

MEDICINSK VETENSKAP & PRAXIS

NYA RAPPORTER Psykiatrisk evidens i primärvården | 4
Arbete & smärta i nacke, axlar, armar | 8



Hur liten får en effekt vara?

Att skillnaden mellan två behandlingar är statistiskt signifikant, det vill säga fastställd med en godtagbar statistisk säkerhet, betyder inte att den är kliniskt betydelsefull. Statistikens så kallade p-värden har inget egenvärde.

Forskare är ofta nöjda med att påvisa statistiskt säkerställda skillnader mellan olika åtgärder. Finns det bara tillräcklig evidens för att den ena behandlingen har bättre effekt än den andra, så är saken klar, menar de.

Men kritikerna hävdar att detta krav – att det ska finnas en statistiskt säkerställd skillnad mellan metoderna – är alldeles otillräckligt. Det skiljer inte mellan trivial effekt och värdefull effekt.

– Innan vi drar slutsatsen att den ena åtgärden fungerar bättre än den andra, borde vi ange hur stor skillnaden måste

Jörg Greuel/Celby



En pseudo-informerad doktor

Med växande fasa betraktar jag B, en enligt egen utsago alldeles lagom klok doktor i sina bästa år, över middagsbordet. Han tuggar ivrigt på en pastasallad och är påtagligt stolt över sin, som han tycker, sällsynt knivskarpa – och mångordiga – Analys av problemen i dagens sjukvård.

– Du vet, evidens å sånt tjafs, det är ett djävulens påfund, förklarar han till slut med ett illmarigt leende.

– Va?

– Ja, en elakartad konspiration mellan några misslyckade forskare som inte klarade konkurrensen och en massa sysslösa byråkrater. Vad vet de om vård och patienter? De skulle inte klara 20 minuter på min mottagning med sina jädra me-e-e-taanalyser!

– Har du svårt en citron eller vad är det fråga om?

– De tror att de vet så väl hur vården ska bedrivas evidensbase-e-e-erat och så har de aldrig varit i närheten av den, säger B och sväljer en så stor klunk öl att jag hinner flika in en protest.

– Men kom igen, säger jag. Skulle det vara onödigt, menar du, att samla ihop den bästa forskning som finns om olika behandlingsmetoder? Vad är alternativet? Var ska du hitta din vetenskap och beprövade erfarenhet, om jag får fråga? I Kamratposten? Eller i dina 30 år gamla kursböcker? Eller i din egen slentrian?

– Nä men det är väl inte mitt jobb att hålla på och pillra med såna där detaljer. Det är ditt jobb.

Nu blir jag irriterad.

– Då tycker jag att du B ska berätta för mig hur du håller koll på vad forskningen visar, så att du kan ge den fantastiskt effektiva vård som du tycker att du erbjuder.

– Google, svarar B nöjt. Nätet, du vet. Jag påstår inte att jag kan allt, och när jag behöver friska upp minnet så googlar jag. Det tar typ 5 sekunder att få fram evidens.

– Men så bra då. Och det som du får fram på 5 sekunder, det litar du på? Bland etthundraåttioåtta tusen träffar?

– Japp. Det ser man ju om det är nå professor och nå institut eller så, som har skrivit.

– Ursäkta men några enstaka vetenskapliga artiklar som du eller jag eller nå annan slumpmässigt råkar snubbla över på nätet är inte evidens. Evidens är systematiskt insamlade, kvalitetsgranskade och sammanvägda resultat av all tillgänglig forskning.

– Jaja, det blir nog bra, Ragnar. Det är som jag brukar säga: evidensen är lika viktig för vården som ornitologen för fåglarna, hahaha. Förresten, hade du nåt problem med din axel som jag skulle titta på innan jag måste sticka?

– Nej tack hörrudu. Den blev plötsligt helt bra.

På väg hemåt med min väskande axel funderar jag på det uppdrag som SBU fick av regeringen i somras – att utreda hur ett nationellt webbaserat hälsobibliotek för vården skulle kunna inrättas. En sajt som hjälper vårdpersonal att hitta evidens och annat matnyttigt på ett ställe – något som många längtar efter. Men inte alla. En doktor som B inser kanske inte hur väl han behöver den.



RAGNAR LEVI, REDAKTÖR



vara för att över huvud taget spela någon roll för patienten – ett slags tröskelvärde. Vi borde ställa frågan: Hur liten är den minsta skillnad som har klinisk betydelse?

MYNTADE BEGREPP

För över 20 år sedan myntades begreppet *minimal clinically important difference*, i dag även kallat *smallest worthwhile effect*. Detta är den minsta förbättring som patienter uppfattar som gynnsam och som skulle motivera att behandlingsstrategin ändrades – förutsatt att biverkningar och kostnader för den effektivare metoden är acceptabla.

Men det har gått trögt att skifta fokus från statistisk signifikans till klinisk relevans, konstaterar Rob Herbert, docent i fysioterapi och verksam

vid forskningsinstitutet Neuroscience Research i Sydney, Australien.

– Trots att problemet har diskuterats i decennier, är det fortfarande vanligt att vi stirrar oss blinda på p-värden och konfidensintervall när vi tolkar forskningsresultat, säger han.

– Många som läser till exempel *Cochrane*-översikter tittar bara på om diagrammet visar att det ena eller andra behandlingsalternativet är bättre. Och det är faktiskt lika ointressant som att enbart ange p-värdet i en enskild studie. De borde titta på skillnadens storlek också, i både absoluta och relativa tal.

FRESTANCE SLUTSATS

– Även om det är frestande, är det förhastat att dra slutsatser om "vinnare" och "förlorare"

bland behandlingsmetoderna, enbart på basis av statistiskt säkerställda skillnader, måste vi alltid samtidigt fråga oss: Hur mycket bättre eller sämre är respektive metod? och Spe-lar det någon roll?

Helst skulle varje studie som jämför olika behandlingsmetoder både läggas upp och tolkas med utgångspunkt i sådan kunskap, menar Rob Herbert.

– Det är knappast meningsfullt att ägna resurser åt skillnader som patienterna själva tycker saknar värde.

VEMS TRÖSKELVÄRDE?

Tillsammans med kollegan Manuela Ferreira och andra medarbetare har han studerat hur forskare på deras eget område, behandling av ländryggsmärta, har hanterat frågan.

– De flesta experter har byggt på sin egen – och inte på patienternas – uppfattning om lämpliga kliniska trös-

kelvärden och rimliga uppoffringar för att uppnå dem. Många har till exempel satt likhetstecken mellan "minsta mätbara effekt" och "minsta betydelsefulla effekt". De förutsätter att minsta påvisbara effekt alltid är av intresse, säger Rob Herbert.

– I stället borde det vara patienterna själva som avgör vad som är en rimlig balans mellan å ena sidan chans till förbättring och å andra sidan risk för biverkningar och kostnader.

Det borde vara patienternas värderingar som vägleder valet av behandlingsmetod.

STÄNDIG JAKT

Forskarnas ständiga jakt på låga p-värden får också följder för deras fortsatta forskning, menar Rob Herbert. Eftersom experter och patienter kan ha olika uppfattning om värdet av en viss behandlingseffekt, kan de också ha olika åsikter om värdet av att göra ytterli-

gare studier för att förbättra den statistiska säkerheten.

