

MEDICINSK VETENSKAP & PRAXIS

NYA RAPPORTER Psykiatri: regeringsrapport | 4–9 PICC | 10
 PET och MR vid tidig bröstcancer | 11 Mukosit | 16



Viktigt men svårt mäta livskvalitet

Hur påverkas patienternas livskvalitet av olika behandlingar? Det är en nyckelfråga i vården. Men att hitta bra metoder för att mäta människors tillfredsställelse med livet är en utmaning som har gäckat forskare i decennier.

Hälsan är viktig för vår livskvalitet. Många människor skulle säga att deras livskvalitet är lika betydelsefull som graden av symtom eller andra tecken på sjukdom.

Personer som exempelvis får en livshotande sjukdom bryr sig inte bara om hur många månader eller år som en behandling kan förlänga livet. De vill också veta hur tillvaron kan te sig under tiden – till exempel om det brukar gå att leva på samma sätt som tidigare.

Frågan om hur olika behandlingar påverkar livskvaliteten är alltså angelägen

Magnus Bäre

Behövt – eller bara efterfrågat?

Hälso- och sjukvårdslagen anger att "den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården". Men vem ska avgöra behovet? Patienten, vårdens professioner eller kanske politikerna?

Tidigt under läkarstudierna fick vi lära oss att sjukdomstecken, symtom och besvär inte nödvändigtvis är samma sak. En människa kan ha uttalade symtom och tecken på sjukdom utan att ha särskilt svåra besvär. Samtidigt verkar andra personer uppleva betydligt svårare lidande, trots att deras symtom är mycket lindrigare.

Så mycket handlar inte bara om hur vi har det, utan också hur vi tar det – och i förlängningen vilken hjälp vi önskar och anser oss behöva. De som förväntar sig ett hundraprocentigt välbefinnande mår förmodligen sämre av sina krämpor, och efterfrågar mer vård, än de som tycker att lite krämpor får man väl räkna med.

För vårdens och beslutsfattarnas del väcker detta högst konkreta frågor om sjukvårdens inriktning. Ett av syftena med vården är ju att minska lidande. Ska personer som har lindriga åkommor och som klagar högljutt anses ha ett större vårdbehov än de som är svårare sjuka men accepterar sin belägenhet? Och ska behandlingsmetoder som efterfrågas av många patienter vara avgörande för utbudet? Knappast. Efterfrågan är inte liktydigt med behov. Men efterfrågan måste självklart vara en viktig utgångspunkt.

Nyligen rapporterade massmedierna att stockholmarna besöker sin husläkare nästan dubbelt så ofta som örebroarna, trots att invånarna i Stockholm är både yngre, friskare och mer välutbildade – faktorer som brukar hänga samman med bättre hälsa. "Känner man ett behov av att träffa doktorn är det patientens rätt att definiera det", kommenterade chefsläkaren i Stockholms läns landsting.

Säkert kan många instämma. Individens självupplevda behov måste bli taget på allvar, annars kan det gå riktigt snett. När till exempel sjukvårdsrådgivare eller larmcentraler avisar ett behov kan följden bli katastrofal.

Men behov är ändå ett knepigt begrepp, inte minst i vården där personalen och den enskilde förväntas bli eniga om vilka åtgärder som behövs.

När Socialstyrelsen diskuterar begreppet i sin intressanta skrift *Metod för behovsbedömning* (2006), konstaterar myndigheten att det finns olika tolkningar. Den som författarna fastnar för är målrelaterad. Individens behov av en åtgärd beror på hur nödvändig åtgärden är för att realisera ett visst mål. Och målet är det hälsotillstånd som personalen bestämmer sig för att försöka uppnå – "oftast i samråd med berörd individ", som man skriver.

I dag ställer allt fler frågan: Hur lågt får det målet egentligen sättas – i äldreården, på sjukhus och vårdcentraler? Borde det finnas en undre gräns? Och hur högt får det vara, när resurserna inte räcker till allt? För tänk om våra förväntningar hela tiden höjs – och summan av våra otillfredsställda behov är konstant. Tänk om behovet av medicinska insatser är omätligt.



RAGNAR LEVI, REDAKTÖR

för både patienter, vårdspersonal och beslutsfattare. Men att mäta livskvalitet är lättare sagt än gjort – trots att metoderna har utvecklats under de senaste decennierna.

SNÅRSKOG

I dag finns det ett överflöd av mätmetoder för så kallad hälsorelaterad livskvalitet. När forskare i Oxford gjorde en inventering, fann de 1 275 olika formulär.

En av förklaringarna till snårskogen av instrument är att dessa kan ha tagits fram för olika syften. Kliniska forskare vill jämföra effekten av olika behandlingar på patienters funktion och välbefinnande, medan folkhälsoexperter inriktar sig på övergripande förändringar av olika samhällsgruppers livskvalitet. Och hälsoekonomer, som medverkar vid prissättning av läkemedel och prioritering av vårdinsatser, vill jämföra kostnaderna för olika sätt att åstadkomma en viss ökning av livskvaliteten.

En del frågeformulär är allmänna, generiska, och ska kunna användas oavsett typ av hälsoproblem. Andra är anpassade efter olika sjukdomar och tillstånd. De sjukdoms- eller tillståndspecifika

formulären är känsligare än de allmänna – de ger en mer detaljerad bild och kan fånga upp fler viktiga funktioner. Omvänt kan de missa biverkningar och annat väsentligt som avser andra organsystem. De olika mätmetoderna ger alltså olika resultat.

En annan svårighet i forskningen är att livskvaliteten påverkas så mycket av våra förväntningar. Jan Liliemark är programchef på SBU, cancerläkare och professor i farmakoterapi.

– Utöver alla andra mätproblem har det betydelse om livskvaliteten mäts precis i början av ett sjukdomsförlopp eller efter en tid, säger han.

UPPLEVELSEN ÄNDRAS

– Många patienter kan vänja sig vid en allvarlig sjukdom eller funktionsnedsättning, till exempel vid cancer. De anpassar sig till sin nya situation. Även om livskvaliteten sjunker kraftigt i början, så ändras ofta upplevelsen efter hand. Det måste forskarna ta hänsyn till.

Studier som jämför effekten av olika behandlingar på livskvaliteten bör också maskera vem som får vilken behandling, annars inverkar förväntningar på resultatet.

Ännu en fråga är hur det



Markus Brunner / Matton

ofta stora bortfallet ska hantearas i studier där livskvalitet ingår, säger Jan Liliemark.

– Många försöksdeltagare följs aldrig upp. De svårast sjuka orkar inte medverka i hela studien, något som snedvrider forskningsresultaten.

Men den kanske största utmaningen är att bedöma värdet av uppmätta förändringar i livskvalitet. Hur betydelsefulla är de egentligen? Spelar det någon roll från vilken utgångsnivå som livskvaliteten blir bättre eller sämre? Hur mycket tycker vi att en viss förbättring av livskvaliteten är värd, vid olika hälsotillstånd?

HYPOTETISKT

För att försöka väga in allmänhetens perspektiv, använder sig hälsoekonomer av ett index, en tariff. Denna har räknats fram genom att ett stickprov av (huvudsakligen friska) personer i befolkningen hypotetiskt har värderat olika hälsotillstånd. Forskarna har bett dem föreställa sig att de har drabbats av olika tillstånd och funktionshinder

och uppskatta hur hög eller låg deras livskvalitet då skulle vara. Här uppstår metodproblemmen.

– Det är naturligtvis svårt att ange värdet av ett hälsotillstånd som man aldrig har upplevt själv, säger Emelie Heintz på SBU, som i sin doktorsavhandling fördjupar sig i ämnet ur hälsoekonomisk synvinkel.

BRITTISKA SIFFROR

Värderingarna ser dessutom olika ut i olika länder. Enbart för formuläret EQ-5D finns det 18 olika tariffer.

Ändå saknas det fortfarande ett index som utgår från den svenska allmänhetens värderingar. I Sverige används siffror som bygger på stickprov från den brittiska eller kanadensiska befolkningen.

Trots att tarifferna har brister, tycker Emelie Heintz att det är bra att åtminstone försöka ta hänsyn till allmänhetens värderingar av livskvalitet. Beslutsfattare behöver ha en bild av vilka funktioner som människor i gemen sät-

ter störst värde på, menar hon. Men hon efterlyser en större medvetenhet om hur livskvalitet räknas fram.

– Till exempel kan man få helt olika resultat beroende på vilket av de allmänna formulärens man väljer. Enligt det ena förbättras patienternas livskvalitet av behandlingen, medan det andra inte visar någon effekt alls.

– Och det här är ingen rent akademisk fråga. Tarifferna och de beräknade kostnaderna för att uppnå en viss förbättring används i skarpa beslut om vilka läkemedel som ska betalas av allmänna medel och ingå i läkemedelsförmånen.

