstenos</i> | Måttligt ökad risk för stroke. | Förbättrad klinisk diagnostisk precision prehospitalt respektive inhospitalt (på akutmottagning). | Evidensstyrka 2 | Ej bedömbär | | 9 |
| 26 | A25 | Asymtomatisk karotisstenos <i>Karotiskirurgi</i> | Låg risk för förtida död eller stroke. | Liten påverkan risk stroke eller död. | Evidensstyrka 1 | Måttlig till mycket hög | God | 6 |
| 27 | A26 | Hjärt-kärlfrisk kvinna <i>Postmenopausal östrogenbehandling (i syfte att minska risken för stroke eller annan kärlsjukdom)</i> | Låg risk för förtida död eller permanent skada. | Ökad risk för stroke och död. | Gott vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | icke-göra |
| 28 | B1 | Misstänkt stroke eller TIA <i>Bedömningsinstrument prehospitalt för ambulanssjukvårdare, sjukvårdsrådgivare eller annan person i närheten av den drabbade</i> | Stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. Adekvat bedömning nödvändig för korrekt behandling med till exempel trombolys. | Förbättrad klinisk diagnostisk precision prehospitalt. | Evidensstyrka 2 | Ej bedömbär | | 2 |
| 29 | B2 | Misstänkt stroke eller TIA <i>Information i massmedier till allmänheten om akuta strokesymtom och åtgärder vid misstänkt stroke</i> | Stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. Tidsfördröjning initialt kan fördröja eller omöjliggöra trombolysbehandling och andra akuta åtgärder. | Kunskap om akuta strokesymtom ökade i befolkningen med cirka 50 %, och antalet patienter som sökte för akut stroke ökade med cirka 10 %. Effekterna minskade inom 5 månader efter kampanjsslut. Antalet som sökte för TIA ökade också. Data kring eventuella effekter på antal trombolysbehandlade saknas. | Visst vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | 5 |
| 30 | B3 | Akuta strokesymtom <i>Utbildningsprogram hälso- och sjukvårdspersonal</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. Tidsfördröjning från insjuknande till ankomst till sjukhus försämrar prognosen. | Minskar tidsfördröjning från insjuknande till ankomst till sjukhus. Förddubbling av andelen patienter som söker sjukhus inom första dygnet. | Visst vetenskapligt underlag (en observationsstudie om utbildning för både hälso- och sjukvårdspersonal samt allmänhet) samt beprövad erfarenhet | Ej bedömbär | | 2 |
| 31 | B4 | Akuta strokerelaterade symtom <i>Vårdprogram för transport samt omhändertagande i ambulans oavsett om personen får trombolys eller inte</i> | Stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. Tidsfördröjning från insjuknande till behandling försämrar prognosen. | Liten till måttlig påverkan risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. Tidigare diagnostik och behandling minskar komplikationsrisken. | Beprövad erfarenhet | Ej bedömbär | | 2 |

| | A | B | C | D | E | F | G | H |
|----|----|--|---|--|--|-----------------------------------|------------------------|----------------|
| | ID | Hälsotillstånd | Tillståndets svårighetsgrad | Effekt av åtgärd | Evidens för effekt | Kostnad per vunnet levnadsår/QALY | Hälsoekonomisk evidens | Rekommendation |
| 1 | | <i>Åtgärd</i> | | | | | | |
| 32 | B5 | Möjlig trombolys för person med misstänkt stroke <i>Pre- och inhospitalt vårdprogram för trombolys</i> | Stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. Tidsfördröjning från insjuknande till behandling försämrar prognosen. | Liten påverkan på risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning genom ökad möjlighet till trombolys. Stor påverkan på risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning vid genomförd trombolys. | Beprövad erfarenhet | Ej bedömbär | | 2 |
| 33 | B6 | Misstänkt akut stroke med hypoxemi (syrgasmättnad under 95 procent) vid ambulanstransport <i>Syrgasbehandling med monitorering</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Liten påverkan på risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Beprövad erfarenhet | Ej bedömbär | | 2 |
| 34 | B7 | Misstänkt stroke <i>Bedömning av symtom och medicinsk handläggning med hjälp av telemedicin under akutskedet</i> | Stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. Adekvat bedömning nödvändig för korrekt behandling med till exempel trombolys. | Förbättrad kvalitet av bedömning av strokesymtom med hjälp av telemedicin jämfört med telefonbedömning. Möjlighet att erbjuda trombolysbehandling på sjukhus i glesbygd med god patientsäkerhet. | Visst vetenskapligt underlag (dock testat under förhållanden som avsevärt skiljer sig från de i Sverige) | Låg | Skattad | FoU |
| 35 | B8 | Misstänkt stroke eller TIA <i>Omedelbar hänvisning till närmaste sjukhus av primärvården</i> | Mycket stor risk förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Bedömning på sjukhus krävs för värdering av sjukvårdsbehov och val av åtgärd. | Beprövad erfarenhet | Ej bedömbär | | 1 |
| 36 | B9 | Multisjuk person i palliativ vård som insjuknar i stroke när han eller hon befinner sig i annan vårdform än på strokeenhet <i>Läkarbedömning och ställningstagande till omvårdnad och rehabilitering i befintlig vårdform</i> | Stor nedsättning av livskvalitet. Stort behov av symptomlindring. | Måttlig påverkan på livskvalitet. Måttlig symptomlindring. | Beprövad erfarenhet | Ej bedömbär | | 2 |
| 37 | C1 | Misstänkt TIA eller stroke efter läkarbedömning <i>Datortomografi</i> | Stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Säker diagnostik krävs för värdering av sjukvårdsbehov och val av åtgärd. | Visst vetenskapligt underlag | Låg | Skattad | 1 |
| 38 | C2 | Misstänkt TIA eller stroke vid differentialdiagnostiska svårigheter <i>Magnetresonanstomografi hos patient med osäker diagnos efter klinisk bedömning och datortomografi</i> | Stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Säker diagnostik krävs för värdering av sjukvårdsbehov och val av åtgärd. | Mycket gott vetenskapligt underlag | Låg | Skattad | 2 |
| 39 | C3 | Misstänkt hjärnfarkt <i>Diffusions-MR, perfusions-MR eller perfusions-DT inför behandling</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Inte väl visat att fynd vid diffusions- eller perfusions-MR eller perfusions-DT är av värde för patientselektion till trombolysbehandling. | Otillräckligt vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | FoU |