MENINGSLÖS FRÅGA

– Många forskare drar reflexmässigt slutsatsen att om vi bara gör ännu en behandlingsstudie som är tillräckligt stor, så kommer vi att kunna förbättra situationen för patienterna. Men det är inte alls givet att resultaten av en ny studie, hur stor den än är, någonsin skulle kunna vara till glädje för patienterna.

– I värsta fall ger den bara ett säkrare svar på en ganska meningslös fråga.

Syftet med klinisk forskning är ofta att undanröja osäkerheten om effekten av en åtgärd. Men den riktigt intressanta frågan är om den nya studien minskar osäkerheten om behandlingens värde för patienterna. [RL]

P-VÄRDE OCH SIGNIFIKANS

När kliniska forskningsresultat bearbetas statistiskt, brukar man genomföra en så kallad *hypotesprövning*. Det är ett test som undersöker om det uppmätta resultatet i en randomiserad studie (till exempel en skillnad mellan två grupper – behandlings- och kontrollgrupp) är statistiskt signifikant. Den hypotes som provas i undersökningen kallas *nollhypotes*.

Nollhypotesen innebär att behandlingen inte gör någon skillnad jämfört med kontroll (till exempel att en behandling egentligen inte är bättre än placebo). Om nollhypotesen stämmer, är det förstås osannolikt att studien ändå visar

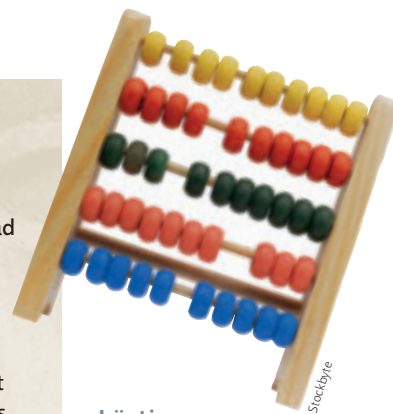
en skillnad. *P-värdet* anger sannolikheten för att en sådan skillnad har uppkommit genom slumpens verkan – trots att nollhypotesen är sann. Ett p-värde på 0,05 betyder att denna sannolikhet endast är 5 procent.

När p-värdet är så pass lågt brukar man välja att avfärda nollhypotesen. Man säger då att det finns en skillnad som är statistiskt säkerställd på 5-procentsnivån, eller "statistiskt signifikant".

Men att skillnaden mellan grupperna är statistiskt signifikant behöver inte alls betyda att den är *kliniskt relevant*. I en studie som omfattar tillräckligt

många försöksdeltagare, kan även en minimal effektskillnad som saknar klinisk betydelse uppnå statistisk signifikans.

Om en studie tvärtom är för liten, och har alltför få försöksdeltagare, uppstår det omvända problemet. Inte ens en verkligt väsentlig effektskillnad uppnår då statistisk signifikans.



Lästips

Ferreira ML, et al. A critical review of methods used to determine the smallest worthwhile effect of interventions for low back pain. *J Clin Epidemiol* 2012;65:253-61.

Ferreira ML, et al. When is a further clinical trial justified? *Brit Med J* 2012;345:e5913

Chalmers I, et al. Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. *Lancet* 2009;374:86-9.

Levi R. Ställer forskarna rätt frågor? *Vetenskap & praxis* nr 3-4/2010: 1-3.

PRIMÄRVÅRD

Spindel i nätet förbättrar vården för personer med depression

En specialutbildad person som spindeln i nätet mellan vårdsökande och personal skulle innebära bättre primärvård för patienter med depression. Den samordnande personen kan exempelvis vara en sjuksköterska med specialutbildning. Så kallade *care managers* är kostnadseffektivt i USA, men det behövs svenska studier.



En ny SBU-rapport utvärderar metoder för att främja evidensbaserad behandling av personer som kommer till primärvården med psykiska problem som depression.

Enligt granskningen finns det vetenskapligt stöd för att en *care manager* kan förbättra situationen för patienter med depression. En sådan samordnande person har tät kontakt med patienten efter det första läkarbesöket – följer symtomen, ger information om behandling och engagerar pa-

tienten i behandlingen. En *care manager* fungerar också som en länk mellan läkaren och patienterna, till exempel när det gäller att ordna återbesök, kontakta patienter som avbrutit behandlingen och hjälpa till med remisser.

SVENSK VÅRD

I studier av *care managers* har andra insatser gjorts samtidigt, som utbildning av personalen. Slutsatserna grundar sig på amerikanska undersökningar, och det vore angelä-

get att undersöka effekterna i svensk sjukvård, framhåller SBU.

Kraven ökar på att vården ska erbjuda evidensbaserad behandling. Samtidigt visar internationell forskning att det ofta går för långsamt att införa nya riktlinjer. Många patienter får inte behandling som stämmer med bästa tillgängliga kunskap. Därför finns det stort intresse för att hitta metoder som bidrar till att evidens kommer till användning i vården. [AB, RL]

Om rapporten

Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården (2012). Projektledare SBU: Agneta Pettersson, pettersson@sbu.se. Hela rapporten med fullständig sammanfattning finns på www.sbu.se.

UR SBU:S RAPPORT | TILLÄMPA EVIDENS I PRIMÄRVÅRD

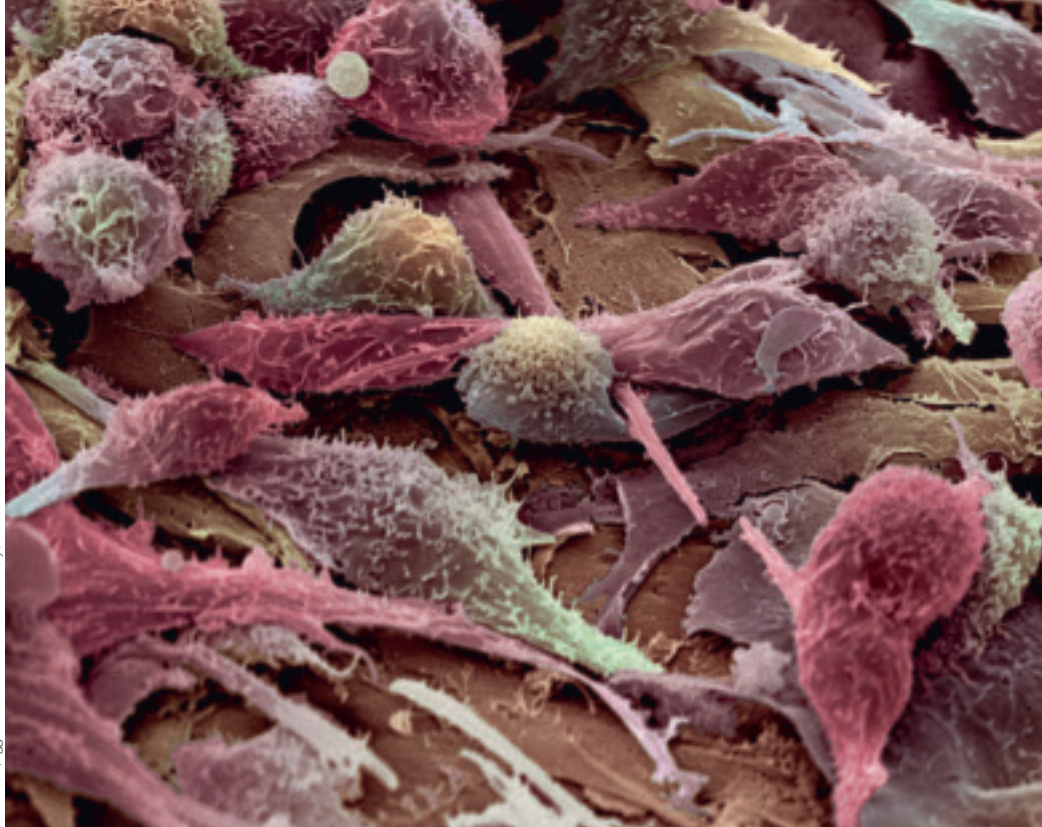
► Det är en effektiv implementeringsstrategi att förstärka primärvårdsorganisationen med en så kallad *care manager*, som ansvarar för stöd och kontinuerlig kontakt med patienter med depression, och kombinera detta med andra åtgärder, till exempel utbildning av vårdteamet och återkoppling av patientdata till behandlande läkare. Läkarnas förskrivning av antidepressiva läkemedel blir mer adekvat och symtomen minskar. Det är angeläget att utvärdera modellen med *care managers* för patienter med depression i svensk primärvård.

