

Vetenskap & Praxis

Information från SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering



Om hjälpen hölls ihop

En mer sammanhållen och bättre samordnad vård och omsorg har efterfrågats i decennier av både patienter och personal, professioner och politiker, byråkrater och brukare. Nu undersöker SBU vad ökad kontinuitet i vårdkontaktarna kan betyda för långvarigt sjuka människors hälsa.

Läs vidare på sidan 2 ►

SBU – KUNSKAPSCENTRUM FÖR VÅRDEN OCH SOCIALTJÄNSTEN

Nya rapporter Rehabilitering vid traumatisk hjärnskada 4 • Återfall i ungdomsbrott 8

LÄS OCKSÅ TILLÄMPA KUNSKAP 2 • FYSISK AKTIVITET MOT MENSSMÄRTA 6 • SVÅR LUNGVIKT: KONSTGJORD LUNGA 7 • KÖNSDYSFORI 10
MUSIK I DEMENSVÅRD 12 • KUNSKAP FÖR ÄLDREOMSORG 14 • ATT SKILJA PÅ ORSAKER OCH SAMBAND 16 • DEPRESSION HOS
GRAVIDA & EFTER FÖRLOSSNING 19 • POSTTRAUMATISKT STRESSYNDROM: BEHANDLINGAR 20 • INSATSER VID NEDSAT FUNKTION 21
BEDÖMA BEHOV & RISK HOS UNGA KRIMINELLA 22 • BEDÖMA FÖRVIRRING & DELIRIUM 22 • GÖR FORSKNINGSRÖN MER TILLFÖRLITLIGA 24

Helsäker men inte riktigt klok

DE TIDIGASTE FÖRESPRÅKARNA för att mer systematiskt tillämpa evidens i praktiken framhöll att resultaten måste användas klokt, *judiciously*. Vad betyder det? Med kunskap och erfarenhet? Jättebra, men det räcker nog inte – historien visar att man kan vara både lärd och van men samtidigt inte riktigt klok. Med intelligens? Utmärkt, men det räcker inte heller. Även de skarpare hjärnor kan ju användas till vettlösa ting.

Klok användning av tillförlitliga forskningsresultat kräver nog något som socialpsykologerna Igor Grossmann och Justin Brienza, båda i Kanada, kallar *wise reasoning in everyday life* – på svenska ungefär vardagsförnuft. Detta är inte detsamma som kunskap och intelligens. Snarare verkar det handla om ett insiktsfullt sätt att förhålla sig till kunskap och erfarenheter. Enligt författarna ingår fyra delar.

FÖR DET FÖRSTA: intellektuell ödmjukhet. Det innebär att inse begränsningarna i sitt eget kunnande, att ompröva sin ståndpunkt och att undersöka hur en situation ser ut innan man har sin uppfattning klar.

För det andra: att erkänna ovisshet och föränderlighet; att inse att sammanhang förändras över tid och vara beredd på att utvecklingen kan gå åt olika håll. Man söker nya lösningar när problemen förändras och överväger olika handlingsalternativ.

För det tredje: att se fler sidor av saken – att försöka förstå andras perspektiv och att ge sig tid att undersöka olika ståndpunkter innan man själv tar ställning.

Och för det fjärde: klokskap handlar om att väga samman skilda synsätt, att balansera dem mot varandra och se möjliga kompromisser mellan motstridiga intressen.

Men kan vi träna upp ett sunt förnuft, kan vi själva förbättra vår omdömesförmåga? Ja, delvis, tror Grossmann och Brienza, med hänvisning till resultat från observations- och interventionsstudier. Men beredskapen hos individer att resonera klokt är också beroende av kultur, omgivningstryck och ledarskap, påpekar de.

DET HELA LÅTER RIMLIGT – och om författarna har rätt, säger detta något om hur vi bör förhålla oss till ny kunskap. Det samtalsklimat som vi eftersträvar ska vara öppet, sakligt och med insikt om att ingen kunskap är huggen i sten eller fri från tolkning. Vi måste vara beredda att ta till oss nya tillförlitliga forskningsresultat, även om dessa går på tvärs med det som vi trott. Det är lättare sagt än gjort.

För vi övertygas mer av resultat som bekräftar vår uppfattning än av sådana som motsäger den. Det kallas av forskare för bekräftelsefel. Nätet kryllar av sådana fel (typ ”det kvittar att det är fejk – det är för jäkligt ändå”). Vi gillar, twitterar och delar det som passar våra fördomar. Tvångsmässigt och tvärsäkert odlar vi våra förutfattade meningar istället för att undersöka hur saker och ting förhåller sig.

Men var och en som funderar ett extra varv inser att det faktiskt är klokt att vara skeptisk till det som är obevisat. Och att detta gäller oss alla.



Ragnar Levi Chefredaktör

* se t. ex. Grossmann I, et al. The strengths of wisdom provide unique contributions ... Journal of Intelligence 2018;2:22. DOI: 10.3390/jintelligence6020022

ATT VÅRD OCH omsorg måste hållas ihop bättre – och hur svårt det är att åstadkomma detta – har konstaterats av myndigheter och utredningar, professioner och patientorganisationer, politiker och administratörer.¹ Alla efterlyser kontinuitet för patienten, både i kontakter med personal inom en eller flera professioner, i skarvar mellan vårdnivåer och över verksamhetsgränser, som mellan vård och omsorg. Men begreppet kontinuitet är mångtydigt – alla syftar inte på samma sak. Forskare har föreslagit en indelning i tre dimensioner: relations-, verksamhets- och informationskontinuitet.²

RELATIONSKONTINUITET innebär att terapeutiska relationer mellan individ och behandlare ska vara trygga och förutsägbara, verksamhetskontinuitet att insatserna i vård och omsorg ska vara konsekventa och samordnade även om flera vårdgivare och vårdnivåer är involverade, och informationskontinuitet, slutligen, att alla berörda ska ha samma aktuella information om individens hälsa och livssituation.

De olika dimensionerna hänger delvis ihop. Till exempel blir det lättare att hålla reda på tidigare behandlingar om det är en och samma behandlare som en långvarigt sjuk patient möter vid olika tillfällen.

Men utvecklingen har delvis gått åt ett annat håll. Ansvaret har delats upp på många händer, och informationen är fragmenterad. Den tungt belastade offentligt finansierade vården och omsorgen har ofta hög personalomsättning. Flera initiativ har tagits för att försöka motverka problemen. Några exempel är personcentrerad vård och omsorg, fast vårdkontakt, fast läkarkontakt och fast omsorgskontakt.

MÅNGA PROBLEM kvarstår dock. Bristen på sammanhängande vård, hjälp och stöd har blivit en alltmer brännande fråga. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) konstaterar att samordningsbrister dels sänker kvaliteten och säkerheten i vården och omsorgen, dels lägger ett tungt ansvar på dem som egentligen skulle ha hjälp och på deras närstående.³ Detta leder enligt myndigheten till otrygghet, skador och missförhållanden – och det är flera grupper som drabbas.

Ett exempel är barn och unga med psykisk ohälsa. När insatser från BUP, elevhälsan, socialtjänsten och primärvården inte samordnas, kan följderna bli allvarliga. Unga som redan har problem blir, liksom deras ofta pressade familjer,

ytterligare belastade av att dessutom försöka koordinera vård, omsorg och överföring av information mellan aktörer.

EN ANNAN GRUPP som fortsätter att drabbas är äldre personer med flera sjukdomar samtidigt. Det kan handla om demens, hjärtsvikt, kärlkramp, benskörhet, åldersdiabetes, stroke eller Parkinsons sjukdom – vanliga och långvariga tillstånd som redan var för sig gör att man får svårt att röra sig, blir trött och får dålig kondition. En del har dessutom dålig syn och hörsel på grund av ålder.

Många av dessa äldre behöver både hemtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, ofta sjukhusvård i perioder och sedan fortsatt hjälp i öppenvården. Fungerar inte övergången till öppenvården så ökar risken för återinskrivning på sjukhus. Bland personer över 65 år som har både kommunal hälso- och sjukvård och hemtjänst återinskrivs nästan var femte inom en månad, enligt Socialstyrelsen.

ENKÄTSVAR som har granskats av Vårdanalys visar att primärvårdsläkarna alltför sällan får effektiv återkoppling efter patientbesök i den specialiserade vården, när patienter har sökt akutvård eller lagts in på sjukhus.⁴ Sverige rankas lågt när patienter bedömer om vårdpersonal känner till viktig information och patienters medicinska historia. Det innebär inte

OLIKA SLAGS KONTINUITET

relationskontinuitet – en fortgående vård- och omsorgsrelation mellan en patient och en vårdare eller ett vårdteam. Den personliga kontakten binder samman tidigare och kommande vårdtillfällen. Mötet mellan personal och patient/brukare blir mer förutsägbart.

verksamhetskontinuitet – organisering av verksamheten så att vården och omsorgen – oavsett utförare och vårdnivå – blir konsekvent och samordnad utifrån individens tillstånd och skiftande behov. Kan vara särskilt viktigt vid långvariga och komplicerade problem där olika specialiteter och vårdenheter involveras.

informationskontinuitet – olika vårdgivare och vårdnivåer har tillgång till samma information om en persons sjukdoms- och vårdhistoria, sociala situation, önskemål och levnadsförhållanden. Informationen delas exempelvis via journal eller personakt, eller överförs på annat sätt.



bara onödiga risker utan det gör också primärvårdens arbete onödigt tidskrävande och ineffektivt.

En tredje grupp som hamnar mellan stolarna idag är personer som har både missbruk och hälsoproblem, till exempel psykisk ohälsa.⁵ IVO har pekat på problemet sedan myndigheten inrättades år 2013.³ Det glappar både mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården, exempelvis mellan beroendevården och psykiatri, och internt hos varje huvudman. Sammanhållen planering saknas.

ÄVEN RELATIONSKONTINUITETEN är lägre i svensk hälso- och sjukvård än i många andra länder. Detta kan påverka många patienter negativt. Till exempel har Vårdanalys noterat att patienter som träffar samma personer i vården är mer nöjda med sin medicinska vård. De upplever i högre utsträckning att kommunikationen med vården fungerar väl, att de är delaktiga i sin vård och att samordningen mellan vårdinstanser fungerar.⁶

Stora yrkesorganisationer i vården har också betonat att det behövs kontinuitet i vårdrelationen för att samtal och samarbetet med patienten ska bli bra och för att relationen ska bli trygg. Betydelsen av fasta kontakter för vårdpersonalens ansvarstagande och arbetsmiljö har också framhållits.

ÄNNU EN NYCKELFRÅGA är vad låg personkontinuitet innebär för patienters hälsa. Forskningen granskas nu av SBU.

– Utvärderingen ska vara klar sommaren 2021, berättar projektledaren Per Lytsy, docent i socialmedicin.

– Vi undersöker vilken effekt som relationskontinuitet har vid vissa långvariga kroppsliga och psykiska sjukdomar. Frågan är om relationskontinuitet har betydelse för hur människor mår och hur vårdresurserna används.

– Det är ju inte givet att kontinuiteten har samma betydelse för alla. Människor har olika önskemål och behov när det gäller vårdrelationer, och det kan skilja mellan patientgrupper, säger Per Lytsy.