Livskvalitet är både svår- mätt och föränderligt. Det är rimligt att ställa höga krav på mätmetoderna, som måste vara vetenskapligt utprovade för sitt användningsområde.

Att avstå från att mäta livskvalitet är ett dåligt alternativ. Då kommer vi helt säkert att förbli okunniga om hur patienterna egentligen mår. [RL]

Lästips

Garratt A, et al. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *Brit Med J*, 2002;324:1417.

Layard R. Happiness: Lessons from a new science. London: Penguin. ISBN 978-0141016900.

Carr AJ, et al. Is quality of life determined by expectations or experience? *Brit Med J* 2001;322:1240.

Chassany O, et al, for the ERIQA group. Patient-reported outcomes and regulatory issues: the example of health-related quality of life. *DIA Journal* 2002;36:209-38.



Flickr / Getty

VAD ÄR LIVSKVALITET?

Livskvalitet är ett brett och sammansatt mått på individens egen värdering av sitt fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Enligt WHO handlar livskvalitet om individens uppfattning av sin livssituation i relation till rådande kultur och normer, och i förhållande till sina egna mål, förväntningar, värderingar och intressen. Det är definitionsmässigt en personlig upplevelse som påverkas av förändringar i livssituationen och som varierar med tiden.

Även om hälsan har stor betydelse för livskvaliteten, spelar andra delar av tillvaron givetvis också roll: familj och umgänge, arbete och fritid, ekonomi, boende, utbildning, samhörighet med andra människor och så vidare.

Begreppet hälsorelaterad livskvalitet omfattar de aspekter av den allmänna livskvaliteten som påverkas av hälsan. Detta är av intresse i klinisk forskning när man vill undersöka effekten av olika vårdåtgärder på patienternas livskvalitet, och inte bara på symtomen och överlevnaden. Hälsorelaterad livskvalitet mäts även i befolkningsstudier för att planera och följa upp folkhälsoinsatser.

Olika mått på livskvalitet används dessutom för hälsoekonomiska jämförelser av olika behandlingar. Exempelvis jämförs kostnaderna för att med olika åtgärder vinna ett livskvalitetsjusterat levnadsår.

De formulär som används kan delas in i *allmänna* respektive *sjukdoms-* eller *tillståndsspecifika*. De allmänna formulärens ska göra det möjligt att jämföra patientgrupper, medan de specifika syftar till att ge en mer detaljerad bild av en viss typ av hälsoproblem. Specifika formulär har blivit allt vanligare.

Ett allmänt formulär som används i många kliniska studier är *SF-36*. Några sjukdoms- eller tillståndsspecifika instrument är frågebatteriet *EORTC QLQ* för olika cancersjukdomar, *Asthma Quality of Life Questionnaire* och *St. George's Respiratory Questionnaire*.

De hälsoekonomiska beräkningarna bygger i stället på uppgifter från översiktliga formulär som *EQ-5D*, *SF-6D* och *HUI-3*.

Gott om ADHD-metoder men ont om bra studier

Det råder brist på bra studier av olika diagnoshjälpmedel och behandlingsmetoder för ADHD och så kallade autismspektrumtillstånd, AST. Det konstaterar SBU i ett pågående projekt. Praxis varierar mellan kliniker och orter i landet, och på många håll är väntetiderna långa.

Allt fler personer får diagnoserna *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD) och autismspektrumtillstånd (AST, som innefattar autism, Aspergers syndrom och atypisk autism). Ökningen under de senaste årtiondena har varit kraftig. Orsaken till detta är inte känd, och det finns en oro för att ökningen delvis skulle kunna bero på att det krävs en diagnos för få tillgång till hjälp och stöd i skolan. En farhåga är också att normala utvecklingsproblem medikaliserar.

ADHD innebär svårigheter att reglera impulser, uppmärksamhets- och aktivitetsnivå, medan AST rör det sociala samspelet, kommunikationen och stereotypa beteenden.

LÅNG VÄNTAN

Rutinerna för att ställa diagnosen ADHD hos vuxna varierar inom landet, konstaterar SBU. På en del håll är väntetiderna långa. Även själva utredningen ägnas olika lång tid.

Diagnosen ADHD ställs huvudsakligen kliniskt. Den bygger främst på information från individen själv, närstående och till exempel lärare. Det ingår också en funktionsbedömning eller en neuropsykologisk bedömning där bland annat den intellektuella förmågan undersöks.

Dessutom används oftast intervjuformulär och checklistor som hjälpmedel. I dag används många olika formulär för ADHD som hjälpmedel inom svensk vuxen-, barn- och ungdomspsykiatri. Hur känsliga och specifika de olika instrumenten är går inte att bedöma, eftersom det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. Det behövs studier som visar hur träffsäkra de är och vad de tillför.

STÖDÅTGÄRDER FÖRST

Läkemedelsbehandling övervägs endast för vissa barn, och då i kombination med olika typer av stöd och hjälp från både skola, barnmedicin och psykiatri.

Enligt rekommendationer från Läkemedelsverket ska läkemedel vid ADHD ses som en del i ett behandlingsprogram, då stödåtgärder visat sig vara otillräckliga. Individuellt anpassade behandlingsmål ska beskrivas innan medicineringen påbörjas.

Två substanser – metylfenidat och atomoxetin – har visats lindra kärnsymtom på ADHD vid korttidsbehandling (upp till 6 månader).

Ingen är heller godkänd för behandling av vuxna med ADHD (med undantag av ett av preparaten med metylfenidat och då har behandlingen påbörjats i barn- och ungdomsåren).

På kort sikt har atomoxetin vanliga biverkningar i form av nedsatt aptit, trötthet och erektionsproblem. En känd biverkning på kort sikt av det centralstimulerande medlet metylfenidat är framför allt nedsatt aptit. Nyttan och riskerna vid behandling som pågår längre än ett halvår går inte att bedöma, eftersom det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.

Det är inte heller möjligt att bedöma risken av att barn med ADHD som behandlats med metylfenidat senare i livet utvecklar missbruk eller beroende. SBU fann fem studier som talar för att centralstimulerande behandling under barndomen inte medför en ökad risk för framtida substansmissbruk eller beroende samt en studie som går i motsatt riktning. På grund av olikheter i studiernas inbördes karaktär bedöms ändå det vetenskapliga underlaget vara otillräckligt.

ILLEGAL MARKNAD

Centralstimulerande medel kan missbrukas och används illegalt. Det finns farhågor att sådana medel som har förskrivits av läkare till personer med ADHD kommer ut på den illegala marknaden.

Om rapporten

Publikationen *Om psykiatrisk diagnos och behandling – en sammanställning av systematiska litteraturoversikter* lämnades av SBU till regeringen i januari 2012 och finns på www.sbu.se. Mer utförliga rapporter om ADHD och autismspektrumtillstånd kommer att publiceras under 2012.

När sådana medel förskrivs, bör detta ske med stor försiktighet för att undvika läckage, framhåller SBU. Det finns ett antal översiktsartiklar och studier om denna risk, men de flesta är amerikanska. Det saknas rapporter från länder med förskrivning och sociokulturell miljö som liknar den skandinaviska. Även detta är ett område som borde bli föremål för forskning, understryker SBU i rapporten.

KLINISK DIAGNOS

Även AST-diagnoser är komplicerade att ställa. Bedömningen kräver ett multiprofessionellt team. Också dessa diagnoser ställs främst kliniskt på grundval av information från individen och närstående. Man bedömer individens förmåga att utifrån sin utvecklingsnivå dels samspela och kommunicera med andra,

både verbalt och på andra sätt, dels anpassa sitt beteende.

SBU har utvärderat tretton skattningsinstrument för AST som används i Sverige. Även här finns behov av fler studier för att kunna uttala sig om nyttan och eventuella risker. Tre av instrumenten har dock visats vara ganska bra när det gäller att utesluta AST.

AST innebär mycket varierande grad av funktionsnedsättning. Några personer har mycket svårt att fungera medan andra är högpresterande inom sina intresseområden. Eftersom problemen är så olika, är även behandlingen varierande.

SBU har utvärderat 25 olika behandlingsmetoder av icke-farmakologisk karaktär som används vid AST. De flesta är psykologiska metoder med ett inlärningsperspektiv (så kallade psykoedukativa metoder)



Serge Krougikoff / Getty

UR SBU:S RAPPORT | ADHD & AUTISMSPEKTRUMTILLSTÅND

■ Det går inte att bedöma träffsäkerheten hos de 15 instrument som SBU har utvärderat för att diagnostisera ADHD. Av 13 instrument som används för att diagnostisera AST är det enbart tre (SCQ, ADI-R och ADOS) som är utvärderade i flera studier. Dessa instrument är inte så specifika och har dålig förmåga att identifiera AST. Däremot är de ganska känsliga och kan utesluta AST förhållandevis väl. Det behövs många fler studier av de diagnostiska instrument som används. Praxis för utredning av vuxna med ADHD varierar påtagligt i landet, vid vissa kliniker är det långa väntetider och utredningstider.

