

Vetenskap & Praxis

Information från SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering



Tvivelaktiga jämförelser i viktiga forskningsstudier

När insatser jämförs med varandra i studier måste metoderna jämföras på lika villkor. Om den ena gruppens behandling ges på ett undermåligt sätt, överdrivs behandlingsnyttan i den andra gruppen. Detta ger inte bara bedrägliga resultat. Det utsätter också försöksdeltagare för onödigt lidande och risker.

Läs vidare på sidan 2 ►

SBU – KUNSKAPSCENTRUM FÖR VÅRDEN OCH SOCIALTJÄNSTEN

Nya rapporter Spelproblem 4 • Långvarig smärta 9 • Ätstörningar – upplevelser 10
Sten i djupa gallgångarna 12

LÄS OCKSÅ INNOVATIONER 2 • BEHANDLA OCH FÖREBYGGA PTSD HOS BARN 6 • STUDIER AV INSATSER VID FUNKTIONSNEDSÄTTNING 8
GRANSKA DIAGNOSMETODER 14 • EFTERFRÅGAD FORSKNING 17 • SCREENING FÖR VÅLD HEMMA 20 • FÖRÄLDRASTÖD VID UTAGERANDE
HOS BARN 21 • TVÅNG I PSYKIATRIN 22 • OPERERA HALSMANDLARN 22 • HTA SOM BEGREPP 22 • KVALITET I RIKTLINJER 24

Innovation är inte trolleri

I BERÄTTELSENA OM HARRY POTTER finns en formel som i ett trollslag läker sår och rättar till brutna näsor. Det magiska ordet är episkey. Hokus pokus så är skadan borta. Episkey, så är allt bra igen. Men trollformler används inte bara i sagans värld. I vården och omsorgen tycks besvärjelsen just nu vara ”innovation”. Innovativ teknik förväntas skydda mot allt från underbemanning till krympande skatteunderlag, växande psykisk ohälsa hos unga och ökande omsorgsbehov hos en allt äldre befolkning.

Visionen verkar vara att innovativ insamling och analys av stora datamängder ska ge säker kunskap om olika hälsoproblem, som med hjälp av innovativa appar kommer att upptäckas innan symtomen uppträder. Skulle människor mot förmodan ändå bli sjuka så ska de, med hjälp av innovativ gendiagnostik och genterapi, erbjudas individanpassad och supereffektiv diagnostik och behandling. Biverkningsfritt och så gott som gratis. Besluten ska fattas med hjälp av artificiell intelligens utan de brister som finns i vår mänskliga hjärna. Alltsammans med innovativa styrmodeller. Episkey!

SÅDANA VISIONER bygger oftast på fromma förhoppningar om nytta och bortser från risker och kostnader. I den bistra verkligheten bör vi först ta reda på om nyttan verkligen blir så stor och kostnaderna så låga som entusiasterna påstår. Vi bör ha belägg för att den innovativa tekniken är säker. Det är därför vi måste testa och utvärdera metoderna först innan de införs på bred front.

I Storbritannien, där Harry Potter kom till, verkar åtminstone några ha insett detta. Där certifieras medicinska appar på ett samordnat sätt, utifrån nationella krav. Dokumentation som visar på klinisk effekt och säkerhet efterfrågas. Appar som har granskats publiceras sedan september 2019 i ett ”app-bibliotek” (<https://digital.nhs.uk/services/nhs-apps-library>) och pilottest krävs inom National Health Service innan apparna kan märkas med NHS Approved i biblioteket. I Sverige finns nu – som väl är – liknande tankegångar.

AMBITIONEN i Storbritannien att ställa krav på att effektivitet och säkerhet i hälso- och sjukvården dokumenteras, gäller inte bara digitala innovationer. Tidigare i år har kirurger inom Royal College of Surgeons gått ut med att de vill få bättre grepp om innovationer inom sitt eget fält.^{1,2} De vill att alla nya operationsmetoder ska införas på ett ordnat sätt med en samlad, nationell utvärdering. Effekt och säkerhet måste följas upp långsiktigt, på individnivå. Att införa innovationer utan bevis på säkerhet och effektivitet håller inte, skriver de.

Idag hanteras många innovationer irrationellt och inkonsekvent, med ett slags ”hatkärlek”, som en tankvärd artikel³ i *BMJ Quality and Safety* kallar det. Resultatet kan bli att effektiva metoder sprids för långsamt och ineffektiva för snabbt. Vad vi i stället måste göra är att systematiskt testa och utvärdera nytta, risker och kostnader – och sedan använda den kunskapen. För faktum är ju att trolleri aldrig fungerar i verkligheten – även om det först kan se så ut.



Ragnar Levi Chefredaktör

1. Royal College of Surgeons, 2019. Surgical innovation, new techniques and technologies.
2. Royal College of Surgeons, 2019. Future of surgery. Nerladdad från [rcseng.ac.uk](https://www.rcseng.ac.uk)
3. Dixon-Woods M, et al. *BMJ Qual & Safety* 2011;20:i47-i51

I KONTROLLERADE STUDIER brukar det största intresset riktas mot försöksgruppen – alltså mot dem som fått prova en ny insats, exempelvis en ny behandling. Men när effekten ska utvärderas är det lika viktigt vad forskarna jämför med, alltså vilken behandling som kontrollgruppen har fått. Ändå är det inte ovanligt att den senare frågan förbises.

Ett exempel: enligt en granskning¹ i tidskriften *JAMA Oncology* har den amerikanska läkemedelsmyndigheten FDA baserat godkännanden av 16 av totalt 95 nya cancerläkemedel på 98 studier där kontrollgruppen inte verkar ha fått bästa befintliga behandling, utan ett sämre alternativ. Varken forskarna själva eller de sakkunniga som måste ha godkänt de 98 underliggande studierna i olika instanser har påtalat problemet.

EFFEKTEN AV DE nya cancerläkemedlen kan därför ha överskattats i studierna och av FDA, menar författarna i *JAMA Oncology*. Detta är i så fall allvarligt på flera sätt. Eftersom nya läkemedel ofta är dyrare, och deras biverkningar sällan är helt klarlagda, finns risken att patienter erbjuds nya behandlingar som i själva verket är både sämre och dyrare än befintliga alternativ.

Den till synes bristfälliga behandlingen av cancerpatienter i kontrollgrupperna kan dessutom innebära brott mot forsknings-etiska regler i den så kallade Helsingfors-deklarationen². När forskare försöker få fram ny kunskap, måste det ske på ett sådant sätt att försöksdeltagarna inte utsätts för onödiga risker eller får sämre hälsa och livskvalitet än patienter som inte har medverkat i forskningsprojekt.

TVIVELAKTIGA JÄMFÖRELSE är ett återkommande problem i de studier som SBU granskar. Det gäller även så kallade randomiserade prövningar, där lottning till olika behandlingar ska förebygga snedvridning. Även i randomiserade läkemedelsstudier kan kontrollgruppen få ett effektivt läkemedel i för låg dos eller i en mindre effektiv beredningsform. Detta är ett systematiskt fel som i engelskspråkig litteratur kallas *comparator bias*³ och som överdriver eventuella skillnader i effekt.

När en ny behandling eller insats ska testas kan det ibland vara svårt att avgöra vilka kontrollbetingelser som är lämpligast. Det kan råda oenighet om vilken befintlig behandling som ger bäst effekt. Det är inte heller givet att den metoden

faktiskt används, inte ens om den rekommenderas i befintliga riktlinjer. Praxis är inte alltid optimal. Forskarna måste då ta ställning till om de ska jämföra den nya metoden med det bästa tänkbara behandlingsalternativet eller med den vanligast förekommande behandlingen.⁴

VIDARE ÄR DET INTE alltid möjligt att utse ett enda alternativ som ”bäst”. Befintliga insatser kan ha olika effekt- och biverkningsprofil som passar olika bra för olika individer med samma problem. Att välja ett enda behandlingsalternativ som jämförelse till en ny metod kan då vara svårt – och det kan också bli problem att rekrytera försöksdeltagare.⁵

Det kan alltså vara en utmaning för forskare att hitta vettiga jämförelser. Men Carl-Olav Stiller, docent i klinisk farmakologi vid Karolinska institutet och en av SBU:s sakkunniga, säger att det finns studier där man måste fråga sig om inte kontrollgruppen med avsikt har fått en sämre behandling än nödvändigt.

– **ETT SÅNT EXEMPEL** är en studie⁶ som jämför de smärtlindrande läkemedlen etoricoxib och naproxen vid artros i knä och höft, säger han.

– Där valde forskarna att ge lägre doser av etoricoxib till försöksgruppen och maximal dos av naproxen till kontrollgruppen – trots att risken för biverkningar ökar ju högre dosen är.

– Testar man etoricoxib i lägre dos vid artros, är det rimligt att även ge en motsvarande, lägre dos av naproxen. Annars

JÄMFÖRELSE AV INSATSER KAN OCKSÅ BLI MISSVISANDE NÄR...

- ... utgångsläget är olika i försöks- och kontrollgrupp
- ... effekten av insatser som har testats mot samma kontrollbetingelse i olika studier jämförs indirekt
- ... försöks- och kontrollgrupp inte har omhändertagits och uppmärksamats lika av försöksledarna
- ... försöksdeltagares och försöksledares förväntningar på behandlingen kan ha inverkat, särskilt i studier utan blindning
- ... utfallet i försöks- och kontrollgrupp har mätts med skilda metoder
- ... utfallet har mätts med osäkra eller okända metoder
- ... många försöksdeltagare har avbrutit sitt deltagande under studiens gång



blir jämförelsen missvisande, förklarar Carl-Olav Stiller.

En annan studie⁷ syftade till att studera risken för mag-tarmbiverkningar av läkemedlet celecoxib.

– Kontrollgruppen fick diklofenak och ibuprofen i maxdos – trots att man vet att en sådan dos ökar biverkningsrisken.

– Det hade varit mer rättvisande att gradvis höja dosen individuellt till den lägsta nivå som ger tillräcklig smärtlindring, och sedan jämföra biverkningsrisken, förklarar han.

PROBLEMET MED tvivelaktiga jämförelser är långtifrån nytt. På 1980-talet kom en studie som visade att patienter som hade fått näringsdropp inför sin canceroperation klarade sig bättre, och skillnaden var statistiskt signifikant.⁸ Resultaten väckte stort intresse och drog in många läkemedelsmiljoner. Men resultatet var missvisande. När studien granskades noggrant visade det sig att vårdresultaten i kontrollgruppen var osedvanligt dåliga och att studiegruppens resultat bara var normala. Det var alltså ingen fördel att ge näringsdropp före operation. Skillnaden hade uppstått genom att forskarna hade råkat få en speciell jämförelsegrupp som inte var representativ för rutinsjukvårdens patienter.

När forskare utformar effektstudier är

valet av kontrollgrupp avgörande – inte bara för vilka slutsatser som är möjliga att dra i den enskilda studien och hur användbara resultaten blir. Studier som gör irrelevanta eller vilseledande jämförelser skadar i förlängningen också forskningens trovärdighet och legitimitet. Även om resultaten kanske är numeriskt korrekta, blir tolkningen felaktig. Patienter, brukare, professioner och myndigheter kan fatta felaktiga beslut. Därför måste alla som bedriver och använder praktisk forskning bevaka att studiernas kontrollbetingelser ger en så relevant och rättvisande bild som möjligt. ♦ **RL**

Referenser

1. Hilar T, et al. Analysis of Control Arm Quality in Randomized Clinical Trials ... JAMA Oncol 2019 samt errata doi:10.1001/jamaoncol.2019.2422 doi: 10.1001/jamaoncol.2019.0167.
2. World Medical Association Declaration of Helsinki. JAMA 2013;310:2191-4.
3. Mann H, et al. Comparator bias: why comparisons must ... J R Soc Med 2013;106:30-3.
4. Tao D, et al. Choice of control group ... are we testing trivialities? Lancet Oncol 2018;19:1150-2.
5. Dawson L, et al. Considering usual medical care in clinical trial design. PLoS Med 2009;6:e1000111.
6. Leung AT, et al. Efficacy and tolerability profile of etoricoxib ... Curr Med Res Opin 2002;18:49-58.
7. Silverstein FE, et al. Gastrointestinal toxicity with celecoxib vs ... JAMA 2000;284:1247-55.
8. Müller JM, et al. Preoperative parenteral feeding in patients with gastrointestinal ... Lancet 1982;1:68-72.