– Syftet med att utvärdera frågan vetenskapligt är att bidra med fakta om vad som står på spel och vad olika grad av kontinuitet kan vara värt i olika lägen. ♦ **RL**

Referenser

1. Setex SOU 2016:2. Effektiv vård; SOU 2019:29. Vård i samverkan; SOU 2019:42. Digitiskt vårdval. Samtliga kan laddas ner på www.regeringen.se
2. Haggerty JL, et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ 2003;327:1219.
3. Inspektionen för vård och omsorg, 2020. Vad har IVO sett 2019?
4. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020. Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019.
5. Socialstyrelsen, 2019. Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik.
6. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018. Möten med mening.

Rehab Kan förbättra hälsa och livskvalitet efter hjärnskakning

Hjärnskadeinriktad rehabilitering i form av problemlösande terapi eller kbt ledd av specialiserad personal kan ge bättre resultat än sedvanlig vård vid hjärnskakning med restsymtom. Det finns möjlighet till mindre symtom, mindre nedsatt psykisk funktion och mindre depression. Insatserna beräknas kosta 500 000 kronor per livskvalitetsjusterat levnadsår, men nettokostnaden blir nog lägre eftersom andra kostnader undviks.

UPP TILL VAR FEMTE PERSON som har fått en lätt traumatisk hjärnskada (till exempel hjärnskakning efter fall eller trafikolycka) får långvariga besvär. Det kan handla om trötthet, huvudvärk, överkänslighet för sinnesintryck, yrsel och minnesproblem. Hos dessa personer är det möjligt att hjärnskadeinriktad problemlösningsterapi och kognitiv beteendeterapi (kbt) ger högre aktivitetsnivå, större delaktighet och bättre livskvalitet än sedvanlig vård.

Det visar SBU:s utvärdering av forskningen om rehabilitering för vuxna med traumatisk hjärnskada.

SBU:S UPPSKATTNING av kostnaden för sådana insatser, ledda av specialiserad personal, är omkring 500 000 kronor per livskvalitetsjusterat levnadsår, QALY. Sammantaget är kostnaden sannolikt lägre, eftersom beräkningen inte har beaktat att andra vårdkostnader och sjukfrånvaro från arbete då skulle kunna undvikas.

Även så kallad interdisciplinär specialiserad rehabilitering, som omfattar minst två insatser och minst två discipliner, kan ge mindre restsymtom än sedvanlig vård vid lätt traumatisk hjärnskada. Men för att kunna bedöma sådana kombinerade insatserns övriga effekter och kostnadseffektivitet behövs mer forskning.

När det gäller personer med medelsvår

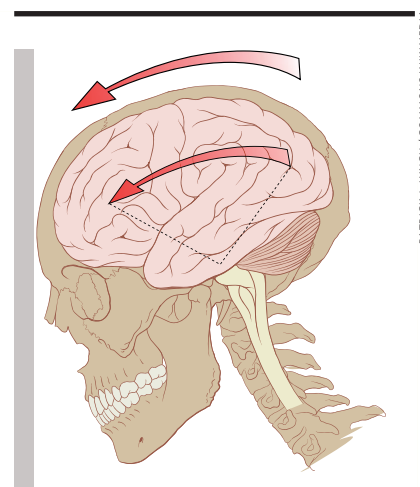
till svår traumatisk hjärnskada är studierna alltför få för att SBU ska kunna dra slutsatser om effekterna av olika insatser. Detta gäller till exempel arbetslivsinriktad rehabilitering, rehabilitering med särskild samordnare, särskilda boendeformer och specialiserad hjärnskaderehabilitering i öppen eller sluten vård.

SBU UTVÄRDERADE också patienters upplevelser och erfarenheter. Tio studier med kvalitativ metod ingick, varav en från Sverige. I studierna framkommer bland annat att man upplevt brister i individanpassning, samordning och tillgång till rehabilitering. Det framkommer också att närstående är ett viktigt stöd i rehabiliteringen, som kan kräva omställning av vardagslivet och som kan pågå länge. Individuellt anpassad information upplevs vara till hjälp.

Överlag fann SBU ganska få studier som har jämfört effekterna av olika insatser. SBU efterlyser dels fler välgjorda och mer långvariga studier med jämförelsegrupp, dels större enhetlighet i fråga om studieupplägg, behandlingsintensitet, utfallsmått och mätmetoder. Det behövs också studier som gäller hjärnskaderehabilitering i svensk sjukvård.

I SVERIGE SJUKHUSVÅRDAS 10 000 personer per år efter traumatisk hjärnskada, varav ungefär hälften är 65 år eller äldre, medan 20 000 får öppenvård.

Tillgången till rehabilitering vid lätt skada varierar i landet – allt från specialiserad hjärnskaderehabilitering till begränsade insatser eller inga alls. Efter medelsvår till svår hjärnskada ges oftast individualiserad rehabilitering av ett specialiserat hjärnskadeteam, men rehabilitering förekommer också inom geriatrisk vård. Efter utskrivning sker rehabilitering inom öppenvården och i enlighet med lokala rutiner. ♦ **RL**



PATRICK J. LYNCH / COMMONS WIKIMEDIA

Traumatisk hjärnskada

Yttre våld eller kraftig rörelse av huvudet kan leda till traumatisk hjärnskada. Skadan bedöms som lätt (där hjärnskakning ingår), medelsvår eller svår, beroende på medvetandegrad, hur länge personen varit medvetslös och graden av minnesnedsättning. Skadan kan ha stora konsekvenser för den skadade. Även närstående påverkas eftersom de ofta ger stöd under lång tid.

Om rapporten

Rehabilitering för vuxna med traumatisk hjärnskada. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, ekonomiska, sociala och etiska aspekter. SBU Utvärderar. Stockholm: SBU, 2019. Projektledare SBU: Karin.Wilbe.Ramsay@sbu.se. Hela rapporten med sammanfattning finns på www.sbu.se/304



SBU:S SLUTSATSER REHABILITERING VID TRAUMATISK HJÄRNSKADA

Lätt traumatisk hjärnskada med restsymtom

► Specialiserad hjärnskadeinriktad rehabilitering med fokus på problemlösningsterapi eller kbt minskar restsymtom, förbättrar psykisk funktion, minskar depression samt ökar aktivitetsnivå, delaktighet och livskvalitet jämfört med sedvanlig vård (resultaten har låg tillförlitlighet). En enkel beräkning ger en kostnad på omkring 500 000 kronor per kvalitetsjusterat levnadsår för sådan rehabilitering. Denna kostnad är troligtvis överskattad eftersom beräkningen inte tar hänsyn till eventuella besparingar genom rehabiliteringen.

► Specialiserad interdisciplinär hjärnskadeinriktad rehabilitering ger minskade restsymtom jämfört med sedvanlig vård (resultatet har låg tillförlitlighet). För att kunna bedöma övriga effekter och kostnads-effektivitet behövs mer forskning.

Medelsvår till svår traumatisk hjärnskada

► Eftersom det finns få välgjorda studier går det inte att bedöma effekterna av arbetslivsinriktad rehabilitering, rehabilitering med hjälp av samordnare, särskilda boendeformer eller specialiserad hjärnskaderehabilitering i slutenvård i ett tidigt skede respektive öppenvård i ett senare skede.

Upplevelser och erfarenheter av rehabilitering

► De kvalitativa studierna visade att personer med traumatisk hjärnskada under lång tid måste kämpa på egen hand med att ställa om sitt vardagsliv och att närstående var ett viktigt stöd i rehabiliteringsprocessen. De upplevde att tillgängligheten till hjärnskaderehabilitering var bristfällig och att de insatser som gavs varken var individanpassade eller samordnade. De upplevde vidare att ett professionellt och respektfullt bemötande från de yrkesverksamma och individuellt anpassad information främjade rehabiliteringen.

Kunskapsläget

► Det råder generell brist på välgjorda vetenskapliga studier av rehabilitering för personer med traumatisk hjärnskada där man har en jämförelsegrupp. För att få bättre kunskap om rehabiliteringens effekter är det önskvärt att framtida studier standardiseras vad gäller design, behandlingsintensitet, utfallsmått och mätmetoder. Det behövs studier som tar hänsyn till effekter och kostnader av olika interventioner över en längre tidshorisont än ett år. Det är också önskvärt med studier från svenska förhållanden som undersöker effekter och personers erfarenheter av att ha fått hjärnskaderehabilitering.



JOSEF SURIA / SHUTTERSTOCK

MÖJLIGT ATT FYSISK AKTIVITET LINDRAR SVÅR MENSSMÄRTA

Att vara fysiskt aktiv ett par, tre gånger i veckan kan lindra svår menssmärta hos unga kvinnor, jämfört med att vara stillasittande. Det visar en Cochrane-översikt som SBU har analyserat närmare.

DET ÄR MÖJLIGT ATT 45 till 60 minuters fysisk aktivitet två till tre gånger i veckan lindrar svår så kallad primär dysmenorré hos unga kvinnor, det vill säga sådan menssmärta som inte beror på någon bakomliggande sjukdom. Det visar en systematisk översikt som SBU har granskat och kommenterat.

I STUDIERNAS UPPGICK den genomsnittliga effekten till 25 skalsteg på en 100-gradig smärtskala, vilket sannolikt är en kliniskt betydelsefull effekt. Men eftersom studierna hade lagts upp på olika sätt, med stora variationer i träningstyp och intensitet, är det osäkert hur mycket menssmärtan minskar.

Effekten kan tänkas vara överskattad genom att de försöksdeltagare som skulle

träna mer även fick mer aktivt stöd och uppmärksamhet än kontrollgruppens deltagare.

Även om studierna genomfördes utanför Europa och i de flesta fall även utanför västvärlden, bedömer SBU:s granskare att resultaten är giltiga för svenska förhållanden.

MENSSMÄRTA ÄR VANLIGT och kan ha stor inverkan på individens liv. Att få mer kunskap om behandling är därför viktigt. Det behövs fler välgjorda studier för att kunna dra säkrare slutsatser om yngre kvinnor. Men det behövs också behandlingsstudier av menssmärta i högre åldrar och studier som jämför fysisk aktivitet med andra vanliga behandlingsalternativ som receptfria läkemedel och hormonella preventivmedel. Dessutom vore det bra att undersöka effekten av att kombinera insatser.

I de flesta studier ombads deltagarna att inte träna under själva menstruationen. Hur träning under den perioden skulle påverka menssmärtan kan därför också behöva undersökas. ♦ **RL**



MAGIC WINE / SHUTTERSTOCK

Primär dysmenorré

Smärtsam menstruation som inte orsakas av någon bakomliggande sjukdom kallas primär dysmenorré. Förutom smärtsamma krampor precis före eller i början av menstruationen, förekommer ibland samtidigt huvudvärk, ryggsmärta, sömnlöshet, trötthet, yrsel och kräkningar. Besvären kan vara milda, måttliga eller svåra och påverka daglig aktivitet som skola, arbete och fritid.

Om kommentaren

Träning för att lindra primär dysmenorré. SBU, 2020. Sakkunnig: spec läk, med dr Anna-Sofia Melin, Capio Gyn. Gransk: doc Åsa Tornberg, Lunds univ. Projled SBU: Rebecca.Silverstein@sbu.se Kommenterad översikt: Armour M, et al. Exercise for dysmenorrhea. Cochrane Database Syst Rev 2019;9:CD004142. Fullständig kommentar: www.sbu.se/2020_03

TILLÄGG AV KONSTGJORD LUNGA RÄDDAR FLER VUXNA MED LIVSHOTANDE ANDNÖD

Fler vuxna överlever svår ARDS, "chocklunga", om de får tillägg av så kallad venovenös ECMO, istället för enbart mekanisk andningshjälp i respirator. Det visar en välgjord systematisk översikt i tidskriften The Lancet, konstaterar SBU i en kommentar.