■ Det finns många icke-farmakologiska behandlingsmetoder för AST, men det saknas välgjorda studier av de flesta av dessa. Detta talar starkt för att väl upplagda studier behövs på området men utesluter inte att flera av dessa behandlingsmetoder kan vara av värde vid behandling av AST.

■ Enligt behandlingsrekommendationer från Läkemedelsverket ska läkemedelsbehandling av ADHD ses som en del i ett behandlingsprogram, då stödåtgärder visat sig vara otillräckliga. Individuellt anpassade behandlingsmål ska beskrivas innan läkemedelsbehandlingen påbörjas. Både metylfenidat och atomoxetin lindrar så kallade kärnsymtom vid korttidsbehandling (3 veckor till 6 må-

nader) av barn, ungdomar och vuxna med ADHD. I dag är dessa läkemedel godkända för behandling av barn och ungdomar med ADHD. För ett av metylfenidatpreparaten gäller detta även för vuxna, som påbörjat behandling under barn- och ungdomsåren.

■ Det går inte att bedöma nytta och risker vid en längre tids behandling (över 6 månader). Vanliga biverkningar för atomoxetin är nedsatt aptit och trötthet. Hos vuxna är dessutom muntorrhet och problem med erektion vanliga biverkningar. Vid behandling med metylfenidat är nedsatt aptit en vanlig biverkning. Liksom vid behandling med atomoxetin, är muntorrhet vanligt även vid metylfenidatbehandling av vuxna. Detta har rapporterats i korttidsstudier.

■ För att kunna svara på frågor om effekter och biverkningar vid en längre tids behandling behövs långtidsstudier (≥ 1 år). Sådana studier behövs också för att bedöma om risken för missbruk ökar i vuxen ålder hos personer som har behandlats med centralstimulerande ADHD-läkemedel som barn. För att kunna besvara frågan om det går att läkemedelsbehandla ADHD hos personer med ett känt missbruk, behövs studier med högre doser, större flexibilitet i doseringen och en längre behandlingstid än vad som hittills prövats.



Vasiliki Vavaki / Getty

KORT OM | ADHD OCH AST

Neuropsykiatriska diagnoser som *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD) och autismspektrumtillstånd (AST) beskriver svårigheter eller begränsningar när det gäller socialt samspel, koncentrationsförmåga och inlärning. Tillstånden beskrivs i diagnossystemen ICD-10 och DSM-4.

Diagnoserna innebär funktionsnedsättningar som har börjat i barneåldern och som inte kan förklaras bättre av något annat tillstånd. Problemen är ofta uttalade men kan ibland klinga av med åren.

ADHD innebär svårigheter att reglera impulser, uppmärksamhets- och aktivitetsnivå. AST används som ett samlingsnamn för olika funktionsnedsättningar i fråga om individens samspel med andra, förmåga att kommunicera med omgivningen, föreställningsförmåga, flexibilitet och variation i beteenden och intressen.

Siffror som anger hur vanliga tillstånden är varierar. Bland annat beror det på vilka grupper som har studerats och vilka diagnoskriterier som har använts. Enligt en metaanalys av över 100 studier från olika delar av världen uppfyller cirka 5 procent av barn i skolåldern kriterierna för diagnosen. I den vuxna befolkningen beräknas cirka 3–4 procent ha ADHD. I Europa och Nordamerika anges AST förekomma hos 0,6–1,0 procent.

och sociala åtgärder. Ingen av metoderna har tillräckligt vetenskapligt underlag för att deras effekter ska kunna bedömas. I många fall saknas vetenskapligt underlag helt. Sammantaget innebär detta att det finns ett mycket stort behov av systematiska studier på området.

AGGRESSIVITET

Läkemedel mot symtom vid AST saknas i princip. Hos barn och ungdomar med autism och allvarliga beteendestörningar som aggressivitet och självdestruktivt beteende ger risperidon bättre effekt än placebo vad gäller social tillbakadragenhet, hyperaktivitet och stereotypa beteenden. Det vetenskapliga stödet är måttligt starkt. Det finns också ett begränsat stöd för att irritabilitet kan minska.

Risperidon ger viktuppgång och nedsatt vakenhet som biverkan.

Det vetenskapliga underlaget räcker inte för att bedöma effekter och bieffekter av risperidon hos vuxna med autism.

ORGANISERA VÅRDEN

SBU har också granskat forskningen om hur vården av personer med dessa tillstånd organiseras på bästa sätt. Trots att vårdens organisation är en viktig fråga som diskuteras dagligen, är detta i hög grad ett outforskat fält. Det finns ett fåtal välgjorda studier som rör barn med ADHD. De har

genomförts i andra länder och det är osäkert om resultaten skulle bli desamma i Sverige.

Vuxna med ADHD-liknande problem har olika förutsättningar att få snabb utredning och hjälp, beroende på var de söker vård. Det visar en enkät inom svensk vuxenpsykiatri som SBU har gjort. Av totalt 386 enheter i hela landet svarade 299, det vill säga 77 procent. Var tredje enhet hade längre väntetid än sex månader. Dessa enheter lade också ner mer tid på själva utredningsprocessen. [RL, JT]

Läkemedel vid schizofreni räddar liv

Vården för personer med schizofreni kan förbättras. Ett pågående SBU-projekt visar nyttan av bättre läkemedelsval. Dessutom framhålls värdet av att främja individens sociala kontakter, medinflytande i vården och en hälsosammare livsstil.

Det finns vetenskapliga skäl att se över vilka läkemedel som rekommenderas vid schizofreni. Det visar SBU i en pågående utvärdering, vars systematiska översikt har rapporterats till regeringen.

Antipsykotiska medel, som

används både vid akut sjukdom och för att förebygga återfall, är kraftfulla. De räddar liv. Men i en del fall kan biverkningar leda till problem som diabetes, ofrivilliga rörelser eller kramper och förhöjda blodfetter. Dosen spelar ofta roll.

Klozapin, olanzapin och risperidon har bättre effekt på sjukdomssymtomen än äldre preparat. Klozapin minskar självmord jämfört med de flesta andra antipsykotiska medel. Eventuellt kan läkemedlet också minska samtidigt missbruk av alkohol,

vilket är relativt vanligt vid schizofreni.

Många preparat leder till att man går upp i vikt. Störst viktökning ger klozapin. Omkring en av hundra som tar medlet får skador på benmärgen och de vita blodkropparna, vilket ökar risken för allvarliga infektioner.

Personer som har schizofreni upplever ofta diskriminering och social isolering – något som vården aktivt måste motverka. Att vården främjar god kontakt, medinflytande, kontinuitet och respekt i förhållandet mellan

personal, patienter och närstående kan vara avgörande för individen.

Många behöver också hjälp med att sluta röka och att förbättra sina kost- och motionsvanor. Patienternas kroppsliga hälsa måste följas upp bättre, exempelvis med regelbunden EKG-kontroll. [RL]

Om rapporten

Publikationen Om psykiatrisk diagnos och behandling – en sammanställning av systematiska litteraturoversikter lämnades av SBU till regeringen i januari 2012 och finns på www.sbu.se. En mer utförlig rapport om läkemedelsbehandling av schizofreni kommer att publiceras under 2012.

UR SBU:S RAPPORT | SCHIZOFRENI

■ Klozapin, olanzapin och risperidon har bättre effekt på psykotiska symtom vid schizofreni än äldre antipsykotiska läkemedel. Förekomsten av såväl allvarliga som mindre allvarliga biverkningar är olika hos olika läkemedel. Biverkningarna är vanligen dosberoende. Läkemedelsbehandling är generellt sett kostnadseffektivt, men det brister i jämförelser mellan enskilda preparat.

■ För personer med svårbehandlad schizofreni är klozapin det läkemedel som har bäst effekt. Det minskar risken för självmordsbeteende och möjligen även risken för samtidigt alkoholmissbruk. Hos omkring en procent av patienterna ger dock klozapin biverkningar i form av drastiskt minskat antal vita blodkroppar, vilket ökar

infektionsrisken och kan vara livshotande.

■ Klozapin och olanzapin kan ge betydande viktökning, särskilt hos förstagångsinsjuknade. Risperidon ökar risken för stelhet, skakningar och på lång sikt ofrivilliga rörelser jämfört med de flesta av andra generationens antipsykotiska läkemedel.