Spel Möjligt att vissa insatser kan dämpa spel om pengar

Längre utbildningsinsatser för ungdomar på gymnasienivå kan möjligtvis minska antalet speldagar något, åtminstone under de första månaderna efteråt. Det kan också tänkas att återkoppling av spelandets omfattning till den som spelar har en viss förebyggande effekt, men det behövs fler studier innan detta kan bekräftas.

Det behövs fler välgjorda studier som visar hur spelberoende eller problem med spel om pengar kan förebyggas. SBU:s systematiska översikt av forskningen granskar både så kallade universella insatser, som riktas till alla, och selektiva åtgärder för grupper som bedöms löpa risk att få problem. Insatser för dem som redan har utvecklat problem ingår däremot inte i rapporten.

Trots att det redan finns ganska många studier på området, går det knappast att få en tillförlitlig helhetsbild av hur effektiva universella respektive selektiva åtgärder är, konstaterar SBU. Var för sig ger studierna osäkra besked, och de är alltför olika för att resultaten ska kunna vägas samman.

SBU:s genomgång av den vetenskapliga litteraturen identifierar 28 studier av godtagbar kvalitet. De visar att långvariga utbildningsinsatser för gymnasieungdomar möjligen minskar antalet dagar som

ungdomarna spelar om pengar. Eventuellt kan återkoppling till individen om spelandets omfattning, något som ges vid en del spel på nätet, resultera i färre speldagar. Men resultatet bygger på en enda studie – osäkerheten är stor.

FORSKNINGSFÄLTET SKULLE HA nytta av större enighet kring effektmått och striktare forskningsmetodik, skriver SBU. Forskarna måste ange hur försöksdeltagarna har valts ut och vilka spelare som avbrutit medverkan i studien. Tydligare redovisning av resultat behövs också, till exempel medelvärden med standardavvikelser. I studier utan kontrollgrupp behövs det flera mättillfällen för att resultaten ska bli mer tillförlitliga.

Tre typer av förebyggande insatser som enligt SBU-rapporten borde studeras mer är personanpassad återkoppling, begränsningar i tid och pengar samt utbildning av personal på spelbolag och spelställen. ♦ **RL**

SBU OM ATT FÖREBYGGA SPELANDE

► Det är möjligt att längre utbildningsinsatser på gymnasienivå kan minska antalet dagar som ungdomar spelar om pengar. Uppföljningstiden i studierna var dock kort (två till fyra månader) så vi kan inte bedöma effekten på lång sikt.

► Det är möjligt att personanpassad återkoppling utan normativ komponent, som ofta används vid spel online, minskar antal speldagar. Underlaget bestod dock av endast en studie så osäkerheten kring effekten är stor. Fler studier behövs.

► För övriga åtgärder var det vetenskapliga underlaget antingen otillräckligt, vilket innebär att effekterna inte gick att bedöma, eller så saknades det helt studier.

► Resultatet tyder på att forskningsfältet skulle vinna på en mer stringent metodik och samsyn om till exempel viktiga utfallsmått. De korta uppföljningstiderna gör även att vi inte vet om effekter kvarstår under längre tid.



INGAE / SHUTTERSTOCK

Spelproblem

I likhet med droger kan spel om pengar leda till ett utvecklat beroende. Beteckningen spelproblem innebär att man har svårt att kontrollera spelandet och att det har negativa följder för hälsan och ekonomin eller medför sociala problem. Spelberoende är allvarligt och innebär ökad risk för förtida död och suicid. I en befolkningsundersökning 2018 uppskattades 1,3 procent av befolkningen mellan 16 och 87 år ha någon grad av spelproblem. De flesta spel kan ge spelproblem, men risken är större om spelet är lättillgängligt och snabbt som i spelautomater, kasinospel, nätkasino, nätpoker och nättbingo. Ett spel som lotteri är inte lika riskfyllt.

Om rapporten

Att förebygga problem med spel om pengar
En systematisk översikt. SBU Bereder. Stockholm:
SBU, 2019. Kontakt SBU: Jenny.Odeberg@sbu.se
Hela SBU:s rapport finns på www.sbu.se/299

TERAPIER KAN HJÄLPA BARN MOT STRESSYNDROM EFTER TRAUMA

Olika kognitiva beteendeterapier (kbt) som bedrivs individuellt och som är inriktade på trauma minskar troligen posttraumatiskt stressyndrom hos barn och unga – både kortiktigt och upp till ett år. Metoderna verkar vara kostnadseffektiva. Under pågående trauman, som krig, har traumafokuserad kbt i grupp troligen en förebyggande effekt, åtminstone enligt korttidsuppföljningar.

Troligtvis har kbt med traumafokus bättre effekt på posttraumatiskt stressyndrom, PTSD, hos barn från sju års ålder, och hos unga, än vad stödsamtal, sedvanlig vård och väntelista har. Det visar en systematisk litteraturoversikt från brittiska National Institute for Health and Care Excellence, NICE, som SBU har granskat och kommenterat.

KBT MED TRAUMAFOKUS inbegriper flera terapiformer – både en specifik metod som kallas traumafokuserad kbt och liknande metoder som kognitiv terapi med inriktning på trauma, narrativ exponeringsterapi för traumatiserade barn och ungdomar (KidNET) och förlängd exponeringsterapi (*prolonged exposure therapy*, PE).

Metoderna förekommer i Sverige idag. Den svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri har i ett remissförslag till riktlinjer för trauma- och stressrelate-

rade tillstånd lyft fram metoderna, bland annat för barn med flyktningbakgrund.

Nice-översikten tar även upp andra psykologiska, psykosociala och icke-farmakologiska insatser. Hit hör kbt utan traumafokus, EMDR*, psykodynamisk terapi, counselling (stödsamtal eller problemorienterad psykosocial behandling), kombinerade kognitiva och somatiska metoder, föräldraträning/familjeinriktade interventioner och lekterapi.

När det gäller dessa metoder kunde översikten inte påvisa relevanta effekter eller så räckte inte underlaget för en bedömning. Generellt behövs det fler studier med hög kvalitet, liksom också dokumentation av långtidseffekter, skriver SBU:s sakkunnig i sin kommentar.

EN ANNAN ÖVERSIKT från NICE som kommenteras av SBU belyser läkemedels effekter vid posttraumatiskt stressyndrom hos barn och unga. Läkemedlen är propranolol, SSRI, sertralin och d-cycloserin. Resultaten för läkemedel bygger dock bara på enstaka studier, så SBU kommenterar dem inte.

Ytterligare ett fynd som framhålls av SBU är att kbt som bedrivs i grupp och med inriktning på trauma troligen även kan förebygga PTSD hos barn och unga som utsätts för ett pågående trauma, som krig. ♦ **RL**

*eye movement desensitization and reprocessing



ANNA KOLJUNOVA / ISTOCKPHOTO

PTSD

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) kan uppkomma efter mycket påfrestande, livshotande och traumatiska händelser som katastrofer, olyckor, våld, sexuella övergrepp och psykisk eller fysisk misshandel. Av tio barn och unga som har exponerats för traumatiska händelser utvecklar ett till två PTSD, ibland först efter flera år. De som drabbas får påträngande minnen av den traumatiska händelsen trots att de försöker undvika tankar, minnen, händelser, situationer eller personer som påminner dem. Vanligt är också överspändhet med till exempel irritabilitet och lättskrämthet. Tankeförmågan försämras och sinnesstämningen sänks. Utan behandling kan tillståndet leda till annan psykisk ohälsa och sjukdom även senare i livet.

Om kommentarerna

Psykologisk, psykosocial och farmakologisk behandling vid PTSD hos barn och unga, samt Psykologiska och psykosociala insatser för att förebygga PTSD hos barn och unga. SBU, 2019. Sakkunnig: doc Ulf Axberg, klin psykol, Gbgs univ, och prof Vitenskapel högsk VID, Oslo. Kontakt SBU: Lina.Leander@sbu.se Kommenterade översikter: NICE guideline NG116 Evidence reviews, 2018. Fullst kommentarer: www.sbu.se/2019_04 samt www.sbu.se/2019_05

SÅ GRADERAS TILLFÖRLITLIGHETEN I DET SAMLADE VETENSKAPLIGA UNDERLAGET

GRADE-systemet (www.gradeworkinggroup.org) används för att göra en strukturerad bedömning av tillförlitligheten (evidensstyrkan) hos varje sammanvägt delresultat (utfall) i en systematisk översikt. Grunden för värderingen ska redovisas tydligt så att det är möjligt för andra att granska och göra sin egen bedömning.

Bedömningen av tillförlitlighet innefattar för varje sammanvägt delresultat:

- hur stor risken är för systematiska fel i studierna (snedvridning, eng. *bias*)

- hur mycket studierna motsäger varandra (bristande samstämmighet, eng. *inconsistency*)
- i vilken grad som de studerade förhållandena skiljer sig från den aktuella frågan (bristande överförbarhet, eng. *indirectness*)
- hur stor den statistiska osäkerheten är (bristande precision, eng. *imprecision*)
- hur stor risken är för snedvriden publicering av studier och resultat, eng. *publication bias*.

Hänsyn kan också tas till storleken på delresultatet, eventuellt samband mellan dos och respons samt i vilken riktning som tänkbara snedvridande faktorer kan förväntas verka.

Tillförlitligheten graderas i fyra nivåer:

- **Det sammanvägda resultatet har hög tillförlitlighet** ⊕⊕⊕⊕. Bedömningen är att resultatet stämmer.
- **Det sammanvägda resultatet har måttlig tillförlitlighet** ⊕⊕⊕○. Bedömningen är att det är troligt att resultatet stämmer.
- **Det sammanvägda resultatet har låg tillförlitlighet** ⊕⊕○○. Bedömningen är att det är möjligt att resultatet stämmer.
- **Det sammanvägda resultatet har mycket låg tillförlitlighet** ⊕○○○. Det går inte att bedöma om resultatet stämmer.





Nu kartlägger SBU forskningen om insatser för bättre funktion

I stora delar av världen är det etablerat att vårdens metoder utvärderas. Utvärdering av insatser för hjälp och stöd vid olika funktionstillstånd är inte lika vanligt. SBU har inlett arbetet med en bred kartläggning av kunskapsläget.

SBU ARBETAR SEDAN länge med att granska och sammanställa forskningen om metoder inom hälso- och sjukvård och tandvård. Myndigheten använder vetenskaplig metodik och en tydlig arbetsprocess för att utvärdera metodernas nytta, risker och kostnader.

Sedan några år omfattar regeringens uppdrag till SBU också att utvärdera insatser inom socialtjänsten och funktionshinderområdet. Som ett led i detta har SBU gjort en bred kartläggning av forskning om olika insatser som rör funktionstillstånd och funktionshinder. Arbetet blir klart kring årsskiftet 2019/20.