| 40 | C4 | Patient med TIA eller lindrig hjärnfarkt med symtom från främre kretsloppet (karotidförsörjt territorium) utan kontraindikation för karotiskirurgi <i>Skyndsamt ultraljud</i> | Stor risk för stroke. | Diagnostik krävs för ställningstagande till åtgärd. | Gott vetenskapligt underlag | Låg | God | 2 |

| | A | B | C | D | E | F | G | H |
|----|----|--|--|--|---|--------------------------------------|---------------------------|----------------|
| 1 | ID | Hälsotillstånd Åtgärd | Tillståndets svårighetsgrad | Effekt av åtgärd | Evidens för effekt | Kostnad per vunnet levnadsår/QALY | Hälsoekonomisk evidens | Rekommendation |
| 41 | C5 | Patient med hjärninfarkt eller TIA utan kliniska misstankar om bakomliggande hjärtsjukdom <i>Ekokardiografi</i> | Låg risk för förtida död eller permanent skada. | Mycket sällsynt med fynd som påverkar handläggning eller ändrar behandling. | Gott vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | lcke-göra |
| 42 | C6 | Patienter med kryptogen hjärninfarkt eller stark klinisk misstanke på kardiell embolikälla <i>Ekokardiografi</i> | Potentiellt stor risk för återfall i stroke, förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Påvisande av kardiell embolikälla kan påverka behandling och bedömning av prognos. | Visst vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | 3 |
| 43 | C7 | Plötsligt påkommen huvudvärk och misstanke om subaraknoidalblödning <i>Likvorundersökning eller lumbalpunktion om datortomografin inte verifierar subaraknoidalblödning</i> | Mycket stor risk förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Säker diagnostik krävs för värdering av vårdbehov och val av åtgärd. Datortomografi har 90 % sensitivitet inom första 24 timmarna. Lumbalpunktion ger säker diagnostik upp till tre veckor efter insjuknandet. | Beprövad erfarenhet | Låg | Skattad | 1 |
| 44 | D1 | Hjärninfarkt <i>Intravenös trombolys inom 0-3 timmar efter symtomdebut (enligt Läkemedelsverkets gällande kriterier)</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. Stort behov av symtomlindring. | Stor påverkan förtida död eller aktivitetsbegränsning. Stort behov av symtomlindring. | Evidensstyrka 2 | Låg | God | 1 |
| 45 | D2 | Hjärninfarkt <i>Intravenös trombolys från 3 till 4,5 timmar efter symtomdebut men för övrigt med samma kriterier som vid nu gällande stroketrombolys*</i> <i>*Denna indikation är under Läkemedelsverkets prövning</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. Stort behov av symtomlindring. | Måttlig till stor påverkan förtida död eller aktivitetsbegränsning. Stort behov av symtomlindring. | Mycket gott vetenskapligt underlag Evidensstyrka 2 | Ej bedömbär | | 2 |
| 46 | D3 | Misstanke om basilarisoklusion <i>MR- eller CT-angiografi</i> | Potentiellt mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Säker diagnostik krävs för värdering av vårdbehov och val av åtgärd. | Visst vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | 3 |
| 47 | D4 | Hjärninfarkt orsakad av basilarisoklusion <i>Intravenös eller Intraarteriell behandling med trombolys</i> | Potentiellt mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Sannolikt måttlig effekt på död och funktionsförmåga. | Visst vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | 3 |
| 48 | D5 | Hjärninfarkt inom mediaterritoriet <i>Intraarteriell trombolys och andra endovaskulära tekniker för reperfusion (återställande av blodflöde)</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Vetenskapligt stöd från randomiserade studier saknas, endast observationsstudier med lågt bevisvärde föreligger. | Otillräckligt vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | FoU |
| 49 | D6 | Hjärninfarkt i akutskedet <i>Acetylsalicylsyra</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Liten påverkan på risk för förtida död. | Evidensstyrka 1 | Låg | Skattad | 2 |
| 50 | D7 | Hjärninfarkt <i>Högdos otraktionerat heparin</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Risk för allvarlig blödning lika stor som blodproppsförebyggande effekt. | evidensstyrka 1 | Ej bedömbär | | lcke-göra |
| 51 | D8 | Hjärninfarkt <i>Högdos av lågmolekylärt heparin</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Förbättrar ej prognos, ökad risk för blödningsskomplikation. | Evidensstyrka 1 | Ej bedömbär | | lcke-göra |

| | A | B | C | D | E | F | G | H |
|----|-----|--|--|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|----------------|
| | ID | Hälsotillstånd Åtgärd | Tillståndets svårighetsgrad | Effekt av åtgärd | Evidens för effekt | Kostnad per vunnet levnadsår/QALY | Hälsoekonomisk evidens | Rekommendation |
| 1 | D9 | Progredierande stroke <i>Heparinbehandling</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Vetenskapligt stöd från randomiserade studier saknas, endast observationsstudier med lågt bevisvärde föreligger. Potentiell risk för blödningskomplikation. | Otillräckligt vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | Icke-göra |
| 52 | D10 | Basilarisocklusion <i>Heparinbehandling</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Randomiserade studier och observationsstudier saknas. Forskning och utveckling pågår kring interventionell neuroradiologisk behandling. | Vetenskapligt underlag saknas | Ej bedömbär | | Icke-göra |
| 53 | D11 | Hopade TIA <i>Heparinbehandling</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Vetenskapligt stöd från randomiserade studier saknas; endast observationsstudier av lågt bevisvärde föreligger. | Otillräckligt vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | Icke-göra |
| 54 | D12 | Patient som väntar på karotiskirurgi <i>Korttidsbehandling med antikoagulantia</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Randomiserade studier och observationsdata som talar för effekt saknas. | Vetenskapligt underlag saknas | Ej bedömbär | | Icke-göra |
| 55 | D13 | Misstänkt TIA <i>Akut utredning och behandling på sjukhus</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Minskad risk för tidig stroke (ARR 8,2 % vid 90 dagar). | Gott vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | 1 |