■ Det är viktigt att vården förebygger rökning, beroende av alkohol och droger samt låg fysisk aktivitet och ensidig kost hos personer med schizofreni. I genomsnitt lever personer med schizofreni 20 år kortare än befolkningen som helhet. Orsaken är självmord, hjärt-kärlsjukdomar och andra livsstilssjukdomar.

Ian Jackson / Getty



UR SBU:S RAPPORT | DIAGNOSTIK AV DEPRESSION OCH MANI

■ Klinisk bedömning utan hjälpmedel är en otillräcklig metod för att diagnostisera förstämningssyndromen depression och mani. Omkring hälften av fallen upptäcks inte vid första besöket. Diagnostik där klinisk bedömning och tillgång till tidigare journalhandlingar kompletteras med en hel- eller halvstrukturerad intervju ger kliniskt mervärde.

■ Det finns två intervjuformulär som har vetenskapligt stöd för tillräcklig känslighet och träffsäkerhet vad gäller depression och mani hos vuxna. Dessa är SCID, som ofta används som referensmetod, och MINI. När det gäller intervjuformuläret PRIME-MD är underlaget otillräckligt.

■ Vid en preliminär bedömning av om patienten lider av depression eller mani är det viktigt att inte missa patienter som verkligen är drabbade. Det betyder att formulären måste ha tillräcklig känslighet. Det formulär som avser depression hos barn och ungdomar som har vetenskapligt stöd är CBCL. För vuxna är det BDI-II, samt för äldre utan påtaglig kognitiv svikt GDS-15 respektive GDS-30. När det handlar om mani hos vuxna har HCL-32 respektive MDQ med modifierade krav på funktionsnedsättning vetenskapligt stöd.

Formulären PHQ-9 och HADS visar otillfredsställande stor spridning i känslighet mellan studier. Formulären missar en betydande andel av patienter med depression.

■ Det finns vetenskapligt stöd för att BDI-II kan användas för att bedöma svårighetsgrad av depression. När det gäller andra vanliga

formulär, som MADRS, är sammanställningarna av data otillräckliga för att tillförlitligheten ska kunna bedömas. IDS/QIDS har god överensstämmelse mellan patient- och klinikerskattning.

■ Det saknas studier som utvärderar om strukturerad diagnostik med stöd av bedömningsformulär förbättrar vård och symtom-börda av depression i primärvården och psykiatri.

■ Det saknas studier som utvärderar om uppföljning med hjälp av bedömningsformulär förbättrar tillfrisknande och återgång i arbetet. Studier av strukturerad uppföljning av behandling vid olika typer av psykisk ohälsa tyder dock på att det kan finnas en liten men signifikant positiv effekt.

■ Användning av bedömningsformulär för förstämningssyndrom förutsätter att patienten har tillräckliga språkkunskaper samt, vid självbedömning, tillräcklig läs- och skrivförmåga. Det innebär att personer från andra kulturer samt personer med läs- och skrivsvårigheter samt kognitiv svikt kan bli feltolkade eller ha svårt att fylla i formulären.

■ Det är ett etiskt problem att endast ett fåtal läkare inom psykiatri och primärvården har fått utbildning genom huvudmännen i användning och tolkning av bedömningsformulär. Ett annat problem är att huvudmännen tillhandahåller formulär i varierande omfattning i landet.

Formulär ger diagnosstöd vid depression och mani

Symtom som uppfyller kriterierna för depression eller mani missas ofta vid första patientbesöket, om diagnosen enbart utgår från klinisk bedömning. Vissa bedömningsformulär som är vetenskapligt utprovade kan – när de används rätt – fungera som komplement.

Depression och mani, som båda är så kallade förstämningssyndrom, är komplicerade tillstånd. De kan förväxlas med kroppslig sjukdom eller andra psykiska problem. Det finns därmed en risk för att symtomen feltolkas och sjukdomen missas.

SBU:s granskning av den samlade litteraturen visar att enbart klinisk bedömning utan hjälpmedel inte räcker för att diagnostisera depression och mani. Då missas varannan sådan diagnos vid det första patientbesöket.

KOMPLETTERAR

Men den kliniska bedömningen och patientens tidigare journaler kan kompletteras med en intervju som följer ett helt eller delvis strukturerat formulär. Detta ökar sannolikheten att depression och mani upptäcks. Vilken betydelse detta har för den vård som erbjuds – och för patienternas symtom och livskvalitet – har dock fortfarande inte klarlagts i studier.

De olika formulären har

olika fördelar. Vårdpersonalen måste vara förtrogen med formulärens tekniska specifikationer och diagnostiska tillförlitlighet samt för vilka grupper de är utprovade.

Det finns vetenskapligt stöd för att vissa intervjuformulär förbättrar diagnostiken, när de används på ett korrekt sätt. Två formulär för vuxna som enligt den vetenskapliga litteraturen är både känsliga och träffsäkra vad gäller depression och mani hos vuxna är SCID och MINI.

Samtidigt finns det också många bedömningsformulär som inte har utvärderats tillräckligt och som behöver studeras ytterligare, konstaterar SBU.

TILLRÄCKLIGT KÄNSLIG

Andra formulär, som patienten själv fyller i, används inte för diagnostik utan bara för att ge en preliminär bild av om en patient skulle kunna ha depression eller mani. I det sammanhanget är det särskilt viktigt att formuläret är tillräckligt känsligt.

SBU:s granskning visar att några sådana formulär har vetenskapligt stöd. För depression hos barn och ungdomar gäller detta formuläret CBCL. Hos vuxna finns det stöd för BDI-II och hos äldre för GDS-15 eller GDS-30.

För mani hos vuxna har formulären HCL-32 och MDQ vetenskapligt stöd.

Förstämningssyndrom är

vanligt, och utgör viktiga orsaker till lidande, förtida död och oförmåga att arbeta. Olika studier i USA och Europa tyder på att under loppet av ett år uppfyller 9 procent av den vuxna befolkningen kriterierna för något av förstämningssyndromen. När det gäller diagnosen egentlig depression har en svensk studie pekat på att var tredje kvinna och var femte man riskerar att insjukna någon gång i livet. [RL]

Om rapporten

Publikationen *Om psykiatrisk diagnos och behandling – en sammanställning av systematiska litteraturoversikter* lämnades av SBU till regeringen i januari 2012 och finns på www.sbu.se. En mer utförlig rapport om diagnostik av förstämningssyndrom kommer att publiceras under hösten 2012.

VENKATETER

Oviss nytta och risk med att sätta in central venkateter via armen

SLUTSATSER PICC

► Det finns för få studier av tillräckligt god kvalitet för att bedöma hur funktionsduglig metoden är eller hur ofta man lyckas åstadkomma en central venväg med PICC jämfört med andra centrala venösa infarter.

► Underlaget räcker inte heller för att jämföra risken för komplikationer eller patienternas erfarenheter, men sammantaget antyder dessa resultat att det kan finnas en förhöjd risk för djup ventrombos vid användning av PICC men att risken för stopp i katetern kan minskas.

► Eftersom de medicinska effekterna är otillräckligt studerade går det inte att bedöma metodens kostnadseffektivitet. Det är angeläget att genomföra studier av god kvalitet för att undersöka klinisk nytta, risker och kostnadseffektivitet av PICC.

Om rapporten

Perifert inlagd central venkateter (PICC) (2011). Sakkunniga: Fredrik Hammar skjöld, överläkare, Länsjukhuset Ryhov, Jönköping, Eva Johansson, docent, klinisk lektor, Röda Korsets högskola, Stockholm, Dag Lundberg, professor emeritus, Skånes universitetssjukhus, Lund. Projektledare, SBU: Karin Rydin och Marianne Heibert Arnlin, heibert.arnlin@sbu.se.

Hela rapporten med fullständig sammanfattning finns på www.sbu.se.

Att föra in en kateter i ett blodkärl i armen då man vill ge läkemedel eller näring i en av kroppens stora vener blir allt vanligare. Men varken effekten eller de möjliga riskerna med den så kallade PICC-metoden är klarlagda, visar SBU:s granskning. Forskningen antyder att det kan finnas ökad risk för djup ventrombos.

Svårt sjuka patienter kan ibland behöva få näring eller läkemedel som antibiotika eller cellgifter direkt i en central ven i bröstkorgen. Vården kan också ha behov av att ta blodprov från dessa stora blodkärl.

En metod är att föra in en tunn, mjuk silikonkateter via en ven i armen, så kallad perifert inlagd central venkateter, PICC.

SBU har granskat de vetenskapliga studier som finns om perifert inlagd central venkateter. Utvärderingen visar att det saknas kunskap både om riskerna med PICC och om hur effektiv metoden är.