KARTLÄGGNINGEN VISAR vilken evidens och vilka kunskapsluckor som finns när det gäller insatsernas effekter på människors levnadsvillkor, självständighet, självbestämmande, delaktighet och

livskvalitet. Studierna kan till exempel handla om hur olika insatser påverkar möjligheten till boende och hemliv eller att tillgodogöra sig information. Studierna kan också gälla människors upplevelser och erfarenheter av olika insatser.

Exempel på insatser vid funktionsnedsättning som har stöd i LSS eller socialtjänstlagen är rådgivning/personligt stöd, personlig assistans, ledsagare, kontaktperson, avlösarservice, korttidsvistelse utanför hemmet, familjehem med särskild service, bostad med särskild service, hemtjänst, dagverksamhet och trygghetslarm. ♦ **RL**

Om kartläggningen

Funktionstillstånd och funktionshinder. Kunskapsläget för utredning och insatser. Plan publ: vinter 2019/20

FUNKTIONSNEDSÄTTNING OCH FUNKTIONSTILLSTÅND

Funktionsnedsättning innebär nedsatt förmåga att fungera fysiskt, psykiskt eller intellektuellt. När man talar om personers funktionstillstånd handlar det om deras kroppsfunktioner, kroppsstrukturer och förmåga till aktivitet och delaktighet. Funktionsnedsättningar kan vara medfödda eller förvärvade, exempelvis på grund av en olycka.

Samhället gör skillnad på sådana funktionsnedsättningar som ingår i normalt åldrande och sådana som inte gör det. Samhällets utformning avgör om en funktionsnedsättning blir ett hinder – man säger att hindren är miljöberoende.

Flera lagar inom området styr insatser och stöd. Exempel är lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialförsäkringsbalken. Där finns bestämmelser om bland annat personlig assistans, assistansersättning och daglig verksamhet. I socialtjänstlagen (SoL) ingår hemtjänst. Lagen om bostadsanpassningsbidrag ger möjlighet till bidrag för anpassning av bostäder. Det finns också lagar om färdtjänst och riksferietjänst.

Smärta Onödigt ytlig kunskap om hjälp vid långvariga besvär

Långvarig smärta i muskler och skelett är vanligare hos kvinnor än hos män. Ändå saknas det systematiska översikter som sårredovisar behandlingsresultat för kvinnor respektive män. Resultat som gäller viktiga utredningsmetoder och behandlingsprogram i svensk sjukvård – som multimodal rehabilitering – redovisas enbart för män och kvinnor sammantaget.

Att smärta kvarstår längre än tre månader är vanligt. I många länder beräknas var tredje till var fjärde vuxen leva med sådana tillstånd – fler kvinnor än män – och det är en av de främsta orsakerna till sjuk-skrivning och sjukvårdskonsumtion.

SBU har på regeringens uppdrag kartlagt systematiska översikter om behandling av långvariga smärttillstånd i muskler och skelett, och om utredningsmetoder som kan vägleda behandling och rehabilitering. Myndigheten har också, enligt uppdraget, kartlagt om översikterna beaktat kön.

KARTLÄGGNINGEN VISAR att det nästan helt saknas översikter med fokus på behandling av just kvinnor med långvarig

smärta. Av 185 systematiska översikter som SBU identifierade har endast en översikt särskilt analyserat resultaten för kvinnor.

KUNSKAPSSAMMANSTÄLLNINGAR som tar hänsyn till kön saknas också när det gäller utredningsmetoder för att välja lämplig behandling, insatser inom arbetsterapi och socialt behandlingsarbete för den här patientgruppen.

Vidare är det bara ett fåtal av översikterna som har analyserat eventuella skillnader i resultat hos patienter i olika ålderskategorier och med skilda socio-ekonomiska förhållanden.

Bristen på sårredovisning i översikterna medför att kunskapsläget för olika patientkategorier kan vara mer ofullständigt och osäkert än det skulle behöva vara. ♦ **RL**

METODER SOM ANVÄNDS

- **läkemedelsbehandling** med smärtlindrande medel och medel som ursprungligen har godkänts för exempelvis depression eller epilepsi men som också kan lindra nervsmärta
- **fysioterapeutisk behandling** med konditions- och muskelstärkande fysisk aktivitet, manuella behandlingar (där behandlaren med händerna applicerar kraft, hastighet och rörelse) och stimulering av nervimpulser
- **psykologisk behandling** med kognitiva och beteendeterapeutiska metoder för hantering av emotionella, kognitiva och beteendemässiga problem
- **arbetsterapeutisk behandling** med aktivitetsbaserad träning, utprovning av hjälpmedel och ergonomisk rådgivning för planering av aktiviteter i hemmet eller på arbetet
- **socialt behandlingsarbete** för att identifiera sociala konsekvenser och för att erbjuda stöd exempelvis i kontakter med myndigheter och arbetsplats
- **multimodal rehabilitering** med hjälp av team där flera professioner samverkar (t ex läkare, psykolog, fysioterapeut, arbetsterapeut och kurator) och identifierar behov, planerar och genomför rehabiliteringen tillsammans med patienten utifrån ett biopsykosocialt synsätt



SHOTPRIME STUDIO / SHUTTERSTOCK

Så blir smärtan långvarig

Flera omständigheter kan inverka. Förändringar i det centrala nervsystemets sätt att hantera smärtimpulser kan leda till en ökad känslighet och försämrad hämning av nervsignaler på ryggmärgsnivå. Vissa psykologiska reaktioner och undvikandebeteende kan öka risken att problemen blir långvariga. Detsamma gäller låg tilltro till den egna förmågan, känsla av kontrollförlust och svårigheter att acceptera smärtan. Omgivningens svar på tillståndet, t ex dess bemötande, kan ha stor betydelse. Smärtdrabbade personers självuppfattning kan försämrats vilket kan bidra till att de isolerar sig.

Om rapporten

Behandling av långvariga smärttillstånd med fokus på kvinnor. En kartläggning av forskningen. SBU Bereder, 2019. Projektledare SBU: Anna Christenson@sbu.se. Hela SBU-rapporten finns på www.sbu.se/301



Ätstörning Patienter och personal har olika fokus

Vårdpersonal kan inrikta sig mest på rent medicinska aspekter, samtidigt som patienter och närstående kan önska ett bredare synsätt. I kvalitativa studier beskriver patienter att de vill kunna tala om hela sin livssituation och närstående efterlyser mer stöd och delaktighet. Det visar systematiska översikter av studier med kvalitativ metod, varav de flesta handlar om anorexi.

SBU har i en ny rapport samlat kunskap om hur vården vid ätstörningar upplevs av patienter, närstående och vårdpersonal. För att få ett brett underlag har SBU sökt efter systematiska översikter av kvalitativa studier från olika länder. Tre teman framkommer, med delvis olika förtecken i de undersökta grupperna:

- Medan vårdpersonal kan betrakta ett medicinskt synsätt som värdefullt, kan patienter och närstående uppleva att detta blir alltför snävt.
- Patienters önskan om att ha kontroll över sitt ätande beskrivs av närstående och personal som en falsk kontroll, där den drabbade i stället styrs och begränsas av ätstörningen.
- I en bra behandlingsallians tas hänsyn till individens hela livssituation, inte bara till sjukdomen, och även de närstående involveras.

EFTER ATT HA gått igenom och gallrat befintliga forskningssammanställningar fann SBU:s projektgrupp 17 systematiska översikter som var relevanta och tillräckligt välgjorda. Studierna gäller erfarenheter, upplevelser, behov och önskemål – huvudsakligen hos patienter med anorexia nervosa eller ätstörning utan närmare specifikation. Fem av översikterna gäller även närstående och tre avser hälso- och sjukvårdspersonal.

De flesta av sammanställningarna har tagit med studier av både ungdomar och vuxna, såväl kvinnor som män. Männen

är dock underrepresenterade utifrån den förväntade förekomsten – enligt nyare uppskattningar kan män utgöra en femtedel av alla som har ätstörningar. Få översikter innehåller svenska eller nordiska studier, och ingen handlar specifikt om bulimi eller hetsättningsstörning.

I rutan här intill sammanfattas översiktsförfattarnas fynd. SBU har bedömt sammanställningarnas tillförlitlighet på övergripande nivå och återger bara resultat från översikter som bedöms ha låg eller måttlig risk för metodproblem. Däremot har SBU inte specialgranskat hur välunderbyggt varje enskilt fynd är.

DET SAKNAS systematiska översikter som gäller patienters relation till närstående. Sammanställd forskning om patienters och vårdpersonals behov och önskemål finns inte heller. SBU-projektet har genomförts på uppdrag av regeringen. Rapporten har överlämnats till Socialstyrelsen som tar ställning till behovet av nationella riktlinjer för vård vid ätstörningar.

Ätstörningar är allvarliga tillstånd. I Sverige uppskattas 190 000 personer mellan 15 och 60 år uppfylla kriterierna för en ätstörning. Många har inte sökt hjälp från vården. ♦ **RL**

Om rapporten

SBU. Ätstörningar. En sammanställning av systematiska översikter av kvalitativ forskning utifrån patientens, närståendes och hälso- och sjukvårdens perspektiv (2019). Projektledare: Karin Stenström Sakkunnig; leg psykol Sanna Aila Gustafsson Kontakt SBU: Karin Wilbe. Ramsay@sbu.se Hela rapporten på www.sbu.se/302

DE SKILDA PERSPEKTIVEN I SAMMANSTÄLLDA STUDIER

Personer med ätstörningar*

- beskrev livet som ensamt och isolerat, med hälsoproblem och svårigheter i relationer, och upplevde att ätstörningen påverkade skola eller arbetsliv negativt
- upplevde det som viktigt att behandling inte enbart fokuserar på normaliserat ätande och viktrehabilitering utan att vårdpersonal ser hela individen, samt att det finns ett gott samarbete med vården med utrymme för samtal om tankar, känslor och hela livssituationen
- ansåg att tillfrisknande väsentligt underlättas av stödjande relationer, kunskap om ätstörningen och kosten, behandling samt fritidsintressen

Hälso- och sjukvårdspersonal

- upplevde att patienter med anorexia nervosa är en komplex grupp som behöver stora vårdinsatser och som är svårt att skapa en allians med
- menade att den medicinska synen på ätstörningar är till hjälp, eftersom den upplevs minska skuld-känslor hos personer med ätstörningar och deras närstående
- tyckte att det är viktigt att bygga en god allians med föräldrarna

Närstående

- påverkades väldigt negativt av sin närståendes sjukdom och upplevde att hela familjesystemet påverkas
- upplevde brist på stöd och delaktighet och tyckte att vården är för medicinskt orienterad.

*i studierna oftast anorexia nervosa

Gallsten Möjligt att tidig åtgärd är bättre vid akut pankreatit

Hos personer med akut inflammerad bukspottkörtel på grund av gallsten kan det bli färre komplikationer och återinläggningar på sjukhus om stenar i de djupa gallgångarna tas bort tidigt. När det gäller personer med gallgångsinflammation är det vetenskapliga kunskapsläget osäkert, även om det finns observationsstudier som antyder färre komplikationer. Det visar SBU:s utvärdering.

Hos ungefär var tionde person av de 13 000 som under ett år opereras för gallsten eller gallblåseinflammation upptäcks även gallsten i de djupa gallgångarna.

Eftersom stenar som hindrar gallflödet just där medför risk för akut inflammation i bukspottkörteln, uppstår frågan om stenarna borde tas bort. Idag gör behandlarna på olika sätt – ibland tas stenarna bort direkt och om dessa är små lämnas de ibland för att man väntar sig att de ska passera ut av sig själva.

EN VETENSKAPLIG utvärdering som SBU har gjort visar att om bukspottkörteln är akut inflammerad kan det vara en fördel om stenar i djupa gallgångarna tas bort direkt. Forskningsunderlaget är inte så starkt, men det lutar åt att komplikationerna blir färre med direkt åtgärd än om man väntar. Detsamma verkar gälla antalet återinläggningar.