► Kort utbildning som enda åtgärd för att stödja användning av riktlinjer och evidens för depression påverkar inte allmänläkarnas diagnostiska eller kommunikativa förmåga och inte heller patienternas symtombörda.

► Kort utbildning som enda åtgärd för att stödja användning av riktlinjer och evidens om handläggning av riskbruk av alkohol påverkar inte patienternas alkoholvanor. Det går inte att bedöma om läkarnas handläggning påverkas.

► Det går inte att bedöma effekter av andra enskilda implementeringsstrategier för användning av evidens och riktlinjer om depression, ångest, riskbruk av alkohol samt långtidsbruk av bensodiazepiner i primärvården. Studier av effekten av ekonomiska incitament saknas.

► Effekten av implementering är beroende av var den sker (kontext) och hur förändringsprocessen ser ut. Därför bör studier och systematiska översikter kompletteras med metodik som belyser de kontextuella faktorerna och implementeringsprocessen.



UR SBU:S KOMMENTAR

■ Cytostatika som ges i bukhålan har, jämfört med tidigare behandlingar, visats ge en betydelsefull överlevnadsvinst vid primär epitelial äggstockscancer som har spridit sig till bukhålan. Det finns fortfarande en viss osäkerhet om metodens kliniska nytta i dagens sjukvård. En orsak är att ingen av studierna har gjort direkta jämförelser med dagens standardterapi som ges intravenöst. En annan orsak är den ökade risken för allvarliga biverkningar (mag-tarmeffekter, smärta, feber och infektion).

■ Cochrane-rapporten ger ingen vägledning i fråga om typ av cytostatika, dos eller kombinationsbehandling. I de flesta av studierna varierade dessa faktorer på ett sådant sätt att det var svårt att utvärdera deras betydelse.

■ Flera internationella studier på området pågår. Framtida studier bör även undersöka vilka patientgrupper som har mest nytta av cytostatika i bukhålan, och när metoden är olämplig. Det behövs också mer kunskap om hur man kan minimera risken för problem med katetern, som stopp, läckage, infektion eller hål och fistlar i tarmen.

SBU:s kommentarer om cytostatika i bukhålan finns på www.sbu.se. Den systematiska översikt och metaanalys som kommenteras är: Jaaback K, et al. Intraperitoneal chemotherapy for the initial management of primary epithelial ovarian cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 11.

SBU kommenterar



Cytostatika i bukhålan kan bromsa men ökar risker vid ovarialcancer

Patienter med äggstockscancer som har spridit sig ut i bukhålan lever längre om behandlingen med cytostatika delvis ges direkt i bukhålan. Det visar en Cochrane-översikt som har jämfört metoden med äldre behandlingar. Samtidigt kan behandling i bukhålan oftare ge allvarliga biverkningar.

I SBU:s kommentar till en systematisk litteraturöversikt från forskarnätverket Cochrane Collaboration framgår att behandling i bukhålan kan bromsa sjukdomen och ge patienterna ett längre liv än

äldre metoder. I de två största studierna från 1996 och 2001 motsvarade detta åtta respektive elva månaders förlängd medianöverlevnad. SBU påpekar dock att ingen jämförelse har gjorts med dagens standardterapi.

Nackdelen är att risken för allvarliga biverkningar ökade.

Just nu pågår flera studier av cytostatika som ges i bukhålan. Bland annat utvärderas effekten av att använda karboplatin och att ge täta doser.

Äggstockscancer ger sällan symtom förrän sent i sjukdomsförloppet, när den har hunnit sprida sig till bukhålan. De flesta fall upptäcks först när sjukdomen har spridit sig

utanför lilla bäckenet. Därför har det länge funnits ett intresse av att undersöka om det är bättre att ge en del av cytostatikan genom en kateter direkt in i bukhålan (intraperitonealt) och inte bara i blodbanan.

Kirurgi är förstahandsvalet vid primärbehandling av äggstockscancer. Hur långt framskriden sjukdomen är bedöms vid operationen, och detta påverkar valet av vidare behandling. De flesta patienter som opererats erhåller kompletterande cytostatikabehandling, vanligen med en kombination av karboplatin och paklitaxel. [RL]

Enbart evidens räcker inte för vårdbeslut



Chad J. Shaffer

Evidens har blivit ett ord på allas läppar: forskares, journalisters och politikers. Men evidens kan inte leda spikrakt till beslut, påpekar Jesper Jerkert.

Många vill kunna åberopa evidens när de fattar beslut. Redan de forskare som lanse-rade begreppet evidensbase-rad medicin (EBM) förklarade att ett viktigt mål är att fatta bättre vårdbeslut, att erbjuda den bästa behandlingen för varje patient. EBM går inte bara ut på att sammanställa befintlig kunskap, utan även på att man ska använda kunskapen i medicinsk praktik.¹ Men när det gäller praktisk tillämpning av evidens uppstår ofta missförstånd, såväl bland EBM-förespråkare som kritiker. Man drar en rät linje från evidens till beslut. Men så enkelt kan det nästan aldrig vara.

KÄNT VERKTYG

Det mest kända verktyget för bedömning av medicinska metoder på grundval av kliniska studier, GRADE, innehåller både en evidensdel och en rekommendationsdel.² I evidensdelen beskriver man vilken kunskap som faktiskt föreligger, och i rekommendationsdelen tar man ställning till vilken behandling som bör föreskrivas i konkreta fall. Det kända Cochrane-samarbetet, som sammanställer rappor-

ter om vilken medicinsk evidens som föreligger på olika områden, använder GRADE – men, liksom SBU, enbart evidensdelen. Dessa översikter innehåller därför normalt inte några behandlingsrekommendationer. Även om det till exempel finns en Cochrane-översikt som visar att behandling A ger större effekt än behandling B, så räcker det i regel inte för att man ska kunna fatta beslut om vilken av metoderna som är lämpligast för en enskild patient, och inte heller vilken av dessa som ska prioriteras i vården som helhet.

GÅR UTANFÖR

I Cochrane-samarbetets instruktioner för översikter konstateras att behandlingsrekommendationer kräver avvägningar som går utanför den egentliga systematiska översikten³.

Vilka är dessa avvägningar som leder från evidens till beslut? Två viktiga länkar i kedjan är frågan om den åberopade kunskapen är relevant för beslutet och frågan om vilka (eventuellt underförstådda) värderingar som uppfylls om det rätta beslutet fattas.