ANVÄNDS ALLT MER

PICC kan läggas in av en specialutbildad sjuksköterska, även på vårdavdelningen, och används allt mer i svensk sjukvård. Metoden kräver mindre resurser än andra centrala venvägar som oftast sätts in av läkare på en intensivvårds- eller operationsavdelning. En förhoppning är också att kunna undvika problem

som förekommer med vanliga centrala venkatetrar på halsen och i ljumsken.

RÄCKER INTE

Men det finns för få studier av tillräckligt hög kvalitet för att SBU ska kunna dra några säkra slutsatser om eventuella risker med PICC eller om hur patienten upplever metoden.

Sammantaget antyder studierna att risken kan vara högre för djup ventrombos i armen eller bröstkorgen då man använder PICC, men att

risken för stopp i katetern är lägre.

Det vetenskapliga underlaget räcker inte för att bedöma hur ofta man lyckas åstadkomma en central venväg med PICC jämfört med andra metoder.

Det behövs nya studier av god kvalitet som visar både medicinsk effekt, nytta och risker med PICC jämfört med andra centrala venösa infarter. Först när detta har klarlagts är det möjligt att bedöma metodens kostnadseffektivitet. [17]



P. Marazzi / Science Photo Library



Inte klart att bildteknik kan ersätta lymfkörtelprov vid tidig bröstcancer

Magnetkamera kan kanske bli ett alternativ till lymfkörtelprov, när det gäller att hitta metastaser i armhålan vid tidig bröstcancer. Men än så länge är studierna för få och för små.

När vården utreder tidig bröstcancer undersöker man om tumören har spritt sig till lymfkörtlarna i armhålan. I Sverige görs utredningen genom klinisk undersökning, ultraljud, vävnadsprov från bröstet samt lymfkörtelprov med så kallad *sentinel node*-teknik. När kirurgen har tagit ut en av lymfkörtlarna, "portvaktskörteln", undersöks denna av en patolog direkt under pågående operation. Upptäcks cancer-celler i provet kan mer vävnad tas bort från armhålan direkt, utan att det behövs någon ny narkos. Ett alternativ till denna teknik är att ta bort fyra lymfkörtlar i ett svep, fyrakörtlarskirurgi, men detta är inte rutin i Sverige.

MINDRE KÄNSLIGA

En brittisk utvärdering som SBU har granskat jämför lymfkörtelprov med alternativen PET, positron-emissionstomografi, med eller utan dator-tomografi, respektive MR, magnetisk resonanstomografi.

Men båda dessa avbildande tekniker är mindre känsliga och specifika än körtelprov. Det betyder att de missar fler fall och oftare också leder till falskt alarm. MR är den klart känsligare av de två teknikerna – PET-kameran har dålig förmåga att hitta små metastaser.

Enligt britternas hälsoekonomiska kalkyl skulle MR kunna vara mer kostnadseffektivt än lymfkörtelprov. Kostnaderna skulle enligt deras rapport bli lägre och antalet kvalitetsjusterade levnadsår fler på grund av färre komplikationer. Samtidigt skulle MR-strategin kunna öka risken för framtida återfall, eftersom fler metastaser missas, och leda till flera onödiga bortoperationer av lymfkörtlar på grund av falska alarm.

SKILDA KOSTNADER

I en kommentar framhåller SBU att resultaten för MR visserligen är lovande men att fler och större studier behövs. Den hälsoekonomiska beräkningen gäller brittiska förhållanden som inte omedelbart kan överföras till vårt land. Olika klinikers kostnader för *sentinel node*-teknik, PET och MR kan vara mycket olika.

Det finns också stora skillnader mellan studierna, både vad gäller forskningsmetodik

och resultat. De sammanvägda resultaten måste därför tolkas försiktigt, påpekar SBU.

Att använda kontrastmedel med järnoxidkontrast vid MR-undersökning gör att metoden blir känsligare. Samtidigt är detta mer arbetskrävande och dyrare eftersom bilder måste tas både med och utan kontrast, skriver SBU.

Risken för biverkningar efter *sentinel node* är låg, så detta

är inte ett argument för att gå över till bilddiagnostik. [RL]

SBU:s kommentarer om PET och MR för utredning av metastasering till lymfkörtlar i armhålan vid tidig bröstcancer finns på www.sbu.se. Den systematiska översikt och meta-analys som kommenteras är: Cooper K, et al. Positron emission tomography (PET) and magnetic resonance imaging (MRI) for the assessment of axillary lymph node metastases in early breast cancer: systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2011;15(4): iii–iv, 1–134.



Så beskriver SBU det samlade bevisläget

En nyckelfråga för god vård är vilka behandlingsmetoder som är bevisat effektiva och vilka som inte är det. Sten Anttila på SBU klarar ut en del missförstånd om det så kallade GRADE-systemet för att bedöma styrkan i det samlade vetenskapliga underlaget.

GRADE är ett viktigt och användbart system för att gradera evidens, det vill säga bedöma hur starkt det samlade vetenskapliga underlaget är.¹⁻²

Men missförstånden kring GRADE är många. Ibland beskrivs det som bara ännu ett av hundratals system för att bedöma studiekvalitet. Ibland framhålls subjektiva inslag i GRADE-processen som en smula problematiskt jämfört med andra system. Och ibland ifrågasätts resultat av en samlad evidensgradering för att de verkar stämma dåligt med vissa välgjorda och internationellt publicerade vetenskapliga studier.

GRADERAR UNDERLAGET

Men GRADE är inget betygssystem för enskilda studier. I stället är syftet att gradera det *samlade underlaget* för en viss effekt.¹ Det som i slutändan graderas är alltså tillförlitligheten i ett påstående om behandlingseffekt. Studiernas kvalitet spelar förstas en stor roll,² men ytterligare fyra dimensioner tillkommer:

1. Är resultaten från olika studier tillräckligt samstämmiga eller pekar de åt olika håll?
2. Bygger resultaten på jämförelser av de behandlingsalternativ, den population och det kliniska sammanhang som vi vill dra slutsatser om? Eller avviker upplägget i studierna för mycket från den kliniska verkligheten?
3. Är studiernas precision tillräckligt god efter sammanvägning, det vill säga är den skattade effekten statistiskt säkerställd eller ligger den inom felmarginalen?

4. Kan vi räkna med att alla relevanta resultat är korrekt och fullständigt avrapporterade eller finns det skäl att misstänka att snedvriden rapportering kan bidra till en överskattning av effekten?

Anta att resultaten i de aktuella studierna inte är samstämmiga. Anta vidare att innehållet i studierna bara delvis avser det sammanhang (till exempel den patientkategori) som vi är intresserade av, och att precisionen är låg – exempelvis för att det effektmått som vi är intresserade av inte varit primärt i de aktuella studierna. Anta också att rapporteringen är snedvriden genom att effektmåtten bara har redovisats när de varit statistiskt signifikanta, och annars har utelämnats. Om samtliga fyra ovanstående problem föreligger kan det vara svårt att ge annat än den sämsta evidensgraden, det vill säga otillräckligt vetenskapligt underlag. Ett sådant omdöme är alltså möjligt även om samtliga ingående studier skulle vara randomiserade med högsta studiekvalitet.

OTILLRÄCKLIGT

Att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt (⊕○○○), betyder att det är omöjligt att bedöma vilken den "sanna" genomsnittliga effekten är. Om den skattade minskningen av sjukdomsrisk efter en behandling är exempelvis 10 procent, så säger detta inte så



Michael Hiteshi / Getty

mycket om den "sanna" effekten. Den "sanna" effekten kanske är en riskminskning, men den kan också vara en riskökning. Vi vet helt enkelt inte. Vad menas då med "sann" effekt? Anta att behandlingen utvärderas vid upprepade tillfällen samt att man successivt räknar en genomsnittlig effekt. Detta genomsnitt kommer att närma sig den "sanna" effekten allteftersom antalet försök blir fler.

STARKT OCH SÄKERT

I situationer där det vetenskapliga underlaget i stället är starkt (⊕⊕⊕⊕), är vi ganska säkra på att den skattade effekten ligger mycket nära den "sanna" effekten. Om studierna skattar riskminskningen till 10 procent, så borde den "sanna" effekten inte ligga längre ifrån än ett par procent. I vårt exempel kanske den ligger inom intervallet 8–12 procent – någon exakt angivelse är dock inte möjlig. Om underlaget är måttligt starkt (⊕⊕⊕○), är intervallet större. Det är troligt att den skattade effekten ligger nära den "sanna", men det är fullt möjligt att den avviker betydligt. Med en skattad effekt på 10 procent kanske den "sanna" effekten ligger mellan 2 och 18 procent. Inte heller här går det att vara exakt. Ett begränsat vetenskapligt underlag (⊕⊕○○) innebär slutligen att den "sanna" effekten kan avvika ännu mer från det skattade, men intervallet är kortare än vid otillräckligt underlag. I detta exempel kanske effekten i värsta fall kan vara en viss riskökning.