I fråga om patienter som också har gallgångsinflammation konstaterar dock SBU att det vetenskapliga kunskapsläget är osäkert. Det går därför inte att säga om det är bättre att åtgärda sten direkt eller att göra det i ett senare skede.

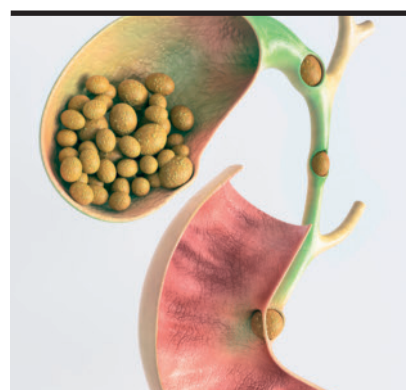
Samtidigt som gallstenar avlägsnas opereras ofta även gallblåsan bort. Men hos patienter med allmänt sämre hälsa, där själva operationen medför en betydande risk, överväger man ibland att lämna kvar gallblåsan. Tanken är då att göra ett så litet ingrepp som möjligt. SBU fann inte tillräckliga vetenskapliga belägg för att kunna avgöra vilket av alternativen som är bäst.

DET FINNS OLIKA metoder att avlägsna stenar i de djupa gallgångarna, vid det tillfälle då gallblåsan tas bort. Idag tas stenen ofta ut via gallgångens mynning i tolvfingertarmen. Man använder ett böjligt instrument som förs ner via mun och magsäck, så kallad endoskopisk retrograd kolangiopankreatikografi, ERCP. En annan metod är att plocka ut stenen genom den gång som går från gallblåsan till den djupa gallgången och som ändå ska skäras av när gallblåsan tas bort, så kallad trans-cystisk stenextraktion, TC.

Det finns inga studier som direkt jämför effekterna av ERCP och TC. Men när det gäller att undvika komplikationer och slippa stenar är båda alternativen troligen minst lika effektiva som en tredje metod som inte längre används i Sverige, där man via tithålskirurgi tar bort gallblåsan och samtidigt öppnar gallgången.

EKONOMISKA beräkningari SBU-rapporten pekar på en viss skillnad i kostnad mellan ingreppen. ERCP plus bortoperation av gallblåsan med tithålsteknik beräknas vara 12 000 kronor dyrare än TC. Siffran är dock inte exakt och det finns skäl anta att skillnaden i kostnad kan vara över-skattad, påpekar SBU.

Vid ERCP måste gallgångens mynning i tolvfingertarmen vidgas för att stenar ska kunna tas ut. Man kan skära upp mynningen, vidga den med en ballong eller göra båda. SBU:s utvärdering visar att tillägg av ballongvidgning troligen minskar behovet av att dela stenarna mekaniskt, särskilt om de är större än ►



CREVIS / SHUTTERSTOCK

Sten i djupa gallgångarna

Gallsten som sitter i de djupa gallgångarna och som upptäckts i samband med galloperation handläggs idag på olika sätt. Stenen kan tas bort genom att vid galloperationen antingen:

1) öppna den djupa gallgången mot bukhålan, 2) plocka bort stenen genom gallgångens mynning i tolvfingertarmen med hjälp av ett böjligt instrument som förs ner via mun och magsäck, 3) plocka bort stenen via den gallgång som leder från gallblåsan till den djupa gallgången, eller 4) spola bort stenen med koksaltlösning eller på annat sätt försöka lossa stenen så att den kan ta sig ut i tolvfingertarmen av sig själv.

Om rapporten

Åtgärder vid sten i de djupa gallgångarna. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, ekonomiska, sociala och etiska aspekter. Stockholm: SBU, 2019. SBU-rapport nr 297. Kontakt SBU: Jan.Adolfsson@sbu.se. Hela rapporten med sammanfattning och slutsatser kan laddas ner på: www.sbu.se/297 där även andra SBU-rapporter om gallsten finns.



15 millimeter. Att lägga till ballongvidgning kostar något mer än att enbart skära, men ballongen ger i gengäld färre komplikationer.

Hos patienter där röntgenbilden tyder på att det kan finnas små stenar (med en diameter på 5–8 mm) i de djupa gallgångarna, försvinner dessa fynd spontant hos 20–60 procent av patienten.

terna. En möjlighet skulle därför kunna vara att lämna kvar små stenar – att vänta och se. SBU konstaterar att det saknas studier som visar om det är bättre att ta bort stenarna direkt eller senare, samtidigt som det svenska kvalitetsregistret antyder mer problem från de djupa gallgångarna i grupper där man har avvaktat. ♦ RL

SBU:S SLUTSATSER STEN I DJUPA GALLGÅNGARNA

► Om bukspottkörteln är akut inflammerad kan det vara bättre att tidigt avlägsna sten i gallgångarna, eftersom komplikationer och återinläggningar då möjligen blir färre.

► De operationsmetoder som idag används mest (endoskopisk retrograd kolangiopan-kreatikografi, ERCP, och transcystisk stenextraktion, TC) verkar ge bättre resultat än en alternativ metod (laparoskopisk koledokotomi) som inte längre används i Sverige. De vanligast förekommande metoderna avlägsnar sten i djupa gallgångarna troligen minst lika effektivt, och möjligen med färre komplikationer i anslutning till ingreppet. Det saknas studier som jämför de gängse operationsmetodernas effekter. Kostnaden för dessa metoder skiljer sig något åt.

► Att lägga till vidgning med ballong när man kirurgiskt förstör gallgångens öppning i tolvfingertarmen minskar troligen behovet av mekanisk sönderdelning av stenarna, särskilt vid större (>15 mm) stenar. Tillägget av vidgning med ballong innebär en viss merkostnad.

► För patienter med misstänkta eller påvisade små stenar (5–8 mm) saknas studier som visar om det är bäst att åtgärda detta direkt eller att avvakta. I en betydande andel av fallen försvinner små stenar spontant. Samtidigt tyder data från det svenska kvalitetsregistret för gallstenskirurgi på att risken för problem från de djupa gallgångarna kan vara högre när man har avvaktat med åtgärd.

► Det finns ingen forskning som tydligt visar om det är bättre att åtgärda sten direkt, eller att göra det i ett senare skede, för patienter som också har gallgångsinflammation. Observationsstudier antyder att det blir färre komplikationer vid tidig åtgärd, men i dessa studier varierar orsaken till gallgångsinflammation, och kunskapsläget är därför osäkert.

► Det finns ingen forskning som klart visar att det är fördelaktigt om gallblåsan tas bort samtidigt som sten i djupa gallgångarna avlägsnas kirurgiskt hos patienter där operation kan medföra en stor hälsorisk.

PÅ GÅNG

Exempel på SBU-projekt



BEHANDLING AV FIBROMYALGI

anna.christensson@sbu.se
Plan publ: höst 2021

FÖREBYGGA PTSD HOS VUXNA

margareta.hedner@sbu.se
Plan publ: vinter 2019/20

FÖREBYGGA UNGAS ÅTERFALL I BROTT, MED ÖPPENVÅRDSINSATSER

lina.leander@sbu.se
Plan publ: vår 2020

FÖRLOSSNINGSRÄDSLA & PSYKISK OHÄLSA UNDER GRAVIDITET

nathalie.peira@sbu.se
Plan publ: vår 2021

FÖRLOSSNINGSRISTNINGAR: DIAGNOSTIK & BEMÖTANDE I VÅRDEN

naama.kenan.moden@sbu.se
Plan publ: vår 2021

KÖNSDYSFORI

jan.adolfsson@sbu.se
Plan publ: vinter 2019/20

LÄKEMEDEL MOT SMÄRTA HOS ÄLDRE

jonatan.alvan@sbu.se
Plan publ: sommar 2020

LÄKEMEDEL VID PTSD HOS VUXNA

lina.leander@sbu.se
Plan publ: vinter 2019/20

REHAB VID TRAUMATISK HJÄRNSKADA

karin.wilbe.ramsay@sbu.se
Plan publ: vinter -19/20

RÖRELSEORGANENS SJUKDOMAR: UNDERLAG TILL NAT. RIKTLINJER

goran.bertilsson@sbu.se
Plan publ: vinter 2019/20

SAMBAND MELLAN SNUS, E-CIGARETTER OCH TOBAKSRÖKNING

lotta.ryk@sbu.se
Plan publ: vår 2020

TANDVÅRD: UNDERLAG TILL NAT. RIKTLINJER

helenadomeij@sbu.se
Plan publ: vår 2020

Innan ett bedömningsinstrument eller diagnostiskt test tas i bruk måste man säkerställa att det ger korrekta svar, att det är till nytta för patienter och brukare och är värt sitt pris. Det kräver relevanta och tillförlitliga studier.



Så granskar man om ett

Nyttan av en ny diagnos- eller bedömningsmetod måste bedömas utifrån metodens syfte och sammanhang. Syftet kan till exempel vara att ersätta en föråldrad teknik som är dyrare eller krångligare att använda eller som visat sig vara otillförlitlig. Eller att komplettera en befintlig metod för att förbättra dess tillförlitlighet. Eller att triagera, det vill säga dela in patienter och brukare i grupper som behöver olika fortsatt utredning, vård och omsorg. Vilket syfte är avgör vilken vetenskaplig prövning som testet måste genomgå, i vilka grupper, med vilka jämförelser och med vilket tidsperspektiv.

EN GRUNDLÄGGANDE egenskap som undersöks är metodens *diagnostiska tillförlitlighet* (eng. *diagnostic accuracy*). Man vill veta i vilken utsträckning som den nya metoden, även kallad *indextestet*, korrekt påvisar att någon antingen har ett visst tillstånd eller saknar detta. Indextestet jämförs med bästa befintliga bedömningsmetod, ett *referenstest*.

Om det saknas ett enskilt referenstest som är tillräckligt bra, kan forskarna välja att kombinera flera tester för att få

ett säkrare ”facit” att jämföra indextestet med. Ibland lägger man dessutom till ett konsensusförfarande där en expertgrupp får göra en gemensam bedömning av alla uppgifter som finns om försöksdeltagarna. Om det är möjligt, är det bra att pröva indextestet i prospektiva studier, där en grupp deltagare följs tills det blir uppenbart vilka som har tillståndet.

Studier av diagnostisk tillförlitlighet går ut på att undersöka hur många av försöksdeltagarna som blir sant respektive falskt klassificerade när indextestet visar att de har eller saknar tillståndet. Testsvaret kan vara något av följande:

- *sant positivt* (när både index- och referenstestet visar att tillståndet föreligger)
- *falskt positivt* (när indextestet tyder på att tillståndet föreligger men referenstestet visar att det saknas – indextestet ger alltså ”falsklarm”)
- *sant negativt* (både index- och referenstestet visar att tillståndet saknas)
- *falskt negativt* (när indextestet anger att tillståndet saknas trots att referenstestet visar att det föreligger, det vill säga indextestet ”missar fallet”).

INDEXTESTETS DIAGNOSTISKA tillförlitlighet – dess förmåga att ge korrekta svar jämfört med referenstestet – beskrivs ofta som dess *sensitivitet* och *specificitet*.

Sensitiviteten, känsligheten, beskriver testets förmåga att *påvisa* tillståndet hos dem som (enligt referenstestet) faktiskt har detta. Det anger hur stor andel av alla försöksdeltagare som har tillståndet som indextestet lyckas identifiera.

Specificiteten, testets träffsäkerhet, beskriver dess förmåga att *utesluta* tillståndet bland de försöksdeltagare som (enligt referenstestet) saknar detta. Det anger hur stor andel försöksdeltagare som indextestet förmår att korrekt frikänna från tillståndet.

