

nr 3-4/2013

information från SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering

MEDICINSK VETENSKAP & PRAXIS

NYA RAPPORTER Mat vid fetma | 4 Psykologisk behandling via internet | 7
Akutvård av äldre | 8 Urininkontinens hos äldre | 10

SBU
SBU

Bana väg för det nya!

Med en begränsad budget för sjukvård måste ineffektiva rutiner mönstras ut för att ge plats åt bättre alternativ. Problemet är att det kan vara lättare att lägga till en ny metod än att ta bort en etablerad.

Att ändra på vårdrutiner som har hunnit bli etablerade kan vara svårt. Tänkbara orsaker har undersökts i sociologisk och psykologisk forskning. Sociologer har till exempel beskrivit organisationers tröghet och att förändringar sker först när hela organisationen har accepterat en ny modell. Psykologer har å sin sida undersökt motstånd mot förändring som ett kognitivt och emotionellt fenomen. Vi håller fast vid det vi har, för vi vet inte vad vi får.

Cary Cooper, professor i organisationspsykologi och hälsa vid Lancaster University, Storbritannien, menar att utmaningen ligger i att flytta uppmärk-

Scott Markwitz

SBU – KUNSKAPSCENTRUM FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Utmönstring | 1 Mat vid fetma | 4 Nätterapi vid ångest och depression | 7
Akutvård av äldre | 8 Obduktioner | 9 Urininkontinens | 10 Non-inferiority | 12
Vårdfektioner | 14 Silverförband | 14 Operationsrobot | 16

Bifyndens förbannelse

Lägg ett fyrtiotal symptomfria individer i en magnetkamera och undersök deras hjärna, så kommer en av dem att ha en patologisk förändring. Inget småkrafts, utan en tumör, en cista, en kärlförändring, en inflammation, en tyst hjärninfarkt eller så. Därmed inte sagt att personen i fråga någonsin skulle ha märkt av förändringen, än mindre levt ett sämre eller kortare liv. Sannolikt inte. Men ändå.

Jaha, och? säger du. Vilken normalt funktionsförmåga som känner sig frisk skulle propa på att få läggas i en trång magnetkamera? Man tittar väl hellre på teve eller kollar mobilen eller tar en promenad. Eller äter en korv. Det är väl inget problem?

Jo, tyvärr är det ett problem, ett växande och rätt knivigt sådant, påpekar många röntgenspecialister. Ju bättre metoder vi får att avbilda kroppen, och ju skarpare bild vi får, desto fler konstigheter får vi syn på – i förbifarten, när vi undersöks i något annat syfte. Det handlar alltså om bifynd som faktiskt skulle kunna påverka hälsan och som därför inte bara kan ignoreras.

En färsk skotsk undersökning (Sandema EM, et al, 2013) med magnetkamera av skallen hos 700 symptomfria sjuttioåringar visade patologiska fynd hos så många som en tredjedel. Fynden ledde till nio icke-akuta remisser och en akutremiss. I viss mån gäller problemet även yngre. Enligt en systematisk översikt av studier som omfattade totalt 20 000 yngre och medelålders deltagare (Morris Z, et al, 2009), hittades en sådan förändring i hjärnan hos 3 procent av alla undersökta och symptomfria personer.

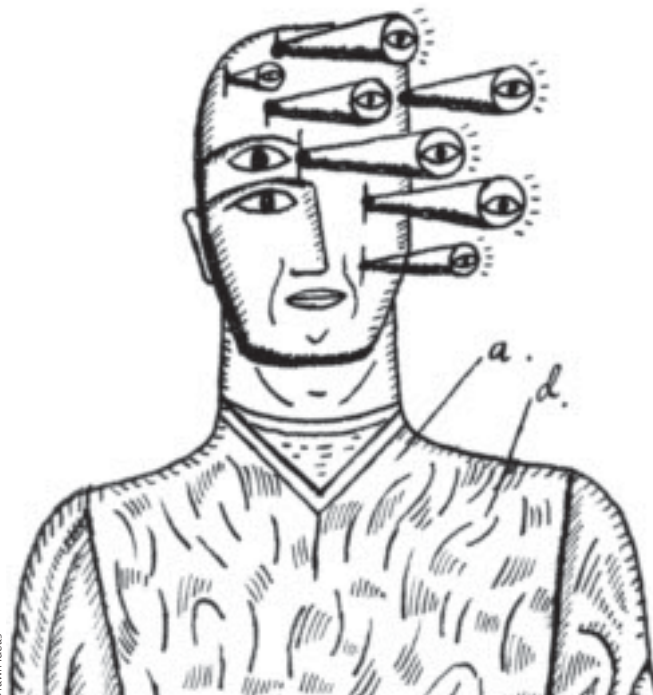
Tidigare i år ställde kirurgen Åke Andrén-Sandberg och radiologen Peter Aspelin problemet på sin spets i *Läkartidningen*. Ju bättre avbildningsteknik vi får, skriver de, desto fler blir bifynden vid kliniska undersökningar och vid screening. För en liten andel av alla som har ett bifynd, är detta första stadiet i en allvarligare sjukdomsbild, och ingen vet vilka som kommer att drabbas. Alla har rätt att få besked om fynden och kan behöva gå på kontroller. Läkare och patienter är därmed på väg mot en ohållbar situation, enligt författarna: "Antingen finner vi potentiellt premaligna tillstånd utan att vidta åtgärder eller så belastar vi sjukvårdsapparaten med utredningar och uppföljningar 'för säkerhets skull'". Författarna väcker prioriteringsfrågan. Har vi råd att följa upp alla sådana fynd med regelbundna kontroller – till exempel cystor i bukspottkörteln som råkar upptäckas vid datortomografi av buken?

Det principiella problemet med bifynd är egentligen inte nytt, och gäller inte alls bara bilddiagnostik. Beställer man ett stort batteri av blodanalyser – ett slags ospecifik screening – så kommer alltid ett antal provsvar att vara avvikande. Något av dessa kanske inte är slumpmässigt utan tyder på en underliggande sjukdom och borde utredas.

Enligt den grekiska myten var det nyfikenheten som drev Pandora att öppna sin ask och släppa ut eländet. När det gäller sjukvård är det annat som driver på, som förfinad teknik och högst vällovliga ambitioner. Vi kan inte lägga locket på, men vi kan tänka efter.



RAGNAR LEVI, REDAKTÖR



Drawn Ideas

samheten från det gamla till det nya.

MÅSTE GÖRA PLATS

– I stället för att lägga tonvikten på att inarbetade rutiner tas bort, skulle vi tänka mer på att vi faktiskt måste göra plats för bättre metoder som borde ersätta de gamla, betonar han.

Det handlar om att hushålla, men det kallas internationellt för *disinvestment*, när vården slutar att utföra en åtgärd för att frigöra resurser som kan användas till något bättre.

Själva begreppet *disinvestment* är problematiskt, anser Cary Cooper, eftersom det leder tankarna till att enbart skära ner och göra sig av med något. Men att flytta resurser till de åtgärder som gör störst nytta, individuellt och kollektivt, är egentligen inte att skära ner.

– Vi behöver positiva förebilder när det gäller att omfördela vårdens resurser, och inte bara tala om att något tas bort, påpekar Cooper.

– Det är självklart att om vi ska förbättra vården med nya metoder utan att de sammanlagda utgifterna ökar, så måste vi samtidigt monstra ut de sämre alternativen. Att då

enbart lägga fokus på det som tas bort är inte rimligt.

Ibland är det inte en behandling eller diagnosmetod i sig som är ineffektiv, utan dess användningsområde – den kanske används för mycket eller på fel sätt. Teknologin i fråga platsar kanske i vården men den ska användas på ett annat sätt. Det som borde ändras är indikationen, motiven.

PÅVERKADE PRAXIS

SBU:s utvärderingar är en viktig utgångspunkt. Redan SBU:s allra första rapport, en utvärdering av rutiner före planerade operationer, visade att det inte är till nytta att rutinmässigt göra röntgenundersökningar av hjärta och lungor, och inte heller EKG eller kliniskt kemiska undersökningar, av friska personer utan tidigare relevanta sjukdomar. Slutsatserna av den rapporten påverkade snabbt praxis och innebar direkta besparingar på cirka 235 miljoner kronor per år för hälso- och sjukvården.