| 56 | D14 | Subaraknoidalblödning <i>Intensivvård (gäller alla sjukhus) eller utredning och behandling på neurokirurgisk klinik</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Stor påverkan på risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Beprövad erfarenhet | Ej bedömbär | | 1 |
| 57 | D15 | Subaraknoidalblödning <i>Kalciumantagonister</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Liten till måttlig påverkan på risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Evidensstyrka 2 | Låg | Skattad | 2 |
| 58 | D16 | Ytligt lobärt intracerebralt hematom (supratentoriellt) med expansiv effekt och påverkad vakenhet <i>Neurokirurgi</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Gynnsam effekt på överlevnad och aktivitetsbegränsning. | Beprövad erfarenhet | Ej bedömbär | | 3 |
| 59 | D17 | Annan typ av lobärt intracerebralt hematom (supratentoriellt) <i>Neurokirurgi</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Effekt saknas på risk för förtida död och aktivitetsbegränsning. | Visst vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | 9 |
| 60 | D18 | Expansivt cerebellärt hematom <i>Neurokirurgi</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. Risk för hjärnstamskompression och hydrocefalusutveckling. | Stor påverkan på risk för förtida död. | Beprövad erfarenhet | Ej bedömbär | | 2 |
| 61 | D19 | Hjärnblödning under behandling med peroral antikoagulantia (warfarin) <i>Reversering av antikoagulantiaeffekt med koagulationsfaktorkoncentrat kombinerat med K-vitamin</i> | Akut dödlighet 50 procent eller mer. | Snabb reversering av antikoagulantiaeffekt. Osäker effekt på prognos. | Visst vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | 2 |
| 62 | | | | | | | | |

| | A | B | C | D | E | F | G | H |
|----|-----|---|--|---|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------------|----------------|
| | ID | Hälsotillstånd | Tillståndets svårighetsgrad | Effekt av åtgärd | Evidens för effekt | Kostnad per vunnet levnadsår/QALY | Hälsoekonomisk evidens | Rekommendation |
| 1 | | <i>Åtgärd</i> | | | | | | |
| 63 | D20 | Hjärnfarkt med expansiv effekt (malign mediainfarkt) hos patienter under cirka 60 år <i>Dekompressiv hemikraniektomi inom 48 timmar efter insjuknandet</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Minskad risk för ogynnsamt utfall med ARR 50 % (NNT 2). Minskad risk för död med ARR 50 % (NNT 2). | Mycket gott vetenskapligt underlag | Låg | Skattad | 2 |
| 64 | D21 | Hjärnfarkt med expansiv effekt (malign mediainfarkt) hos patienter över cirka 60 år <i>Dekompressiv hemikraniektomi inom 48 timmar efter insjuknandet</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Observationsstudier talar för att möjligheten till gynnsamt utfall med operation är mycket liten hos äldre patienter. RCT pågår. | Otillräckligt vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | FoU |
| 65 | D22 | Expansiv cerebellär infarkt <i>Neurokirurgi (dekompression och ventrikeldränage)</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. 10–20 procent utvecklar hjärnödem med hjärnstamskompression och obstruktiv hydrocefalus. | Liten till måttlig påverkan på risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Visst vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | 4 |
| 66 | D23 | Dissektion i cerebrala kärl <i>Behandling med antikoagulantia</i> | Stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Randomiserade studier saknas av lämpligaste antitrombotiska behandling. En studie pågår. | Otillräckligt vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | FoU |
| 67 | D24 | Misstänkt sinustrombos <i>Magnetkameraundersökning</i> | Måttlig risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Säker diagnostik krävs för värdering av vårdbehov och val av åtgärd. | Visst vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | 3 |
| 68 | D25 | Sinustrombos <i>Behandling med antikoagulantia</i> | Måttlig risk för förtida död. Stor risk för aktivitetsbegränsning. | Måttlig påverkan på förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Evidensstyrka 3 | Låg | Skattad | 4 |
| 69 | E1 | Stroke <i>Vård på strokeenhet</i> | Stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. Stor försämring av livskvalitet. | Stor påverkan på livskvalitet. Vård på strokeenhet jämfört med vård på allmänmedicinsk avdelning ger: lägre dödlighet ARR 3,7 %, minskad risk för död eller funktionsberoende ARR 3,6%, minskad risk för död eller institutionsvård ARR 5,2%. | Evidensstyrka 1 | Låg till måttlig | | 1 |
| 70 | E2 | Stroke <i>Vård på vanlig vårdavdelning eller med mobilt stroke-team vid akut stroke</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Stor påverkan på livskvalitet. Vård på strokeenhet jämfört med vård på allmänmedicinsk avdelning ger: lägre dödlighet ARR 3,7 %, minskad risk för död eller funktionsberoende ARR 3,6%, minskad risk för död eller institutionsvård ARR 5,2%. | Evidensstyrka 1 | Ej bedömbär | | icke-göra |
| 71 | E3 | Stroke <i>Bedömning och vid behov träning av ADL-funktion</i> | Stor risk aktivitetsbegränsning. Måttlig nedsättning av livskvalitet. Måttligt behov av symtomlindring. | Måttlig påverkan på risk för aktivitetsbegränsning. Måttlig påverkan på livskvalitet. Måttlig symtomlindring. | Beprövad erfarenhet | Ej bedömbär | | 3 |

| | A | B | C | D | E | F | G | H |
|----|-----|--|---|--|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------------|----------------|
| | ID | Hälsotillstånd | Tillståndets svårighetsgrad | Effekt av åtgärd | Evidens för effekt | Kostnad per vunnet levnadsår/QALY | Hälsoekonomisk evidens | Rekommendation |
| 1 | | <i>Åtgärd</i> | | | | | | |
| 72 | E4 | Patient med stroke som efter akutfasen har kvarvarande rehabiliteringsbehov <i>Vård på teambaserad rehabilitering i slutenvård</i> | Måttlig risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. Stor nedsättning av livskvalitet. | Liten påverkan på risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. Måttlig påverkan på livskvalitet. | Evidensstyrka 1 | Låg | Skattad | 2 |