DET SOM SAGTS hittills gäller tester av sådant som antingen finns eller saknas. När forskare ska testa tillförlitligheten hos diagnos- eller bedömningsmetoder som kräver att något kvantifieras – till exempel nivån av en tumörmarkör eller blodsockerhalten – brukar de ange det lägsta värde som antas påvisa tillståndet, ett slags *diagnoströskel* (eng. *diagnostic threshold*). Var på skalan som diagnoströskeln ska sättas i en sådan prövning är inte självklart. Avgörande är bland annat om tillståndet är vanligt eller sällsynt i den



test ger tillförlitliga svar

grupp som undersöks. Man vill välja det värde som säkrast skiljer mellan förekomst och avsaknad av tillståndet i den aktuella gruppen.

FÅ TESTMETODER ÄR bra på allt. Det är svårt att hitta ett test som är både mycket känsligt och mycket träffsäkert. Som regel ger känsliga test oftare falsklarm medan träffsäkra test brukar innebära fler missade fall. Användningsområdena kan därför bli olika – ett test med hög sensitivitet är värdefullt i situationer där det viktigaste är att inte missa några fall – till exempel när en fördröjd diagnos kan medföra stor skada. Hög specificitet prioriteras när det är särskilt viktigt att undvika falsklarm som kan leda till onödig oro och obehövade åtgärder som i sig innebär risker.

ETT MÅTT SOM sammanfattar både känslighet och träffsäkerhet hos en diagnosmetod – vilket säger en del om dess prestanda – är den så kallade *likelihood*-kvoten (LR). Det är kvoten mellan två sannolikheter: sannolikheten att metoden ger ett visst resultat hos någon som har tillståndet samt hos någon som saknar det. Det finns positiv respektive negativ *likelihood*-kvot (LR+ respektive LR-).

LR+ anger hur troligt det är att personer med positivt testsvar verkligen har tillståndet. LR+ är kvoten mellan sannolikheterna för att testet ska ge sant respektive falskt positiva svar – alltså sannolikheten för dem som har tillståndet att vara testpositiva, dividerat med sannolikheten för dem som saknar detta att vara testpositiva.

LR- anger hur troligt det är att personer med negativt testsvar verkligen är friska. LR- är kvoten mellan sannolikheterna för att testet ska ge falskt respektive sant negativa svar – sannolikheten att vara testnegativ trots att man har tillståndet dividerat med sannolikheten att vara testnegativ om man faktiskt är frisk.

Om sannolikheterna för sanna och falska testsvar är precis lika, blir kvoten 1 såväl för LR+ som för LR-, och testet är värdelöst. Ett test som är riktigt bra på att påvisa tillstånd har LR+ över 10, och om det är riktigt bra på att utesluta tillstånd är dess LR- under 0,1.

En fördel med *likelihood*-kvoter är att de påverkas mindre av ett tillståndets förekomst i den studerade gruppen än måtten sensitivitet och specificitet gör. Ibland beräknas också *arean under kurvan*

(AUC) som ett sammantaget mått på testmetodens prestanda. Den kurva som åsyftas är en så kallad ROC (*receiver operating characteristics*) som visar testmetodens sensitivitet och andel falskt positiva (1-specificitet) vid olika diagnosröskelvärden. AUC anger sannolikheten att en slumpmässigt vald person som har tillståndet får ett högre testvärde än en slumpmässigt vald person som inte har tillståndet. Om AUC = 1 (100 procent) så ger testet perfekta svar. Om AUC < 0,5 (50 procent) är testet inte bättre än slumpen.

ÄVEN OM DET är mycket viktigt att vetenskapligt fastslå hur tillförlitliga, riskfyllda och kostsamma olika tester är, räcker det inte. Det intressanta är vad en effektivare diagnostik i praktiken innebär för patienternas och brukarnas hälsa, välfärd och livskvalitet samt för vårdens och omsorgens hushållning med sina resurser. I den analysen måste man också ta hänsyn till den eventuellt efterföljande behandlingens positiva och negativa effekter, kostnader för tester och behandlingar samt etiska aspekter. ♦ **RL**

forts nästa sida ►



VAD UTMÄRKER BRA STUDIER AV DIAGNOS- OCH BEDÖMNINGSMETODER?

► Försöksdeltagarna är representativa för den grupp som i praktiken ska genomgå testet.

Två krav ställs: försöksdeltagarna ska representera rätt målgrupp och de ska ha rekryterats på ett lämpligt sätt (helst enligt en på förhand bestämd forskningsplan och antingen med hjälp av slumpen eller i turordning). Ett och samma test kan fungera olika i olika populationer, till exempel beroende på tillståndets allvarlighetsgrad och förekomsten av andra samtidiga problem. Studien beskriver populationen tydligt och redovisar vilka kriterier som används för urval av försöksdeltagare. I en blandad grupp (där färre individer har tillståndet) blir tester ofta mindre känsliga men mer träffsäkra.

► Referenstestet ger korrekt besked om deltagarnas tillstånd.

Referenstestet antas ha både maximal känslighet och maximal träffsäkerhet. Om index- och referenstest ger olika svar tolkas detta som brister hos indextestet. I praktiken är dock perfekta referenstest ovanligt, något som kan ge en felaktig bild av indextestens diagnostiska tillförlitlighet. Studier av diagnostisk tillförlitlighet ska bygga på ett eller flera acceptabla referenstester. Misstänker man att ett indextest kanske är bättre än tillgängliga referenstest, kan diagnostisk tillförlitlighet inte beräknas på sedvanligt sätt.

► Referens- och indextesterna har genomförts så snart efter varandra att tillståndet inte hunnit förändras mellan testtillfällena.

Helst ska index- och referenstest genomföras samtidigt – annars kan deltagarnas tillstånd hinna försämrats eller förbättras (spontan eller genom insatser) i perioden däremellan. Vad som utgör längsta acceptabla fördröjning i en studie beror på vilket tillstånd som undersöks och är en bedömningsfråga.

► Samtliga försöksdeltagare (eller åtminstone ett slumpmässigt urval) har undersökts med referenstestet.

Det är inte alltid möjligt eller lämpligt att utsätta samtliga försöksdeltagare för referenstestet, som kan vara kostsamt och obehagligt eller medföra vissa risker. Studier som tillåter att svar på indextestet avgör vilka som genomgår referenstestet riskerar att ge snedvridna resultat. Detta kan man undvika om ett slumpmässigt urval av försöksdeltagare får genomgå referenstestet.

► Ett och samma referenstest har använts oavsett vad indextestet visat.

Ett referenstest som är kostsamt, obehagligt och riskfyllt reserveras ibland för deltagare som enligt indextestet verkar ha tillståndet. Men detta medför risk för snedvridning av den diagnostiska tillförlitligheten. Det viktigt att studien redovisar varför olika individer får olika referenstest och vilka skillnader i kvalitet man förväntar sig hos de olika referenstesterna.

► Referenstestet är oberoende av indextestet, det vill säga indextestet utgör inte en del av referenstestet.

Ibland utgörs referenstestet av flera delar och av information som har samlats in under en längre period. Ett exempel är diagnoser som fastställts i samband med utskrivning från sjukhus. När svaret på indextestet ingår i denna information, kommer indextestens tillförlitlighet att överskattas.

► Svaren på index- och referenstest ska ha tolkats blindat, det vill säga utan kännedom om vad det andra testet har visat.

Testsvaret kan påverkas av att man vet svaret på ett annat test som man jämför med. Då kan indextestens tillförlitlighet överskattas, särskilt om testsvaret måste tolkas vilket lämnar utrymme för subjektivitet. När det handlar om labbttest från oberoende laboratorier är risken mindre. Studierna bör ange huruvida blindning har använts eller inte.

► Testsvaren har tolkats med tillgång till samma information som man har vid rutinmässig användning av indextestet.

För vissa indextest kan tillgång till extra fyllig information om deltagarna påverka testsvaret, särskilt när detta kräver tolkning. Ett exempel är tolkning av bildgivande undersökningar, som kan påverkas av kännedom om förekomst, karaktär och lokalisering av symtom. De uppgifter som finns tillgängliga när indextestet bedöms, bör vara desamma som finns tillgängliga i praktiken. Om indextestet är avsett att ersätta andra kliniska test, bör resultat från dessa inte finnas tillgängliga vid tolkningen.

► Förekomst av oklara testsvar redovisas.

Ibland ger diagnostiska test ofullständiga eller oklara svar. Problem av denna karaktär rapporteras sällan i studier av diagnostiska test. Studier som utesluter sådana svar från analysen kan ge en felaktig bild av testets tillförlitlighet om det finns ett samband mellan oklara testsvar och förekomst av tillståndet.

► Bortfall av försöksdeltagare från studien redovisas.

Bortfall av försöksdeltagare kan förekomma både för index- eller referenstest. Om det finns systematiska skillnader mellan de deltagare som fullföljer studien och de som bortfaller ur analysen kan detta snedvrider studiens resultat.

Lästips

Bossuyt PM, et al. BMJ 2006;332:1089-92.
Fryback DG, et al. Med Decis Making 1991;11:88-94.
Whiting PF, et al. Ann Intern Med 2011;155:529-36.
SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten. SBU:s handbok. Stockholm, SBU: 2017. Nerladdad från sbu.se



Kärnfrågor för patienter och personal ska sporra forskare och finansiärer

De frågor som är mest brännande för patienter, närstående och behandlare bör vara högintressanta även för forskare och finansiärer av praktisknära studier, skriver Marie Österberg på SBU.

ENLIGT EN BERÄKNING från år 2009 leder upp till 85 procent av utdelade anslag för klinisk forskning till resultat som inte är praktiskt användbara för vare sig patienter eller behandlande personal.¹ Enligt författarna

är en av orsakerna att forskning sker på frågor som inte är viktiga för dessa grupper. Många forskningsprojekt bottenar mer i kommersiella och akademiska intressen än i efterfrågan från patienter och vårdpersonal. Enligt Crowe et al² finns ►

»Syftet är att ge forskare och finansiärer ett bredare perspektiv där även forskningens målgrupp får komma till tals.«

det ett betydande glapp mellan de frågor som forskningen ägnar sig åt och de frågor som patienter tycker är viktiga. Patienter och personal har kunskap och erfarenheter som borde tas till vara när forskare och finansiärer avgör vilka kliniska frågor som ska studeras – inte minst i forskning som betalas med offentliga medel.

SBU har i flera projekt brett arbetsgrupper av patienter, brukare och behandlande personal att göra en egen prioritering av vetenskapliga kunskapsluckor som SBU har påvisat inom olika områden. Deltagarna har rangordnat dessa och angett vilka forskningsfrågor som de anser är viktigast att besvara.

ARBETET HAR FÖLJT en modell³ som har utvecklats i Storbritannien av James Lind Alliance, JLA, en ideell organisation som har stöd av National Institute of Health Research. I varje arbetsgrupp ingår patienter, närstående och icke-forskande personal. Se faktaruta.

En vanlig och relevant fråga är om urvalet av deltagare i dessa arbetsgrupper är representativt. Svaret är nej, urvalet är inte statistiskt representativt. Däremot görs särskilda ansträngningar för att grupperna ska bli brett sammansatta så att man får med flera olika synvinklar från såväl patienter som personal. Man brukar understryka att den lista med frågor som gruppen slutligen prioriterar kanske skulle ha sett något annorlunda ut om andra individer hade deltagit.