Exakt vad som ska räknas som relevans i detta sammanhang kan diskuteras. Jeremy Howick, som är nära knuten till GRADE, har listat fyra relevanskriterier,⁴ nämligen följande:

- Effekten måste avse nå-

got som är viktigt för patienten och inte bara ett surrogatmått. Man måste med andra ord ha visat en positiv effekt på välbefinnande och/eller livslängd, inte enbart på till exempel ett blodvärde.

- De positiva effekterna måste väga tyngre än eventuella negativa bieffekter.

- Kunskapen om behandlingens effekt måste avse typiska patienter. Studien måste med andra ord vara giltig under realistiska förhållanden i den verkliga världen, inte enbart för försöksdjur eller för någon selekterad grupp människor som avsevärt skiljer sig från de människor som typiskt kommer att få behandlingen.

- Behandlingen måste jämföras med andra behandlingar för det aktuella tillståndet. Man kan inte fatta beslut om det inte finns flera alternativ att välja mellan.

MÅLET INTE ENTYDIGT

När det gäller värderingar finns en intressant övergripande skillnad mellan evidensbaserad medicin och andra verksamheter som sägs vara evidensbaserade, som "evidensbaserad kriminalvård" eller "evidensbaserad utbildning".⁵ Inom medicinen är det relativt okontroversiellt vad man vill åstadkomma med de insatser som granskas; alla är överens om att god hälsa är målet (även om detta begrepp givetvis kan ges olika innebörd). Inom kriminalvården

Referenser

1. Evidence-Based Medicine Working Group (1992). Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. JAMA 1992;268:2420-5.
2. Grade Working Group, Introduction, <http://www.gradeworkinggroup.org/intro.htm>.
3. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, version 5.1.0, mars 2011, avsnitt 12.7.2 (Implications for practice).
4. Howick, J. (2011). The Philosophy of Evidence-Based Medicine. Chichester: Wiley-Blackwell/BMJ Books.
5. Davies, P. (1999). What is Evidence-based Education? British Journal of Educational Studies 47(2), 108-121.
6. Sackett DL, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. Brit Med J 1996;312:71-2.
7. Saarni SI, et al. Evidence based medicine guidelines: a solution to rationing or politics disguised as science, Journal of Medical Ethics 2004;30, 171-5.
8. Pawson, Ray (2006). Evidence-based Policy: A Realist Perspective. London: Sage, s. viii.

och utbildningsväsendet är målet inte lika entydigt – där finns politisk oenighet om vad verksamheten lämpligast syftar till.

PRIORITERINGAR

Även om alla är överens om hälso- och sjukvårdens övergripande mål, kan oenighet ändå råda i fråga om en rad andra värderingar som ingår i hälsobesluten. Särskilt tydligt är detta när ekonomiska aspekter diskuteras.

Anta till exempel att det finns effektiva åtgärder mot flera sjukdomar, men att det bedöms som alltför dyrt att låta förebygga eller behandla samtliga dessa sjukdomar hos befolkningen. Det kommer att behövas en prioriteringslista som värderar vilka problem som ska anses vara mer respektive mindre angelägna för vården att åtgärda eller förebygga.

VÄRDERINGSKONFLIKT

Värderingskonflikter behöver dock inte ha med ekonomi att göra, och behöver heller inte innebära att olika sjukdomar ställs mot varandra. Olika patienter kan, även om de har samma sjukdom, ha olika uppfattning om vad de helst vill uppnå med vården.

Det är också tänkbart att den statistiskt förväntade spridningen av en behandlingseffekt bör avgöra hur starkt denna metod rekommenderas. Det är inte givet att endast den genomsnittliga behandlingseffekten (det vill säga effekten på gruppnivå) är intressant. Anta att effekten av en behandling är genomsnittligt positiv, men mycket varierande hos olika individer med samma sjukdom. Medan vissa patienter blir betydligt

bättre, kanske det finns andra som inte förbättras alls eller som kanske till och med blir sämre. Om denna variation är reell (dvs inte bara återspeglar en statistisk osäkerhet i studierna) är det inte självklart att behandlingen kan rekommenderas generellt.

Dessutom kan patienter och sjukvård betrakta denna situation på olika sätt. Den enskilda patientens syn på möjligheten till förbättring kontra risken för försämring kan skilja sig från vårdgivarens.

Sådana helt nödvändiga inslag av värderingar i vårdbesluten glöms ofta bort – trots att det länge har framhållits att evidensbaserade kliniska beslut måste kombinera evidens (systematiskt insamlade och kvalitetsgranskade forskningsresultat) med klinisk erfarenhet och patientens värderingar, i varje vårdsituation.⁶

BLANDNING

Somliga har tyckt att den blandning av värderingar och kunskap som vårdbesluten ofrånkomligen innefattar inte borde få kallas evidensbaserad vård. I stället borde vi uppfinna benämningar som tydligare anger att värderingar är inblandade.⁷⁻⁸ För egen del tror jag inte att detta är realistiskt. Vi får nöja oss med att med jämna mellanrum påminna oss att evidensbaserad verksamhet inte är grundad enbart på kunskap.

När beslut fattas, kommer frågor om relevans och värderingar också in.

*Jesper Jerkert
doktorand, adjunkt i vetenskapsfilosofi, KTH, Stockholm
ledamot i SBU:s lekmanråd
jesper@jerkert.se*



Jonathan Kim/Cetty

SBU kommenterar



Vätskande barnöra kräver inte medicin

Svensk behandlingstradition får stöd, skriver SBU i en kommentar.

En systematisk översikt från Cochrane Collaboration 2011 styrker den etablerade svenska behandlingstraditionen att avstå från antihistaminer eller avsvällande läkemedel mot sekretorisk mediaotit (SOM). Det är ett inflammatoriskt tillstånd som ger barnet vätska i mellanörat, ofta sämre hörsel och lock för öronen men inte feber eller smärta.

Översikten visar ingen effekt av läkemedlen på vare sig primära eller sekundära utfallsmått, mått som tillfrisknande. Hörseln, som är det viktigaste utfallsmåttet hos oss, undersöktes dock bara i ett fåtal studier.

Risken för biverkningar är kliniskt relevant och välkänd. En svaghet i översikten är att samtliga biverkningar har slagits ihop till ett sammansatt

mått. Eftersom läkemedlen är antingen enbart avsvällande eller kombinationer av avsvällande medel och antihistaminer, kan måttets kliniska relevans och betydelse variera hos olika preparat.

Tillfrisknande definierades i översikten som ett torrt mellanöra. SBU framhåller att det ur klinisk synvinkel är viktigare att mäta hörseln än att leta efter vätska, eftersom insättning av rör motiveras av sämre hörsel.

Läkemedlen som berörs i Cochrane-översikten är inte avsedda för SOM och saknar sådan indikation enligt FASS. De bygger snarare på kliniska antaganden än på vetenskapliga studier. [RL]

SBU:s kommentarer om antihistaminer och avsvällande medel finns på www.sbu.se. Den systematiska översikt och metaanalys som kommenteras är: Griffin G, et al. Antihistamines and/or decongestants for otitis media with effusion (OME) in children. Cochrane Database Systematic Reviews 2011, Issue 9.