GRADE innehåller varken något omfattande frågebatteri eller någon matematisk formel som hjälper oss att räkna fram evidensgrad. Men graderings-

processen är mycket strukturerad och liknar processen för systematiska litteraturoversikter. Arbetet följer en bestämd ordning, och varje beslut måste motiveras tydligt. Det ska framgå hur vi steg för steg har kommit fram till den slutgiltiga graderingen. En kritisk läsare ska kunna gå tillbaka och se hur vi har kommit fram till en viss evidensgrad. Det viktigaste är inte att alla ska vara överens om att evidensgraden är den rätta, även om detta är önskvärt. Det centrala är att alla förstår hur denna tagits fram, eftersom konstruktiv kritik då är möjlig.

Ännu en förutsättning för att GRADE ska vara rättvisande är att bedömningarna görs av personer som är ämneskunniga och som har tränats i att använda systemet.

VÄLJA ÅTGÄRD

Evidensbaserad vård handlar bland annat om att, med stöd av bästa tillgängliga kunskap, välja mellan alternativa åtgärder. Enstaka studier räcker sällan, även om deras vetenskapliga kvalitet har bedömts. För att få en rättvisande bild krävs ofta en sammanvägning av resultat från många studier. Dessutom bör tillförlitligheten i den sammanvägda effekten bedömas, det vill säga evidensgraderas.

*Sten Anttila
fil dr, projektledare SBU
anttila@sbu.se*

Referenser

1. Balslem H, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol* 2011;64:401-6.
2. Guyatt GH, et al. GRADE guidelines: 4. Rating the quality of evidence – study limitations (risk of bias). *J Clin Epidemiol* 2011;64:407-15.

Evidensstyrkan för en slutsats visar hur vetenskapligt välunderbyggd den är. GRADE är ett internationellt system för att gradera evidensstyrka. Det används av internationella aktörer som Världshälsoorganisationen WHO, NICE, Cochrane Collaboration och BMJ Clinical Evidence. I Sverige tillämpas systemet av bland andra SBU och Socialstyrelsen.

I ett inledande steg, innan det samlade underlaget bedöms med GRADE, granskar SBU varje enskild studie för sig. Genomgången görs systematiskt, med hjälp av särskilda mallar (checklistor) för olika typer av studier. Mallarna finns på www.sbu.se. Granskningsmallarna tar upp frågor som kan påverka studiernas tillförlitlighet och som kan variera beroende på ämne. Innan experterna börjar granska studierna diskuterar de om några särskilda aspekter är speciellt viktiga för kvaliteten och om det finns andra som är mindre relevanta.

I nästa steg gör SBU en övergripande värdering av det samlade vetenskapliga underlaget i en viss fråga. Då används GRADE. Behandlingsstudier brukar graderas på följande sätt. Det vetenskapliga underlaget för varje effektmått, till exempel dödlighet, funktion eller livskvalitet, graderas för sig. Till att börja med tilldelas det samlade underlaget, det vill säga alla de studier som man har granskat var och en för sig, en preliminär evidensstyrka beroende på hur dessa har lagts upp. Den preliminära evidensstyrkan justeras sedan uppåt eller nedåt beroende på ett antal kvalitetsfaktorer.

Om underlaget till exempel främst består av randomiserade studier, där risken för systematiska fel som regel är lägre, bedöms det preliminärt som starkt. Evidensstyrkan sänks om studierna:

- har kvalitetsbrister som dålig randomisering, bristfällig blindning och stort bortfall
- pekar åt olika håll och resultaten stämmer dåligt överens
- inte är relevanta för svenska förhållanden till exempel beroende på skillnader i praxis eller mellan sjukvårdsmiljöer
- har dålig precision i resultaten, det vill säga osäker sammanvägd effekt, exempelvis på grund av få observationer och breda konfidensintervall
- misstänks ha publicerats på ett snedvridet sätt, till exempel då endast studier med ett önskat resultat har publicerats (så kallat publikationsbias).

Om det vetenskapliga underlaget i stället utgörs av observationsstudier (kohort- och fall-kontrollstudier), bedöms evidensstyrkan preliminärt som begränsad. Denna kan dras ner ytterligare av brister som rör studiernas samstämmighet, överförbarhet och precision samt risken för publikationsbias.

I vissa fall finns det tvärtom skäl att höja evidensstyrkan. Detta gäller när underlaget består av stora, välgjorda observationsstudier med god kontroll för så kallade förväxlingsfaktorer, som annars skulle kunna leda till felaktiga slutsatser. Evidensstyrkan kan höjas, om studierna dessutom visar:

- stor behandlingseffekt
- samband mellan behandlingens intensitet och dess effekt, så kallat dos-responssamband.

Det är viktigt att de experter som graderar underlaget redovisar hur varje kvalitetsfaktor har påverkat deras bedömning. SBU:s rapporter innehåller ofta en tabell som visar både den preliminära evidensstyrkan och de efterföljande justeringarna. Läs mer om SBU:s arbetssätt i vår metodbok på www.sbu.se.

EXEMPEL PÅ SBU-PROJEKT

ADHD

Kontakt: ostlund@sbu.se
Planerad publ: höst 2012

AKUTVÅRD AV ÄLDRE

Kontakt: anttila@sbu.se
Planerad publ: vår 2013

ARBETSMILJÖ & DEPRESSION

Kontakt: hall@sbu.se
Planerad publ: höst 2013

ARBETSMILJÖ & RYGGPROBLEM

Kontakt: hall@sbu.se
Planerad publ: höst 2013

ARBETSMILJÖ & SÖMNSTÖRNINGAR

Kontakt: norlund@sbu.se
Planerad publ: höst 2012

AROMATASHÄMMARE VID TIDIG BRÖSTCANCER

Kontakt: heibert.arnlind@sbu.se
Planerad publ: höst 2012

AUTISMSPEKTRUM-TILLSTÅND

Kontakt: ostlund@sbu.se
Planerad publ: höst 2012

BILDDIAGNOSTIK AV PROSTATACANCER

Kontakt: hultcrantz@sbu.se
Planerad publ: vinter 2012/13

BIPOLÄR SJUKDOM

Kontakt: nilsson@sbu.se
Planerad publ: vinter 2012/13

BLODPROV FÖR ALZHEIMER

Kontakt: ostlund@sbu.se
Planerad publ: vår 2012

DEPRESSIONSDIAGNOSTIK

Kontakt: pettersson@sbu.se
Planerad publ: höst 2012

DYSLEXI

Kontakt: stenstrom@sbu.se
Planerad publ: vinter 2013/14

ELASTOGRAFI VID FIBROS I LEVERN

Kontakt: tranaeus@sbu.se
Planerad publ: vår 2012

INTERNETBEHANDLING AV ÅNGEST & DEPRESSION

Kontakt: hultcrantz@sbu.se
Planerad publ: vinter 2012/13

MAT VID FETMA

Kontakt: lindblom@sbu.se
Planerad publ: vår 2013

PSYKOS/SCHIZOFRENI

Kontakt: nilsson@sbu.se
Planerad publ: vår 2012

URININKONTINENS & ÄLDRE

Kontakt: odeberg@sbu.se
Planerad publ: vår 2013

■ *Finns det något vetenskapligt stöd för att behandla åderbräck i benen med skleroserande skumbehandling?*

Upplysningstjänstens svar i sammandrag

Såväl operation som skleroserande (sammanlödande) behandling med vätska eller skum har under ett antal decennier använts för behandling av åderbräck i benen.

Det finns ett tiotal randomiserade studier som jämför sklerosering med hjälp av skum eller vätska och olika kirurgiska tekniker. De patienter som deltagit i studierna har i första hand dåliga klaffar i de ytliga stamvenerna. De flesta studier är relativt små med kort uppföljning, men det finns tre stora studier. En av dessa består av två delstudier. En har mycket lång uppföljning (10 år), men resultatredovisningen är otydlig. Underlag för att bedöma behandling av så kallade perforantvenor (som förbinder ytliga och djupa vener) eller mindre åderbräck verkar i stort sett saknas.

När det gäller jämförelse mellan skumbehandling och kirurgi är slutsatserna inte entydiga. Flera studier visar att kirurgi har något bättre effekt men operation medför längre konvalescens. Författarna till en av studierna skriver också att resultaten av skumbehand-



Science Photo Library

ling verkar vara beroende av behandlarens skicklighet och erfarenhet.

I alla studier som jämför skum och vätska drar författarna slutsatsen att skum har bättre effekt på återflöde av blod (reflux). Några tydliga skillnader i effekt mellan olika tekniker syns dock inte vid en långtidsuppföljning.