Att gå från en systematisk litteraturoversikt till att avråda från användning är inte alltid helt lätt. Nyligen undersökte ansvariga vid NICE, Storbri-

tannien, hur Cochrane-översikter skulle kunna användas för att hitta ineffektiva åtgärder som kanske borde upphöra, till förmån för andra insatser. Men slutsatsen blev att steget ofta är långt från en Cochrane-översikt till sådana konkreta beslut. Trots britternas ansträngningar har hittills mycket få metoder ens föreslagits för utmönstring.

BÖR AVSTÅ

Sverige har dock inte haft brist på förslag. Till exempel har Socialstyrelsens nationella riktlinjer angett åtgärder som sjukvården och socialtjänsten helt bör avstå från, därför att de bedöms sakna effekt eller kan medföra risker för patienten. Bara i riktlinjerna om rörelseorganens sjukdomar listas 47 sådana "icke-göra"-rekommendationer.

Också flera landsting har genom prioriteringar försökt åstadkomma att vissa metoder tas bort. Genomslaget har varierat.

Även SBU undersöker nu hur vetenskapliga utvärderingar av vårdens metoder kan

användas systematiskt som stöd för prioriteringar – en ordnad utmönstring av bevisat ineffektiva eller skadliga åtgärder till förmån för effektiva metoder. Ett tänkbart scenario är också att vården väljer att vänta med att införa en ny metod där nyttan och riskerna är oklara samtidigt som kostnaden är hög.

Projektet samordnas av Pernilla Östlund på SBU.

– Vi prövar att utgå från tre kunskapsunderlag: kortisoninjektioner vid tennisarmbåge, som är dokumenterat skadligt på längre sikt; regelbundet byte av perifer venkateter, som inte är bättre än att byta på klinisk indikation, samt titthålskirurgi vid artros i knät, som har visats sakna effekt och som leder till stora kostnader.

RÄCKA LÄNGRE

– Meningen med en ordnad utmönstring är att hjälpas åt att få vårdens resurser att räcka längre, samtidigt som kvaliteten behålls eller blir bättre, säger Pernilla Östlund.

Just kopplingen mel-

lan ordnad utmönstring och ordnat införande av metoder i vården är en pedagogisk nyckelfråga, det anser också Harald Gyllensvärd, hälsoekonom på SBU.

– Om alla beslut om utmönstring åtföljdes av konkreta förslag till alternativ användning av resurserna, skulle de nog lättare få gehör, säger han.

MÅSTE DRIVA

Att avstå från de mindre effektiva och sämre underbyggda metoderna kan uppfattas som snålt och oglamoröst. Ordföranden i SBU:s nämnd, professor Nina Rehnqvist, betonar att vårdens verksamhetsansvariga trots detta måste driva frågan.

– Visst, det känns kanske mindre glassigt att utmönstra än att införa. Men det ena är ju en förutsättning för det andra, säger hon.

– Om inte verksamhetsansvariga i vården frigör resurser, så räcker de inte till riktigt effektiva nyheter. [RL]

Lästips

Cooper C. Disinvestment in health care. *BMJ* 2010;340:c1413

Garner S, et al. Reducing ineffective practice: challenges ... *J Health Serv Res Policy* 2013;18:6–12

Henshall C, et al. Using health technology assessment to support optimal use of technologies... *Int J Technol Assess Health Care* 2012;28:203–10

SBU. Kortikosteroidinjektioner vid tennisarmbåge (lateral epikondylit). SBU Kommentarer, 2012. Se www.sbu.se/tennisarmbage

SBU. Perifer venkateter (PVK) – regelbundet byte eller byte vid klinisk indikation? SBU Kommentarer, 2013. Se www.sbu.se/2013_02

Socialstyrelsen. Robotassisterad laparoskopisk kirurgi i Sverige. Utbredning, omfattning och tillämpning. Stockholm: Socialstyrelsen, 2013.

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar (2012). <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerforrorelseorganenssjukdomar/sokiriktlinjerna/artrosikna>

TRE METODER SOM HAR IFRÅGASATTS

Kortisoninjektioner vid tennisarmbåge

En systematisk litteraturöversikt som SBU har granskat visar att injektioner av kortikosteroider visserligen minskar smärtan och förbättrar funktionen på kort sikt. Men efter några månader, och även efter något år, ses tvärtom en påtaglig försämring jämfört med annan behandling eller ingen behandling alls. Den skadliga effekten på lång sikt är inte särskilt uppmärksamman i klinisk rutin.

Regelbundet byte av perifer venkateter

Enligt Vårdhandboken ska en perifer venkateter (PVK) ligga inne kortast möjliga tid och bytas var 48–72 timme. Men enligt en Cochrane-översikt spelar det ingen roll för förekomst av ytliga blodproppar med inflammation (tromboflebit), bakterier i blodet eller lokala infektioner om man byter med intervall på 72–96 timmar) eller på klinisk indikation. Katetern täpps till oftare, men resurserna används bättre och nålsticken blir färre.

Titthålskirurgi vid artros i knät

Ingreppet innebär att knäleden spolats igenom med koksaltlösning samtidigt som lösa och förändrade delar av menisk och ledbrosk avlägsnas. Men detta gör enligt Socialstyrelsen inte större nytta än placebo. Man anger att andra åtgärder som har större effekt vid artros i knäet bör användas i första hand. Rekommendationen att avstå från titthålsoperationen bygger på systematiska översikter och randomiserade studier.



Image source

UR SBU:S SLUTSATSER | MAT VID FETMA

SBU:s litteraturoversikt handlar om råd om mat i vardagen för personer med fetma. Att utvärdera metoder för att förmedla kostråden ingick inte i uppdraget.

Slutsatserna gäller för samband mellan mat och vikt, sjuklighet eller dödlighet hos personer med fetma (definierat som BMI ≥ 30 kg/m² eller midjeomfång ≥ 102 cm eller ≥ 88 cm för män resp kvinnor).

4 ■

► På kort sikt (sex månader) är råd om strikt eller måttlig lågkolhydratkost mer effektivt för viktnedgång än råd om lågfettkost. På lång sikt finns inga avgörande skillnader i effekt på viktnedgång mellan råd om strikt och måttlig lågkolhydratkost, lågfettkost, högproteinkost, medelhavskost, kost inriktad på låg glykemisk belastning eller kost med hög andel enkelomättade

fetter. Råd om högre intag av mejeriprodukter (i första hand mjölk) eller minskat intag av söta drycker kan leda till viktnedgång.

► Bland barn och ungdomar med fetma kan råd om högre intag av mejeriprodukter (i första hand mjölk) leda till viktnedgång. I övrigt är det vetenskapliga underlaget otillräckligt för att bedöma om de kostråd

som är effektiva för vuxna med fetma också är effektiva för personer under 18 år.

► Efter att personer med fetma har gått ner i vikt kan de behålla sin vikt bättre med råd om lågfettkost med lågt glykemiskt index och/eller högt proteininnehåll än med lågfettkost med högt glykemiskt index och/eller lågt proteininnehåll. Det saknas underlag för

SBU VETENSKAP & PRAXIS 3–4/2013

FETMA

Egna önskemål kan få vägleda vårdens kostråd vid fetma

Hur sjukligheten hos personer med fetma påverkas av olika kostråd är till stora delar okänt. Men råd om medelhavskost är bättre än råd om lågfettkost när det gäller hjärt-kärlhälsa. Flera slags kostråd kan leda till att feta personer minskar i vikt eller midjeomfång. Långsiktigt är råden likvärdiga för vikten, men på kort sikt ger råd om lågkolhydratkost större vikttnedgång än råd om fettsnål kost.