EN ARBETSGRUPPS bedömning ska alltså inte uppfattas som ett definitivt och exakt besked om vilken forskning som är mest angelägen. I stället är det ett av flera värdefulla inspel. Syftet är att

JAMES LIND ALLIANCES METOD

Prioriteringen görs av en grupp patienter, närstående och vårdpersonal. Arbetet sker i två steg:

1. inventering av aktuella forskningsfrågor, ofta genom öppna enkäter på nätet där även forskare kan bidra med svar
2. prioritering, som avslutas vid ett fysiskt möte där gruppen diskuterar sig fram till en gemensam topplista av forskningsfrågor.

ge forskare och finansiärer ett bredare perspektiv där även forskningens målgrupp får komma till tals. Man kan säga att metodiken påminner om kvalitativ forskning – många olika synpunkter tas in för att få en mer fullständig bild av ett fenomen. Det system som hittills gällt för att prioritera forskningsfrågor har nästan uteslutande byggts på enskilda forskares eller forskargrupperns egen beskrivning av vilka patientnära studier som behövs och som bör ges företräde. Man har sällan försökt ta reda på vad mottagarna faktiskt önskar.

En annan fråga som kan ställas om JLA:s modell är varför de som själva bedriver forskningen inte får delta i prioriteringsarbetet. Det första skälet ligger i syftet – att samla in synpunkter från personer som berörs men som står utanför forskarsamhället. Det andra skälet är bindningar och jäv. Forskare kan vara benägna att framhålla sina egna frågor som de viktigaste. Givetvis kan även patienter ha egenintressen men sällan lika påtagligt.

DE SENASTE prioriteringsprojekt som SBU har initierat avser socialtjänstens område⁴ och skador hos kvinnan efter vaginal förlossning⁵. Båda är områden där SBU tidigare har konstaterat generellt stora forskningsbehov. Arbetsgrupperna har motiverat sina val. Exempelvis rankades inverkan av vårdpersonalens arbetsmiljö som en angelägen fråga inom forskning om förlossningsskador, eftersom deltagarna ansåg att arbetsmiljön är avgörande för bra vård och diagnostik av skador. Förutsättningarna för att medverka i forskning och att hinna och orka ta till sig och tillämpa forskningsresultat påverkas också av arbetsmiljön.

Detta är exempel på en fråga som knappast hade efterfrågats lika tydligt om inte just personal och patienter gjort prioriteringen.

Frågor som lyfts av patienter, brukare, närstående och behandlare borde vara högtintressanta även för forskare och finansiärer av praktisknära studier. Egentligen borde det vara rätt självklart att de grupper som i slutänden påverkas av forskningsresultaten, som är med och betalar för studierna och som medverkar i dem också borde få vara med och påverka vilka kliniska forskningsprojekt som ska starta.

Marie Österberg, projektledare SBU
marie.osterberg@sbu.se

Referenser

1. Chalmers I, et al. Avoidable waste in the production and ... Lancet 2009;374:86-9.
2. Crowe S, et al. Patients', clinicians' and the research communities' ... Res Involv Engagem 2015;1:2.
3. NIHR. The James Lind Alliance Guidebook, ver 8, nov 2018. www.jla.nihr.ac.uk/jla-guidebook/
4. SBU och Forte. Prioriteringar för forskning om socialtjänsten. Perspektiv fr brukare, policy och praktik. Stockholm: SBU och Forte, 2019.
5. SBU. Fördjudat prioritering av forskningsfrågor om förlossningsskador hos kvinnan. Stockholm: SBU, 2019.



PATIENTER OCH PERSONAL BESKRIVER VILKA STUDIER SOM DE HELST VILL SE – OCH VARFÖR

I ett unikt projekt om förlossningsskador har patienter och personal enats om tio-i-topp-listor med forskningsfrågor som de vill att forskarna tar itu med. Där efterlyses studier av hur information, bemötande, personalens arbetsmiljö och utbildningsinsatser påverkar.

Vilka frågor som blir föremål för forskning avspeglar inte alltid vad patienterna och vårdpersonalen önskar. Detta har SBU försökt ändra i ett projekt om skador hos kvinnor som fött vaginalt.

SBU:s utvärderingar har tidigare påvisat vilka kunskapsluckor som finns inom fältet. Sedan har en övergripande rankning gjorts

av angelägna forskningsområden.

Nu har myndigheten tagit hjälp av patienter och vårdpersonal för att göra en detaljerad prioritering av forskningsfrågor om förebyggande, diagnostik och behandling av olika skadetyper. Berörda kvinnor och vårdpersonal har i enkätsvar och gruppdiskussioner listat

de tio specifika frågor som de tillsammans anser är viktigast för forskare att besvara.

Informationen kommer från 939 svar på en webbenkät. Fem arbetsgrupper med 14 deltagare vardera – hälften personal och hälften patienter, samtliga rekryterade via SBU:s webbplats – fick i uppgift att prioritera tio forskningsfrågor. Grupperna arbetade oberoende av varandra och använde så kallad delfi-metodik, enligt en process som har utarbetats av organisationen James Lind Alliance (www.jla.nihr.ac.uk).

Vissa forskningsfrågor lyftes av mer än en arbetsgrupp. Hit hörde effekter av information till kvinnan och vårdens bemötande, effekter av personalens arbetsmiljö, effekter av kunskaps- och utbildningsinsatser till vårdpersonal samt studier av förlossningsskador hos könsstympade kvinnor. Frågor om hur förlossningsvården kan bli mer jämlik över landet återkom också i flera arbetsgrupper. ♦ **RL**

Fördjupad prioritet av forskningsfrågor om förlossningsskador hos kvinnan. SBU, 2019. Rapport på www.sbu.se/300



SCREENING KAN UPPTÄCKA VÅLD HEMMA – MEN OKLART OM BRA HJÄLP FINNS

Vissa rutinfrågor i vården kan tillförlitligt visa att en kvinna utsätts för våld i sina nära relationer. Det är resultatet av en forskningsöversikt som SBU har granskat. Däremot är det oklart om det finns effektiv hjälp mot våldet – något som brukar krävas innan screening införs.

För att bättre kunna förebygga våld i nära relationer måste man kunna påvisa problemet med tillförlitliga metoder. Det måste också finnas effektiv hjälp för dem som utsätts. SBU har granskat och kommenterat en systematisk översikt om effekterna av att vården och socialtjänsten rutinmässigt frågar om våld hemma. Forskningsöversikten har publicerats i den amerikanska tidskriften *JAMA*.

ÖVERSIKTEN VISAR att några screening-instrument kan ge rättvisande besked bland kvinnor som utsätts. Tillförlitligheten för män, gravida kvinnor, äldre personer och sårbara vuxna är dock oviss. De flesta studierna har genomförts i vården, inte inom socialtjänsten.

Världshälsoorganisationen WHO har

angett flera krav på screeningmetoder när sådana övervägs som rutin inom en verksamhet. Ett grundkrav är att det ska finnas dokumenterat effektiva åtgärder för det tillstånd som screeningen gäller. I fråga om insatser mot våld i nära relationer är kunskapen bristfällig, enligt SBU:s kommentar, så grundkravet uppfylls inte. Kunskap saknas också om tänkbara negativa effekter av screening och insatser. Falska alarm förekommer.

I KOMMENTAREN skriver SBU:s projektgrupp att screeninginstrumenten behöver utvärderas under svenska förhållanden, och eventuellt anpassas, innan man vet om de fungerar i ett svenskt sammanhang och inom socialtjänsten. De flesta av studierna har gjorts inom ame-

rikansk hälso- och sjukvård, och det kan finnas skillnader i exempelvis attityder till våld som påverkar fyndens överförbarhet till svensk vårdmiljö.

VÅLD I NÄRA relationer orsakar stort lidande och ohälsa hos dem som drabbas. I olika svenska befolkningsundersökningar har 1,7–2,7 procent av kvinnorna angett att de har utsatts för sådant våld under det senaste året, och 0,9–2,8 procent av männen. Kvinnorna utsätts oftare än män för grövre våld, sexuellt våld och psykologiskt våld. ♦ **RL**

Om kommentaren

Screening för våld i nära relationer och övergrepp mot äldre och sårbara vuxna. SBU, 2019. Kontakt SBU: Knut.Sundell@sbu.se Kommenterad översikt: Feltner C, et al for the US Preventive Services Task Force. Screening for intimate partner violence, elder abuse, and abuse of vulnerable adults. *JAMA* 2018;320:1688-1701. Hela SBU:s kommentar på www.sbu.se/2019_09

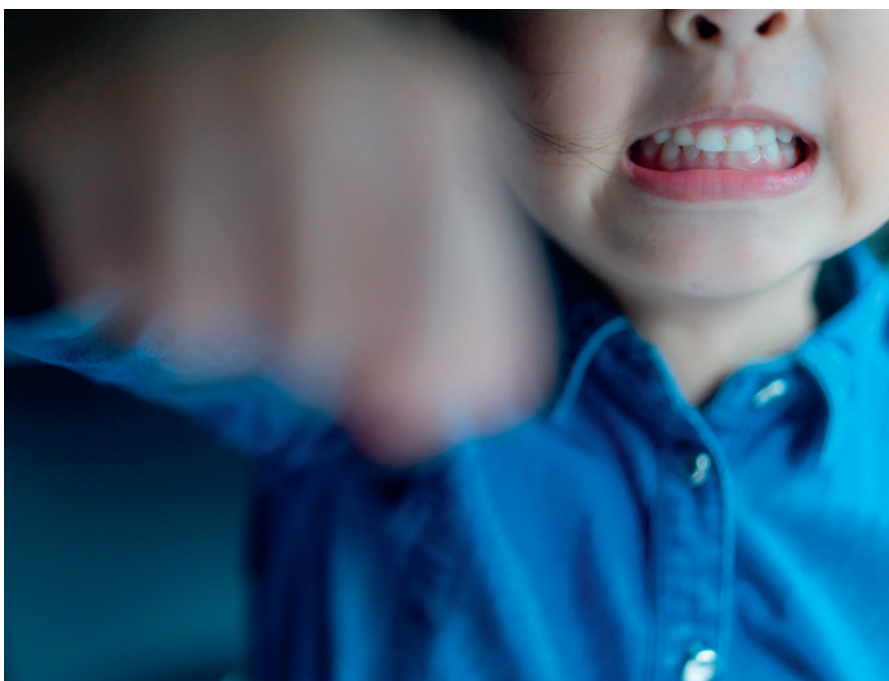
BERÖM OCH LOGIK INGÅR I PROGRAM SOM DÄMPAR BARNES UTAGERANDE

Barns utagerande beteende har visats minska mer med föräldrastöd där barnens beteende får naturliga och logiska konsekvenser, och där önskat beteende hos barnen förstärks positivt, särskilt med beröm.

Vissa stödprogram för föräldrar har visats kunna vara till hjälp i familjer där barnen redan har ett utagerande beteende eller riskerar att utveckla ett sådant. Programmen har visats förebygga och minska utagerande beteende hos barn mellan två och nio år. Det framgår av två metaanalyser som SBU har granskat och kommenterat och som bygger på 154 randomiserade studier av totalt 16 000 barn. Studierna kommer från många länder, varav elva studier från Sverige och Norge.

AV SAMMANLAGT 26 undersökta komponenter i föräldrastöden, är det vissa inslag som utmärker verksamma program. Stödprogram som innebär att föräldrarna ger positiv förstärkning av önskat beteende hos barnen, särskilt genom att berömma dem, minskar barnens utagerande beteende. Detsamma gäller program där barnens beteende får naturliga eller logiska följder, till exempel att föräldern tar bort en leksak som barnet slår med. Program som saknar dessa moment har inte lika god effekt på utagerande beteende.

I FAMILJER MED barn som redan har utvecklat utagerande beteende är följande inslag verksamma: att barn och föräldrar går till skilda rum för att dämpa en akut konfliktsituation; att relationen förälder–barn stärks med exempelvis gemensam lek; att föräldrarna lyssnar aktivt och



att de använder självregleringstekniker i sin respons på barnet.