ATT LÄGGA TILL BEHANDLING med ett slags konstgjord lunga, så kallad venovenös ECMO, gör att fler vuxna i respirator överlever akut svår lungsvikt (svåra fall av *acute respiratory distress syndrome*, ARDS) som kan uppstå exempelvis efter allvarlig lunginflammation.

ÖVERSIKTEN INNEFATTAR sammanlagt fem studier – två randomiserade studier och tre observationsstudier. Efter granskning och sammanläggning av de två randomiserade studierna av totalt 429 personer visar översikten lägre dödlighet vid uppföljning efter 60 dagar. Resultatets vetenskapliga tillförlitlighet bedömdes av översiktsförfattarna som måttlig.

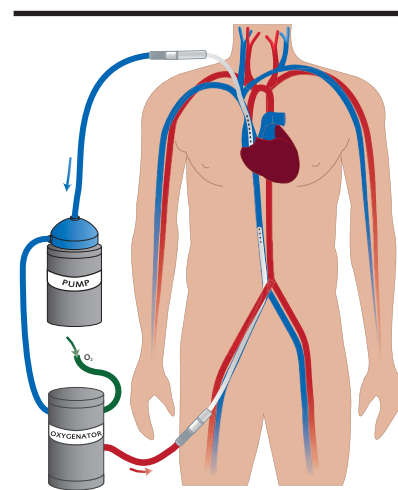
SBU:s sakkunnig bedömer att översikten är relevant för ett svenskt sammanhang – de båda studierna hade genomfört behandlingarna på ett sätt som motsvarar

svensk vård. Men i kommentaren påpekas också att behandlingen hade utförts på specialiserade ECMO-center, och att resultaten inte kan förutsättas gälla på vårdinrättningar som har få ARDS-patienter.

VID ECMO-BEHANDLING ges också blodförtunnande läkemedel som ökar risken för blödning. Alla studier undersöker inte biverkningsrisker, men två av observationsstudierna och en av de randomiserade studierna redovisar fler blödningar i den grupp som fått ECMO. I den randomiserade studien noterades ingen statistiskt säker skillnad i fråga om risken för hjärnblödning.

I fyra av de fem studierna påbörjades ECMO inom 72 timmar efter att vanlig mekanisk respiratorbehandling hade inletts. SBU:s sakkunnig skriver dock att översikten inte klargör om det är bäst att använda venovenös ECMO sent i sjukdomsförloppet, när patientens liv är i omedelbar fara (på så kallad vitalindikation), eller om sådan behandling bör inledas tidigare.

SBU bedömer att den systematiska litteraturoversikten är välgjord, men att graderingen av vetenskaplig tillförlitlighet i olika resultat är otydlig. ♦ **RL**



Venovenös ECMO

ECMO, *extracorporeal membrane oxygenation*, innebär att en pump leder blodet över ett membran, som fungerar som en konstgjord yttre lunga. Blodet tas alltid ut från det venösa systemet. Venovenös ECMO innebär att blodet även leds tillbaka dit, inte till artärsystemet. Den senare varianten används också, men översikten gäller venovenös ECMO och vanlig respirator.



Om kommentaren

Extracorporeal membranoxxygenation (ECMO) vid lungsvikt (ARDS). SBU Kommenterar. Stockholm: SBU, 2020. Sakkunnig: prof em och tidigare överläkare Björn Frenckner, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm. Granskare: docent och sektionschef Göran Dellgren, Thoraxtransplantation, Transplantationscentrum och Thoraxkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg. Projektledare SBU: Helena.Domeij@sbu.se Kommenterad översikt: Munshi L, et al. Venovenous extracorporeal membrane oxygenation for acute respiratory distress syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Respir Med* 2019;7:163-72. Fullständig SBU-kommentar finns på www.sbu.se/2020_01

Det går inte att avgöra vilka specifika psykosociala öppenvårdsinsatser som bäst förebygger tonåringars återfall i brott. Studierna som har följt den här gruppen är antingen för få eller för spretiga, och resultaten blir därmed alltför osäkra. Att det saknas säkra svar är dock inte skäl för att avstå från befintliga insatser som upplevs fungera väl, framhåller SBU i rapporten. Däremot finns det anledning att tätt följa varje individ och att anpassa insatserna efter nuläget.

Unga Ovisst hur öppenvården bäst hindrar nya ungdomsbrott

TVÅ AV TRE TONÅRINGAR som begår brott slutar med detta som vuxna. Men det är givetvis angeläget att försöka förebygga nya brott bland dem som löper risk att fortsätta på en kriminell bana. Därför har SBU undersökt i vilken utsträckning som olika psykosociala öppenvårdsinsatser bland tonåringar kan förhindra återfall i brott. Men det vetenskapliga underlaget visade sig tyvärr vara magert.

UTIFRÅN DEN BEFINTLIGA internationella forskningen går det inte att avgöra vilka av öppenvårdsinsatserna som fungerar bättre eller sämre när det gäller att förebygga återfall i brott under de kommande åren. Vid en mer ingående analys antyder resultaten att insatsernas omfattning kan ha betydelse. När alla studier analyseras sammantaget tenderar mer omfattande insatser i studiernas kontrollgrupp att utjämna skillnaden gentemot försöksgrupperna.

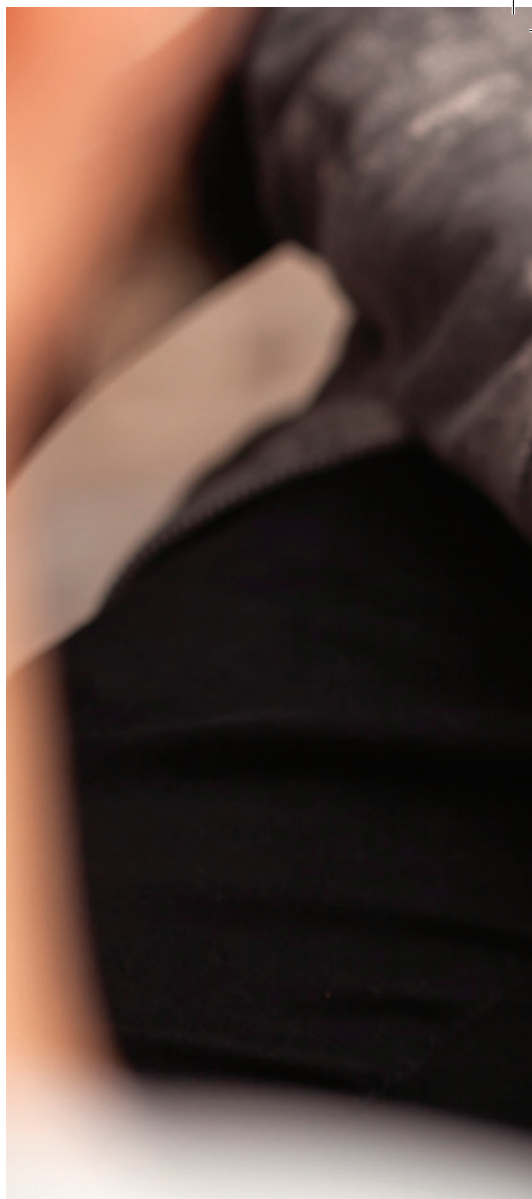
Eftersom det vetenskapliga underlaget är bristfälligt när det gäller olika specifika insatserns förmåga att förebygga återfall i brott, går det inte heller att jämföra deras kostnadseffektivitet eller samhällsekonomiska betydelse. Varje gång som en insats förhindrar ett enda brott där slutet ungdomsvård hade varit påföljden, kan kostnader på 2,4 miljoner kronor för rättsprocess och påföljder undvikas, enligt SBU:s uppskattning.

BRISTEN PÅ KUNSKAP är ett problem. Men i rapporten framhåller SBU att socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatri (BUP) inte kan sluta använda brottsförebyggande öppenvårdsinsatser på grund av att dessa är bristfälligt studerade. Däremot är det viktigt att dokumentera olika insatsers för- och nackdelar för individen, att löpande följa om den unga personens situation går åt rätt håll och att vid behov ha beredskap för att byta insatser.

När det inte finns något vetenskapligt underbyggt förstahandsval så blir den individuella vård- och genomförandeplanen särskilt viktig. Planen bör följas upp regelbundet och anpassas till nuläget – till exempel om ungdomen, familjen eller vårdnadshavarna är motiverade till insatserna och hur olika risk- och skyddsfaktorer kan påverkas. Förutom uppföljning av insatser på individnivå behövs detta även på verksamhetsnivå.

FÖR ATT FÅ EN BILD av vilken typ av metoder som används genomförde SBU också en enkät till 101 slumpvis valda socialtjänstkontor i kommunerna och 35 BUP-mottagningar. Svaren visar att ett stort antal öppenvårdsinsatser förekommer i verksamheterna idag. Många av dessa bygger inte på manualer och kan variera i omfattning, innehåll och varaktighet. Exempel är stödsamtal med ungdomarna och personer nära dem.

När insatser planeras och genomförs





ILIKE / SHUTTERSTOCK

ska de unga personernas rättigheter enligt barnkonventionen och annan gällande lagstiftning beaktas. När det gäller öppenvårdsinsatser inom socialtjänst eller BUP kan det till exempel handla om att de unga har möjlighet att vara med och påverka val av insatser och dessas innehåll och att få medverka i värdering av resultatet. Detta förutsätter att insatsens innehåll och syfte är tydligt och förmedlas till de unga.

Det är också viktigt att ta hänsyn till brottens konsekvenser för andra personer och huruvida olika insatser kan vara till hjälp och stöd för brottsoffer eller den unga personens familj.

Socialstyrelsen arbetar nu med ett stöd för verksamheterna som beräknas bli klart våren 2021. ♦ **RL**

Om rapporten

Insatser i öppenvård för att förebygga ungdomars återfall i brott. En systematisk översikt och utvärdering av ekonomiska, sociala och etiska aspekter. SBU, 2020. Projektledare SBU: Lina.Leander@sbu.se
Hela SBU-rapporten finns på www.sbu.se/308

SBU:S SLUTSATSER PSYKOSOCIALA INSATSER

SBU har gjort en systematisk översikt av psykosociala öppenvårdsinsatser för att förebygga återfall i brott bland ungdomar som är 12–17 år. Syftet har varit att ta fram ett vetenskapligt underlag för kommande kunskapsstöd från Socialstyrelsen. SBU:s slutsatser är följande:

► Utifrån de granskade studierna går det inte att avgöra vilka specifika psykosociala öppenvårdsinsatser som är mer effektiva än det som de har jämförts med, när det gäller återfall i brott under de följande åren – i genomsnitt två år. (mycket låg tillförlitlighet)

► Att det saknas säker kunskap om vilka effekter som olika specifika psykosociala öppenvårdsinsatser kan ha på ungdomars återfall i brott innebär inte att socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatri per automatik ska sluta använda dem. Det kan även anses som etiskt problematiskt att avstå från insatser som teoretiskt skulle kunna förebygga brott, och som upplevs fungera väl av verksamheter och klienter.