Inom hälso- och sjukvården går åsikterna isär om vilka kostråd som är bäst för personer med fetma. SBU:s granskning av den samlade forskningen visar att flera slags råd kan ge vikttnedgång. När det gäller att förebygga hjärt-kärlsjukdom är intensiv rådgivning om medelhavskost bättre än råd om lågfettkost.

Långsiktigt är råd om lågkolhydrat-, lågfett- och högproteinrik kost likvärdiga för vikten. Eftersom många människor har svårt att följa kostråd under en längre tid,

kan det därför finnas motiv för ett brett utbud av alternativa råd som kan anpassas till individens önskemål.

LÅGKOLHYDRATKOST

Råd om strikt eller måttlig lågkolhydratkost ger bättre effekt under det första halvåret än råd om lågfettkost. Studierna visar inga negativa effekter på blodfetter förutsatt att vikten fortsatt är lägre.

I dag får personer med fetma ganska ofta råd om mat med lågt fettinnehåll, lågt glykemiskt index, måttlig

lågkolhydratkost och medelhavskost. Däremot ger vården sällan råd om strikt lågkolhydratkost.

I vilken grad som fett i lågkolhydratkosten bör vara mättat eller inte, framgår inte av de studier som SBU har granskat. Om en försiktighetsprincip tillämpas kan råd om lågkolhydratkost innefatta att hålla igen på mättat fett, så länge dokumentationen om de långsiktiga effekterna är så ringa.

Eftersom högt intag av mättat fett anses medföra risk

Om rapporten

Mat vid fetma – en systematisk litteraturoversikt (2013). Projektledare SBU: Jonas Lindblom. Ordförande: Nina Rehnqvist, rehnqvist@sbu.se. Kontaktperson: Måns Rosén, rosen@sbu.se

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

att bedöma om även råd om till exempel lågkolhydratkost och medelhavskost är effektiva för att förebygga viktuppgång efter viktminskning.

► För personer med fetma leder intensiv rådgivning om medelhavskost (med extra olivolja eller nötter och mandel) till lägre risk för insjuknande eller död i hjärt-kärlsjukdom jämfört med råd om lågfettkost. De

som dricker mycket kaffe har också lägre dödlighet oavsett orsak.

► Personer med fetma löper kraftigt ökad risk för diabetes. Risken att insjukna i diabetes är lägre hos dem som dricker alkohol och hos dem som dricker mycket kaffe, men den är högre hos dem som dricker söta drycker. Däremot leder inte råd om lågfettkost till mins-

kad risk att insjukna i diabetes jämfört med råd om en kost med standardinnehåll av fett, bland kvinnor med fetma som har passerat sista menstruation (menopaus).

► Det går inte att bedöma om andra typer av kost eller dryck har betydelse för sjuklighet eller dödlighet hos personer med fetma. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.

Underlaget är också otillräckligt för att bedöma effekten av följande studerade livsmedel på dödlighet, sjuklighet eller viktminskning hos personer med fetma: frukt, grönsaker, fullkornsprodukter, baljväxter, potatis, sojaprodukter, kött och charkuteriprodukter.



Tim Platt

för hjärt-kärlsjukdom har frågan väckts om lågkolhydratkost med tiden skulle kunna öka risken för till exempel kranskärlssjukdom och stroke. Än så länge kan inte forskningen ge något tydligt svar. Det saknas studier av de långsiktiga effekterna på sjuklighet och dödlighet hos personer med fetma. Men många undersökningar är på gång, och om några år kommer det att finnas bättre kunskap om säkerheten på sikt.

MINSKA SÖTA DRYCKER

Den samlade forskningen ger viss ledning om råd till personer med fetma när det gäller dryck. Att minska på söta drycker leder till viktminskning. Däremot finns det inte tillräckligt vetenskapligt underlag för att avgöra om det är bra för vikten att dricka stora mängder vatten, något som ofta påstås.

Personer med fetma löper kraftigt ökad risk för diabetes. Både kaffe och alkohol har ett dossamband med minskad diabetesrisk vid fetma. Det finns skäl att inte avråda personer med fetma från kaffe eller alkohol.

ANPASSADE RÅD

Samtidigt behöver råd som gäller alkohol nyanseras och anpassas till individen. Energiinnehållet i alkoholdrycker måste vägas in. Vissa personer kan behöva avstå från alkohol av andra skäl, till exempel vid graviditet, riskbruk eller ärftlighet för alkoholism. Hos några finns risk för våldshandlingar och andra psykosociala problem.

Värdet av att skraddarsy kostråd överlag är dåligt studerat. Men det rimliga är att individens erfarenheter och

preferenser beaktas i rådgivningen. Personer med fetma som söker hjälp för sina viktproblem har ofta försökt gå ner i vikt åtskilliga gånger i sitt vuxna liv. Därför kan det vara viktigt att vården tar del av individens egna erfarenheter. Vilka metoder har man provat, hur länge och med vilket resultat? Att än en gång använda en metod som tidigare misslyckats är knappast meningsfullt; då kan det vara rimligare att pröva en annan ansats.

MÅNGA BRYTER

Ofta följs inte de kostråd som vården har gett. Individen kan vara dåligt motiverad, frustrerad över att vikten inte minskar eller tycka att den nya kosten av olika skäl inte passar – den känns inte aptitlig, man mår sämre, matvarorna är dyrare eller svåra att få tag på, eller den nya kosten avviker för mycket från det som man är van vid.

Priset är en av de faktorer som påverkar våra matinköp. Eftersom fetma är vanligare hos personer med sämre ekonomiska förutsättningar, kan det vara problematiskt om de kostråd som ges innebär att matkontot ökar. Enligt SBU:s beräkningar är till exempel lågkolhydratkost dyrare än lågfettkost.

SÄMRE LÄGE

Fetma har blivit vanligt, särskilt i grupper som har ett sämre socialt och ekonomiskt läge. I Sverige är självrapporterad fetma mer än dubbelt så vanligt hos personer med kort utbildning som hos dem med lång utbildning, 17 procent respektive 8 procent hos kvinnor och 16 respektive 7 procent hos män år 2011. Enligt

Statistiska centralbyrån, SCB, är självrapporterad fetma även vanligare hos arbetslösa än hos yrkesarbetande, hos arbetare än hos mellan- och högre tjänstemän och hos personer med små marginaler för oförutsedda utgifter.

DUBBLERING

Totalt sett har förekomsten av fetma bland vuxna i Sverige mer än fördubblats sedan 1980-talet. De senaste uppgifterna tyder heller inte på att trenden skulle ha klingat av. Liknande trender ses hos barn, även om vissa studier tyder på att förekomsten av barnfetma har planat ut under senare år.

En kost som har diskuterats mycket på senare tid är den så kallade 5:2-dieten, där man drar ner kraftigt på energiintaget ett par dagar i veckan men äter som vanligt de övriga dagarna. Syftet är att det sammantagna intaget av energiska bli lägre, förutsatt att man inte äter mer än vanligt de dagar som man inte fastar. Principerna för 5:2 går att kombinera med vilken som helst av de koster som SBU har granskat.

SBU har inte funnit några långtidsstudier av 5:2-dieten som avser personer med fetma och som uppfyller samma krav som övriga studier i rapporten. [RL]

Kniv eller kamera för obduktion?

Hur väl står sig vanlig obduktion mot modern bild-diagnostik, så kallad virtuell obduktion? Den frågan undersöker SBU i en pågående utvärdering av klinisk och rättsmedicinsk tillämpning.

Kan undersökning med datortomografi, magnetkamera, ultraljud eller vanlig röntgen komplettera eller kanske ersätta vanlig obduktion – och i så fall när? Hur tillförlitliga blir svaren, och vilka för- och nackdelar innebär bilddiagnostik jämfört med obduktion?

Det är frågor som SBU just nu granskar genom att systematiskt samla in, sovra, väga ihop och analysera all tillgänglig forskning på området.

Utvärderingen handlar både om klinisk obduktion, som görs av en klinisk patolog vid ett sjukhus, och rättsmedicinsk obduktion. Denna sker på uppdrag av polisen när en person har dött efter (miss-

tänkt) yttre påverkan, som skada eller förgiftning, eller under oklara omständigheter. Obduktionen genomförs då av en rättsmedicinare.