I Sverige finns ett trettiotal manual-baserade föräldrastödsprogram. Få har utvärderats på ett sådant sätt att det går att uttala sig om effekterna. SBU:s kommentar pekar på vilka delar av sådana program som har visats vara verksamma, något som bör vara relevant för både föräldrar och kommuner i Sverige. ♦ **RL**

Om kommentaren

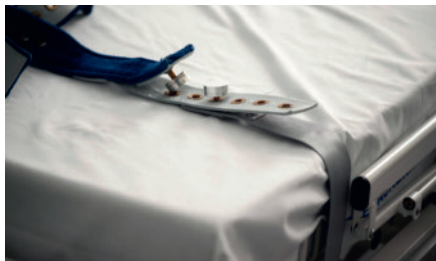
Föräldrastödsprogram vid utagerande beteende hos barn: effekter och verksamma komponenter. SBU, 2019. Kontakt SBU: Knut.Sundell@sbu.se Kommenterad översikt: Leijten P, et al. Meta-analyses: Key parenting program components for disruptive child behavior. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2019;58:180–190. Hela SBU:s kommentar på www.sbu.se/2019_08



Utagerande beteende

Barn betar sig utagerande när de på ett bestående sätt betar sig trotsigt eller aggressivt och exempelvis slåss, ljugar och stjälar. Hos yngre barn leder utagerande beteende till konflikter med föräldrar, förskolepedagoger och kamrater. På längre sikt är risken också högre för antisocialt beteende, kriminalitet, missbruk, misslyckande i skolan och depression.

VETENSKAPLIGT OVISST HUR PSYKIATRIN KAN SLIPPA TVÅNG



VIBEKE VOLDER / TT

Utifrån de studier som hittills har gjorts går det inte att avgöra hur tvångsvård och åtgärder som tvångsmedicinering, fastspänning och avskiljning kan undvikas inom vuxenpsykiatri. Det är oklart vilka åtgärder som har effekt. Det visar en systematisk översikt från det norska Folkehelseinstituttet som SBU har granskat och kommenterat.

I Sverige bedriver Sveriges Kommuner och Landsting sedan 2008 ett nationellt förbättringsarbete på området, främst inom det så kallade Genombrottsprogrammet. Eftersom det finns så få välgjorda studier, saknas de flesta av dessa metoder i översikten. Enligt översiktsförfattarna kan tvångsåtgärder möjligen minska efter systematisk bedömning av risken för aggressivt och våldsamt beteende, men de anger inte med vilka åtgärder. ♦ **RL**

Om kommentaren

Förebyggande insatser för att minska tvångsvård och tvångsåtgärder i psykiatrisk vård av vuxna. Kontakt på SBU: Alexandra.Snellman@sbu.se. Det underlag som kommenteras finns i: Dahm KT, et al. Tiltak for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern for voksne: en systematisk oversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017. Läs hela SBU-kommentaren: www.sbu.se/2019_07

Oklart vilken metod att operera halsmandlarna som är mest skonsam

SBU har granskat och kommenterat en systematisk översikt om olika metoder att operera bort hela halsmandlarna, så kallad tonsillektomi – ett ingrepp som oftast utförs på barn och unga. Blödning är en komplikation som kan vara allvarlig. De studier som har gjorts kan dock inte ge svar på vilken metod som medför minst blödningsrisk efter det första dygnet eller som är minst smärt-sam. För att få en helhetsbild av tonsilloperationer skulle även olika blodstillningstekniker behöva utvärderas, skriver SBU i sin kommentar. ♦ **RL**

Om kommentaren

Jämförelse av tekniker vid operation av halsmandlar (tonsillektomi). Stockholm: SBU, 2019. Sak-kunnig: doc Ola Sunnergren, överläkare, öron-, näs- och halsklin,



SUZANNE TUCKER / SHUTTERSTOCK

Region Jönköpings län. Kontakt på SBU: Rebecca. Silverstein@sbu.se. Kommenterad översikt: Pynnonen M, et al. Coblation versus other surgical techniques for tonsillectomy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 8. Art. No.: CD004619. Läs hela SBU-kommentaren: www.sbu.se/2019_06



SHUTTERSTOCK

Så beskrivs begreppet HTA

Utvärdering av hälso- och sjukvårdens metoder kallas internationellt för *health technology assessment*, HTA. Uttrycket används i vid bemärkelse för utvärderingar av olika slags interventioner, inte bara teknik. Den internationella samar-

betsorganisationen INAHTA har föreslagit en gemensam definition av HTA som, fritt översatt, lyder: "tvärvetenskaplig process som använder specifika utvärderingsmetoder för att bedöma värdet av en åtgärd i olika stadier av utveckling. Syftet är att ta fram ett beslutsunderlag som främjar likvärdig och effektiv hälso- och sjukvård av hög kvalitet." I definitionen noteras också att åtgärderna kan vara förebyggande, diagnostiska, behandlande, hälsofrämjande och rehabiliterande eller ha organisatorisk karaktär. Exempel på metoder som utvärderas är undersökningsprocedurer, medicintekniska produkter, läkemedel, vacciner, ingrepp, terapier, program och system. ♦ **RL**

<http://htaglossary.net>

Sjuksköterskor startar studiecirklar om evidens

– Det handlar om verktyg för att nå målen med omvårdnad på ett ännu bättre sätt, förklarar professor Ami Hommel, ordförande för Svensk sjuksköterskeförening.



Meningen är att kliniskt verksamma sjuksköterskor som är intresserade och har möjlighet själva ska starta en studiecirkel för att tillsammans reflektera över evidens och personcentrering i omvårdnadsarbetet.

Som utgångspunkt har Svensk sjuksköterskeförening med stöd av SBU tagit fram ett studiematerial med patientfall, diskussionsfrågor och ett förslag till studieplan. Ami Hommel beskriver syftet:

– I en pressad vardag finns ju risken att omvårdnad bedrivs på rutin, med föreställningar om vad som är bra för individen. En del av våra metoder gör inte den nytta som vi hoppades när rutinerna infördes, och en del har blivit föråldrade. Vetenskaplig utvärdering och evidens är verktyg för att nå målen med omvårdnad på ett ännu bättre sätt.

– Vi har valt kaféformatet för att det kan vara trevligt att träffas över en fika och reflektera över arbetssätt och rutiner.

– Studiematerialet är indelat i sex "tärtar", eller kaféträffar, berättar Ami Hommel. Deltagarna utgår från patientfall och reflekterar över omvårdnaden på den egna enheten, hur patienten inbjuds till delat beslutsfattande, hur man ska bedöma forskningsresultat, utvärdera omvårdnadsmetoder och göra vården personcentrerad.

Upplägget är utformat för sjuksköterskor på grundutbildnings- eller specialistnivå. Svensk sjuksköterskeförening och författaren Ania Willman, ansvarar för innehållet. ♦ **RL**

Materialet "Vetenskapskafé Repo – studiecirkel med reflektion över evidens och personcentrering i omvårdnad" finns på www.swenurse.se. Kontaktperson, Svensk sjuksköterskeförening: Johanna.Ulfvarson@swenurse.se

CHEFREDAKTÖR Ragnar Levi, levi@sbu.se • ANSVARIG UTGIVARE Susanna Axelsson • TEXT Ragnar Levi [RL]
POSTADRESS Box 6183, 102 33 Stockholm • TEL 08-412 32 00 • WWW.SBU.SE • E-POST registrator@sbu.se
TWITTER @sbu_sc • FACEBOOK @SBUkunskapscentrum • GRAFISK DESIGN Alenäs Grafisk Form
TRYCK Elanders, Falköping 2019 • 4 nr per år, 145 000 ex • ISSN 1104-1250



SBU-NÄMNDEN

Kerstin Nilsson (ordf)
ÖREBRO UNIVERSITET

Peter Allebeck
FORTE

Susanna Axelsson
SBU

Heike Erkers
AKADEMIKERFÖRBUNDET SSR

Vesna Jovic
SVERIGES KOMMUNER OCH
LANDSTING SKL

Thomas Lindén
VETENSKAPSRÅDET

Lars-Torsten Larsson
SOCIALSTYRELSEN

Stefan Nordqvist
STATENS INSTITUTIONSSTYRELSE

Lars Oscarsson
ERSTA SKÖNDAL HÖGSKOLA

Jenny Rehnman
SOCIALSTYRELSEN

Sineva Ribeiro
VÄRDFÖRBUNDET

Heidi Stensmyren
SVERIGES LÄKARFÖRBUND

Anders Sylvan
E-HÄLSOMYNDIGHETEN

Elisabeth Wallenius
FUNKTIONSRÅTT SVERIGE

Magnus Wallinder
LJUNGBY KOMMUN

SBU:S VETENSKAPLIGA RÅD

Svante Twetman (ordf)
PROFESSOR, TANDVÅRD, KÖPEN-
HAMNS UNIVERSITET

Christel Bahtsevani (vice ordf)
LEG SJUKSKÖTERSKA, MED DR,
VÅRDVET, MALMÖ UNIVERSITET

Martin Bergström
UNIV LEKTOR, SOCIALHÖGSKOLAN,
LUNDS UNIVERSITET

Lena Dahlberg
UNIV LEKTOR, DOCENT, SOCIALT
ARBETE, HÖGSKOLAN DALARNA

Anna Ehrenberg
PROFESSOR, OMVÅRDNAD,
HÖGSKOLAN DALARNA

Ata Ghaderi
PROFESSOR, PSYKOLOGI,
KAROLINSKA INSTITUTET

Martin Henriksson
UNIV LEKTOR, HÄLSOEKONOMI,
LINKÖPINGS UNIVERSITET

Jan Holst
DOCENT, VASKULÄRA SJD,
LUNDS UNIVERSITET

Ulrik Kihlbom
UNIV LEKTOR, ETIK, UPPSALA
UNIVERSITET

Mussie Msghina
DOCENT, INST MED VET, ÖREBRO
UNIVERSITET

Christina Nehlin Gordh
UNIV LEKTOR, SOCIOLOGISKA INST,
UPPSALA UNIVERSITET

Lars Sandman
PROFESSOR, ETIK,
LINKÖPINGS UNIVERSITET

Anna Sarkadi
PROFESSOR, SOCIALMEDICIN,
UPPSALA UNIVERSITET

Katarina Steen Carlsson
FIL DR, HÄLSOEKONOMI, LUNDS
UNIVERSITET

Sten-Åke Stenberg
PROFESSOR, SOCIAL FORSKNING,
STOCKHOLMS UNIVERSITET

Britt-Marie Stålnacke
PROFESSOR, ÖVERLÄKARE,
REHABILITERINGSMEDICIN,
UMEÅ UNIVERSITET

Magnus Svartengren
PROFESSOR, ARBETS- OCH MILJÖ-
MEDICIN, UPPSALA UNIVERSITET

Sverker Svensjö
ÖVERLÄKARE, INST FÖR KIR VET,
UPPSALA UNIVERSITET

Magnus Tideman
PROFESSOR, HANDIKAPPVETENSKAP,
HÖGSKOLAN I HALMSTAD

Pernilla Åsenlöf
PROFESSOR, FYSIOTERAPI, UPPSALA
UNIVERSITET

GENERALDIREKTÖR SBU

Susanna Axelsson

AKTUELLT

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT INTERNATIONAL

Årligt möte i HTAi

Tid och plats: 20–24 juni 2020,
Beijing, Kina

<https://htai2020.org>

BARNRÄTTSDAGARNA 2020

Årligt möte om barnrätt, arrangerat
av Barnombudsmannen och Stiftel-
sen Allmänna Barnhuset