| 73 | E5 | Person med mild till måttlig grad av stroke <i>Tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet med multidisciplinärt rehabiliteringsteam med strokekompetens inklusive läkare som ger rehabilitering i hemmet</i> | Måttlig risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. Stor försämring livskvalitet. | Minskad vårdtid på sjukhus. Minskat funktionsberoende. Minskat behov av institutionsboende. Ökad patientnöjdhet över denna vårdform. | Evidensstyrka 2 | Låg | Skattad | 3 |
| 74 | E6 | Person med hjärninfarkt eller TIA <i>Kliniskt inte motiverad kardiopöversvakning som hindrar tidig mobilisering</i> | Måttlig risk för återinsjuknande i stroke. Risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Tidig mobilisering är en av grundprinciperna vid strokeenhetsvård. Mobil övervakningsapparat finns om hjärtrytmövervakning är kliniskt motiverad. | Evidensstyrka 3 | Ej bedömbär | | lcke-göra |
| 75 | E7 | Hjärninfarkt eller TIA hos person utan kontraindikation mot antikoagulantia <i>Arytmiscreening med Holter-EKG eller Holter-event-recorder för att upptäcka paroxysmalt förmaksflimmer</i> | Måttlig risk för återinsjuknande i stroke. Risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Arytmiscreening med Holter-EKG eller event-recorder medför att betydligt fler (3,8-8,4%) förmaksflimmer kan identifieras jmf med enstaka vilo-EKG. | Evidensstyrka 2 | Låg | Skattad | 4 |
| 76 | E8 | Akut hjärninfarkt <i>Blodtryckssänkande behandling i akutskedet</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Vetenskapligt stöd för åtgärden saknas. Flera RCT pågår. | Vetenskapligt underlag saknas | Ej bedömbär | | FoU |
| 77 | E9 | Intracerebral blödning i akutfasen <i>Försiktig blodtryckssänkande behandling</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Liten påverkan på risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Visst vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | 9 |
| 78 | E10 | Måttligt förhöjt blodsocker vid akut stroke <i>Normalisering av blodsocker med glukos-insulin-dropp</i> | Måttligt ökad risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Resultat från RCT vad gäller dödlighet och neurologiskt bortfall är inkonklusiva, ytterligare RCT pågår. | Otillräckligt vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | FoU |
| 79 | E11 | Förhöjd kroppstemperatur i akutskedet av ett stroke <i>Utredning och om möjligt behandling av bakomliggande orsak</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Säker diagnos krävs för värdering av vårdbehov och val av åtgärd. Måttlig påverkan på risk för förtida död och aktivitetsbegränsning. | Beprövad erfarenhet | Ej bedömbär | | 2 |
| 80 | E12 | Akut hjärninfarkt <i>Behandling med hypotermi</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Vetenskapligt stöd saknas för effekt av hypotermi inducerat på olika sätt. RCT pågår. | Otillräckligt vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | FoU |
| 81 | E13 | Patient med stroke och syrgasmättnad under 95 procent (med hypoxi) <i>Diagnostisering av orsak och om möjligt behandling</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Måttlig påverkan på risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Beprövad erfarenhet | Ej bedömbär | | 2 |
| 82 | E14 | Patient med stroke och syrgasmättnad över 95 procent (utan hypoxi) under akutskedet <i>Syrgasbehandling</i> | Liten risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning relaterad till syrgasmättnaden vid normala nivåer. | Ingen effekt. | Visst vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | lcke-göra |

| | A | B | C | D | E | F | G | H |
|----|-----|---|--|---|---|-----------------------------------|------------------------|----------------|
| | ID | Hälsotillstånd | Tillståndets svårighetsgrad | Effekt av åtgärd | Evidens för effekt | Kostnad per vunnet levnadsår/QALY | Hälsoekonomisk evidens | Rekommendation |
| 1 | | <i>Åtgärd</i> | | | | | | |
| 83 | E15 | Stroke med försämring <i>Identifiering och behandling av komplicerande faktorer</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. Stor försämring av livskvalitet. | Diagnostik krävs för val av åtgärd. Måttlig påverkan på risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. Måttlig påverkan på livskvalitet. | Beprovad erfarenhet | Ej bedömbär | | 1 |
| 84 | E16 | Stroke <i>Bedömning av sväljningsförmåga</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. Stor försämring av livskvalitet. | Bedömning krävs för värdering av vårdbehov och val av åtgärd. | Visst vetenskapligt underlag (äldre fallkontrollstudier), och beprovad erfarenhet | Ej bedömbär | | 1 |
| 85 | E17 | Stroke med misstänkt eller verifierad dysfagi <i>Rutinmässig diagnostik med videofluoroskopi eller fiberendoskopi</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Vetenskapligt stöd saknas för att undersökning förändrar prognos eller komplikationsrisk. RCT pågår. | Vetenskapligt underlag saknas | Ej bedömbär | | FoU |
| 86 | E18 | Dysfagi vid stroke <i>Åtgärder för behandling och uppföljning</i> | Mycket stor risk för förtida död och aktivitetsbegränsning. Stor förekomst aspirationsproblem. Stort behov av symtomlindring. Stor nedsättning livskvalitet. | Stor påverkan på risk för förtida död. Stor påverkan aspirationsproblem. Stor symtomlindring. Stor påverkan livskvalitet. | Visst vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | 3 |
| 87 | E19 | Svårigheter att inta vätska och näring <i>Nasogastrisk sond som sätts in inom tre dygn efter stroke</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. Stort behov av symtomlindring. | Stor påverkan på risk för förtida död och aktivitetsbegränsning. Stor symtomlindring. | Visst vetenskapligt underlag | Låg | Skattad | 1 |
| 88 | E20 | Svårigheter att inta vätska och näring och när nasogastrisk sond inte fungerar <i>Perkutan enteral gastro-sond under den första tiden efter stroke</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. Stort behov av symtomlindring. | Stor påverkan på risk för förtida död och aktivitetsbegränsning. Stor symtomlindring. | Visst vetenskapligt underlag | Låg | Skattad | 1 |
| 89 | E21 | Svårigheter att inta vätska och näring <i>Perkutan enteral gastro-sond som förstahandsval</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. Stort behov av symtomlindring. | Stor påverkan på risk för förtida död och aktivitetsbegränsning. Stor symtomlindring. | Visst vetenskapligt underlag | Låg | Skattad | icke-göra |