STÖRST ERFARENHET

Länder som Japan, Schweiz och Storbritannien har störst erfarenhet av att använda bild-diagnostik på avlidna. I Sverige är det främst rättsmedicinen som har använt sådan teknik som komplement eller alternativ till vanliga obduktioner. Fortfarande är det bara 5 procent av de rättsmedicinska undersökningarna i landet som kompletteras med bild-diagnostik. Vid klinisk obduktion används metoderna ytterst sällan.

På senare år har tekniken utvecklats, och i dag är det möjligt att få fram fullskaliga, tredimensionella bilder av hela kroppen eller ett organ. I dag betraktas dock metoderna som komplement till vanlig obduktion, inte som ersättning.

Förr var obduktion vanligt, men andelen obducerade har minskat drastiskt – från hälften av alla avlidna på 1970-talet till 12 procent år 2011. Och detta kan vara ett problem. Syftet med kliniska obduktioner är inte bara att fastställa dödsorsak, utan dessa utförs också enligt lag för att få viktig kunskap om sjukdom och behandling hos de avlidna, eller för att se om de har skador eller sjukliga förändringar. Korrekta dödsorsaksuppgifter är viktigt eftersom dödsorsaksregistret utgör ett underlag för insatser inom hälso- och sjukvården.

KAN DRABBA PATIENTER

Att allt färre obduceras skulle alltså kunna drabba patienterna. Därför undersöker SBU om bilddiagnostik skulle kunna förbättra situationen.

SBU:s utvärdering omfattar alla åldergrupper och beräknas bli klar under våren 2014. [RL]

Om projektet

Bilddiagnostik vid undersökning av avlidna – "virtuell obduktion". Projektledare SBU: Malin Höistad, hoistad@sbu.se. Se även www.sbu.se



ThinkStock

EXEMPEL PÅ SBU-PROJEKT

ANTIBIOTIKA VID BORRELIA

Kontakt: mejare@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: sommar 2014

AROMATSHÄMMARE VID TIDIG BRÖSTCANCER

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

BEDÖMNING AV SUICIDRISK

Kontakt: odeberg@sbu.se
Planerad publ: vinter 2015

BILDDIAGNOSTIK PROSTATACANCER

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

BIPOLÄR SJUKDOM

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

DEPRESSION HOS ÄLDRE

Kontakt: ulf.jonsson@sbu.se
Planerad publ: vinter 2014/15

DIABETES – INSULINPUMP

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

DYSLEXI

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

FÖREBYGGA MISSBRUK HOS BARN & UNGA

Kontakt: pettersson@sbu.se
Planerad publ: 2017

INDIKATORER FÖR ÄLDRES LÄKEMEDELSANVÄNDNING

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

SVÅRLÄKTA SÅR HOS ÄLDRE

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

UNDERNUTRITION HOS ÄLDRE

Kontakt: anttila@sbu.se
Planerad publ: vinter 2014

VIRTUELL OBDUKTION

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

AKUT & ÄLDRE

Särskilda akutteam är bättre för äldre och sköra än vanlig akutvård

Bättre akutvård av äldre är en nyckelfråga i vården. Tvärprofessionella geriatriskteam som sköter akutvård innebär fördelar för patienterna, enligt en aktuell utvärdering från SBU.

När vården och omhändertagandet av äldre struktureras, fungerar de bättre än vanlig vård – under förutsättning att ett tvärprofessionellt team inte bara svarar för en akut bedömning utan också har det direkta patientansvaret i den fortsatta vården.

Det visar SBU:s granskning av forskningen om en modell som på engelska kallas *comprehensive geriatric assessment*, CGA. Någon etablerad svensk benämning finns inte trots att modellen beskrevs redan 1946.

Med det här arbetssättet

får den äldre bättre grundläggande personlig funktionsförmåga än med vanlig vård. Möjligheterna att bo kvar i eget hem efter sjukhusvisiten blir också bättre. Det strukturerade arbetssättet är lika bra eller bättre än vanlig vård när det gäller att undvika återinläggning, och lika bra som vanlig vård när det gäller den äldres förmåga till mer komplexa vardagliga sysslor. Däremot är det ingen skillnad i fråga om dödlighet.

ALLSIDIG BEDÖMNING

Vårdtillfället inleds med en allsidig geriatrisk bedömning av ett team med läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och ibland även andra. Syftet är att vårdens åtgärder och uppföljning ska bygga på en helhetsbedömning – inte enbart på det medicinska läget.

Man beskriver patientens hälsohistoria, funktionsförmåga, kognitiva och psykiska tillstånd samt mun- och nutritionsstatus. Patientens egna erfarenheter och upplevelser ska helst också tas

med redan från början, innan åtgärder och uppföljning planeras.

Metoden kräver återkommande uppföljningar och regelbundna teamkonferenser, något som kan vara tidskrävande beroende på hur komplicerad patientens situation är.

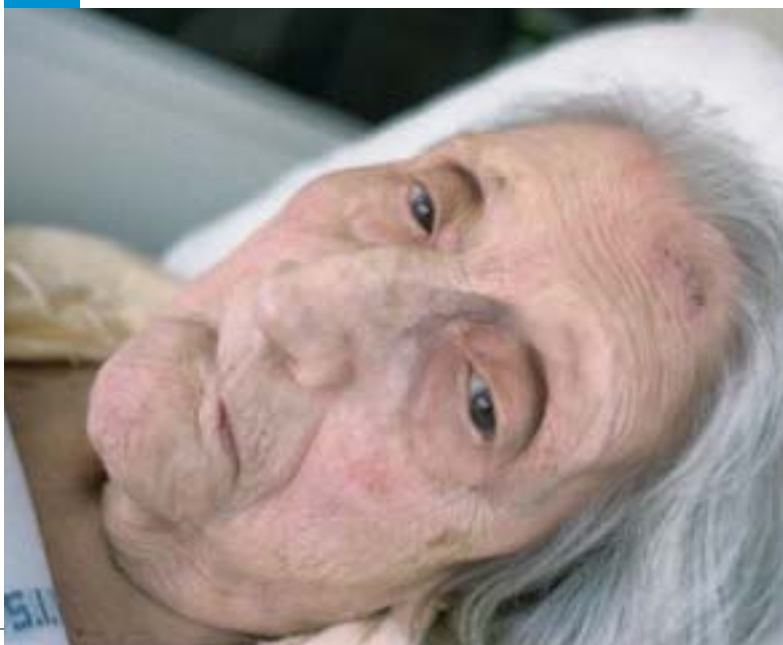
KOSTNADEFFEKTIVT

SBU:s egna analyser tyder på att integrerad CGA till en början innebär en ökad kostnad men att modellen kan vara kostnadseffektiv på lång sikt.

Patienter över 65 år står för mer än 40 procent av alla besök på sjukhusens akutmottagningar och i många fall måste den äldre stanna kvar på sjukhuset. Runt om i landet har olika modeller prövats för att förbättra omhändertagandet och flödet av äldre patienter som söker akut. [RL]

Om rapporten

Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus – med fokus på sköra äldre. En systematisk litteraturoversikt (2013). Projektledare SBU: Sten Anttila, anttila@sbu.se. Ordförande: Sven Ordesson. Hela rapporten med fullständig sammanfattning finns på www.sbu.se.



Philippe Dureuil

NÄTTERAPI

Nätet bättre än väntelista för vissa med ångest eller depression

Enligt en ny SBU-rapport kan internet-KBT hjälpa vuxna som själva har valt metoden. Men det krävs mer kunskap om både för- och nackdelar med att erbjuda terapi på nätet innan detta kan anses vara ett likvärdigt alternativ.

Internetförmedlad behandling är fortfarande ganska ovanligt. Men det finns ett begränsat till måttligt vetenskapligt stöd för att kognitiv beteendeterapi (KBT) via nätet på kort sikt är bättre än att stå på väntelista. Slutsatsen gäller vuxna som själva har sökt sig till nätbehandling och som har mild till måttlig egentlig depression, social fobi, paniksyndrom eller generaliserat ångestsyndrom.