Fallsakerier och större kliniska genomgångar har rapporterat att skumbehandling i enstaka fall kan orsaka neurovaskulära biverkningar, som synstörningar, och djup ventrombos.

Svaret från SBU:s Upplysningstjänst finns i sin helhet på www.sbu.se. Där kan den som är beslutsfattare i vården och behöver kunskapsunderlag också ställa frågor.

SBU UPPLYSER OM KONSTGJORD LUNGA

■ *Kan ECMO-behandling, ibland kallad konstgjord lunga, förbättra överlevnaden vid hjärtstopp eller kardiogen chock på sjukhus?*

Upplysningstjänstens svar i sammandrag

ECMO (*extracorporeal membrane oxygenation*) ger möjlighet att syresätta blodet utanför kroppen under en begränsad period. Metoden har förts fram som ett livsuppehållande behandlingsalternativ vid akuta tillstånd som hjärtstopp och kardiogen chock, en mycket allvarlig akut hjärtsvikt.

Upplysningstjänsten har inte funnit några randomiserade kontrollerade studier som har jämfört ECMO med någon annan form av behandling efter akut hjärtstopp eller kardiogen chock. Vi har identifierat två fallkontrollstudier, en prospektiv och en retrospektiv, av patienter som har drabbats av hjärtstopp på sjukhus. Studierna har jämfört överlevnaden efter hjärt-lungräddning med

tillägg av ECMO (ECPR, *extracorporeal cardiopulmonary resuscitation*) med överlevnad efter konventionell hjärt-lungräddning (HLR). Sannantaget ingick 212 patienter. Enligt fallkontrollstudierna var överlevnaden vid tidpunkten för utskrivning högre efter ECPR än efter HLR. Men risken är stor för systematiska fel i studierna. Bland annat finns det risk för skillnader i baslinjedata och efterbehandling mellan patientfallen och deras kontroller. Resultaten bör därför tolkas försiktigt.

Vi har inte funnit några studier som har studerat effekten av ECPR hos patienter vid kardiogen chock eller efter akut hjärtstopp utanför sjukhus. Vi har inte heller funnit några relevanta hälsoekonomiska studier för att utvärdera metodens kostnader och kostnadseffektivitet. Detta svar har inte beaktat samhälleliga eller etiska aspekter.

Svaret från SBU:s Upplysningstjänst finns i sin helhet på www.sbu.se. Där kan du även ställa frågor.

SBU-nämnden för medicinsk utvärdering

Nina Rehnqvist (ordf)

KAROLINSKA INSTITUTET

Peter Friberg

SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET

Björn Klinge

KAROLINSKA INSTITUTET

Sineoa Ribeiro

VÄRDFÖRBUNDET

Måns Rosén

SBU

Karin Strandberg Nöjd

SVERIGES KOMMUNER OCH

LANDSTING

Håkan Sörman

SVERIGES KOMMUNER OCH

LANDSTING

Anders Tegnell

SOCIALSTYRELSEN

Mats Ulfendahl

VETENSKAPSRÅDET

Marie Wedin

SVERIGES LÄKARFÖRBUND

Sabina Wikgren Orstam

SVERIGES KOMMUNER OCH

LANDSTING

Direktör SBU

Måns Rosén

SBU:s råd

Kjell Asplund (ordf)

Kristina Bengtsson Boström

BILLINGENS VÄRD-CENTRAL, SKÖVDE

Christina Bergh

KVINNOKLIN, SU/SAHLGRENSKA,
GÖTEBORG

Nils Feltelius

LÄKEMEDELSVERKET, UPPSALA

Mats G Hansson

INST F FORSKNINGS- OCH BIOETIK,
UPPSALA UNIV

Sten Landahl

AVD F GERIATRIK, SU/SAHLGRENSKA,
GBG

Margareta Möller

VÄRDVET FORSKN-CENTR, UNIV SJH,
ÖREBRO

Jörgen Nordenström

BRÖST- & ENDOKRINKIR KLIN,
KAROLINSKA UNIV SJH, SOLNA

Ulf Näshund

HJÄRTCENTR, NORRL UNIV SJH, UMEÅ

Joakim Ramsberg

MYNDIGHETEN FÖR VÄRDANALYS,
STOCKHOLM

Bo Runeson

INST F KLIN NEUROVET, KI, SOLNA

Ania Willman

SEKT F HÄLSA, BLEKINGE TEKNISKA
HÖGSKOLA, KARLSKRONA

SBU Alerträdet

Jan-Erik Johansson (ordf)

UROLOGI, UNIV SJH, ÖREBRO

Christel Baktsevani

HÄLSA & SAMHÄLLE, MALMÖ HÖGSK

SBU Alerträdet (forts)

Lars Borgquist

ALLM MED & HÄLSOEK, LINKÖPINGS
UNIV

Per Carlsson

CMT, LINKÖPINGS UNIV

Björn-Erik Erlandsson

MED TEKN, KTH, STOCKHOLM

Mårten Fernö

EXP ONKOLOGI, LUNDS UNIV

Lemart Iselius

LANDSTINGET VÄSTMANLAND

Eva Lindström

PSYK KLIN, AKAD SJUKHUSET, UPPSALA

Ylva Nilsagård

CAMTÖ, ÖREBRO LÄNS LANDSTING

Viveca Od lind

LÄKEMEDELSVERKET, UPPSALA

Anders Rydh

MED RADIOL & NUKLEARMED, NORRL
UNIV SJH, UMEÅ

Jenny Rehnman

SOCIALSTYRELSEN

Svante Tvetman

PEDODONTI & KARIOLOGI,
KÖPENHAMNS UNIV, HALLANDS SJH

Jan Wahlström

KLINISK GENETIK, GBG:S UNIV

SBU:s lekmanråd

Annakarin Svenningsson (ordf)

Marie-Jeanette Bergvall,

Alex Eckerström,

Jesper Jerkert,

Anne Kalmering Josephson,

Birgitta Karlström,

Sam Sandberg

HTAi 2012

Tid och plats: 25–27 juni 2012 Bilbao, Baskien

Tema: HTA in Integrated Care for a Patient Centered System

Mer info: www.htai2012.org

FRÅGA SBU:S UPPLYSNINGSTJÄNST!

Upplysningstjänsten är till för vårdens beslutsfattare – personer i ledande befattning, verksamhetschefer, sektionschefer och områdesansvariga.

Varför?

Syftet är att ge kunskapsunderlag för strategiska beslut, till exempel om en ny metod ska införas eller någon äldre metod fasas ut. Som regel svarar vi inom två månader – i särskilt akuta och angelägna fall snabbare.

Hur?

Den som ställer en fråga fyller i ett kort webbformulär med uppgifter så att vi vid behov kan kontakta dig för diskussion. Tjänsten är kostnadsfri.

Vad händer sen?

Vi följer i stort SBU:s gängse metod för urval och granskning av litteratur. Men litteratursökningen är mer avgränsad än i SBU-rapporterna och vi drar inga övergripande slutsatser.

Svaren redovisar sökstrategi, urval av studier (med referenslista) och sammanfattning av resultaten. Svaren utformas av SBU:s kansli, ofta i samråd med ämnesexpert. Eftersom vi är snabba, är svaren inte evidensgraderade och granskas inte av SBU:s råd eller nämnd.

Mer info: Jessica Dagerhamn, tel 08-412 32 65, dagerhamn@sbu.se eller Jan Liliemark, liliemark@sbu.se

BESTÄLL SBU:S PUBLIKATIONER! Skicka in kupongen eller faxa till 08-779 96 10

SAMMANFATTNINGAR 2007–2012

Kostnadsfria*

-ex Godartad prostataförstoring (2011), nr 501-64
-ex Blödande magsår (2011), nr 501-61
-ex Blödarsjuka (2011), nr 501-63
-ex Förebygga sexövergrepp mot barn (2011), nr 501-62
-ex Antibiotikaprofylax, kirurgi (2010), nr 501-56
-ex Tandförluster (2010), nr 501-60
-ex Rotfyllning (2010), nr 501-59
-ex Progr mot psyk ohälsa hos barn (2010), nr 501-58
-ex Mat vid diabetes (2010), nr 501-57
-ex Behandling av sömnbesvär (2010), nr 501-55
-ex Rehabilitering vid långvarig smärta (2010), nr 501-54
-ex Triage och flödesproc på akuten (2010), nr 501-53
-ex Intensiva glukossänk vid diabetes (2009), nr 501-52
-ex Patientutbildning vid diabetes (2009), nr 501-51
-ex Egna mätningar av blodglukos... (2009), nr 501-50
-ex Äldres läkemedelsanvändning (2009), nr 501-49
-ex Vacciner till barn (2008), nr 501-48
-ex Öppenvinkelglaukom (2008), nr 501-47
-ex Rörbehandling i mellanörat (2007), nr 501-45
-ex Karies (2007), nr 501-44
-ex Benartärsjukdom (2007), nr 501-43
-ex Måttligt förhöjt blodtryck, uppdat (2007), nr 501-46
-ex Ljusterapi och årstidsbunden depr (2007), nr 501-42