SMÄRTA

Höga krav och låg kontroll i arbetet ökar risken för nackbesvär

Det finns vetenskapliga belägg för att arbete som innebär vissa kraftkrävande rörelser – som att lyfta, bära, skjuta och dra – ökar risken för besvär i nacke, axlar, armbågar och underarmar. Även höga krav och låg kontroll i arbetet ökar risken för nackbesvär.

Om rapporten

Arbetets betydelse för uppkomst av besvär och sjukdomar: Nacken och övre rörelseapparaten (2012). Ordförande: Christer Edling, professor emeritus. Projektledare, SBU: Anders Norlund, norlund@sbu.se. För rapport, sammanfattning och yttranden, se www.sbu.se.

SBU har granskat forskningen om samband mellan arbete och risk för att få besvär och sjukdomar i nacken, axlarna, underarmarna, armbågarna, handlederna och händerna.

Tillförlitliga studier visar att risken för besvär och sjukdomar i nacken och/eller axlarna ökar vid: arbete med böjd/vriden bål, kraftkrävande arbete (lyfta, bära, skjuta, dra), kombinationen av höga krav och låg kontroll eller enbart höga krav i arbetet samt enbart låg kontroll eller lågt beslutsutrymme.

Risken för besvär i armbå-

garna och underarmarna ökar vid kraftkrävande arbete och repetitivt arbete. När det gäller besvär i handlederna och händerna finns risker för dem som arbetar med kombinationen av kraft och repetitiva handrörelser.

Långvarigt arbete med datormus ökar risken för besvär och sjukdomar i axlarna, armbågarna och underarmarna.

Det finns generellt mycket forskning om arbete och besvär från muskler och leder. Men beroende på studiernas utformning går det inte alltid att säga säkert om de stude-

rade personernas besvär orsakats av just arbetet eller av andra faktorer. Därför behövs forskning där man tidigt fångar upp personer med tydligt definierade problem och följer dem under längre tid.

Ett område där det saknas vetenskapliga studier av tillräcklig kvalitet för att dra slutsatser, är sambanden mellan arbete och risken för att drabbas av mer utbredd (generell) smärta som till exempel sitter i nacken, nedre ryggen och höfterna samtidigt. [17]

UR SBU:S RAPPORT | ARBETETS BETYDELSE FÖR PROBLEM I NACKE, AXLAR, ARMAR OCH HÄNDER

► Det finns vetenskapligt stöd för att följande exponeringar innebär risk för besvär och sjukdomar i:

nacke/axlar | arbete med böjd/vriden bål, kraftkrävande arbete (lyfta, bära, skjuta, dra), kombinationen av höga krav och låg kontroll eller enbart höga krav i arbetet, låg

kontroll eller lågt beslutsutrymme

axlar | kraftkrävande arbete (lyfta, bära, skjuta, dra), långvarigt arbete med datormus

armbågar och underarmar | kraftkrävande arbete (lyfta, bära, skjuta, dra), repetitivt arbete, långvarigt arbete med datormus

handleder och händer | biomekanisk belastning (kombinationen av kraft och repetitiva handrörelser).

► De i andra systematiska översikter beskrivna sambanden mellan besvär i nacken och arbete med armarna över axelhöjd samt vid repetitivt

arbete har inte framkommit. Detsamma gäller för beskrivna samband mellan karpaltunnelsyndrom och repetitivt arbete samt kraftkrävande arbete. SBU finner att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att dra dessa slutsatser. Sannolikt beror detta på att andra krav på inklusion och



EXEMPEL PÅ SBU-PROJEKT

AKUTVÅRD AV ÄLDRE

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

ARBETSMILJÖ & DEPRESSION

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

ARBETSMILJÖ & RYGGPROBLEM

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

ARBETSMILJÖ & SÖMNSTÖRNINGAR

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

AROMATASHÄMMARE VID TIDIG BRÖSTCANCER

Kontakt: heibert.arnlind@sbu.se
Planerad publ: vår 2013

BILDDIAGNOSTIK PROSTATACANCER

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

BIPOLÄR SJUKDOM

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

BLODPROV FÖR ALZHEIMER

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

DIABETES – INSULINPUMP

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

DYSLEXI

Kontakt: stenstrom@sbu.se
Planerad publ: vår 2014

ELASTOGRAFI VID FIBROS I LEVERN

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

INDIKATORER FÖR ÄLDRES LÄKEMEDELSANVÄNDNING

Kontakt: vitols@sbu.se
Planerad publ: vår 2014

INTERNETBEHANDLING AV ÅNGEST & DEPRESSION

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

MAT VID FETMA

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

SKATTNING AV NJURFUNKTIONEN

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

URININKONTINENS HOS ÄLDRE

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

studiedesign har ställts för att inkluderas i SBU-rapporten. I SBU-rapporten ingår inga tvärsnittsstudier medan andra systematiska översikter huvudsakligen baseras på denna typ av studier. Tvärsnittsstudier kan ge information om samband, men de kan inte ge ett tillförlitligt svar på om det är arbetet eller andra faktorer som orsakar besvären. SBU:s slutsats att det för närvarande

finns otillräckligt vetenskapligt underlag utesluter inte att det kan finnas ett orsakssamband, men mer forskning där personer följs över tid behövs.

► Det saknas studier som med tillräcklig kvalitet har undersökt orsakerna till generaliserad smärta, flerlokaliserad smärta samt smärta i nacke, skuldra och arm.

► För att identifiera såväl risker som effektiva förebyggande åtgärder finns det flera områden där det behövs fortsatt forskning av hög vetenskaplig kvalitet – studier med väl definierade exponeringar och utfall, objektiva metoder vid mätning av exponering och utfall, mätningar över tid och tillräckliga skillnader i exponering.

Undersök även baksidan av psykologisk behandling

Psykologisk behandling uppfattas ofta som oskadlig. Men trots att det finns exempel på oväntade negativa effekter, är det bara undantagsvis som forskningen om psykologiska metoder över huvud taget kommenterar biverkningar. En amerikansk artikel stämmer till eftertanke, skriver psykologen Ulf Jonsson, utredare vid SBU.

Psykologiska insatser är ofta en integrerad del av vårdutbudet inom både psykiatrisk och

somatisk vård. Dessutom används psykologiska metoder för att främja hälsa och förebygga ohälsa för riskgrupper.

Det finns redan många välgjorda studier som påvisar effekten av sådana interventioner, vilket framgår av flera rapporter från SBU. I takt med att det vetenskapliga underlaget fortsätter att växa, förbättras möjligheterna att bedöma effekten av dessa åtgärder.

Bättre information om både för- och nackdelar med psykologiska metoder kan göra det möjligt att jämföra metoderna med varandra och med

andra behandlingsalternativ. Detta kommer att gynna patienterna, eftersom deras möjligheter att göra ett informerat val förbättras.

Även om många studier på området håller hög kvalitet, har de fortfarande en genomgående svaghet: det går oftast inte att utläsa om forskarna har undersökt biverkningar eller oönskade effekter.

BRISTER I RAPPORTERNA

Problemet är förvisso inte unikt för psykologiska metoder. Bristfällig rapportering av biverkningar är ett generellt problem som uppmärksamrats inom medicinsk behandlingsforskning.^{1,2} År 2004 publicerades en genomgång av rapporteringen av behandlingars säkerhet i 142 slumpmässigt utvalda behandlingsstudier inom psykiatriområdet.³ Genomgången, som omfattar både läkemedelsbehandling och andra metoder, visar generellt på stora brister. Inte i någon av de 39 studier av icke-farmakologiska metoder som ingick, bedömdes rapporteringen vara adekvat.