| 90 | E22 | Urinretention <i>Blåstömning</i> | Stort behov av symtomlindring. | Stor påverkan på risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. Stor symtomlindring. | Beprovad erfarenhet | Ej bedömbär | | 1 |
| 91 | E23 | Urineringsproblem vid stroke i akutskedet <i>Klinisk bedömning och vid behov icke-invasiv diagnostik med ultraljud</i> | Stort behov av symtomlindring. Stor nedsättning av livskvalitet. | Bedömning krävs för värdering av vårdbehov och för val av åtgärd. | Beprovad erfarenhet | Ej bedömbär | | 2 |
| 92 | E24 | Urinerings- och tarmtömningsproblem vid stroke <i>Utredning och åtgärder enligt program för behandling och uppföljning</i> | Stort behov av symtomlindring. Måttlig nedsättning av livskvalitet. | Måttlig symtomlindring. Måttlig påverkan på livskvalitet. | Beprovad erfarenhet Evidensstyrka 4 för tarmtömning | Ej bedömbär | | 4 |

| | A | B | C | D | E | F | G | H |
|-----|-----|--|--|---|---|-----------------------------------|------------------------|----------------|
| | ID | Hälsotillstånd | Tillståndets svårighetsgrad | Effekt av åtgärd | Evidens för effekt | Kostnad per vunnet levnadsår/QALY | Hälsoekonomisk evidens | Rekommendation |
| 1 | | <i>Åtgärd</i> | | | | | | |
| 93 | E25 | Urineringsproblem vid stroke <i>Professionellt omhändertagande (personal med särskild kunskap om inkontinensproblematik på avdelning eller mottagning och strukturerat program)</i> | Måttligt behov av symtomlindring. Måttlig nedsättning av livskvalitet. | Måttlig symtomlindring. Måttlig påverkan på livskvalitet. | Visst vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | 6 |
| 94 | E26 | Urininkontinens vid stroke <i>Farmakologisk behandling</i> | Måttligt behov av symtomlindring. Måttlig nedsättning av livskvalitet. | Måttlig symtomlindring. Måttlig påverkan på livskvalitet. | Otillräckligt vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | 9 |
| 95 | E27 | Risk för trycksår vid stroke <i>Riskbedömning och vid behov förebyggande åtgärder</i> | Potentiellt måttligt behov av symtomlindring. Potentiellt måttlig nedsättning av livskvalitet. | Bedömning, och vid behov åtgärder, krävs för att förebygga trycksår. | Evidensstyrka 4 och beprövad erfarenhet | Ej bedömbär | | 2 |
| 96 | E28 | Konstaterade trycksår vid stroke <i>Behandling (vårdschema, nutrition, madrasser)</i> | Stort behov av symtomlindring. Stor nedsättning av livskvalitet. | Stor symtomlindring. Stor påverkan på livskvalitet. | Beprövad erfarenhet | Ej bedömbär | | 2 |
| 97 | E29 | Risk för kontrakturer (sängliggande patienter) <i>Vilopositionering för att förebygga komplikationer</i> | Måttligt behov av symtomlindring. Måttlig nedsättning av livskvalitet. Måttlig risk för aktivitetsbegränsning. | Osäker. | Beprövad erfarenhet | Ej bedömbär | | 9 |
| 98 | E30 | Risk för kontraktur eller tonusökning <i>Bedömning (neglekt, känsel, tonus, motorik och spasticitet)</i> | Potentiellt stort behov av symtomlindring. Potentiellt måttlig nedsättning livskvalitet. | Bedömning krävs för värdering av vårdbehov och val av åtgärd. | Beprövad erfarenhet | Ej bedömbär | | 6 |
| 99 | E31 | Risk för kontrakturutveckling <i>Vidmakthålla ledrlörlighet</i> | Potentiellt måttligt behov av symtomlindring. Potentiellt måttlig nedsättning av livskvalitet. | Liten symtomlindring. Liten påverkan på livskvalitet. | Visst vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | 6 |
| 100 | E32 | Konstaterad kontraktur <i>Vidmakthålla ledrlörlighet</i> | Stort behov av symtomlindring. Stor nedsättning av livskvalitet. | Liten symtomlindring. Liten påverkan på livskvalitet. | Beprövad erfarenhet | Ej bedömbär | | 6 |
| 101 | E33 | Risk för fall hos person med stroke <i>Bedömning och förebyggande åtgärder</i> | Potentiell liten risk för aktivitetsbegränsning. Potentiell måttlig risk för fraktur. | Bedömning krävs för värdering av vårdbehov och val av åtgärd. | Visst vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | 3 |
| 102 | E34 | Akut hjärninfarkt med benpares eller oförmåga att gå <i>Behandling med lågdos lågmolekylärt heparin för att förebygga venös tromboembolism</i> | Lungemboli efter stroke medför stor risk för förtida död. | Minskad risk för venös tromboembolism utan påvisbart ökad blödningsrisk | Lågmolekylärt heparin (LMWH) vs placebo, evidensstyrka 3 LMWH vs ofraktionerat heparin (UFH), mycket gott vetenskapligt underlag | Låg | Skattad | 2 |
| 103 | E35 | Person som insjuknat i stroke och har nedsatt motorisk förmåga <i>Kompressionsstrumpa som förebyggande behandling mot djup ventrombos</i> | Aktivitetsbegränsning, risk för försämrad livskvalitet. | Ingen signifikant skillnad i förekomst av djup ventrombos. Signifikant fler hudkomplikationer i interventionsgruppen. | Gott vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | Icke-göra |

| | A | B | C | D | E | F | G | H |
|-----|-----|---|--|--|---|-----------------------------------|------------------------|----------------|
| | ID | Hälsotillstånd | Tillståndets svårighetsgrad | Effekt av åtgärd | Evidens för effekt | Kostnad per vunnet levnadsår/QALY | Hälsoekonomisk evidens | Rekommendation |
| 1 | | <i>Åtgärd</i> | | | | | | |
| 104 | E36 | Akut stroke med förvirring <i>Neuroleptikabehandling</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Risk för att biverkningarna försämrar patienten. Plasticiteten i hjärnan kan påverkas negativt. Behandlingen är inte väldokumenterad | Otillräckligt vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | Icke-göra |
| 105 | E37 | Stroke <i>Analys och kvalitetssäkring av strokesjukvården genom deltagande i kvalitetsregister, som Riks-Stroke, Auricaula, Swedvasc och WebRehab Sweden</i> | Stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. Stor nedsättning av livskvalitet. | Måttlig påverkan på livskvalitet. Måttlig symtomlindring. | Beprövad erfarenhet | Ej bedömbär | | 2 |
| 106 | F1 | Lätt minnesstörning vid stroke <i>Kompensatoriska tekniker</i> | Liten nedsättning av livskvalitet. | Liten påverkan på livskvalitet. Positiv effekt när patienten är oberoende i ADL och aktivt engagerad. | Visst vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | 8 |