► SBU:s praxisundersökning visar att svensk socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri använder ett stort antal öppenvårdsinsatser för unga som begått brott. Många av insatserna saknar manual och har inte utvärderats i fråga om att förhindra nya brott.



Könsdysfori Vetenskapligt oklart hur unga mår på sikt

Den forskning som hittills har gjorts kan inte förklara varför allt fler barn och unga i många västländer söker vård för att kroppen inte stämmer med deras upplevda könsidentitet. Och även om frågan studeras intensivt, räcker inte underlaget än för att säga hur hälsan och livskvaliteten långsiktigt påverkas i de grupper av unga som idag utreds och behandlas med hormoner och eventuellt kirurgi. Det konstaterar SBU i sin inventering av forskningsområdet.



RONNIE CHUA / SHUTTERSTOCK

I EN AKTUELL RAPPORT har SBU visat vilka studier som har gjorts om förekomst och behandling av könsdysfori hos barn och unga – alltså upplevelser av olust, nedstämdhet och svårigheter i vardagen för att kroppen och den upplevda könsidentiteten inte stämmer överens.

Projektet, som är ett regeringsuppdrag, inriktades på att kartlägga det vetenskapliga underlaget och även peka på vilken kunskap som saknas.

EFTER ATT HA GALLRAT bland 8 900 vetenskapliga sammanfattningar fann SBU 115 relevanta studier. I dessa finns ingen förklaring till det växande antalet barn och unga som söker vård på grund av könsdysfori. Utvecklingen är likartad i många länder, och i Sverige har exempelvis Socialstyrelsen påtalat att antalet vårdsökande i den kategorin ökade från år 2010 till 2018. Framför allt tog vården emot fler 13–17-åringar som vid födseln hade identifierats som flickor.

Men utifrån studierna går det inte

att avgöra om det faktiskt har blivit fler unga som lider av könsdysfori, eller om ökningen beror på att fler vågar söka vård för detta, kanske för att samhället blivit mer öppet. Ingen har heller undersökt hur vanligt könsdysfori egentligen är i hela befolkningen.

I FRÅGA OM långtidseffekter av behandling fann SBU bara enstaka studier som gäller hälsa och livskvalitet hos de nytilkomna grupper av unga som har sökt för könsdysfori under det senaste årtiondet. Sammantaget finns det ganska ringa vetenskaplig kunskap om risken att ångra sig, att få psykosociala problem senare i livet eller att kroppen långsiktigt påverkas av pubertetshämmande behandling. Frågor som forskare har börjat studera är påverkan på cancerrisk, skelettutveckling, hjärt-kärlsystem samt hjärnstruktur och kognitiva funktioner.

Eftersom SBU hade begränsat med tid för att genomföra kartläggningen, kunde projektgruppen inte detaljgranska risken för systematiska fel i olika fynd. Därför har resultaten i enskilda studier inte heller vägts samman av SBU eller utmytnat i några slutsatser om olika insatsers nytta, risker och kostnader.

EN VIKTIG FRÅGA som låg utanför SBU:s regeringsuppdrag är också hur vården vid könsdysfori upplevs – något som skulle kunna fångas upp med hjälp av studier med kvalitativ ansats.

Ett nationellt kvalitetsregister för vården vid könsdysfori är under uppbyggnad i Sverige. Hittills har det saknats samlad statistik som visar hur många av alla barn och unga i landet som utreds för så kallad könsidentitetsstörning (som det kallas i kodverket ICD-10), hur många som behandlas hormonellt för att fördröja puberteten för att bli säkrare på sin könsidentitet, och hur många som går vidare med så kallad könsbekräftande hormonell respektive kirurgisk behandling av olika slag. Att operera könsorganen är i Sverige inte tillåtet före 18 års ålder.

År 2022 planerar Socialstyrelsen att uppdatera sitt kunskapsstöd med rekommendationer om vård av barn och ungdomar med könsdysfori. ♦ **RL**

Om rapporten

SBU. Könsdysfori hos barn och unga. En kunskapskartläggning (2019). Projektledare: Jan Adolfsen@sbu.se
Hela rapporten finns på www.sbu.se/307

SBU BEREDER



YOYA / SHUTTERSTOCK

NÅGRA ORDFÖRKLARINGAR TILL SBU-RAPPORTEN

könsbekräftande behandling
behandling som bekräftar den könsidentitet som en transperson upplever

könsbekräftande kirurgi
operation av yttre och inre könsorgan, bröst, hud, ansikte, stämband eller struphuvud

könsbekräftande hormonbehandling
(även kallat "könskonträr" hormonbehandling) syftar vanligen på östrogen till transkvinnor (person som vid födseln tilldelats kön som man men som identifierar sig som kvinna) eller testosteron till transmän (person som vid födseln tilldelats kön som kvinna men som identifierar sig som man)

könsdysfori
psykiskt lidande eller försämrad förmåga att fungera i vardagen orsakat av upplevelsen av den egna könsidentiteten i relation till det kön som tilldelades vid födseln

könsidentitetsstörning
benämning som används i ICD-10 med undergrupperna transsexualism respektive andra specificerade könsidentitetsstörningar; ersätts i följande version, ICD-11, av benämningen könsinkongruens

pubertetshämmande behandling
behandlingen som avbryter produktionen av könshormonfrisättande hormon (gonadotropinfrisättande hormon, GnRH) så att produktionen av östrogen respektive testosteron avstannar och därmed också pubertetsutvecklingen; kan inledas tidigast efter pubertetsstart

MUSIK GÖR TROLIGEN GOTT INOM VÅRD VID DEMENS

Insatser som bygger på musik och som används professionellt i demensvården har kortsiktigt visats kunna minska depressiva symtom och vissa beteenden som kan vara svåra för omgivningen att hantera.

ATMINSTONE PÅ KORT SIKT kan återkommande terapeutisk musikaktivitet vid demens troligen dämpa depressiva symtom och vissa beteenden som kan vara svåra att hantera. För detta finns det ett måttligt vetenskapligt stöd, enligt en systematisk litteraturoversikt i databasen Cochrane som SBU har granskat och kommenterat.

Kortsiktigt förbättras möjligen även personernas välbefinnande och livskvalitet. Men i fråga om upprördhet, aggressivitet och tankeförmåga är det tvivelaktigt om aktivitet har någon effekt.

Det vetenskapliga underlaget räcker inte för att bedöma om musikaktiviteternas positiva effekter gäller på lång sikt. Några önskade effekter eller biverkningar har inte redovisats i studierna.

GEMENSAMT FÖR insatserna är att musik är ett huvudinslag och att de används i en behandlingsrelation för att främja kommunikation, lärande eller mobilisering. Det är en typ av insatser som förekommer även i svensk vård och omsorg.

I studierna genomfördes aktiviteterna på vård- och omsorgsboenden eller sjukhus, och deltagarna hade demens av varierende svårighetsgrad. SBU:s sakkunniga bedömer att den undersökta gruppen motsvarar personer med demenssjukdom som bor i särskilt boende i Sverige.

Insatserna varade i många fall någon

timme ett par gånger i veckan och gavs ofta i grupp, ofta av kvalificerad musikterapeut men ibland av annan person. Personal hade bedömt insatsen som lämplig och deltagarna skulle tycka om musiken. I de flesta av studierna medverkade deltagarna aktivt genom att själva spela ett instrument eller sjunga.

RESULTATEN BYGGER på 21 randomiserade studier, varav de flesta från Europa, och data från 890 deltagare. De musikbaserade insatserna jämfördes med olika aktiviteter som kognitiv träning, matlagning, individuell musiklyssning utan terapeutiska inslag eller sedvanlig vård.

I studierna användes olika instrument för att skatta deltagarnas välbefinnande och livskvalitet, känsloläge och beteende. Någon ekonomisk analys har inte gjorts.

ENLIGT SBU:S kommentar är Cochrane-översiktens resultat relevanta även för svenska förhållanden. Ett personcentrerat arbetssätt som anpassas efter individen, förutsätter att det finns ett utbud av vård- och omsorgsinsatser. Och enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer på området kan strukturerade insatser med musik, sång och dans erbjudas. Detsamma gäller så kallad vårdarsång i samband med omvårdnadssituationer, exempelvis dusch. Den översikt som SBU har kommenterat stärker det vetenskapliga stödet för musikbaserade insatser.

De positiva effekterna är små och kanske kortvariga, men de kan ändå vara av värde. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att dessa insatser kanske inte passar alla – lämpligheten för individen bör bedömas, påpekar SBU. ♦ **RL**



Musik och demensvård

Syftet med musikbaserade insatser i demensvården är bland annat att öka trivsel och välbefinnande, att lugna och underlätta kommunikation och att stimulera minnet. Insatserna kan innefatta musik, ljud, rytm, melodi och harmoni och kan genomföras av musikterapeuter eller av personer med annan utbildning. Men i många av studierna i den översikt som SBU har granskat är det kvalificerade musikterapeuter som har lett aktiviteterna.

Om kommentaren

Musikbaserade terapeutiska insatser för personer med demenssjukdom. SBU, 2020. Sakkunniga: med dr Åsa Hedberg-Rundgren, Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum, med dr Annicka Hedman, FoU Nordost, Danderyd, med dr Lars Sonde, Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum. Projektledare SBU: Gunilla.Fahlstrom@sbu.se. Kommenterad översikt: van der Steen JT, et al. Music-based therapeutic interventions for people with dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 7. Art. No.: CD003477. Fullständig kommentar finns på www.sbu.se/2020_02



Mer och bättre samlad kunskap skulle stärka äldreomsorgen

Det behövs fler välgjorda forskningsöversikter om äldreomsorg. Efter sökning i tolv forskningsdatabaser och bedömning av översikternas kvalitet återstod bara 111 som höll måttet.

SBU har kartlagt välgjorda systematiska översikter som visar nyttan av olika bedömningsmetoder eller insatser inom äldreomsorg. Myndigheten pekar samtidigt på områden där sådana översikter saknas. Områden där sådana översikter saknas kallar SBU för vetenskapliga kunskapsluckor.

Kartläggningen visar på ett stort behov av nya och välgjorda systematiska litteraturöversikter inom äldreomsorgens samtliga kunskapsområden. Men på sex av de tolv områden som SBU har kartlagt finns det åtminstone någon aktuell systematisk översikt av acceptabel kvalitet.

DE FLESTA AV ÖVERSIKTERNA gäller metoder och arbetssätt som ska ha stimulerande verkan – en kategori som rymmer många olika insatser. Ofta har dock författarna bara kunnat visa att det råder brist på studier och har inte kunnat dra slutsatser om insatsernas nytta och risker.

Områden där SBU konstaterar att det råder brist på effektstudier är:

- behovsbedömning och uppföljning av anhöriga
- upprätthållande och stimulerande arbetssätt/insatser i ordinärt boende
- särskilt boende som insats
- stöd, råd och information
- anhörigstöd och familjeorienterat arbete
- integrerade insatser, samverkan och informationsöverföring inom socialtjänsten eller med andra verksamheter under ledning av socialtjänsten.

Gunilla Fahlström, projektledare på SBU, efterlyser nya studier och översikter.

– Ja, nu önskar vi förstås att forskare och finansiärer försöker täppa till de kunskapsluckor som vi hittat. Får vi fler välgjorda studier och systematiska översikter så vet vi vilka bedömningsmetoder och insatser som är till störst nytta för äldreomsorgens brukare, säger hon.