Tid och plats: 21–22 april 2020,
Conventums kongresshall, Örebro

www.barnrattsdagarna.se

EBM LIVE 2020

Internationellt möte om evidens-
baserad vård, arrangerat av BMJ
och Centre for Evidence-Based
Medicine, Univ of Oxford

Tid och plats: 6–8 juli 2020, The
Peter Gilgan Centre for Research and
Learning, Toronto, Ontario, Kanada

<https://ebmlive.org>

GUIDELINES INTERNATIONAL NETWORK

Värd för 2020 års G-I-N-konferens är
McMaster University, Toronto

Tid och plats: 29 sep–2 okt 2020,
Toronto, Ontario, Kanada

<https://g-i-n.net>

COCHRANE COLLOQUIUM 2020

Årligt möte i Cochrane-nätverket

Tid och plats: 4–7 oktober 2020,
Westin Harbour Castle, Toronto,
Ontario, Kanada

<https://colloquium2020.cochrane.org>

BESTÄLL SBU:S PUBLIKATIONER! Skicka in kupongen, ring 08-779 96 85 eller mejla sbu@strd.se

SAMMANFATTNINGAR 2018–2019

Sammanfattningar från 2018–9 finns endast digitalt [DIG] på sbu.se

[DIG] Åtstörningar (2019), nr 302s, finns endast digitalt

[DIG] Behandl långv smärttillstånd m fokus på kvinnor –
kartlägg (2019), nr 301s, finns endast digitalt

[DIG] Att förebygga problem med spel om pengar (2019),
nr 299s, finns endast digitalt

[DIG] Åtgärder sten i djupa gallgångarna (2019), 297s, end dig

[DIG] Missbruk & beroende alk o narkotika – utredn &
insatser i socialtjänsten (2019), nr 296s, end digitalt

[DIG] Myalgisk encefalomyelit och kroniskt trötthetssyndrom
(ME/CFS) (2019), nr 295s, finns endast digitalt

[DIG] Stöd till ensamkommande barn/unga (-19), nr 294s, end dig

[DIG] Intraop kolangiografi vid kolecystektomi (-18), 292s, dig

[DIG] Organisatoriska modeller f att barn/unga i familjehem el
på institution ska få ... vård (2018), 289s, endast digitalt

[DIG] Psykol behandl rättspsyk vård (2018), nr 287s, end dig

[DIG] Läkemedel rättspsyk vård (2018), nr 286s, endast digitalt

[DIG] Vårdebaserad vård (2018), nr 285s, finns endast digitalt

[DIG] Diagnos och behandl av epilepsi (2018), 281s, end dig

[DIG] Insats familj våld/försumm barn (2018), nr 280s, end dig

[DIG] Beh.familj ungd allv beteendeprobl (-18), 279s, end dig

[DIG] Ljus & syst behandl psoriasis (2018), nr 278s, end digitalt

[DIG] Endometriosis (2018), nr 277s, finns endast digitalt

PATIENTINFORMATION ETC

Kostnadsfria, om inget annat anges

.....ex Insatser funktionstillstånd/-hinder (-19), nr 902-28

.....ex Arbetsmiljö och ohälsa (2018), nr 401-19

.....ex Att leva med osteoporos och mötet med vården (2017)

.....ex För närstående t långvarigt sjuka äldre (2016), nr 401-17

.....ex Bättre behandling (2015), nr 1004. Pris 50 kr + moms
och frakt. Rabatt f pensionärer samt över 10 ex: 25%

.....ex Förebygg för barnens skull (2011), nr 401-16

.....ex Glaukom (grön starr) (2009/2016), nr 401-15-1

.....ex Läkemedel på äldre dar (2009), nr 401-14

Trycksaker och faktura skickas till:

Namn

Postadress

E-post

Frankeras ej.
Mottagaren
betalar portot

SBU

Statens beredning
för medicinsk och
social utvärdering

Svarspost

20087634

110 06 Stockholm



Grundläggande frågor om kliniska riktlinjer

Riktlinjer för vård och omsorg ska vara välunderbyggda, tydliga och genomförbara. Riktlinjernas kvalitet kan granskas med hjälp av verktyget AGREE, som bland annat tar upp följande frågor.

 **Är syftet och avgränsningarna tydliga?** Riktlinjer ska tydligt ange vilka tillstånd eller problem som avses, vilka patienter/brukare som berörs, och i vilket syfte som rekommendationerna har tagits fram – vilka effekter som förväntas.

 **Vilka har medverkat?** Det måste framgå vilka personer och berörda professioner som har medverkat respektive inte medverkat när rekommendationerna har utarbetats, och på vilket sätt som patienter och brukare har deltagit.

 **Har bindningar och jäv redovisats och hanterats väl?** Särintressen hos initiativtagare, författare, sakkunniga, referensgrupper och granskare ska deklarerats och hanteras. Graden av oberoende av finansierare och intressegrupper och organisationer ska beskrivas.

 **Hur ser faktaunderlaget ut?** Rekommendationer om olika insatser i vård och omsorg ska bygga på evidens, och metoden för att identifiera och sammanställa underlaget ska beskrivas tydligt. Evidens innebär att det har gjorts uttömmande litteratursökning samt en strukturerad granskning och sammanvägning av resultat inom ramen för systematiska översikter. Om rekommendationerna beräknat kostnadseffektivitet samt analyserat etiska och juridiska aspekter ska det framgå hur man har gått till väga.

 **Hur har underlagets relevans och tillförlitlighet bedömts?** Det måste tydligt framgå vilket vetenskapligt underlag eller annat underlag som har använts för att fastslå nyttan av rekommenderade åtgärder och för att undersöka risker för negativa effekter. Såväl styrka som svagheter i faktaunderlaget ska tydligt framgå. Redovisningen ska beskriva hur man har bedömt underlagets relevans för frågan, dess vetenskapliga tillförlitlighet (risken för slumpfel och systematiska fel) och aktualitet. Vedertagna metoder ska ha använts för dessa bedömningar.

 **Vilken arbetsprocess har använts?** Författarna ska redovisa vilken arbetsprocess de har använt för att utforma rekommendationerna och lösa eventuell oenighet mellan medverkande. Det ska tydligt framgå vilket faktaunderlag som varje enskild rekommendation bygger på. Rekommendationerna ska vara specifika och entydiga. Olika alternativ för hantering av tillstånd eller hälsoproblem ska presenteras tydligt. Rekommendationerna ska före publicering ha granskats av externa oberoende experter.

 **Kan rekommendationerna tillämpas och följas upp?** Det bör framgå vilka omständigheter och resurser som krävs för att tillämpa rekommendationerna – och vilka faktorer som kan väntas främja respektive hindra tillämpning. Lämplig uppföljning av väntade och oväntade effekter bör anges. Det bör också framgå hur länge rekommendationerna beräknas gälla och hur man hanterar framtida behov av uppdatering. ♦ RL

Lästips

Mer om verktyget: <https://www.agreetrust.org/agree-ii/>
Brouwers M, et al for the AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline ... Can Med Assoc J. 2010. doi:10.1503/cmaj.090449.

BESTÄLL TRYCKTA RAPPORTER! Posta kupongen, ring 08-779 96 85 eller mejla sbu@strd.se

SBU-RAPPORTER

Priset på de tryckta rapporterna är exkl moms och frakt. Beloppet faktureras. Rapporter från 2018–9 finns endast digitalt [DIG] på sbu.se och kan inte beställas.

- [DIG] Åtstörningar (2019), nr 302, finns endast digitalt
- [DIG] Behandl långv smärttillstånd m fokus på kvinnor – kartlägg (2019), nr 301, finns endast digitalt
- [DIG] Att förebygga problem med spel om pengar (2019), nr 299, finns endast digitalt
- [DIG] Åtgärder vid sten i de djupa gallgångarna (2019), nr 297, finns endast digitalt
- [DIG] Missbruk & beroende alk o narkotika – utredn & insatser i socialtjänsten (2019), nr 296, end digitalt
- [DIG] Myalgisk encefalomyelit och kroniskt trötthetssyndrom, ME/CFS (2019), nr 295, endast digitalt
- [DIG] Stöd till ensamkommande barn och unga – effekter, erfarenheter & upplevelser (2019), nr 294, end digit
- [DIG] Intraoperativ kolangiografi vid kolecystektomi (2018), nr 292, endast digitalt
- [DIG] Prioriterade forskningsomr prev, diagn, behandl av förlossningsskador (2018), nr 291, endast digitalt
- [DIG] EEG, total hjärninfarkt <2 år (2018), nr 290, end dig
- [DIG] Org mod barn/unga familjehem (2018), nr 289, digit

- [DIG] Psykologiska behandlingar och psykosoc insatser i rättspsyk vård (2018), nr 287, endast digitalt
- [DIG] Läkemedel inom rättspsyk vård (2018), 286, end dig
- [DIG] Värdebaserad vård (2018), nr 285, endast digitalt
- [DIG] Diagn och behandl av epilepsi (2018), 281, end digit
- [DIG] Öppenvårdsinsatser för familjer där barn utsätts för våld och försummelse (2018), nr 280, end digitalt
- [DIG] Behandlingsfamiljer för ungdomar med allvarliga beteendeproblem (2018), nr 279, endast digitalt
- [DIG] Ljus & systemisk behandl psoriasis (-18), nr 278, dig
- [DIG] Endometrius (2018), nr 277, finns endast digitalt
-ex Valfärdstekn social stim f äldre psyk (-17), nr 268
-ex Insatser för bättre psykisk och fysisk hälsa hos familjehemplacerade barn (2017), nr 265, 150 kr
-ex Kartlägg syst övers rättspsyk (2017), nr 264, 150 kr
-ex Behov forskn & vet utvärld (-17), nr 263, 150 kr
-ex Behandling av armfraktur (2017), nr 262, 200 kr
-ex Arb.miljö & hjärt-kärlsjd – kemi (-17), nr 261, 200 kr
-ex Patientdelaktighet i vården (2017), nr 260, 150 kr
-ex Op sten i gallblåsan & akut infl (-17), nr 259, 150 kr
-ex FAS och FASD (2017), nr 258, 200 kr
-ex Värdera effektiv i klin vardag (-16), nr 256, 150 kr
-ex Skakvåld, syst litteraturövers (2016), nr 255, 150 kr
-ex Behandl av spelberoende ... (2016), nr 254, 150 kr
-ex Arbetsmiljö & artros (2016), nr 253, 150 kr

-ex Ung antisoc probl, inst (-16), nr 252, 150 kr
-ex Analsfinkterskada förloss (-16), 249, 200 kr
-ex Hetsätningstörn (2016), nr 248, 200 kr

JA TACK, JAG VILL GÄRNA PRENUMERERA KOSTNADSFRITT PÅ:

- ☐ Nyheter om SBU via e-post
- ☐ SBU:s tidning *Vetenskap & Praxis*

Dataskyddsförordningen (GDPR, General Data Protection Regulation) gäller som lag i alla EU:s medlemsländer från och med den 25 maj 2018. SBU har med anledning av att GDPR trätt i kraft uppdaterat sina riktlinjer kring hur myndigheten behandlar personuppgifter. När du anger att du vill prenumerera på Vetenskap & Praxis sparas dina personuppgifter i ett digitalt system och används endast för att vi ska kunna skicka denna tidning till dig. Du kan när som helst säga upp din prenumeration. Vi raderar då dina personuppgifter. När du köper våra rapporter kan vi, förutom namn och adressuppgifter, behöva spara kort- eller bankkontouppgifter med hänsyn till annan lagstiftning och för att kunna fakturera. Läs mer om hur vi hanterar dina personuppgifter på vår webbplats: www.sbu.se/personuppgifter