PATIENTINFORMATION ETC

Kostnadsfria*

-ex Förebygg för barnens skull, nr 401-16
-ex Glaukom (grön starr) – Frågor och svar (2009), nr 401-15
-ex Läkemedel på äldre dar – Frågor och svar (2009), nr 401-14
-ex Till dig som vill veta mer om tidig fosterdiagnostik (2008), nr 401-13
-ex Rör i örat hos barn – Frågor och svar (2008), nr 401-12
-ex Behandling av långvarig smärta – Frågor och svar (2006), nr 401-11
-ex Behandling av ångestsjukdomar – Frågor och svar (2006), nr 401-10
-ex Behandling av depression (2004), nr 401-9
-ex Vad hjälper mot fetma? (2003), nr 401-8
-ex Känner du någon som dricker för mycket?
-ex Akut rygg- och nacksmärta (2001), nr 401-5

Trycksaker och faktura* skickas till:

Namn

Postadress

E-post

Frankeras ej.
Mottagaren
betalar portot

SBU

Statens beredning
för medicinsk utvärdering

Svarspost

Kundnr 200 876 34
110 03 Stockholm



Cancerbehandlade kan få ett visst skydd mot svår munskada

Läkemedel men också isbitar skulle kunna minska risken för oral mukositis, en svår munbiverkan av cancerbehandling.

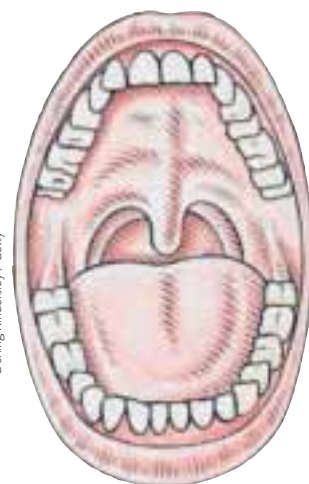
Cancerpatienter som behandlas intensivt med cellgifter eller strålning kan drabbas av skador och inflammation i munslemhinnan, oral mukositis, som kan vara mycket

smärtsamt. I svåra fall kan patienten varken tala, äta eller dricka, och måste få näring via dropp. Man kan behöva göra uppehåll i cancerbehandlingen.

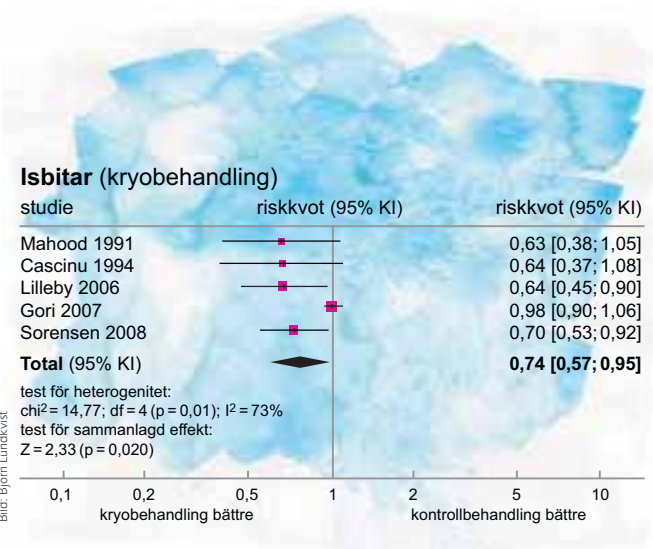
SBU har kommenterat en systematisk litteraturoversikt av behandlingar som kan förebygga oral mukositis. Översikten gäller 43 metoder. Nio av dessa har en viss förebyg-

gande effekt enligt mer än en studie. Vid cellgiftsbehandling av blodcancer kan isbitar ha effekt (se diagram). Eventuellt kan aloe vera, antibiotika (PTA) och möjligen även honung förebygga mukositis hos patienter som strålbehandlas mot huvud- och halscancer. Andra behandlingar som också gav ett visst skydd mot mukositis vid olika typer av cancer var allopurinol, amifostin, intravenöst glutamin och laser.

Samtliga studier brister dock i kvalitet och de flesta gäller cancer i huvud- och halsregionen. SBU påpekar att det är svårt att dra generella slutsatser eftersom patientgrupperna var olika och hade olika cancerbehandlingar. [RL]



Dorling Kindersley / Getty



Läs SBU:s kommentar på www.sbu.se: Förebyggande behandling av inflammationer i munnen (oral mukositis) vid cancerbehandling

BESTÄLL TRYCKTA SBU-RAPPORTER! Skicka in kupongen eller faxa till 08-779 96 10

SBU-RAPPORTER 2005-2012

Priset på de tryckta rapporterna är exkl moms och frakt. Beloppet faktureras.

-ex Godartad prostataförstoring (2011), nr 209, 250 kr
-ex Antibiotikaprofylax, kirurgi (2010), nr 200, 250 kr
-ex Tandförluster (2010), nr 204, 200 kr
-ex Rotfyllning (2010), nr 203, 200 kr
-ex Progr psyk ohälsa hos barn (2010), nr 202, 200 kr
-ex Mat vid diabetes (2010), nr 201, 200 kr
-ex Behandl av sömnbesvär (2010), nr 199, 200 kr
-ex Rehab vid långvarig smärta (2010), nr 198, 200 kr
-ex Triage och flödesprocesser (2010), nr 197, 200 kr
-ex Intensiv glukossänkande behandling vid diabetes (2009), nr 196, 200 kr
-ex Patientutbildn vid diabetes (2009), nr 195, 200 kr
-ex Egna mätningar av blodglukos vid typ 2-diabetes utan insulinbeh (2009), nr 194, 150 kr
-ex Äldres läkemedelsanvändn (2009), nr 193, 200 kr
-ex Vacciner till barn (2008), nr 191, 250 kr
-ex Diagnostik, uppföljning och behandling av öppenvinkelglaukom (2008), nr 190, 200 kr
-ex Rörbehandling i mellanörat (2007), nr 189, 200 kr
-ex Karies - diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling (2007), nr 188, 200 kr

-ex Benartärsjukdom (2007), nr 187, 250 kr
-ex Mätligt förhöjt blodtryck, uppdaterad (2007), nr 170/1U, 200 kr
-ex Ljusterapi vid depression samt övrig behandling av årstidsbunden depression (2007). Publiceras endast i elektronisk version på www.sbu.se.
-ex Dyspepsi och reflux (2007), nr 185, 200 kr
-ex Obstructive Sleep Apnoea (-07), 184E, 200 kr
-ex Nyttan av att berika mjölk med folsyra (2007), nr 183, 125 kr
-ex Met f att främja fys aktiv (2007), nr 181, 200 kr
-ex Tidig fosterdiagnostik (2006), nr 182, 200 kr
-ex Hjärnskakning - uppdat (2006), nr 180, 125 kr
-ex Behandling med vitamin D och kalcium (2006) nr 178, gratis!
-ex Metoder för behandling av långvarig smärta (2006), nr 177/1+2, två volymer, 250 kr per volym
-ex Volym och kvalitet (2005), nr 179, gratis!
-ex Bettavvikelser (2005), nr 176, 200 kr
-ex Riskbedömningar inom psykiatri - kan våld i samhället förutsägas? (2005), nr 175, 150 kr
-ex ADHD hos flickor (2005), nr 174, 150 kr
-ex Behandling av ångestsyndrom (2005), nr 171/1+2 två volymer, 200 kr per volym

Se www.sbu.se för publikationer från SBU Alert, SBU Kommentarer och mer info om våra rapporter.

Ja tack, jag vill gärna prenumerera kostnadsfritt på:

- Information om SBU via e-post (inkl Alert-rapporter och SBU Kommentarer)
- SBU:s tidning *Vetenskap & Praxis*

I och med att du skickar in dessa uppgifter till SBU kommer uppgifterna att förtecknas i ett datorbaserat register hos SBU. Uppgifterna kommer att sparas hos oss för vårt uppföljningsarbete och kan eventuellt komma att användas för att skicka dig annat material från SBU.

Denna information föranleds av bestämmelserna i personuppgiftslagen. PuL. SBU är skyldig att på din begäran rätta, blockera och utplåna uppgifter enligt § 28 i PuL. Enligt PuL har varje registrerad rätt att en gång per år, efter skriftlig ansökan, erhålla besked om huruvida personuppgifter som rör den sökande behandlas eller ej (§ 26).