– Men det som kan göras genast är att ta vara på den kunskap som redan finns. Det vill SBU också bidra till. ♦ **RL**

Om kartläggningen

Kunskapsläget för bedömning och insatser inom äldreomsorg. SBU, 2019. Sakkunniga: prof Gerd Ahlström, Lunds universitet, doc Lena Dahlberg, Högskolan Dalarna. Projektledare SBU: Gunilla.Fahlstrom@sbu.se. Hela kartläggningen finns på: www.sbu.se/306

BAKGRUND: ÄLDREOMSORG

- **Det formella ansvaret** för äldreomsorgen ligger hos kommunerna. Den står för mer än hälften av socialtjänstens totala kostnader – ungefär en femtedel av kommunernas totala verksamhetskostnader. Detta motsvarar 2,7 procent av bruttonationalprodukten, BNP.
- **Enligt Socialtjänstlagen (SoL)** är kommunerna skyldiga att bistå äldre personer med hemtjänst, bostad i särskilt boende eller annan hjälp och stöd som kan behövas och som inte kan tillgodose på annat sätt. Socialnämnden ska även erbjuda anhörigstöd (se nedan).
- **Rätten till hemtjänst** avgörs som regel inte av ålder utan utgår från den enskildes behov. Behoven utreds inom ramen för en biståndsbedömning. Det finns undantag, så kallat förenklat beslutsfattande om hemtjänst. Kommunerna har ansvaret för att utreda och tillgodose behovet av hemtjänst, men insatserna kan utföras av privata utförare.
- **Hemtjänst innefattar** olika insatser som socialtjänsten beviljar med stöd av SoL (kap 4.1 §) men som inte definierats i lagstiftningen fullt ut (Inspektionen för vård och omsorg, 2019). Vanliga insatser är personlig omvårdnad, serviceinsatser och viss ledsagning. År 2018 hade 169 000 personer i Sverige minst en insats från hemtjänsten. Ungefär hälften av hemtjänstmottagarna fick upp till 25 timmar hemtjänst per månad.



- **Personlig omvårdnad** tillgodoser fysiska, psykiska och sociala behov – hjälp med personlig hygien, hårvård, på- och avklädning, förflyttning, matsituationer samt vid toalettbesök (primära aktiviteter i det dagliga livet, P-ADL). Serviceinsatser kan vara att bädda, vattna blommor, gå ut med sopor, städa, tvätta eller göra inköp (instrumentella aktiviteter i det dagliga livet, I-ADL). Det kan också vara insatser för att bryta isolering, skapa trygghet hemma eller ledsaga till besök.
- **I särskilt boende** (tidigare kallat äldreboende, sjukhem, gruppboende eller servicehus) bor äldre som behöver tillgång till omsorg och vård dygnet runt, till exempel på grund av nedsatt fysisk funktionsförmåga, psykisk ohälsa, demens eller behov av närhet till sjuksköterska och annan medicinsk personal. Där finns tillgång till sjuksköterska dygnet runt, på plats eller via en jourenhet. Vissa särskilda boenden har en fast läkarkontakt, annars kontaktas läkare på vårdcentralen. År 2018 bodde 85 000 personer i Sverige i särskilt boende. Kommunerna har ansvaret för att tillgodose behovet av särskilda boenden, men dessa kan bedrivas i privat regi.
- **Biståndsbedömt trygghetsboende** är avsett för äldre som inte behöver heldygnsvård, men som känner sig otrygga eller isolerade hemma. Boendena kan erbjuda gemensamma måltider, kulturaktiviteter och umgänge.

- **Utöver hemtjänst och särskilda boendeformer** bistår kommunerna äldre personer med dagverksamhet, korttidsboende, trygghetslarm, matdistribution och kontaktpersoner.
- **Även vissa servicetjänster** som inte kräver biståndsbedömning erbjuds av socialtjänsten, till exempel rådgivning, information, stödsamtal, mötesplatser samt vissa sociala och hälsofrämjande aktiviteter, enskilt eller i grupp. En del kommuner erbjuder också mindre tjänster i hemmet, som att byta lampor, byta batterier i brandlarm, eller hämta saker i höga skåp.
- **Hemsjukvård**, det vill säga hälso- och sjukvårdsinsatser av legitimerad personal i den enskildes hem (oavsett boendeform) bedrivs i kommunal regi (utom i Region Stockholm). Även privata aktörer kan bedriva hemsjukvård. År 2017 fick 330 000 äldre i ordinärt och särskilt boende kommunal hälso- och sjukvård. Här ingår alla sjuksköterskeinsatser samt basal rehabilitering och habilitering av sjukgymnaster och arbetsterapeuter.
- **Förskrivning av hjälpmedel respektive rehabilitering** berör såväl kommuner som regioner. Hjälpmedel är individuellt utprovade produkter som syftar till att behålla eller öka aktivitet, delaktighet eller självständighet genom att kompensera en funktionsnedsättning (t. ex. rollatorer, duschstolar, inkontinensskydd, hörapparater, talsyntes och hjälpmedel vid minnesstöd). Rehabilitering av äldre

bedrivs inom både regionens primärvård och kommunens äldreomsorg, dvs. i ordinära eller särskilda boenden, korttidsboenden eller dagverksamhet.

- **Anhörigstöd** erbjuds till anhöriga som vårdar och hjälper en äldre närstående. Stödet kan vara samtal enskilt eller i grupp, utbildning, avlösning i hemmet i olika former eller ekonomisk ersättning. De flesta kommuner har särskild personal som organiserar arbetet (anhörigkonsulenter och anhörigsamordnare). Alla kommuner är skyldiga att informera sina invånare om att anhöriga kan få sådant stöd. Ansökan kan göras av antingen den äldre person som får omsorgen eller av den anhörige.
- **Kommunernas utredningar och behovsbedömningar** görs av biståndshandläggare, på uppdrag av socialnämnden (eller motsvarande), efter ansökan av en äldre person som anser sig behöva stöd och hjälp. Handläggarna samlar in fakta och fattar beslut om bifall eller avslag, där grunderna för beslutet och målsättningen med insatser tydligt ska framgå. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska kommunerna också se till att det finnas rutiner för att följa upp beslutade insatser, oavsett vem som utför dem. Uppföljningen ska bedöma om biståndsbehovet fortfarande är aktuellt, om den enskildes situation/behov har förändrats samt hur beslutet har verkställts.



"Samband" behöver inte

Att en viss faktor ofta förekommer tillsammans med ett problem bevisar inte att det är den som orsakar problemet – och ännu mindre att problemet skulle försvinna om faktorn togs bort.

ALLA SAMBAND ÄR INTE orsakssamband. Faktorer som förekommer tillsammans med ett hälsotillstånd eller problem, och som statistiskt är kopplade (associerade eller korrelerade) till problemet brukar kallas risk- respektive skyddsfaktorer.

Ibland visar forskningsresultat att just de personer som har en viss riskfaktor också löper högre risk för att utveckla ett visst tillstånd eller problem. Att människor har riskfaktorn förutsäger alltså med en viss sannolikhet att de också har

tillståndet – eller kommer att utveckla detta. Det finns ett samband.

Men sådana samband misstolkas ofta. Det är nämligen inte alls givet att faktorn orsakar tillståndet. Ett påvisat samband skulle kunna vara *kausalt*, ett orsakssamband, men behöver inte alls vara det.

FÖR ATT KUNNA fastslå att det handlar om ett orsaksförhållande vill man gärna ha studier där den tänkta orsaken kan manipuleras, och sedan undersöka hur detta inverkar på tillståndet. Det finns dock många etiska aspekter att ta hänsyn till i sådana studier. Ibland är detta slags experiment direkt olämpliga att genomföra på människor. Ett exempel på ett olämpligt upplägg vore att utsätta personer som aldrig har rökt för en åtgärd som man tror leder till att de i högre grad

börjar använda röktnik i framtiden, och som alltså är misstänkt skadlig.

I sådana fall är forskarna hänvisade till att göra studier där misstänkt skadlig exponering förekommer naturligt i en grupp. Forskarna kan välja att studera deltagarnas hälsa före och efter exponering, eller att undersöka om den misstänkta hälsorisken uppträder oftare hos deltagare med sämre hälsa. Men när man överväger om ett samband som har visats i sådana studier kan vara kausalt, måste flera andra omständigheter beaktas.^{1,2}

EN AV DE VIKTIGASTE omständigheterna är *tidsaspekten* – om tillståndet uppstod före riskfaktorn så kan faktorn omöjligt vara orsaken. Problemet är att i många forskningsstudier är det svårt att avgöra vilket som egentligen kom först. Detta



FLASHMOVIE / SHUTTERSTOCK

betyda "orsak"

gäller till exempel i tvärsnittsstudier som undersöker om personer som har en viss sjukdom också har exponerats för en misstänkt riskfaktor, jämfört med en frisk kontrollgrupp. Det är mycket svårt att i sådana studier utröna om den misstänkta faktorn verkligen kom före sjukdomen. Istället krävs det studier som följer försöksdeltagarna under tillräckligt lång tid för att tillståndet ska hinna utvecklas.

VIDARE SKA MAN också kunna utesluta att det föreligger *andra och gemensamma orsaker* för exponeringen och utfallet, det vill säga utesluta att det föreligger ett systematiskt fel på grund av så kallade förväxlingsfaktorer (*confounders*).

Ännu en omständighet som brukar beaktas är sambandets *styrka* (t. ex. hur

ofta riskfaktorn och problemet förekommer tillsammans). Resonemanget bakom detta är att ju starkare ett samband är, desto mer sannolikt borde det vara att det handlar om ett orsakssamband.

Helt säkert är dock inte detta. Den brittiske epidemiologen Sir Austin Bradford Hill, som tidigt blev känd för sina tankar om kausalitet (Hill 1965), påpekade att även svaga samband förekommer mellan orsak och verkan. Han menade att det är osannolikt att ett starkt samband uppstår enbart som ett resultat av okända bakomliggande faktorer, mätfel och urvalsfel. Om detta ska inträffa måste felens inverkan vara minst lika stark som sambandet självt, och det är inte vanligt, hävdade Bradford Hill.

Andra har dock påpekat att starka samband även kan uppstå när statistiska ►

SAMBAND SES NÄR ...

- ... två företeelser hänger ihop genom att den ena faktiskt orsakar den andra
- ... de två företeelserna orsakas av en tredje, bakomliggande faktor – en så kallad förväxlingsfaktor (eng. *confounder*)
- ... det finns mätfel eller urvalsfel som snedvrider resultaten – uppgifterna om företeelserna är felaktiga eller det har gjorts missar i urvalet av studiedeltagare
- ... slumpen har gjort att två företeelser tillfälligtvis har råkat samvariera.

analyser bygger på felaktiga antaganden.

Vid bedömningen brukar man också undersöka om det finns en *koppling mellan exponeringens intensitet (dos) och problemets storlek (respons)*. Om ökad exponering för en tänkt "orsak" alltid åtföljs av en större "verkan", kan detta stärka misstanken om kausalitet.

Detsamma gäller om det finns en rimligt tänkbar *verkningsmekanism* som kan förklara hur riskfaktorn skulle kunna ge upphov till problemet.

Dessutom kan det finnas *experimentella data* som stöder ett orsakssamband – till exempel djurstudier eller studier som belyser en verkningsmekanism.