Däremot går det inte att jämföra effekten av nät-KBT med vanlig KBT i grupp eller individuellt. Faktaunderlaget räcker inte.

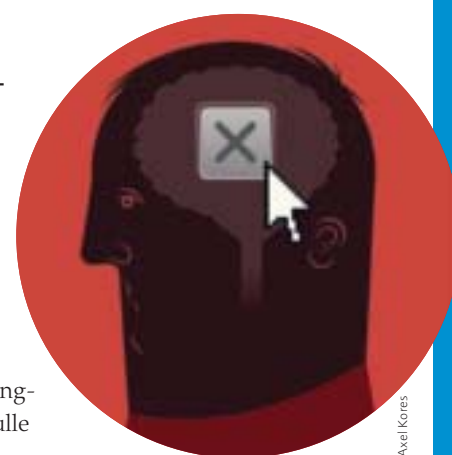
I studierna hade deltagarna stöd av en kliniskt utbildad kontaktperson. Det är oklart hur effekten och patientsäkerheten skulle bli utan detta stöd eller med annat stöd.

BARN OCH UNGDOM

SBU framhåller att det råder anmärkningsvärd brist på bra studier av nätterapi för barn och ungdomar med ångest eller depression. Besvären börjar ofta i barndomen eller tonåren, och många får ingen behandling alls i dag. Dessutom skulle kanske nätterapi kunna nå barn och ungdomar

som inte kommer till vården. Förutom att undersöka nytta och risker, är det viktigt att studera om behandlingen når barn och ungdomar som annars inte skulle få vård, enligt rapporten.

Deltagarna i de studier som finns har ofta rekryterats via annonser, och många har högre utbildning. Därför är det oklart om resultaten är allmängiltiga. En annan brist i studierna är att de inte mätt om behandlingen har effekt på individens funktion och aktivitet i vardagsliv och arbete. [RL]



Axel Köres

Om rapporten

Internetförmedlad psykologisk behandling vid ångest- och förstärkningsyndrom (2013). Projektledare SBU: Ulf Jonsson, ulf.jonsson@sbu.se. Hela rapporten med fullständig sammanfattning finns på www.sbu.se.

UR SBU:S SLUTSATSER | NÄTTERAPI VID ÅNGEST, DEPRESSION

- ▶ Det är inte klarlagt om psykologisk behandling via internet är likvärdigt med terapeutledd behandling.
- ▶ Internetförmedlad KBT, med stöd av behandlare, minskar symtom hos vuxna personer som har social fobi eller lindrig till måttlig egentlig depression och som själva efterfrågat denna behandlingsform. Det finns ett visst stöd för att detta gäller även vid paniksyndrom och generaliserat ångestsyndrom.

SBU VETENSKAP & PRAXIS 3–4/2013

De flesta studier har jämfört med enbart väntelista och har kort uppföljningstid. För att bedöma effekten på längre sikt behövs fler studier.

- ▶ I rådande kunskapsläge kan internetförmedlad KBT med behandlarstöd övervägas som en del av ett bredare utbud av psykologiska metoder vid dessa tillstånd och för patienter som är motiverade och efterfrågar denna behandlingsform.

- ▶ Behandlingskostnaderna är sannolikt lägre på kort sikt för internetförmedlad KBT än för KBT i grupp eller individuellt. Men eftersom effekterna inte har jämförts tillräckligt, går det inte att bedöma vilket alternativ som är kostnadseffektivt.
- ▶ Det är viktigt att undersöka om behandlingen kan nå personer som har behov av vård men som i dag inte behandlas inom sedvanlig hälso- och sjukvård. Det är dessutom

viktigt att ta reda på i vilken omfattning som internetförmedlad behandling efterfrågas av patienterna.

- ▶ Bättre underlag behövs bl a för slutsatser om effekten för barn och ungdomar, jämförelse med annan psykologisk behandling, lämplighet i olika undergrupper av patienter samt om eventuella risker.

URINLÄCKAGE

Träning, närmiljö och hjälp till toa kan minska läckage hos sköra äldre

Beroende på typ av urininkontinens kan läckaget minska med bäckenbotten-träning, operation med så kallad slyngplastik eller läkemedel. Att träna uppmärksamhet, gång och toalettbesök kan minska antalet läckage hos sköra äldre.

Personer som inte kan gå på toaletten själva, till exempel de allra sköraste äldre som har svårt att röra sig, kan läcka urin. Men även enkla åtgärder kan ha effekt. Hos sköra äldre kan uppmärksamhetsträning, gångträning och toalettträning minska antalet urinläckage, visar SBU:s granskning av forskningen på området.

För äldre personer som har ansträngningsinkontinens men som i övrigt är ganska friska hjälper bäckenbotten-träning i kombination med fysisk träning. Hur många som erbjuds sådan behandling i dag är inte känt.

En annan metod som kan ha effekt vid ansträngningsinkontinens är operation där ett plastnät läggs in runt urinröret (slyngplastik). Även mycket gamla personer kan opereras – ålder är inget skäl att avstå från ingreppet, även om effekten kan vara lite sämre än hos yngre. Komplikationer förekommer i olika utsträckning i olika studier men är som regel lindriga. Vissa data talar för att äldre oftare än yngre drabbas av nya trängningsbesvär efter ingreppet, men det vetenskapliga underlaget är begränsat.

RISK FÖR BIVERKNINGAR

Vid trängningsinkontinens har så kallade antikolinerga läkemedel positiva effekter mot urininkontinens och minskar antalet läckage något, men risken för biverkningar hos äldre måste alltid vägas in. Hit hör muntorrhet,

förstoppning och störning av kognitiva funktioner*. Biverkningsrisken är påtaglig hos äldre personer som har flera hälsoproblem samtidigt och annan pågående läkemedelsbehandling.

SAMVERKANDE

Urininkontinens kan bero på en rad olika medicinska orsaker, och särskilt hos de allra sköraste äldre rör det sig ofta om samverkande faktorer. Utredning är grunden för en effektiv behandling.

Läkemedel prövas ibland även för sköra äldre men det råder brist på studier – effekten av läkemedel har inte studerats tillräckligt för att balansen mellan nytta och risker i den här gruppen ska kunna bedömas.

Vid ren ansträngningsinkontinens hos äldre kvinnor kan läkemedlet duloxetine minska antalet läckage, men biverkningar är mycket vanliga. Dessutom saknas det studier som jämför denna medicinering med bäckenbotten-träning som är den rekommenderade grundläggande behandlingen vid ansträngnings- och blandinkontinens.

SBU:S SLUTSATSER | INKONTINENS HOS ÄLDRE OCH SKÖRA ÄLDRE

- ▶ Ålder är inget hinder för behandling av urininkontinens. Det är viktigt att erbjuda dokumenterat effektiv behandling även till äldre.
- ▶ Utredning av urininkontinens är grunden för effektiv behandling. Beror på typ av läckage, har urininkontinens hos äldre visats minska med hjälp av bäckenbottenträning, operation där ett plastnät läggs in runt urinröret (slyngplastik) samt läkemedel som har så kallad antikolinerg effekt. Effekten av dessa läkemedel är begränsad och risken för biverkningar (t ex försämrad tanke- och minnesförmåga, förstoppning och muntorrhet) måste beaktas. Biverkningar av operationen förekommer också.
- ▶ Det är sannolikt att basal omvårdnad för sköra äldre är viktigt för att påverka urininkontinens, men det saknas i stor utsträckning vetenskapliga studier. Exempel på grundläggande åtgärder som kan vara av värde är uppmärksamhets- och fysisk träning, hjälp till toaletten och fysisk träning vid gång.
- ▶ Det saknas vetenskapliga studier av tillräcklig kvalitet för att bedöma metodernas kostnadseffektivitet.
- ▶ Forskning om förebyggande, lindrande eller botande åtgärder är mycket sparsam. Det finns ett stort behov av studier av god vetenskaplig kvalitet som avser åtgärder för att hjälpa sköra äldre.