| 107 | F2 | Svår minnesstörning vid stroke <i>Minnesträning</i> | Stor nedsättning av livskvalitet. | Positiv effekt saknas. | Evidensstyrka 1 | Ej bedömbär | | 10 |
| 108 | F3 | Uppmärksamhetsproblem efter stroke <i>Kognitiv träning</i> | Måttlig nedsättning av livskvalitet. | Viss positiv effekt på uppmärksamhetsnivå i postakut skede. Liten påverkan på livskvalitet. | Evidensstyrka 1 | Ej bedömbär | | 9 |
| 109 | F4 | Spatial neglekt efter stroke <i>Träning i visuell avsökning</i> | Stor nedsättning av livskvalitet. Stor aktivitetsbegränsning. | Liten påverkan på livskvalitet. Liten påverkan på aktivitetsbegränsning. | Visst vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | 6 |
| 110 | F5 | Störning i problemlösnings- och exekutivförmåga hos person med stroke <i>Systematisk träning av problemlösningsstrategier genom kompensatoriska tekniker</i> | Måttlig nedsättning av livskvalitet. | Liten påverkan på livskvalitet. | Evidensstyrka 2 | Ej bedömbär | | 7 |
| 111 | F6 | Nedsatt balans och gångförmåga efter stroke <i>Träning med sjukgymnastik</i> | Aktivtetsbegränsning, risk för försämrad livskvalitet. | Bättre motorisk funktion. Bättre balans. Bättre i ADL. Bättre gångförmåga. | Evidensstyrka 1 Visst vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | 2 |
| 112 | F7 | Nedsatt motorisk förmåga efter stroke <i>Uppgiftsspecifik träning</i> | Måttlig nedsättning av livskvalitet. Måttligt behov av symtomlindring. | Måttlig påverkan livskvalitet. Måttlig symtomlindring. | Evidensstyrka 2 | Ej bedömbär | | 3 |
| 113 | F8 | Spasticitet <i>Fysikaliska metoder</i> | Måttlig nedsättning av livskvalitet. Måttligt behov av symtomlindring. | Osäkert om funktionell nytta finns. Liten påverkan livskvalitet. | Beprövad erfarenhet | Ej bedömbär | | 8 |
| 114 | F9 | Spasticitet som orsakar symptom eller komplikationer <i>Farmakologisk behandling</i> | Måttlig nedsättning av livskvalitet. Måttligt behov av symtomlindring. | Osäkert om funktionell nytta finns. Liten påverkan på livskvalitet. | Beprövad erfarenhet | Ej bedömbär | | 8 |

| | A | B | C | D | E | F | G | H |
|-----|-----|--|---|---|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------------|----------------|
| | ID | Hälsotillstånd | Tillståndets svårighetsgrad | Effekt av åtgärd | Evidens för effekt | Kostnad per vunnet levnadsår/QALY | Hälsoekonomisk evidens | Rekommendation |
| 1 | | <i>Åtgärd</i> | | | | | | |
| 115 | F10 | Grav spasticitet som orsakar symtom eller komplikationer <i>Botulinumtoxin</i> | Stor nedsättning av livskvalitet. Stort behov av symtomlindring. Kan leda till muskel- och ledkontrakturer. | Liten påverkan på livskvalitet. Liten symtomlindring. Effekt på aktivitetsnivå ej utvärderad. | Visst vetenskapligt underlag | Låg till hög | Skattad | 8 |
| 116 | F11 | Spasticitet efter stroke <i>Peroralt baklofen</i> | Måttlig nedsättning av livskvalitet. Måttligt behov av symtomlindring. | Dokumentation för effekt vid stroke saknas. Risk för förvirring hos personer med hjärnskada. | Beprövad erfarenhet | Ej bedömbär | | icke-göra |
| 117 | F12 | Gångproblem efter stroke <i>Träning på automatiserad gångbana med avlastning av kroppsvikt</i> | Måttlig nedsättning av livskvalitet. Måttligt behov av symtomlindring. | Ingen påvisbar effekt. | Evidensstyrka 4 | Ej bedömbär | | 10 |
| 118 | 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 bedömbär | | 8 |
| 119 | F14 | Avsaknad av viljemässiga muskelkontraktioner vid stroke <i>Funktionell elektrisk stimulering</i> | Måttlig nedsättning av livskvalitet. Måttligt behov av symtomlindring. Måttlig aktivitetsbegränsning. | Ingen påverkan aktivitetsbegränsning. | Evidensstyrka 4 | Ej bedömbär | | 10 |
| 120 | F15 | Avsaknad av dorsalflektion i fotleden vid stroke hos patient som ej kan gå på grund av droppfot eller sned belastning <i>Fotledsortos som möjliggör gångförmåga</i> | Liten nedsättning av livskvalitet. Måttlig aktivitetsbegränsning. | Ingen effekt på motorisk funktionsnedsättning. Ingen effekt på övrig funktion. Underlättar gångträning. | Visst vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | 5 |
| 121 | F16 | Svårigheter att utföra rörelser vid stroke <i>Biofeedback med EMG</i> | Stor nedsättning av livskvalitet. Stor aktivitetsbegränsning. | Förbättrad motorik. Osäkerhet om funktionell nytta finns. | Evidensstyrka 4 | Ej bedömbär | | 10 |
| 122 | F17 | Stroke <i>Akupunktur som strokebehandling</i> | Nedsatt motorik. Måttlig aktivitetsnedsättning. Påverkan på livskvalitet. | Ingen effekt på motorisk funktionsnedsättning. Ingen effekt på övrig funktion. | Evidensstyrka 3 | Ej bedömbär | | icke-göra |
| 123 | F18 | Nedsatt motorisk förmåga vid stroke <i>Farmakologisk behandling som ska ge bättre motorik</i> | Måttlig nedsättning av livskvalitet. Måttligt behov av symtomlindring. | Okänt om läkemedel i akutfasen kan leda till förbättrad återhämtning (om funktionell nytta finns). | Otillräckligt vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | FoU |
| 124 | F19 | Stroke med kvarstående nedsättning av ADL-funktion <i>ADL-träning i hemmet efter utskrivning</i> | Nedsatt funktion och livskvalitet. Risk för försämrad livskvalitet. | Förbättrad ADL-funktion. | Evidensstyrka 1 | Ej bedömbär | | 1 |
| 125 | F20 | Stroke <i>Bedömning av kommunikationsförmåga (afasi, pragmatisk språkstörning, dysartri) och information till närstående och vårdpersonal</i> | Stor nedsättning av livskvalitet. Stort behov av symtomlindring. | Bedömning krävs för värdering av vårdbehov och val av åtgärd. | Beprövad erfarenhet | Ej bedömbär | | 3 |
| 126 | F21 | Nedsatt läsförmåga vid stroke <i>Lästräning vid dator</i> | Måttlig nedsättning av livskvalitet. | Liten påverkan på livskvalitet. | Beprövad erfarenhet | Ej bedömbär | | 9 |

| | A | B | C | D | E | F | G | H |
|-----|-----|---|--|--|--|--------------------------------------|---------------------------|----------------|
| 1 | ID | Hälsotillstånd Åtgärd | Tillståndets svårighetsgrad | Effekt av åtgärd | Evidens för effekt | Kostnad per vunnet levnadsår/QALY | Hälsoekonomisk evidens | Rekommendation |
| 127 | F22 | Nedsatt kommunikationsförmåga vid stroke <i>Kommunikationsträning</i> | Stor nedsättning av livskvalitet. Stort behov av symtomlindring. | Måttlig symtomlindring. | Evidensstyrka 4 | Ej bedömbär | | 5 |