UNDANTAGSFALL

Vid SBU genomförs nu en genomgång av samtliga randomiserade kontrollerade studier av psykologiska interventioner som publicerades under år 2010. Vi kan i våra preliminära resultat bekräfta bilden av att det endast i undantagsfall



DEA / G. Nimalah

går att utläsa om forskarna har undersökt eventuella nackdelar med behandlingen.

Det går inte att avgöra om avsaknaden av information beror på att åtgärden har visats sakna kliniskt betydelsefulla negativa effekter eller på att forskarna inte har undersökt saken. Även om vi skulle förutsätta att negativa effekter har undersökts men inte påvisats, har vi ingen aning om hur noggrant och systematiskt man har gått till väga för att studera detta.

MER SKADA ÄN NYTTA

Men är det värt att lägga forskningsmedel, tid och kraft på sådana frågor? Kan vi inte anta att psykologiska insatser överlag är oskadliga? En översiktsartikel från 2007 talar mot ett sådant antagande.⁴

Författaren, professor Scott Lilienfeld vid Emory University i Georgia, USA, listar psykologiska interventioner som enligt randomiserade studier eller meta-analyser till och med har visat sig göra mer skada än nytta. Bland exemplen finns insatser vid okomplicerade sorgereaktioner, *debriefing*-samtal i grupp vid ett enstaka tillfälle direkt efter exponering för extremt stressande situationer och så kallad *boot-camp* (en metod som bygger på disciplinära åtgärder) vid uppförandestörning. Samtliga dessa interventioner verkar öka risken för de symtom som de ska förebygga eller lindra. Lilienfeld betonar att listan inte kan betraktas som fullständig, med tanke på troliga brister i rapporteringen.

UNDERSTRYKER

Anmärkningsvärt är också att flera av de interventioner som nämns vid första anblicken

kan förefalla harmlösa. Detta understryker behovet av att uppmärksamma frågan.

Resultat som på detta sätt visar på signifikant försämring efter behandling är dock troligtvis ovanliga. Ett mer sannolikt scenario är att en behandling har negativ effekt för undergrupper av deltagarna. Exempelvis har det inom psykoterapiforskning rapporterats att en mindre andel patienter kan försämrats mer än de som inte får behandling, medan andra genomgår tydlig förbättring.⁵ Ett sådant mönster kan döljas av de medelvärden som ofta presenteras i behandlingsstudier. Detta problem kan lösas om andelen som blir sämre under behandlingen undersöks, vilket skulle kräva en tydlig definition av klinisk försämring.⁶

Även en bredare kartläggning kan vara motiverad, eftersom det hypotetiskt kan finnas flera oönskade följder: försämring av specifika symtom, nya symtom, motstånd mot att söka annan behandling, negativa effekter för närstående eller rent av fysisk skada.⁴

MER SKONSAMMA

Trots att negativa effekter förekommer vid en del psykologiska interventioner, är det sannolikt att sådana insatser ofta snarare är mer skonsamma än de alternativ som står till buds. Om så är fallet, är även detta viktigt att påvisa.

Värdet av att tydligt visa att en behandling inte medför någon betydelsefull risk för individen illustreras av en aktuell, storskalig studie av psykologisk behandling av kroniskt trötthetssyndrom.⁷

Denna randomiserade studie av 641 deltagare jämför sedvanlig specialistvård med

tillägg av antingen kognitiv beteendeterapi (KBT), gradvis ökad fysisk aktivitet (GET) eller så kallad *pacing*, en metod där patienten lär sig att ransonera med sin begränsade ork. Bakgrunden till undersökningen var att patientföreningar i Storbritannien hade genomfört undersökningar som antydde att GET och KBT kunde vara skadligt, och man rekommenderade därför i stället *pacing*. Men resultaten av den randomiserade studien tydde på att ingen av de tre tilläggsbehandlingarna ledde till ökad risk för försämring eller allvarliga negativa reaktioner. Såväl KBT som GET ledde till bättre fysisk funktion och mindre utmattning än tillägg av *pacing* eller endast sedvanlig vård. Sådan information kan bli avgörande för patientens val.

EFTERSATT OMRÅDE

Professor David Barlow vid Boston University, USA, har skrivit en exposé över de senaste 40 årens forskning om och kliniska erfarenhet av negativa effekter av psykologisk behandling.⁵ Han menar att detta forskningsområde är förvånansvärt eftersatt och att det är hög tid att systematiskt samla in kunskap och utveckla nya metoder i detta syfte. Ett ökat fokus på negativa effekter kan på sikt leda till bättre patientinformation, finjustering av interventionerna och bättre individanpassning för att undvika negativa effekter. Det skulle gagna både patienter och kliniska utövare.

Ulf Jonsson
leg psykolog, med dr
utredare SBU
ulf.jonsson@sbu.se

Referenser

1. Pitrou I, et al. Reporting of safety results in published reports of randomized controlled trials. *Arch Intern Med* 2009;169:1756-61.
2. Ioannidis JP, et al. Improving safety reporting from randomised trials. *Drug Saf* 2002;25:77-84.
3. Papanicolaou PN, et al. Safety reporting in randomized trials of mental health interventions. *Am J Psychiatry* 2004;161:1692-97.
4. Lilienfeld SO. Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science* 2007;2:53-70.
5. Barlow DH. Negative effects from psychological treatments: a perspective. *Am Psychol* 2010;65:13-20.
6. Devilly GJ, et al. The investigation of exposure and cognitive therapy: comment on Tarrier et al (1999). *J Consult Clin Psychol* 2001;69:114-16.
7. White PD, et al. Comparison of adaptive pacing therapy, cognitive behaviour therapy, graded exercise therapy, and specialist medical care for chronic fatigue syndrome (PACE): a randomised trial. *Lancet* 2011;377:823-36.

Hur hindra och bota svårläkta sår hos äldre?

Tiotusentals svenskar lider av sår som inte läker utan vätskar, luktar illa och ofta gör så ont att det blir svårt att sova. Kostnad: flera miljarder kronor varje år. Ett pågående SBU-projekt undersöker vilka insatser som skulle förbättra läget.

Med minst 40 000 drabbade i Sverige skulle svårläkta sår kunna betecknas som en folksjukdom. Men trots ett antal avhandlingar och många tusen vetenskapliga studier på området saknas det ett samlat kunskapsunderlag, och på många håll finns varken vårdprogram eller strukturerat arbete.

Våren 2012 startade därför SBU:s projekt om svårläkta sår hos äldre. Det är ett av flera äldreprojekt som regeringen har gett SBU i uppdrag att genomföra. Bakgrunden är den ökande andelen äldre människor med både kroniska och komplexa tillstånd, som reumatiska, respiratoriska sjukdomar, cancer och hjärt-kärlsjukdomar. Många har flera sjukdomar samtidigt. SBU-projekten går ut på att undersöka hur dessa personer kan få en god vård och omsorg.

Om projektet

Projektet om svårläkta sår hos äldre beräknas bli klart våren 2014. Ordförande i projektgruppen är med dr Rut Öien, och projektledare på SBU med dr Jenny Odeberg, odeberg@sbu.se. Läs mer på www.sbu.se.