I fråga om mänskligt beteende är det särskilt svårt att uttala sig om orsaker. Det beror bland annat på att man ofta vet för lite om den kedja av händelser, känslor och tankar som har föregått ett visst beteende. Varför börjar någon till exempel dricka alkohol och att röka cigaretter? Kan alkoholkonsumtion triggas av rökning – eller tvärtom? Det är lätt att föreställa sig att det kan finnas många tänkbara orsaker som hänger ihop i ett komplicerat samspel.

I SBU:S AKTUELLA utvärdering av samband mellan e-cigaretter, snus och röktningskomplexer frågan ytterligare av att både exponeringen (användning av e-cigaretter och snus) och utfallet (tobaksrökning) är självskattade och oprecisa mått.

I sambandsstudier är det alltid en särskilt viktig utmaning att identifiera och hantera de bakomliggande faktorer som inverkar på eller "stör" de samband som forskarna egentligen vill undersöka. Samtidigt som forskarna alltid måste ta hänsyn till sådana förväxlingsfaktorer, är det inte alltid självklart vilka av dem som är betydelsefulla, och det är inte heller säkert att forskarna har några uppgifter om dem. Det gäller att varken över- eller underskatta förväxlingsfaktorernas inverkan. En underskattning kan leda till falska samband och överskattning till att faktiska samband inte syns i studien.

NÄR TVÅ FÖRETEELSER brukar uppträda tillsammans men i olika ordningsföljd vid olika tillfällen, kan detta tyda på att en förväxlingsfaktor ligger bakom sambandet. Om en studie som följer en grupp försöksdeltagare visar att beteende A hos många deltagare föregår beteende B, samtidigt som många andra deltagare

har beteende B före beteende A, så skulle sambandet mellan A och B kunna bero på en gemensam förväxlingsfaktor.

Tobaksforskare har till exempel noterat att sannolikheten att snus användare senare börjar röka cigaretter är högre än hos andra. Likaså är det mer sannolikt att cigarettrökare börjar snusa, än att icke-rökare gör det.^{3,4} Då kan det vara viktigt att överväga möjligheten att en tredje faktor ligger bakom båda beteendena, exempelvis benägenhet att bruka substanser experimentellt eller att utveckla beroende.

FORSKARE BRUKAR KÄNNA sig mer övertygade om ett resultat när detta har visats i olika studier med ett och samma upplägg. Men det är viktigt att komma ihåg att upprepad observation av ett samband (replikering) i sig inte bevisar kausalitet. Sambandet kan fortfarande bero på att de likartade studierna har upprepat samma systematiska fel.

Däremot stärks antaganden om kausalitet när resultat från olika typer av studier sammantaget pekar åt samma håll – djurstudier, mekanistiska studier plus epidemiologiska och kliniska studier med olika design. Att undersöka en och samma fråga på flera olika sätt kallas triangulering.⁵

NÄR MAN DISKUTERAR kausalitet är det slutligen viktigt att inte blanda ihop *nödvändig* orsak, att en viss faktor krävs för att utlösa en viss effekt, med *tillräcklig* orsak, att denna faktor räcker som ensam

orsak. Även om en faktor är nödvändig som orsak, kanske det krävs andra, samtidiga omständigheter för att utlösa en effekt. Ett exempel: i ett syskonpar där båda har anlag för en ärftlig sjukdom kan det hända att bara det syskon som också utsätts för viss miljöpåverkan utvecklar sjukdomen. Den ärftliga faktorn var en nödvändig men inte tillräcklig orsak.

Sådan komplexitet är vanligt. Alla faktorer som ser ut att vara orsaker behöver inte vara det, samtidigt som många av de problem som vården och socialtjänsten möter har en rad samverkande orsaker. Problemen är multifaktoriella.

Att bättre förstå orsakssammanhangen är viktigt – inte minst för att utveckla åtgärder som kan prövas vetenskapligt så att det går att se om effekterna verkligen blir de avsedda.

Lotta Ryk, projektledare SBU

lotta.ryk@sbu.se

Ragnar Levi, chefredaktör SBU

Referenser

1. Hill AB. The environment and disease: Association or causation? *Proc R Soc Med* 1965;58:295-300.
2. Howick J, et al. The evolution of evidence hierarchies ... *J R Soc Med* 2009;102:186-94.
3. Haukka A, et al. Progression of oral snuff use ... *Addiction* 2006;101:581-9.
4. Galanti MR, et al. Between harm and dangers. Oral snuff use ... *Eur J Public Health* 2001;11:340-5.
5. Munafò MR, et al. Robust research needs many lines of evidence. *Nature* 2018;553:399-401.

Läs också <https://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap-och-praxis/vad-ar-en-verklig-orsak/>

DET KAN HANDLA OM ETT ORSAKSSAMBAND NÄR ...

► ... **orsaken** alltid kommer före verkan och verkan kommer inom ett rimligt tidsintervall. Att det finns en fördröjning mellan dem kan dock vara svårt att fastställa i bakåtblickande studier.

► ... **det finns koppling mellan dos och respons** – ju intensivare "orsak" desto större "verkan". Man måste dock utesluta att kopplingen beror på någon gemensam förväxlingsfaktor i bakgrunden.

► ... **verkningsmekanismen** är teoretiskt rimlig och stämmer med kända fakta. Många viktiga verkningsmekanismer är dock inte kända ännu. Sådant som verkar orimligt idag kan vara självklart imorgon.

► ... **experimentella data** ger stöd för ett orsakssamband. Studier där "verkan" ökar eller minskar när den misstänkta "orsaken" läggs till respektive dras ifrån, exempelvis i laboratoriestudier, kan stärka misstanken.

► ... **sambandet är starkt**. Tänk dock på att starka samband kan bero på felaktiga statistiska analyser. Ett svagt samband utesluter dock inte heller att det handlar om en orsak och dess verkan.

► ... **sambandet kvarstår** – det har påvisats upprepade gånger av olika forskare, i skilda sammanhang, vid olika tidpunkter och i studier med skilda upplägg. Tänk på att upprepade fynd i likartade studier också kan bero på systematiska fel i upplägg eller genomförande.



DRAZEN / ISTOCKPHOTO

TERAPI KAN MINSKA RISKEN FÖR DEPRESSION EFTER FÖRLOSSNING

Vissa psykologiska insatser i samband med graviditet och förlossning kan förebygga depression hos kvinnor med ökad risk. Den slutsatsen dras i en systematisk översikt som SBU har granskat.

För kvinnor där risken för depression är förhöjd, kan psykologisk behandling som kognitiv beteendeterapi (kbt) och interpersonell psykoterapi (ipt) minska risken att de ska insjukna när de är gravida eller har fött barn. Effekten visas både vad gäller insatser under graviditeten och efter födseln.

Detta framgår av en systematisk översikt som SBU har granskat och kommenterat. Sammanställningen har gjorts i USA av myndigheten Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ.

UTÖVER PSYKOLOGISK behandling ingick också vissa insatser inom mödrahälsovården, fysisk aktivitet, läkemedel, kosttillskott (omega-3-fettsyror), utbildningsinsatser, stödjande insatser, insatser som skulle förbättra spädbarnets sömn, debriefing-samtal efter förlossningen, skrivterapi och yoga. För dessa insatser kunde översikten inte påvisa någon statistiskt säkerställd förebyggande effekt.

Totalt omfattar översikten 50 randomiserade och icke-randomiserade kon-

trollerade studier av godtagbar kvalitet, främst från västländer. I 26 studier ingår bara gravida, medan 22 arbeten enbart avser kvinnor som har fött. I hälften av studierna riktades insatsen enbart till kvinnor med ökad risk för depression – till exempel för att de hade varit deprimerade tidigare eller för att det förelåg vissa socioekonomiska riskfaktorer hos dem. Forskarna uteslöt studier där de flesta av deltagarna hade en pågående depression eller behandlades för sådan.

FYNDET ATT psykologisk behandling under graviditeten eller efter förlossningen kan förebygga depression ger ytterligare stöd åt rekommendationen i gällande nationella riktlinjer från Socialstyrelsen.

Ipt är en strukturerad korttidsbehandling som bygger på psykodynamisk teori och som inriktas på sambandet mellan relationer och stress. Personer i kbt tränar på att se negativa tankemönster och att använda nya beteenden och tankesätt som kan minska besvären. ♦ **RL**

Om kommentaren

Förebyggande av depression under graviditet och efter förlossn. SBU, 2020. Sakkuinnig: prof Ann Josefsson, obstetrik & gyn, Univ sjukh Linköping. Granskare: doc Karin Sjöström, psykiater, lektor, Malmö univ. Projektle-dare SBU: Susanne.Johansson@sbu.se Komm översikt: O'Connor EA, et al. Interventions to prevent perinatal ... AHRQ, 2019. SBU-kommentar: www.sbu.se/2020_04



JP CHRETIEN / SHUTTERSTOCK

Perinatal depression

Depression under graviditeten och efter barnets födsel är relativt vanligt och kan med ett gemensamt namn kallas perinatal depression (ibland kallat förlossningsdepression eller postpartumdepression). Depression hos kvinnan under graviditet och efter förlossning ska skiljas från känslomässig instabilitet dagarna efter att barnet har fötts. Perinatal depression kan påverka hela familjen. Det är viktigt även för fostret och barnet att tillståndet förebyggs effektivt. Under graviditeten kan depression hos kvinnan vara kopplat till tidig födsel och låg födelsevikt. Om anknytningen mor–barn påverkas kan det vara långsiktigt negativt för barnet.

KBT, SSRI OCH TERAPI MED ÖGONRÖRELSE KAN HJÄLPA EFTER TRAUMATISK STRESS

Det är möjligt att såväl SSRI-läkemedel som individuell kbt med traumafokus minskar symtom hos vuxna och gör att fler tillfrisknar från posttraumatiskt stressyndrom. Även behandling med särskilda ögonrörelser har ett visst vetenskapligt stöd. Kbt med traumafokus inom en månad efter traumat är möjligen även förebyggande.

BRITTIKA NICE, National Institute for Health and Care Excellence, har gjort flera systematiska översikter som gäller metoder att förebygga och behandla posttraumatiskt stressyndrom, PTSD, hos vuxna. SBU har granskat och kommenterat översikterna, vilkas resultat också ligger till grund för brittiska riktlinjer.

I FRÅGA OM LÄKEMEDEL visar översikten att det är möjligt att symtom på PTSD minskar och att fler personer tillfrisknar av behandling med SSRI (selektiva serotoninåterupptagshämmare) som sertralín, fluoxetin och paroxetin, vid jämförelse med placebo efter 2–3 månader. Däremot går det inte att bedöma om läkemedel kan förebygga tillståndet.

Många typer av läkemedel har prövats både i förebyggande syfte och för behandling, men underlaget räcker inte för att dra tillförlitliga slutsatser. Detta gäller både andra antidepressiva substanser och läkemedel mot epilepsi, psykos och ångest.

ÄVEN NÄR DET GÄLLER psykologiska, psykosociala och andra icke-farmakologiska behandlingar är resultaten osäkra. Trots detta rekommenderar NICE vissa insatser, på basis av likartade effekter för flera utfallsmått, lång uppföljningstid och hälsoekonomiska överväganden.

NICE finner ett vetenskapligt stöd för traumafokuserad* kognitiv beteendeterapi (kbt) för PTSD eller kliniskt viktiga symtom mer än tre månader efter en traumatisk händelse. Detsamma gäller bland annat för behandling som bygger på specifika ögonrörelser (*eye movement desensitisation and reprocessing*, EMDR), för internetbaserad kbt som är trauma-



MOMIR COSMIN / ALAMY STOCK PHOTO

fokuserad samt för kbt vid specifika symtom som sömnbesvär.