Omkring var tredje person över 65 år, över en halv miljon människor i Sverige, har läckage av urin. Hur man upplever detta varierar, men ofta påverkas livskvaliteten och den vardagliga kontakten med andra människor. Många känner en ständig rädsla för att läcka, för lukt, och för att andra ska se att man läckt.

VARANNAN

Bland de personer som vårdas i hemmet av en anhörig uppges mer än varannan ha inkontinens. Närmiljön kan ha stor betydelse för effekterna av inkontinensen för personen; svårigheter att ta sig till toaletten, om det är lätt nå en toalett även på natten, möjliga hinder eller inredning som kräver stor uppmärksamhet, t ex mattor, trappor eller trånga dörrar, möjligheten till assistans.

Budskapet i rapporten är att det sällan är för sent att åtgärda urininkontinens. SBU:s genomgång av litteraturen på området visar också på ett stort behov av forskning om åtgärder som avser att hjälpa sköra äldre. [RL]

* Se SBU:s rapport om Äldres läkemedelsanvändning (2009).

SBU VETENSKAP & PRAXIS 3–4/2013

FAKTA

Trängningsinkontinens | Plötsligt påkommande svår kissnödighet, som kan variera från små skvättar till hela urinportionen, det vill säga upp till flera deciliter.

Ansträngningsinkontinens | Uppstår vid fysisk aktivitet som när man lyfter tungt, hoppar, joggar, skrattar, hostar, nyser eller reser sig från sittande eller liggande. Små skvättar urin avgår utan att man känner några trängningar. Vanligt hos kvinnor. Förekommer mer sällan hos män där symtomen i stället kan bero på överrinning. Ansträngningsinkontinens indelas i tre grader:

- Lätt: läckage vid hosta, nysning, lyft.
- Måttlig: läckage vid snabb promenad, gång i trappor.
- Svår: läckage vid byte av kroppsställning.

Blandinkontinens | Inslag av både trängnings- och ansträngningsläckage.

Överrinningsinkontinens | Uppkommer när en stor mängd urin finns i blåsan. Vanligast hos män, till exempel vid prostataförstoring. Hos kvinnor är orsaken oftast att blåsan eller bäckenbotten har opererats.

Tillfällig urininkontinens | Urininkontinens kan uppkomma tillfälligt framförallt hos äldre och kan akut försämrats när man får nya läkemedel som diuretika eller om man fått en urinvägsinfektion, luftvägsinfektion med hosta eller om man har blivit förstoppad.



Science Photo Library

Inkontinensen lindras när det primära problemet behandlats eller försvunnit.

Nattlig inkontinens | Att läcka urin på natten får naturligtvis stora konsekvenser vad gäller hygien och tvätt. Att behöva gå upp många gånger kan ge störd sömn och ge upphov till fallolyckor.

Funktionell inkontinens | Innebär att man inte hinner till toaletten i tid på grund av fysisk eller mental oförmåga.

Täta trängningar/miktationer | Innebär att man måste kissa ofta. Kan vara väl så besvärligt men innebär inte urinläckage. Dock kan behovet av att kissa ofta vara svårt handikappande och inskränka rörligheten påtagligt.

Om rapporten

Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre. En systematisk litteraturoversikt (2013). Projektleddare SBU: Jenny Odeberg, odeberg@sbu.se. Ordförande: professor Margareta Hammarström. Hela rapporten med fullständig sammanfattning finns på www.sbu.se.

Hur visa att ny behandling åtminstone inte är sämre?



Victor Habbeck/Visions

Att en ny behandling har visats vara minst lika bra som en befintlig metod är en viktig slutsats för vården. Vilka bevis krävs egentligen för så kallad non-inferiority?

Vården ställs ständigt inför olika behandlingsalternativ. Innan man ändrar en dokumenterat effektiv behandlingsstrategi, är det viktigt att det finns belägg för att den nya strategin är minst lika bra som den befintliga. Studier som påstås visa att en ny behandling är lika bra som eller bättre än en etablerad måste dock läggas upp och tolkas med försiktighet.

Ett exempel: Blåskatarr hos kvinnor brukar behandlas med antibiotika, till exempel mecillinam. Omfattande användning av antibiotika kan ju bidra till resistenta bakterier, som kan orsaka svårbehandlade infektioner. Därför är det intressant att vissa smärtlindrande och inflammationshämmande läkemedel, som ibuprofen, kanske kan påskynda läkningen utan att orsaka resistens.

LIKVÄRDIG RÄCKER

Vilka belägg ska vi kräva i valet mellan mecillinam och ibuprofen? Vi behöver inte ställa kravet att ibuprofen ska ge bättre symtomlindring, utan skulle nöja oss om effekten var likvärdig. Men att fastställa detta är ett statistiskt problem,

och missförstånd är vanligt.

Figur 1 visar resultat från två tänkta studier, A och B. A visar att andelen symptomfria kvinnor blev 14 procent fler med ibuprofen än med mecillinam, efter fyra dagar. Skillnaden mellan läkemedlen i studie A är statistiskt säkerställd eftersom konfidensintervallet (våggrät linje) inte täcker mittlinjen (som anger 0 skillnad). Visar studie B att behandlingarna är likvärdiga? Nej, men detta är en vanlig feltolkning. Punktskattningen för B (svart fyrkant i mitten) anger visserligen "ingen skillnad". Trots detta kan den sanna skillnaden ändå vara betydande, eftersom konfidensintervallet på 95 procent innebär att den faktiska skillnaden med 95 procentens sannolikhet finns någonstans mellan minus 15 till plus 15 procent.

GRÄNS FÖR RELEVANS

För att kunna påstå att två behandlingar är likvärdiga måste vi bestämma oss för en minst meningsfull skillnad, en klinisk relevansgräns. Skillnader som är ännu mindre anser vi sakna klinisk betydelse. Att fastställa lämpliga gränser är svårt. I exemplet blåskatarr saknar det nog betydelse att ibuprofen ger en enda procent färre symptomfria personer än mecillinam, men hur är det med en skillnad på 5 procent, 10 procent eller 20 procent? Givetvis spelar

det stor roll vilken typ av tillstånd som behandlingen avser. En liten skillnad mellan två behandlingsmetoder kan vara oväsentlig när det handlar om förkylningssymtom men väsentlig om det gäller överlevnad vid hjärtinfarkt.

PATIENTENS VÄRDERING

Ytterligare en aspekt som måste beaktas är patientens egen värdering av effekten. En patient i livets slutskede kan ha en annan uppfattning än en patient där sannolikheten för ett långt återstående liv är stor.

I figur 2 har vi satt den kliniska relevansgränsen till 10 procent. Resultat från studie B och studie C har samma punktskattning, men konfidensintervallet i C är snävare och innebär att behandlingarna är likvärdiga. I studie B är likvärdigheten inte statistiskt säkerställd eftersom konfidensintervallet överlappar gränserna.

Men att testa likvärdighet på det här sättet, i så kallade *ekvivalensstudier*, kan medföra praktiska problem. Om relevansgränserna sätts alltför snävt, kommer det att krävas fler försöksdeltagare än vad som är praktiskt möjligt att ta med. Det finns emellertid en lösning, som gör det möjligt att använda snäva gränser utan att det krävs orimligt många deltagare.

I stället för att fråga om behandlingarna är likvärdiga,

Lästips

Lindh J. Att skatta behandlingseffekt. *Läkartidningen* 2013; 110:159-62.

Piaggio G, et al. Reporting of Noninferiority and Equivalence Randomized Trials. Extension of the CONSORT 2010 Statement. *JAMA* 2012;308:2594-604.

Mulla SM, et al. How to Use a Noninferiority Trial. Users' Guides to the Medical Literature. *JAMA* 2012;308:2605-11.