MINSKA LIDANDET

– Sår drabbar framför allt äldre och multisjuka människor. Vårt arbete ska utmynna i hur vi bäst kan förebygga och

behandla för att minska lidandet för patienterna och få mer hälsa för pengarna, säger Jenny Odeberg, projektledare på SBU.

Syftet med projektet är att undersöka bevisläget för olika slags åtgärder, och om möjligt ta bort föråldrade, ineffektiva och olämpliga behandlingar. SBU:s projektgrupp ska undersöka och besvara tre övergripande frågor:

- Kan svårläkta sår förebyggas?
- Vilka behandlingsmetoder förbättrar läkningen av svårläkta sår?
- Påverkas läkning och återfall av hur sårvården organiseras?

Arbetet följer strikta mallar, som alla SBU-projekt. Den vetenskapliga litteraturen genomsöks på ett systematiskt sätt, och experterna granskar både randomiserade kontrollerade studier, kohortstudier och prospektiva fall-kontrollstudier. Studier som har undersökt livskvalitet med kvalitativ metodik ingår också.

STUDIER GRANSKAS

Studierna kvalitetsgranskas av två experter ur projektgruppen, oberoende av varandra. Kvaliteten bedöms som hög, medelhög eller låg, och enbart studier av hög och medelhög kvalitet ligger till grund för projektets slutsatser.

Enligt uppgifter från det nationella kvalitetsregistret RiksSår tar det tolv veckor

innan patienterna får en korrekt sår diagnos och adekvat behandling. Det är medianvärdet. Ofta ges dessutom antibiotika i onödan.

– Många av sårerna är smärtsamma, säger distriktsläkaren Rut Öien, ordförande i projektgruppen, registerhållare i RiksSår och medicinskt ansvarig för Sårcentrum Blekinge.

HAR MÖTT TUSENTALS

Hon har mött tusentals patienter genom åren som lider på grund av sina sår.

– Sårerna vätskar och luktar illa, smärtan kan göra nattsömnen orolig och man försöker dölja sina sår med kläderna. Det är inte ovanligt att man blir socialt isolerad. Vissa patienter med åderförkalkning riskerar också att drabbas av kallbrand och till och med amputation.

Ett svårläkt sår definieras som en fullhudsskada som involverar samtliga hudlager, till och med underhuden, och som inte läker på sex veckor. Svårläkta sår innefattar alla typer av sår som till exempel åderbräckssår (venösa sår), åderförkalkningssår (arteriella sår), trycksår och diabetesfotsår. Venösa sår är de vanligaste och utgör ungefär 40 procent.

INTE LIKA

Bensår är delvis kopplat till högre ålder och beror ofta på nedsatt cirkulation, medan

trycksår uppstår på grund av tryck eller friktion.

Alla sår ska inte behandlas lika. En central punkt är därför korrekt diagnostik.

– Utan rätt diagnos riskerar patienten att få felaktig behandling med olämpligt material, vilket kan innebära onödigt långa behandlingstider på upp till månader och år.

– Venösa sår ska ha yttre kompression, medan detta kan vara skadligt för en patient med nedsatt perifer cirkulation. Även ett traumatiskt sår efter yttre våld ska behandlas med kompression utifrån – annars blir såret oerhört svårläkt.

FÖGA GLAMORÖST

Sårbehandling har enligt Rut Öien länge varit ett lågprioriterat och föga glamoröst område. Medianåldern bland patienterna är 80 år, och det är överlag en tyst patientgrupp som inte klagar och ställer krav.

Sårläggningen kan dessutom försämrats av att personal inte har fått rätt utbildning och därmed använder fel material och tekniker.

– De här patienterna blir ofta ganska styvmoderligt behandlade. Det behövs god samordning mellan vård och omsorg inom kommuner och landsting, annars kan problem med svårläkta sår hamna mellan stolarna.

LIDANDET MINSKAR

Ättiofem procent av patienterna som behöver kvalificerad sårbehandling finns i primärvården, och det finns i dagsläget relativt få speciella sårcentrum.

Rut Öien betonar att det vore angeläget med ökad kompetens.

– Intresset är stort på flera håll i landet, och det byggs upp allt fler strukturerade sår-mottagningar i primärvården där man arbetar i team. I projektet undersöker vi nyttan av att organisera vården så.

Det finns mycket att uppnå med bättre sårläggning. Förutom att minska patientens lidande, kan tiden för sårbehandling förkortas. Användningen av vårdens resurser kan också förbättras.

Projektet ska inte bara peka på hur sårerna kan förebyggas och vården kan förbättras, utan också identifiera kunskapsluckor och stimulera till ny kunskap.

Granskningen beräknas bli klar våren 2014. Sedan vidtar arbetet med att förmedla den nya kunskapen till hälso- och sjukvården samt äldreomsorgen.

– Det tänker vi göra på många sätt, säger Jenny Odeberg, inte bara genom att publicera en gul rapport.

– Vi kommer att sprida slutsatserna brett till vården och ta kontakt med nyckelpersoner bland beslutsfattare och verka för att de använder den kunskap som vi tar fram.

Fredrik Hed, frilansjournalist



Bild: Nina Åkesson / Sårcentrum Blekinge. Återges med patientens tillstånd.

SÅR: RENGÖRINGSVÄTSKA ÄMNE FÖR FÅ STUDIER

SBU:s upplysningstjänst har svarat på frågan om rengöringsvätskan Dermacyn effektivt minskar infektion och påskyndar läkning av svårläkta ben- och trycksår.

Det finns fyra studier av Dermacyn, vars aktiva komponent är hypokloritsyra. Av dessa är två sponsrade av tillverkaren. I undersökningarna har man använt den antibakteriella lösningen på patienter med svåra fotsår orsakade av diabetes. Studierna jämför hypokloritsyra med annan sårrengöring, antingen povidonjodid eller koksaltlösning.

Många av patienterna som ingick i studierna behandlades också med antibiotika, vilket kan påverka behandlingsresultatet.

Underlaget för översikten är alltså litet, men visar bättre effekt av Dermacyn än av povidonjodid eller koksaltlösning vad gäller exempelvis läkningstid. SBU har inte hittat några relevanta studier av hypokloritsyra på ben- eller trycksår. [AB]

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



CSA Images/ B&W Engrave Ink Collection

SÅR: EFFEKTEN AV LJUSVÅGOR ÄR ÄNNU DUNKEL

Ljusterapi mot svårläkta sår är en metod under utveckling. Underlaget som finns i dag räcker inte för att dra några säkra slutsatser, enligt SBU:s upplysningstjänst.

SBU har granskat den forskning som finns om ljusvågsterapi mot svårläkta sår. Metoden innebär att man belyser såret med pulserande ljus i en bestämd våglängd. På så sätt hoppas man påskynda läkningen.

Det finns tre randomiserade och kontrollerade studier av ljusvågsterapi för att läka trycksår. Företaget som marknadsför metoden har sponsrat studierna. Försöksdeltagarna fick samtidigt även traditionell behandling vid trycksår.

Sammantaget konstaterar SBU att det behövs mer forskning om ljusvågsterapi för att kunna uttala sig säkrare om dess verkan. [AB]

Svaret från SBU:s Upplysningstjänst finns i på www.sbu.se. Där kan du även ställa frågor om du är beslutsfattare i vården och behöver kunskapsunderlag.