| 128 | F23 | Svår afasi vid stroke <i>Intensivgruppbehandling i slutet av eller efter sjukhusvistelse</i> | Stor nedsättning av livskvalitet. Stort behov av symtomlindring. | Osäker påverkan på livskvalitet. Osäker symtomlindring. | Otillräckligt vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | FoU |
| 129 | F24 | Dysartri vid stroke <i>Individuell träning och gruppträning</i> | Måttlig nedsättning av livskvalitet. Måttligt behov av symtomlindring. | Liten påverkan på livskvalitet. Liten symtomlindring. | Evidensstyrka 3 (i single subject-studier) | Ej bedömbär | | 8 |
| 130 | F25 | Dysartri eller nedsatt kommunikationsförmåga vid stroke <i>Alternativa kommunikationssätt (till exempel hjälpmedel)</i> | Stor nedsättning av livskvalitet. Stort behov av symtomlindring. | Liten påverkan på livskvalitet. Liten symtomlindring. | Beprövad erfarenhet | Ej bedömbär | | 4 |
| 131 | F26 | Ökad emotionalitet efter stroke, depression vid afasi eller depression <i>Farmakologisk behandling</i> | Liten nedsättning av livskvalitet. Måttligt behov av symtomlindring. | Stor symtomlindring. | Evidensstyrka 3 | Låg | Skattad | 4 |
| 132 | F27 | Dysinhibition och ångest efter stroke <i>Behandling med SSRI</i> | Måttlig nedsättning av livskvalitet. Måttligt behov av symtomlindring. | Måttlig påverkan på livskvalitet. Måttlig symtomlindring. | Visst vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | 6 |
| 133 | F28 | Dysinhibition och ångest (till exempel aggressivitet och irritabilitet) vid stroke <i>Information till närstående</i> | Stor nedsättning av livskvalitet för närstående. | Måttlig påverkan på livskvalitet för närstående. | Beprövad erfarenhet | Ej bedömbär | | 3 |
| 134 | F29 | Central smärta vid stroke <i>Farmakologisk behandling med tricykliska antidepressiva läkemedel (amitriptylin) eller med lamotrigin</i> | Stor nedsättning av livskvalitet. Stort behov av symtomlindring. | Liten symtomlindring. | Evidensstyrka 4 | Ej bedömbär | | 5 |
| 135 | F30 | Central smärta efter stroke <i>Behandling med andra preparat än tricykliska antidepressiva, exempelvis SSRI-preparat, gabapentin</i> | Mycket stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Effekt av andra preparat är ofullständigt studerad, studier pågår. | Otillräckligt vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | FoU |
| 136 | F31 | Smärta i skuldran efter stroke <i>Funktionell elektrisk stimulering</i> | Måttlig nedsättning av livskvalitet. Stort behov av symtomlindring. | Ingen påverkan på livskvalitet. Ingen symtomlindring. Förbättrat smärtfritt rörelseomfång samt minskning av subluxation. | Evidensstyrka 4 | Ej bedömbär | | 10 |
| 137 | F32 | Smärta i skuldran efter stroke <i>Sensorisk stimulering (med massage)</i> | Måttlig nedsättning av livskvalitet. Stort behov av symtomlindring. | Minska upplevd smärta. | Visst vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | FoU |
| 138 | F33 | Smärta i skuldran efter stroke <i>TENS, akupunktur</i> | Måttlig nedsättning av livskvalitet. Stort behov av symtomlindring. | Måttlig symtomlindring. | Beprövad erfarenhet | Ej bedömbär | | 6 |

| | A | B | C | D | E | F | G | H |
|-----|-----|---|--|--|---|-----------------------------------|------------------------|----------------|
| | ID | Hälsotillstånd | Tillståndets svårighetsgrad | Effekt av åtgärd | Evidens för effekt | Kostnad per vunnet levnadsår/QALY | Hälsoekonomisk evidens | Rekommendation |
| 1 | | <i>Åtgärd</i> | | | | | | |
| 139 | F34 | Risk för smärta i skuldran efter stroke <i>Avlastande hjälpmedel för armen i förebyggande syfte</i> | Måttlig nedsättning av livskvalitet. Stort behov av symtomlindring. | Minskad smärta. Fördröjd smärtdebut. | Ingen säkerställd effekt om slynga eller tejpning minskar smärtintensitet. Osäkert om funktionell nytta av övriga åtgärder. Evidensstyrka 4 | Ej bedömbär | | 8 |
| 140 | F35 | Smärta i skuldran efter stroke <i>Avlastande hjälpmedel för armen som behandling av smärta</i> | Måttlig nedsättning av livskvalitet. Stort behov av symtomlindring. | Minskad smärta. Fördröjd smärtdebut. | Ingen säkerställd effekt om slynga eller tejpning minskar smärtintensitet. Osäkert om funktionell nytta av övriga åtgärder. Evidensstyrka 4 | Ej bedömbär | | 10 |
| 141 | F36 | Patient som insjuknat i stroke <i>Strukturerad information och utbildning riktad till närstående</i> | Stor nedsättning av livskvalitet. | Ökad kunskapsnivå. | Evidensstyrka 1 | Ej bedömbär | | 4 |
| 142 | F37 | Närstående till strokedrabbad person <i>Praktisk handledning och träning</i> | Stor nedsättning av livskvalitet. | Minskad upplevelse av belastning, ökad emotionell hälsa och hälsorelaterade livskvalitet hos närstående. | Visst vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | 5 |
| 143 | F38 | Närstående till strokedrabbad person <i>Emotionellt och praktiskt stöd i hemmet</i> | Stor nedsättning av livskvalitet. | Motstridiga resultat och inga säkra slutsatser kan dras. | Otillräckligt vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | 9 |
| 144 | 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 |
| 145 | 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 |
| 146 | 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 |

| | A | B | C | D | E | F | G | H |
|-----|-----|--|--|--|-------------------------------|-----------------------------------|------------------------|----------------|
| | ID | Hälsotillstånd | Tillståndets svårighetsgrad | Effekt av åtgärd | Evidens för effekt | Kostnad per vunnet levnadsår/QALY | Hälsoekonomisk evidens | Rekommendation |
| 1 | | <i>Åtgärd</i> | | | | | | |
| 147 | G4 | Icke-embolisk hjärnfarkt eller TIA <i>Behandling med acetylsalicylsyra</i> | Stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Liten påverkan på förtida död eller aktivitetsbegränsning (11 färre stroke per år per 1 000 behandlade). | Evidensstyrka 1 | Låg | Skattad | 3 |
| 148 | G5 | ASA-svikt (acetylsalicylsyrasvikt) hos patienter som saknar kardiell embolikälla <i>Byte till klopidogrel eller antikoagulantia</i> | Stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Vetenskapligt stöd saknas från såväl randomiserade studier som observationsstudier. | Vetenskapligt underlag saknas | Ej bedömbär | | Icke-göra |