I SBU-kommentaren påpekar sakkunnig att resultatens tillförlitlighet generellt är låg och att nya studier därför kan påverka resultaten.

ÖVERSIKTEN VISAR OCKSÅ att PTSD kan förebyggas. Kbt med traumafokus som ges inom en månad efter den traumatiska händelsen förebygger möjligtvis symtom och PTSD-diagnos hos vuxna. Resultaten varierar dock beroende på vad studierna har jämfört med och när i förloppet som resultaten har mätts.

Effekten av övriga förebyggande insatser går inte att bedöma. Det behövs fler välgjorda studier och nya angreppssätt. ♦ **RL**

Om SBU:s kommentarer

- Psykologisk, psykosocial och annan icke-farmakologisk behandling av PTSD hos vuxna. SBU, 2019; samt Psykol, psykosoc och andra icke-farmakol insatser för att förebygga PTSD hos vuxna. SBU, 2019. Sakkunnig: prof Emily Holmes, psykologi, Uppsala univ. Granskare: prof Ata Ghaderi, Karolinska inst. Projled SBU: Margareta.Hedner@sbu.se Fullst kommentarer: www.sbu.se/2019_12 resp www.sbu.se/2019_11
 - Läkemedel för att förebygga och behandla PTSD hos vuxna. SBU, 2019. Sakkunnig: prof Sigurd Vitols, Karolinska institutet och SBU. Granskare: doc Mussie Msghina, Örebro univ. Projled SBU: Lina.Leander@sbu.se Fullst kommentar: www.sbu.se/2019_10
- Kommenterade översikter: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2018. NICE guideline NG116, Evidence reviews A–C. Se www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence



Z1B / ALAMY STOCK PHOTO

PTSD

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) kan uppkomma efter mycket påfrestande, livshotande och traumatiska händelser som katastrofer, olyckor, våld, sexuella övergrepp och psykisk eller fysisk misshandel. De människor som drabbas får påträngande minnen av den traumatiska händelsen trots att de försöker undvika tankar, minnen, händelser, situationer eller personer som påminner dem. Vanligt är också överspändhet med till exempel irritabilitet och lättskrämthet. Tankeförmågan försämras och sinnestämningen sänks.

* Innefattar kbt för PTSD, *cognitive processing therapy* samt *narrative* respektive *prolonged exposure therapy*.



Ojämnt med kunskap om insatser för bättre funktion

SBU har kartlagt vilka systematiska litteraturöversikter som finns om arbetssätt och insatser vid olika funktionstillstånd. Bristen på översikter är särskilt påtaglig när det gäller insatser vid nedsatt rörelseförmåga, nedsatt syn och hörsel samt vid svårigheter att läsa, skriva och räkna.

När SBU hade finkammat elva internationella forskningsdatabaser identifierades sammanlagt 281 systematiska översikter, varav en sjättedel höll minst medelhög generell kvalitet. De flesta av

översikterna bedömdes alltså hålla låg kvalitet, på övergripande nivå.

Kartläggningen visar att bristen på systematiska litteraturöversikter är tydligast när det gäller metoder och insatser vid funktionsnedsättningar som är:

- fysiska (till exempel att använda, styra, balansera och koordinera huvud, bål, armar och ben)
- sensoriska (till exempel syn och hörsel) eller som gäller
- förmågan att läsa, skriva och räkna samt språknedsättning.

Det råder också brist på översikter om metoder för personer som arbetar inom funktionshinderområdet, exempelvis om instrument för behovsbedömning.

De områden som är mest välförsörjda med systematiska översikter är neuropsykiatriska tillstånd (som autism och adhd), intellektuella funktionsnedsättningar (att förstå och lära sig saker) och insatser som rör anhörigas och närståendes hälsa och välmående. Även när det gäller insatser vid funktionsnedsättning till följd av psykisk sjukdom och beteende- eller personlighetsstörningar har en del översikter publicerats. ♦ **RL**

Om kartläggningen

Funktionstillstånd och funktionshinder. Kunskapsläget för arbetsmetoder och insatser. SBU, 2019. Projektledare SBU: Susanna.Larsson.Tholen@sbu.se. Sammanfattningen och hela SBU:s kartläggning finns på www.sbu.se/305

AVICONS / ISTOCKPHOTO

PÅ GÅNG

Exempel på SBU-projekt



BEHANDLING AV FIBROMYALGI

Anna.Christensson@sbu.se
Plan publ: höst 2021

FÖRLOSSNINGSRÅDSLÅ, ÅNGEST & DEPRESSION UNDER GRAVIDITET

Nathalie.Peira@sbu.se
Plan publ: vår 2021

FÖRLOSSNINGSSKADOR: DIAGNOSTIK & BEMÖTANDE I VÅRDEN

Naama.Kenan.Moden@sbu.se
Plan publ: vår 2021

HJÄLPMEDEL FÖR RÖRELSE/FÖRFLYTTNING

Susanna.Larsson.Tholen@sbu.se
Plan publ: vinter -21

KONTINUITET I VÅRDEN

Per.Lytsy@sbu.se
Plan publ: sommar 2021

LIPÖDEM

Helena.Domeij@sbu.se
Plan publ: sommar 2021

LÅNGVARIG SMÄRTA: KOMPLEXA INSATSER

Anna.Christensson@sbu.se
Plan publ: höst 2021

LÄKEMEDEL VID SMÄRTA HOS ÄLDRE

Jonatan.Alvan@sbu.se
Plan publ: sommar 2020

MAT VID DIABETES

Goran.Bertilsson@sbu.se
Plan publ: sommar 2021

NEUROPSYK: UNDERLAG TILL NAT. RIKTLINJER

Lina.Leander@sbu.se
Plan publ: vår 2021

SNUS, E-CIGARETTER OCH TOBAKSRÖKNING

Lotta.Ryk@sbu.se
Plan publ: sommar 2020

STÖD TILL UNGA SOM FLYTTAR FR DYGNSSÅR

Knut.Sundell@sbu.se
Plan publ: höst 2020

VESTIBULIT

Karin.Wilbe.Ramsay@sbu.se
Plan publ: sommar -21

ÖNSKAT KEJSARSNITT

Sigurd.Vitols@sbu.se
Plan publ: vinter -21/-22

INSATSER SOM SYFTAR TILL BÄTTRE FUNKTION

- arbets-/sysselsättnings-/fritidsinriktade
- autonomirelaterade
- beteendereinriktade
- boenderelaterade
- delaktighetsfrämjande/socialt främjande
- fysiska
- föräldraförmågafrämjande
- hälsorelaterade
- kognitiva
- kommunikationsinriktade
- motivationsinriktade
- pedagogiska
- personlig assistans
- psykosociala
- sensoriska
- stöd från anhöriga/föräldrar/vänner/andra
- transportrelaterade

RISK- OCH BEHOVSBEDÖMNING AV UNGA KRIMINELLA KAN VÄGLEDA

NÄR UNGDOMAR BEGÅR brott kan behovet av insatser utredas på olika sätt. Man bedömer risken för återfall i våld och annan kriminalitet samt de ungas behov. SBU har utvärderat olika strukturerade metoder för detta.

Rapportens övergripande slutsats är att strukturerade risk- och behovsbedömningsmetoder troligen ger vägledning vid bedömning av tonåringars återfallsrisk. De metoder som har studerats mest kallas YLS/CMI och SAVRY. Vilken vägledning som bedömning utan strukturerade metoder ger är däremot oklart.

HUR RÄTTVISANDE de strukturerade metoderna är vid olika grad av återfallsrisk är också osäkert – underlaget utgörs av färre och mindre studier. Dessutom kan insatser mot fortsatt kriminalitet ha påverkat studiernas resultat.

Yrkesverksamma personer kan uppleva att de strukturerade metoderna är till hjälp genom att ge fördjupning, stöd och transparens i bedömningarna, men



ANNIKA CARLSSON

också att de är tidskrävande.

Det behövs mer forskning om hur strukturerade risk- och behovsbedömningsmetoder påverkar val av insatser. Även kostnadseffektivitet och eventuella negativa effekter behöver studeras vetenskapligt och följas upp i praktiken. ♦ **RL**

Om rapporten

SBU. Risk- och behovsbedömning av ungdomar avseende återfall i våld och annan kriminalitet. Projektleddare SBU: Therese.Astrom@sbu.se Stockholm: SBU, 2019. Hela rapporten inklusive sammanfattning finns på www.sbu.se/303

Påvisar förvirring hos patienter på sjukhus



Vilken sammanställd forskning finns det om tillförlitligheten hos bedömningsinstrument avseende delirium hos patienter i slutenvård? Den frågan har ställts till SBU:s upplysningstjänst.

Upplysningstjänsten fann fyra systematiska översikter som på övergripande nivå verkade hålla godtagbar kvalitet. Enligt översiktsförfattarna finns det många validerade instrument, varav CAM, OSLA och RASS har god diagnostisk tillförlitlighet. Enligt författarna är de användbara för vuxna och äldre inom slutenvården. Författarna fann även indikationer på att instrument som har utformats för att mäta vakenhet fungerar särskilt väl på patienter med en bakomliggande demenssjukdom. Bedöm-

ningsinstrument som involverar anhöriga beskrevs som enkla att använda och uppgavs vara en lämplig metod för att identifiera delirium.

Upplysningstjänsten har inte granskat de enskilda resultatens tillförlitlighet och har inte heller bedömt översikternas slutsatser utifrån svenska förhållanden.

Delirium är ett akut konfusionstillstånd, en tillfällig förvirring, med kraftigt störd, växlande uppmärksamhet, orientering och tankeförmåga. Tillståndet är allvarligt och förekommer ofta hos sköra äldre. ♦ **RL**

Om svaret från SBU:s upplysningstjänst

SBU:s upplysningstjänst. Bedömningsinstrument för att identifiera delirium hos patienter inom slutenvården. Läs hela svaret på www.sbu.se/ut202009

SHUTTERSTOCK

Antikroppar mot RSV: kostnaden per QALY varierar stort

SBU har granskat en systematisk översikt av hälsoekonomiska analyser av palivizumab, antikroppar mot RS-virus, som förebyggande behandling av sköra nyfödda. Översikten gäller barn som har fötts för tidigt och som har medfödda hjärtproblem eller andningsproblem. Kostnaden per livskvalitetsjusterat levnadsår

(QALY) varierar betydligt beroende på vilka vård-sammanhang, patient-grupper och riskfaktorer som har använts. Läs kommentaren på www.sbu.se



SHUTTERSTOCK

Samlade resultat om utsatta barn och unga i enkelt format

De insatser som används för att identifiera, stödja och hjälpa utsatta barn och unga måste vara så säkra som möjligt och ge bästa möjliga resultat.



En ny SBU-broschyr beskriver på ett lättillgängligt sätt vad forskning visar om de insatser som SBU har utvärderat. Med hjälp av formatet fråga-svar beskriver broschyren vad som har kommit fram i forskningen, på sex olika områden.