Committee for medicinal products for human use (CHMP). Guideline on the choice of the non-inferiority margin. London: European Medicines Agency (EMA), 2005.

nöjer vi oss med frågan "Är ibuprofen minst lika bra som mecillinam, det vill säga åtminstone inte sämre?" (figur 3). På engelska kallas sådana undersökningar för *non-inferiority*-studier. Då behövs det ingen relevansgräns på höger sida i figuren – det viktiga är ju bara att ibuprofen i varje fall inte är sämre än mecillinam.

Men denna typ upplägg är bara aktuellt om den befintliga behandlingen är betydligt bättre än placebo eller ingen behandling – och så är inte alltid fallet.

UTAN BEHANDLING

Anta att en tredjedel av alla kvinnor med blåskatarr faktiskt blir symptomfria efter ett fåtal dagar, utan någon behandling alls, och att mecillinam bara leder till att ytterligare några procent av kvinnorna blir symptomfria. Skulle vi då sätta en relevansgräns på 10 procent så skulle vi alltså acceptera att ibuprofen faktiskt kan vara sämre än ingen behandling alls. Relevansgränsen är med andra ord för generöst tilltagen.

Om en befintlig behandling i stället är betydligt bättre än placebo, och man vill jämföra med ett nytt alternativ som kanske är billigare eller som har en bättre biverkningsprofil, är det viktigt att relevansgränsen inte är för snäv. Sätts gränsen för snävt, finns det risk att man dömer ut den nya behandlingen som kliniskt säm-

re, trots att skillnaden i effekt mellan metoderna egentligen är försumbar och trots att fördelarna med den nya metoden överväger.

BLIR VANLIGARE

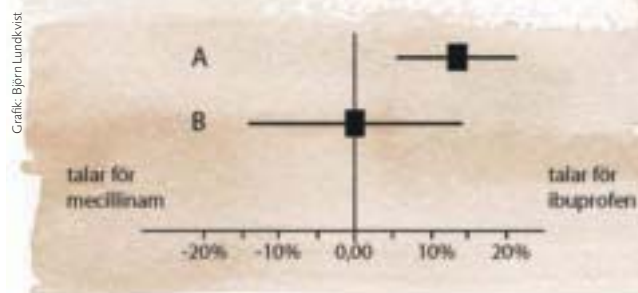
Non-inferiority-studier lanserades under 1990-talet, och kommer antagligen att bli mycket vanligare. Ett skäl är att det är oetiskt att ge en kontrollgrupp placebo när det finns bevisat verksamma behandlingar att jämföra med.

När "inte sämre"-studier utformas och tolkas måste man alltså veta hur verksamt jämförelsealternativet är i sig, och noggrant analysera var den kliniska relevansgränsen har satts. Resultaten står och faller med att relevansgränserna har fastställts på ett omdömesgillt och välgrundat sätt.

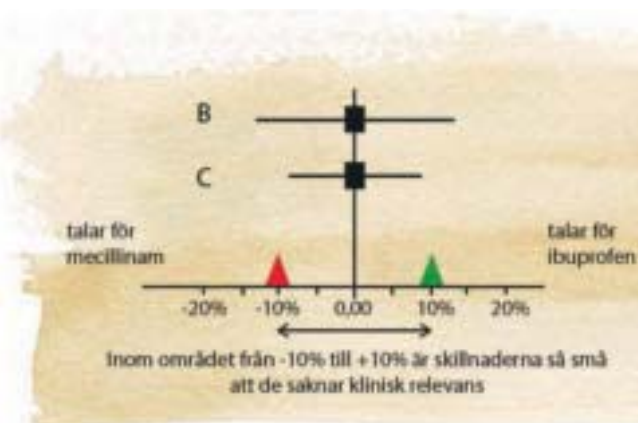
Sten Anttila
projektledare SBU, fil dr
anttila@sbu.se

Ragnar Levi
medicinsk informationschef,
SBU

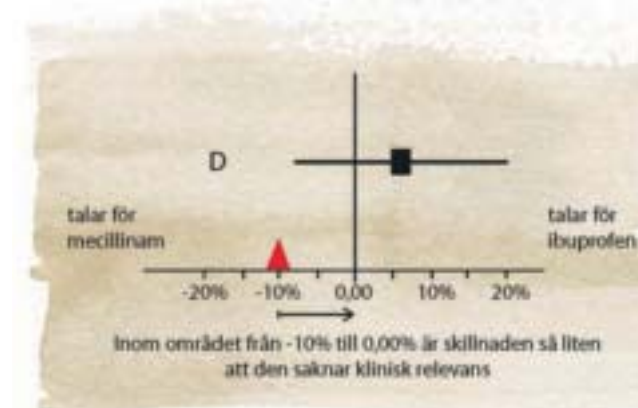
Ulf Eriksson
samordnare evidensbaserad
vård, familjeläkare
Landstinget Blekinge



Figur 1. Resultat från två tänkta studier, A och B, med punktskattning (fylld rektangel) och konfidensintervall (våggrät linje). Studie A visar att ibuprofen är bättre. En vanlig feltolkning av studie B är att preparaten har likvärdig effekt. Men detta är inte givet, eftersom konfidensintervallet är så brett.



Figur 2. Ekvivalensstudier. En klinisk relevansgräns på 10 procent uppåt och nedåt har satts. Bara studie C visar likvärdighet.



Figur 3. Non-inferiority-studie som besvarar frågan "Är ibuprofen minst lika bra som mecillinam?". Endast en nedre relevansgräns på -10 procent har satts.



Det är möjligt att lösnaglar kan sprida infektioner i vården. SBU:s upplysningstjänst har identifierat fem studier som har undersökt frågan.

Vårdinfektioner är ett vanligt problem. Enligt mätningar från Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, drabbades

LÖSNAGLAR KANSKE KAN SPRIDA VÅRDINFEKTIONER

9 procent av patienterna i slutenvård, utom psykiatrin, av en vårdrelaterad infektion år 2011. Av dessa hade knappt 30 procent genomgått en operation, drygt 20 procent hade en urinkateter och 12 procent en central venös kateter.

SBU:s upplysningstjänst har fått en fråga om lösnaglar och infektioner i vården. Sökning i databaser över vetenskapliga arbeten fann fem epidemiologiska studier. Dessa tyder på ett samband mellan lösnaglar hos vårdpersonal och utbrott av vissa infektioner.

Även om den här typen av studier aldrig kan visa orsaksamband, kan lösnaglar enligt dessa studier vara en källa till spridning av smittämnen.

Enligt författarna kan det därmed också finnas anledning att inte tillåta lösnaglar bland vårdpersonal med patientkontakt.

I Sverige har SKL tagit fram tre åtgärdsprogram som syftar till att minska vårdrelaterade infektioner, men lösnaglar finns inte med. Inte heller Socialstyrelsens föreskrift *Basal hygien inom hälso- och sjukvården mm* tar upp frågan. Däremot anger skriften *Rätt klädd och rena händer inom vård och omsorg* från Smittskyddsinstitutet och Vårdförbundet att lösnaglar inte ska användas av personal inom vård och omsorg. [RL]

Läs hela svaret från SBU:s Upplysningstjänst på www.sbu.se.

OVISS EFFEKT AV SILVERFÖRBAND PÅ BRÄNSKADA



Nytan och riskerna med att använda silverförband vid ytliga brännskador eller delhudsbrännskador är dåligt undersökt i vetenskapliga studier. Det går därför inte att avgöra om förband eller kräm som innehåller silver påverkar läkningstid eller förekomst av infektioner, smärta och skadliga effekter, jämfört med förband utan silver. Det konstaterar SBU i en kommentar till en systematisk litteraturoversikt som har publicerats i tidskriften *Burns*.

En tidigare utvärdering från SBU visar att samma ovisshet i fråga om effekt gäller även vid behandling av kroniska sår, bland annat för andel läkta sår, sårstorlek och förekomst av infektioner.

Silverbehandling vid brännskador är ifrågasatt på grund av risken för resistensutveckling hos bakterierna i såret. Dessutom har det visats att silverbehandling kan vara ogynnsamt för den läkande huden. Andra

nackdelar med silverbehandling är kostnader och miljöaspekter, dvs att man belastar naturen med silveravfall.