| 149 | G6 | Icke-embolisk hjärnfarkt eller TIA vid överkänslighet mot acetylsalicylsyra <i>Behandling med klopidogrel</i> | Stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Liten påverkan på förtida död eller aktivitetsbegränsning (11 färre stroke per år per 1 000 behandlade). | Evidensstyrka 3 | Måttlig | Skattad | 3 |
| 150 | G7 | Icke-embolisk hjärnfarkt eller TIA <i>Behandling med dipyridamol och acetylsalicylsyra i kombination istället för enbart acetylsalicylsyra</i> | Stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Måttlig påverkan risk för stroke och andra kardiovaskulära händelser (absolut riskreduktion 1 % per år). | Evidensstyrka 1 | Låg till måttlig | God | 4 |
| 151 | G8 | Hjärnfarkt eller TIA <i>Långtidsbehandling med klopidogrel i kombination med acetylsalicylsyra</i> | Stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Kombinationsbehandling ger inte bättre effekt men dubblar risken för allvariga blödningar. | Gott vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | Icke-göra |
| 152 | G9 | Icke-embolisk hjärnfarkt eller TIA <i>Långtidsprofilax med antikoagulantia</i> | Stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Antikoagulantia ger inte bättre effekt men kan vara förenat med högre risk för blödningskomplikation. | Evidensstyrka 1 | Ej bedömbär | | Icke-göra |
| 153 | G10 | Förmaksflimmer hos patient med tidigare hjärnfarkt eller TIA <i>Warfarinbehandling</i> | Måttlig risk för stroke inom 1 år. | Måttlig påverkan på risk för stroke inom 1 år. | Evidensstyrka 3 | Låg | God | 2 |
| 154 | G11 | Antikoagulationsbehandling <i>Självmonitorering och självadministrering till selekterade patienter</i> | Risk för komplikationer av klaff och antikoagulationsbehandling med risk för allvarig sjuklighet, handikapp och död. | Signifikant reduktion av tromboembolier och total dödlighet. Ingen säker effekt på allvarig blödning. | Evidensstyrka 2 | Låg | Skattad | 3 |
| 155 | G12 | Symtomgivande måttlig karotisstenos (50-69 procent enligt NASCET) utan kontraindikation hos patient med TIA eller lindrig stroke <i>Skyndsam karotiskirurgi</i> | Stor risk för stroke. | Stor påverkan på risk för stroke. | Evidensstyrka 1 | Låg till måttlig | God | 4 |
| 156 | G13 | Symtomgivande höggradig karotisstenos (70-99 procent enligt NASCET) utan kontraindikation hos patient med TIA eller lindrig stroke <i>Skyndsam (inom 14 dagar) karotiskirurgi</i> | Mycket stor risk för stroke. | Stor påverkan på risk för stroke. | Evidensstyrka 1 | Låg | Skattad | 1 |

| | A | B | C | D | E | F | G | H |
|-----|-----|---|--|---|---|-----------------------------------|------------------------|----------------|
| | ID | Hälsotillstånd | Tillståndets svårighetsgrad | Effekt av åtgärd | Evidens för effekt | Kostnad per vunnet levnadsår/QALY | Hälsoekonomisk evidens | Rekommendation |
| 1 | | <i>Åtgärd</i> | | | | | | |
| 157 | G14 | Symtomgivande karotisstenos mindre än 30 procent (stenosgrad enligt NASCET), respektive 30–49 procent (stenosgrad enligt NASCET) <i>Karotiskirurgi</i> | Måttlig risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Kirurgi ökade risken för samsidigt stroke vid <30 procent stenosis, och var inte bättre än medicinsk behandling vid 30-49 procent stenosis. | Evidensstyrka 1 | Ej bedömbart | | Icke-göra |
| 158 | G15 | Symtomgivande karotisstenos <i>Behandling med angioplastik (stent)</i> | Stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Vetenskapliga studier har ännu inte visat att stent är bättre eller lika bra som karotiskirurgi. Flera RCT pågår. | Evidensstyrka 2 | Ej bedömbart | | FoU |
| 159 | G16 | Hjärninfarkt eller TIA <i>Homocysteinsänkande vitaminbehandling för att förebygga nya vaskulära händelser</i> | Stor risk för förtida död eller aktivitetsbegränsning. | Ingen effekt enligt en RCT, en annan stor RCT pågår. | Otillräckligt vetenskapligt underlag | Ej bedömbart | | FoU |
| 160 | H1 | Första året efter stroke <i>Rehabiliterande insatser</i> | Stor risk för aktivitetsbegränsning. Stor nedsättning av livskvalitet. Stort behov av symtomlindring. | Måttlig påverkan på aktivitetsbegränsning. Måttlig påverkan på livskvalitet. Måttlig symtomlindring. | Evidensstyrka 1 | Ej bedömbart | | 3 |
| 161 | H2 | Patient med stroke mer än ett år efter insjuknandet <i>Uppgiftsspecifik träning</i> | En tredjedel har aktivitetsbegränsningar ett år efter insjuknandet. Måttlig nedsättning av livskvalitet. | Oklart om rehabilitering ett år efter insjuknandet kan leda till förbättrad återhämtning (om funktionell nytta finns). | Otillräckligt vetenskapligt underlag | Ej bedömbart | | 10 |
| 162 | H3 | Person med stroke i subakut eller kronisk fas och med viss kvarvarande rörlighet i handled och fingrar <i>CIMT (Constraint Induced Movement Therapy)</i> | Försämrade ADL. Påverkan på livskvalitet. | Effekt hos patienter i subakut och kronisk fas med viss kvarvarande rörlighet i handled och fingrar. Effekt till patienter i akutfas kan ej påvisas. | Evidensstyrka 3 Otillräckligt vetenskapligt underlag | Måttlig | Skattad | 9 |
| 163 | H4 | Person med stroke <i>Modifierad CIMT (Constraint Induced Movement Therapy)</i> | Försämrade ADL. Påverkan på livskvalitet. | Effekt hos patienter i subakut och kronisk fas med viss kvarvarande rörlighet i handled och fingrar. Effekt till patienter i akutfas kan ej påvisas. | Evidensstyrka 3 Otillräckligt vetenskapligt underlag | Måttlig | Skattad | FoU |
| 164 | H5 | Lätt till måttlig stroke med bevarad gångförmåga hos yngre personer med låg risk för hjärtkomplikationer 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 |
| 165 | H6 | Nedsatt ADL-förmåga <i>Bedömning och utprovning av hjälpmedel inklusive bostadsanpassning</i> | Stor risk för aktivitetsbegränsning. Stor nedsättning av livskvalitet. Stort behov av symtomlindring. | Måttlig påverkan på risk för aktivitetsbegränsning. Måttlig påverkan på livskvalitet. Måttlig symtomlindring. | Beprövad erfarenhet | Ej bedömbart | | 3 |
| 166 | | | | | | | | |
| 167 | | | | | | | | |
| 168 | | | | | | | | |
| 169 | | | | | | | | |
| 170 | | | | | | | | |