ImageWorks

LUCKOR STIMULERAR TANDVÅRDEN ATT FORSKA

SBU:s kliniska experter och utredare har hittills ringat in 350 vetenskapliga kunskapsluckor från Nationella riktlinjerna för vuxentandvård. SBU-projektet har väckt stort intresse hos forskningsråd och enskilda forskare och nu pågår även arbete för att identifiera kunskapsluckor inom barntandvården. Syftet är att stärka den odontologiska forskningen i Sverige på viktiga områden där det behövs nya studier.

– Vi måste förvalta de här resultaten och bidra till att de kliniska forskningsinsatserna gör största möjliga nytta, säger Björn Klinge, ledamot i SBU:s nämnd och professor vid institutionen för odontologi på Karolinska institutet.

Alla kunskapsluckor listas i en databas på www.sbu.se.

SBU samarbetar också med Vetenskapsrådet, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting och Sveriges tandläkarförbund för att stärka forskningen inom tandvården i Sverige. Vetenskapsrådet utlyser bland annat forskningsmedel för patientnära forskning som inriktas på kunskapsluckor.

Rådet finansierar också en nationell forskarskola i odontologisk vetenskap. Anslaget är femårigt med plats för 20 doktorander. Forskarskolan är ett samarbete mellan Karolinska institutet, Umeå universitet, Malmö högskola, Göteborgs universitet och Sveriges Kommuner och Landsting.

SBU:s projekt om vetenskapliga kunskapsluckor är ett regeringsuppdrag. Projektet ska lyfta fram metoder i vården där evidensläget är oklart. Syftet är att peka på metoder som skulle behöva undersökas i kliniska studier, så att man kan dra slutsatser om nyttan och riskerna.

– Efter SBU:s rapporter om

rotfyllning och tandförluster vet vi att det finns stora vetenskapliga kunskapsluckor inom tandvården. Därför satsar vi lite extra på det området just nu, säger Frida Mowafi, utredare i projektet.

SBU:s databas om otillräckligt utvärderade medicinska metoder och kunskapsluckor finns på www.sbu.se.

Marcie Jan Bronstein



REDAKTÖR: Ragnar Levi, levi@sbu.se • ANSVARIG UTGIVARE: Måns Rosén
 TEXT: Ragnar Levi [RL], Anna Björklöf [AB], Johanna Thorell [JT] • POSTADR: Box 3657, 103 59 Stockholm
 TEL: 08 412 32 00 • FAX: 08 411 32 60 • www.sbu.se • info@sbu.se
 GRAFISK FORM: Nilla Westin Design • TRYCK: Elanders, Falköping, 2012
 4 NR PER ÅR, 157 000 ex • ISSN 1104-1250



SBU-nämnden för medicinsk utvärdering

Nina Rehnquist (ordf)
KAROLINSKA INSTITUTET

Peter Friberg
SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET

Björn Klinge
KAROLINSKA INSTITUTET

Sineva 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

*PÅ SMI SEDAN 120910

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, GÖTEBORG

Margareta Möller
VÄRDVET FORSKN-CENTR, UNIV SJH, ÖREBRO

Jörgen Nordenström
BRÖST- & ENDOKRINKIR KLIN,

Ulf Näslund
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 Bahtsevani
HÄLSA & SAMHÄLLE, MALMÖ HÖGSK

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

Lennart Iselius
LANDSTINGET VÄSTMANLAND

Eva Lindström
PSYK KLIN, AKAD SJUKHUSET, UPPSALA

Ylva Nilsagård
VÄRDVETENSKAP, ÖREBRO UNIV

Viveca Odling
LÄKEMEDELSVERKET, UPPSALA

Jenny Rehnman
SOCIALSTYRELSEN

Anders Rydh
MED RADIOL & NUKLEARMED, NORRL UNIV SJH, UMEÅ

Soante Tvetman
PEDODONTI & KARIOLOGI, KÖPENHAMNS UNIV, HALLANDS SJH

Jan Wahlström
KLINISK GENETIK, GÖTAS UNIV

SBU:s lekmanår

Annakarin Svenningsson (ordf),
Marie-Jeanette Bergoall,
Alex Eckerström, Jesper Jerkert,
Anne Kalmering Josephson,
Birgitta Karlström, Sam Sandberg

SBU PÅ MEDICINSKA RIKSSTÄMMAN 2012

Tid och plats: 28 – 30 november,
Stockholmsmässan, Älvsjö
Tema: Framtidens hälsa

Välkommen till SBU:s monter A03:18
Mer info: www.sls.se/riksstamman

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.

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 2009–2012

Kostnadsfria*

-ex Implement psyk evidens primärvård (2012), nr 501-66
-ex Arbetets betydelse. Nacken och övre rörelse-apparaten (2012), nr 501-65
-ex Schizofreni. Läkemedel, patientens delaktighet o vårdens organisation (2012), nr 501-68
-ex Diagn o uppföljn förstämm-syndrom (2012), 501-67
-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 Antibiotikaproylax, 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 Intensiv 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

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

Sockerlösning verkar lindra vid stick på spädbarn

Spädbarn som är för tidigt födda eller sjuka utsätts för täta prover och injektioner. Enligt två systematiska översikter som SBU har granskat blir barnet lugnare om det först får smaka en sockerlösning. Men det är oklart om metoden används utanför neonatalvården.

Nyfödda och små barn som är sjuka eller har fötts för tidigt kan behöva utsättas för prov-

tagning och injektioner. Det kan innebära många smärtsamma stick, till exempel hälsstick, injektioner och venpunktioner. För en del barn rör det sig om ett tiotal ingrepp varje dag.

Att strax före sticket ge lite sockerlösning i barnets mun, till exempel druvsocker (glukos) eller rörsocker (sackaros), är en säker och effektiv metod för att lindra smärtan vid provtagning eller injektioner

på barn upp till ett års ålder. Då gråter barnen mer sällan och kortare tid.

Den slutsatsen dras i två systematiska litteraturoversikter som SBU kommenterar, varav den ena kommer från Cochrane Library. Sammanlagt ingick 45 kontrollerade studier.

Effekten av sockerlösning är allra tydligast hos spädbarn som är yngre än en månad. Svårigheten att skatta smärta hos så små barn diskuteras dock inte i översikterna, påpekar SBU. Det behövs också mer forskning om effektivaste dos och tidpunkt.

I dag används ofta sockerlösning inom neonatalvården, enligt internationella och svenska riktlinjer. Däremot är det inte känt om metoden används inom BB- och barnhälsovård, öron-näsa-halsvård, akutvård och primärvård. [RL]

Läs SBU:s kommentar på www.sbu.se. De systematiska översikter som kommenteras är: Stevens B, et al. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD001069.

Harrison D, et al. Efficacy of sweet solutions for analgesia in infants between 1 and 12 months of age: a systematic review. Arch Dis Child 2010;95:406-13.



UIC/Getty

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

SBU-RAPPORTER 2006–2012

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

-ex Schizofreni. Läkemedel, patientens delaktighet o vårdens organisation (2012), nr 213, 250 kr
-ex Diagnostik och uppföljning av förstärknings-syndrom (2012), nr 212, 250 kr
-ex Implanteringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården (2012), nr 211, 150 kr
-ex Arbetets betydelse f besvär och sjukdom: Nacken och övre rörelseapp (2012), nr 210, 250 kr
-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 Måttligt 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 mjöl med folsyra (2007), nr 183, 125 kr
-ex Met f fatt 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

Se www.sbu.se för publikationer från SBU

Alert, SBU Kommenterar 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).