Olika brännskadeenheter i Sverige har utvecklat vitt skilda strategier för behandling. Hur resultat av studier ska tillämpas är inte alltid klart. Om nya studier av silverförband på brännskador genomförs bör de använda ett systematiskt arbetssätt. [RL]

Kommentaren om silverförband vid brännskador finns på www.sbu.se. Den systematiska översikt och metaanalys som kommenteras är: Aziz Z, et al. A systematic review of silver-containing dressings and topical silver agents (used with dressings) for burn wounds. *Burns* 2012;38:307-18. Kontaktperson SBU: Mikael Nilsson, nilsson@sbu.se. Sakkunnig: Folke Sjöberg, professor, överläkare, Universitetssjukhuset i Linköping samt Linköpings universitet.

MEDICINSK VETENSKAP & PRAXIS

REDAKTÖR: Ragnar Levi, levi@sbu.se • ANSVARIG UTGIVARE: Måns Rosén
TEXT: Ragnar Levi [RL], Anna Björklöf [AB] • 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 Rehnqvist (ordf)**
KAROLINSKA INSTITUTET
- Peter Friberg**
SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET
- Björn Klinge**
KAROLINSKA INSTITUTET, MALMÖ
HÖGSKOLA
- Sven Ohlman**
SOCIALSTYRELSEN
- Jonas Rastad**
REGION SKÅNE
- Sineva Ribeiro**
VÄRDFÖRBUNDET
- Måns Rosén**
SBU
- Håkan Sörman**
SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING
- Mats Ulfendahl**
VETENSKAPSRÅDET
- Marie Wedin**
SVERIGES LÄKARFÖRBUND

Direktör SBU

Måns Rosén

SBU:s råd

- Kjell Asplund (ordf)**
Kristina Bengtsson Boström
BILLINGENS VÄRD-CENTRAL, SKÖVDE
- Christina Bergh**
KVINNOKLIN, SU/SAHLGRENSKA,
GÖTEBORG
- Anna Ehrenberg**
AKADEMIN HÄLSA OCH SAMHÄLLE,
HÖGSKOLAN DALARNA, FALUN
- 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,
KAROLINSKA UNIV SJH, SOLNA
- Ulf Näslund**
HJÄRTCENTR, NORRL UNIV SJH, UMEÅ
- Joakim Ramsberg**
MYNDIGHETEN FÖR VÄRDANALYS,
STOCKHOLM
- Bo Runeson**
INST F KLIN NEUROVET, KI, SOLNA

SBU Alerträdet

- Jan-Erik Johansson (ordf)**
UROLOGI, UNIV SJH, ÖREBRO
- Christel Bahtsevani**
HÄLSA & SAMHÄLLE, MALMÖ
HÖGSKOLA
- 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
- Lars Sandman**
HÖGSKOLAN I BORÅS
- Svante Twetman**
PEDODONTI & KARIOLOGI,
KÖPENHAMNS UNIV, HALLANDS SJH

SBU:s lekmanråd

- Annakarin Soenningsson (ordf),
Marie-Jeanette Bergeall,
Alex Eckerström, Maria Gardsäter,
Jesper Jerkert, Anne Kalmering
Josephson, Birgitta Karlström**

SBU AKTUELLT

SBU PÅ MEDICINSKA RIKSSTÄMMAN 2013

Tid och plats: 5 – 6 december,
Stockholm Waterfront
Välkommen till SBU:s monter 5:4v
Mer info: www.sls.se/riksstamman

FRÅGA SBU:S UPPLYSNINGSTJÄNST!

Upplysningstjänsten är till för
vårdens beslutsfattare – personer
i ledande befattning, verksam-
hetschefer, 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 av-
gränsad 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, ring 08-779 96 85 eller mejla sbu@strd.se

SAMMANFATTNINGAR 2010–2013

Kostnadsfria*

-ex Akutvård av äldre (2013), nr 501-75
-ex Urininkontinens hos äldre/sköra (2013), nr 501-74
-ex ADHD (2013), nr 501-72
-ex Arbetsmiljö & sömnstörningar (2013), nr 501-71
-ex Skattning av njurfunktion (2012), nr 501-69
-ex Implement psyk evidens primärvård (2012), nr 501-66
-ex Arbetets betydelse. Nacken och övre rörelse-
apparaten (2012), nr 501-65
-ex Schizofreni (2012), nr 501-68
-ex Diagn o uppföljn förstamn-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 Antibiotikaprofylax, kirurgi (2010), nr 501-56
-ex Tandförluster (2010), nr 501-60
-ex Rotfyllning (2010), nr 501-59
-ex Progr mot psyk ohälsa hos barn (2010), nr 501-58
-ex Mat vid diabetes (2010), nr 501-57
-ex Behandling av sömnbesvär (2010), nr 501-55
-ex Rehabilitering vid långvarig smärta (2010), nr 501-54
-ex Triage och flödesproc på akuten (2010), nr 501-53

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

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



Robotkirurgi infördes utan samordning

Robotar som ska öka precisionen vid olika slags tithålsoperationer har köpts in på många håll i landet. Men frågan är hur många utrustningar landet behöver och hur dessa utnyttjas bäst.

Många sjukhus har skaffat så kallade robotar som kan användas av kirurger vid tithålsoperationer. Men någon

samlad bild av nytta, risker och kostnader vid olika slags ingrepp har inte funnits. Förväntningarna har varit att bättre djupseende och precision än vid vanlig tithålskirurgi skulle innebära viktiga fördelar med metoden. Nyttan har dock inte jämförts med kostnaderna på något systematiskt sätt. Och spridningen av utrustningen har skett utan

tydlig samordning inom landet. När Socialstyrelsen gjorde en kartläggning år 2012 fanns det till exempel två robotar i region Halland men ingen i Norra sjukvårdsregionen. (Tabellen nedan visar siffror för 2013.)

SBU har nyligen kommenterat litteraturen om robotkirurgi vid bortoperation av prostata, se www.sbu.se. [RL]

Lästips

Ramel B. Robotkirurgin ökar – men utvärderingar saknas. Läkartidningen 2006;103:3788-90.

Socialstyrelsen. Robotassisterad laparoskopisk kirurgi i Sverige. Stockholm: Socialstyrelsen, 2013. ISBN 978-91-7555-036-7.

Kirurgi vid prostatacancer utan spridning – en jämförelse mellan robotassisterad tithålskirurgi och manuell tithålskirurgi eller öppen kirurgi. SBU Kommentarer, 2013.

Sjukvårdsregion	Antal
Norra sjukvårdsregionen	1
Uppsala-Örebroregionen	3
Stockholm-Gotlandregionen	5
Sydöstra sjukvårdsregionen	2
Västra sjukvårdsregionen	2
Södra sjukvårdsregionen	6
Totalt	19

Gräfk: Björn Lundkvist



Källa: Martin Jansson, Socialstyrelsen, personlig kommunikation, oktober 2013

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

SBU-RAPPORTER 2007–2013

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

-ex Akutvård av äldre (2013), nr 221, 200 kr
-ex Urininkontinens äldre/sköra (2013), nr 219, 200 kr
-ex ADHD (2013), nr 217, 250 kr
-ex Arbetsmiljö & sömnstörn (2013), nr 216, 200 kr
-ex Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården – en handbok (2013), nr 902-19, 250 kr
-ex Skattning av njurfunktion (2012), nr 214, 250 kr
-ex Schizofreni. Läkemedel, patientens delaktighet o vårdens organisation (2012), nr 213, 250 kr
-ex Diagnostik och uppföljning av förstärkningsyndrom (2012), nr 212, 250 kr
-ex Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården (2012), nr 211, 150 kr
-ex Arbetets betydelse för besvär och sjukdom: Nacken och övre rörelseapp (2012), nr 210, 250 kr
-ex Godartad prostataförstoring (2011), nr 209, 250 kr
-ex Antibiotikaproylax, 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 Int glukossänk v 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 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 Metoder främja fysisk akt (2007), nr 181, 200 kr

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

Ja tack, jag vill gärna prenumerera kostnadsfritt på:

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

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

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