Några huvudbudskap är att:

- insatser i öppenvården kan göra att fler barn slipper våld och förtäring
- barn som farit illa mår ofta bättre med placering hos släkt än i familjehem
- strukturerad risk- och behovsbedömning troligen kan ge vägledning angående unga med kriminellt beteende
- behandlingsfamilj verkar fungera bättre än institutionsvård för unga med allvarliga beteendeproblem
- stödsatser kan hjälpa barn i familjehem
- unga i social dygnsvård behöver få tillgång till hälso- och sjukvård och tandvård

Varje avsnitt inleds med ett kort exempel för att skapa intresse och levandegöra forskningsresultaten. Broschyren tar också upp vad som kan göras på områden där forskningen inte räcker till. Dessutom ges en del lästips för den som vill fördjupa sig i hur SBU arbetar och vilka rapporter som är på väg.

Broschyren riktar sig till personer som arbetar med utsatta barn och unga eller som har ansvar för de insatser som samhället erbjuder. ♦ **RL**

Om skriften

Samtliga SBU-publikationer som texten bygger på kan laddas ner i sin helhet på www.sbu.se/barnochunga. Broschyren "Utsatta barn och unga - bättre metoder för stöd och hjälp" finns på sbu.se/401-20. Den kan också beställas i tryckt format med kupongen här intill.

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



SBU-NÄMNDEN

Kerstin Nilsson (ordf)
ÖREBRO UNIVERSITET

Susanna Axelsson
SBU

Jonas Claesson
REGION ÖREBRO LÄN

Heike Erkers
AKADEMIKERFÖRBUNDET SSR

Jan-Ingvar Jönsson
VETENSKAPSRÅDET

Fredrik Lennartsson
SVERIGES KOMMUNER OCH REGIONER

Thomas Lindén
SOCIALSTYRELSEN

Olle Lundberg
FORTE

Ulf Näslund
UMEÅ UNIVERSITET

Monica Persson
KARLSTADS KOMMUN

Jenny Rehnman
SOCIALSTYRELSEN

Sineva Ribeiro
VÄRDFÖRBUNDET

Johan Sanmartin Berglund
BLEKINGE TEKNISKA HÖGSKOLA

Heidi Stensmyren
SVERIGES LÄKARFÖRBUND

Elisabeth Wallenius
FUNKTIONSRÄTT SVERIGE

SBU:S VETENSKAPLIGA RÅD

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

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

Martin Bergström
UNIV LEKTOR, SOCIALHÖGSKOLAN,
LUNDS UNIVERSITET

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

Anna Ehrenberg
PROFESSOR, OMVÅRDNAD,
HÖGSKOLAN DALARNA

Ata Ghaderi
PROFESSOR, PSYKOLOGI,
KAROLINSKA INSTITUTET

Martin Henriksson
UNIV LEKTOR, HÄLSOEKONOMI,
LINKÖPINGS UNIVERSITET

Jan Holst
DOCENT, VASKULÄRA SJD,
LUNDS UNIVERSITET

Ulrik Kihlbom
UNIV LEKTOR, ETIK, UPPSALA
UNIVERSITET

Mussie Mshghina
DOCENT, INST MED VET, ÖREBRO
UNIVERSITET

Christina Nehlin Gordh
UNIV LEKTOR, SOCIOLOGISKA INST,
UPPSALA UNIVERSITET

Lars Sandman
PROFESSOR, ETIK,
LINKÖPINGS UNIVERSITET

Anna Sarkadi
PROFESSOR, SOCIALMEDICIN,
UPPSALA UNIVERSITET

Katarina Steen Carlsson
FIL DR, HÄLSOEKONOMI, LUNDS
UNIVERSITET

Sten-Åke Stenberg
PROFESSOR, SOCIAL FORSKNING,
STOCKHOLMS UNIVERSITET

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

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

Sverker Svensjö
ÖVERLÄKARE, INST FÖR KIR VET,
UPPSALA UNIVERSITET

Magnus Tideman
PROFESSOR, HANDIKAPPVETENSKAP,
HÖGSKOLAN I HALMSTAD

Pernilla Åsenlöf
PROFESSOR, FYSIOTERAPI, UPPSALA
UNIVERSITET

GENERALDIREKTÖR SBU

Susanna Axelsson

WEBBTIPS

På SBU:s webbplats finns de verktyg och mallar som SBU använder för att granska tillförlitligheten hos systematiska översikter och enskilda studier av olika slag.

Mallarna innehåller huvudsakligen kontrollfrågor om risken för snedvridning av forskningsresultat. Sådana frågor har utvecklats i internationella forskningssamarbeten.

På samma sajt finns även tillhörande manualer som mer i detalj redogör för syftet med enskilda kontrollfrågor.

Där finns också SBU:s vägledning för att identifiera viktiga etiska frågor och en handbok som beskriver olika moment i myndighetens arbete med vetenskaplig utvärdering.

De olika mallarna avser granskning av:

- systematisk översikt, översiktligt
- systematisk översikt, detaljerat
- syntes av studier som har använt kvalitativ metodik
- enskild randomiserad studie av insats
- enskild icke-randomiserad studie av insats
- enskild studie som gäller diagnostisk tillförlitlighet
- studie som har använt kvalitativ metodik
- empirisk hälsoekonomisk studie
- hälsoekonomisk modellstudie

Den fullständiga länken till mallarna är: www.sbu.se/handbok#granskningsmall

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

SAMMANFATTNINGAR 2018–2020

Sammanfattningar från 2018–20 finns endast digitalt [DIG] på sbu.se

- [DIG] Core outcome sets i förlossn.vård (2020), nr 309s, dig
 [DIG] Insatser öpp.vård ... ungdom återf i brott (-20), nr 308s, dig
 [DIG] Könsdysfori hos barn och unga (2019), nr 307s, dig
 [DIG] Kunskapsläget ... inom äldreomsorgen (-19), nr 306s, dig
 [DIG] Funktionstillstånd o. funktionshinder (-19), nr 305s, dig
 [DIG] Rehab vuxna traumat hjärnskada (-19), nr 304s, end dig
 [DIG] Risk-/behovsbedömning ungdom återfall våld...(-19), 303s, dig
 [DIG] Åtstörningar (2019), nr 302s, finns endast digitalt
 [DIG] Behandl långv smärta – kartläggning (-19), nr 301s, end dig
 [DIG] Förebygg proble m spel om pengar (-19), nr 299s, end dig
 [DIG] Åtgärder sten i djupa gallgångarna (2019), 297s, end dig
 [DIG] Missbruk & beroende alk o narkotika (-19), nr 296s, dig
 [DIG] ME/CFS, kron trötthet (-19), nr 295s, finns endast digitalt
 [DIG] Stöd till ensamkommande barn/unga (-19), nr 294s, end dig
 [DIG] Intraop kolangiografi vid kolekystektomi (-18), 292s, dig
 [DIG] Organisatoriska modeller f att barn/unga i familjehem el på institution ska få ... vård (2018), 289s, endast digitalt
 [DIG] Psykol behandl rättspsyk vård (2018), nr 287s, end digit
 [DIG] Läkemedel rättspsyk vård (2018), nr 286s, endast digitalt

- [DIG] Värdebaserad vård (2018), nr 285s, finns endast digitalt
 [DIG] Diagnos och behandling av epilepsi (2018), 281s, end digit
 [DIG] Insats familj våld/försumm barn (2018), nr 280s, end dig
 [DIG] Beh.familj ungdom allv beteendeprobl (-18), 279s, end dig
 [DIG] Ljus & syst behandl psoriasis (2018), nr 278s, end digitalt
 [DIG] Endometrios (2018), nr 277s, finns endast digitalt

PATIENTINFORMATION ETC

Kostnadsfria, om inget annat anges

-ex Arbetsmiljö och ohälsa (2018), nr 401-20
ex Insatser funktionshinder/-hinder (-19), nr 902-28
ex Arbetsmiljö och ohälsa (2018), nr 401-19
ex För närstående t långvarigt sjuka äldre (2016), nr 401-17
ex Bättre behandling (2015), nr 1004. Pris 50 kr + moms och frakt. Rabatt f pensionärer samt över 10 ex: 25%

Trycksaker och faktura skickas till:

Namn

Postadress

E-post

Frankeras ej.
Mottagaren
betalar portot

SBU

Statens beredning
för medicinsk och
social utvärdering

Svarspost

20087634

110 06 Stockholm



Så kan forskningen ge mer tillförlitliga resultat



Många forskningsresultat om effekter och samband är missvisande eller överdrivna. Ansvaret ligger tungt på dem som bekostar och genomför studierna, enligt professor John Ioannidis vid Stanford-universitetet i Kalifornien. I en artikel uppmanar han forskarkolleger och finansörer att sätta in en rad åtgärder.

Samarbeta brett med andra forskare. Genetisk epidemiologi är ett exempel på fält där sådant samarbete mellan forskargrupper har lönat sig.

Acceptera att fynd ska kunna upprepas i nya studier innan resultaten betraktas som rättvisande, särskilt resultat från laboratoriestudier och mindre kliniska prövningar.

Registrera pågående studier, protokoll och datainsamlingar för att undvika onödigt dubbelarbete och se till att allt viktigt finns med när resultaten redovisas.

Dela data, protokoll och verktyg med andra forskare. Då kan andra kontrollera att resultaten är rättvisande. Detta tillämpas redan en del inom biomedicin.

Stävja inverkan av bindningar och jäv hos forskare och finansörer även när forskningsresultat används i hälsoekonomi, metaanalyser och riktlinjer.

Använd statistiska metoder rätt och tillämpa vedertagna definitioner och analysmetoder. Falskt positiva resultat måste minskas inom exempelvis epidemiologi, psykologi och ekonomi. Var försiktig med anspråk på upptäckter/genombrott.

Skärp kraven på hur studier läggs upp och följ upp praxis med checklistor för god forskningssed. Även i djurstudier bör man kunna använda randomisering, och försöksledarna bör kunna blindas.

Förbättra sakgranskning, avrapportering och spridning. Det finns gott om förbättringsförslag, exempelvis för publicering av olika studietyper (www.equator-network.org).

Träna forskare mer i forskningsmetodik och statistik. Ett exempel är Clearinghouse for Training Modules to Enhance Data Reproducibility*, vid amerikanska National Institutes of Health, NIH. ♦ **RL**

* <https://www.nigms.nih.gov/training/pages/clearinghouse-for-training-modules-to-enhance-data-reproducibility.aspx>

ALFONSO DE TOMAS / SHUTTERSTOCK

Fritt efter Ioannidis JPA. How to make more published research true. PLoS Med 2014;10:e1001747

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

SBU-RAPPORTER

Priset på de tryckta rapporterna är exkl moms och frakt. Beloppet faktureras. Rapporter från 2018–20 finns endast digitalt [DIG] på sbu.se och kan inte beställas.

- [DIG] Insatser i öppenvård för att förebygga ungdomars återfall i brott (2020), nr 308, finns endast digitalt
- [DIG] Könssydysfori hos barn och unga (2019), nr 307, dig
- [DIG] Kunskapsläget för ... äldreomsorgen (19), 306, dig
- [DIG] Funktionstillstånd och funktionshinder (-19), 305
- [DIG] Rehab vuxna m traum hjärnskada, (-19), nr 304, dig
- [DIG] Risk- och behovsbedömning av ungdomar: återfall i våld och annan kriminalitet (2019), nr 303, end dig
- [DIG] Ätstörningar (2019), nr 302, finns endast digitalt
- [DIG] Beh långv smärta, kartlägg (-19), nr 301, end dig
- [DIG] Fördjup prio forskn förlossn-skad (-19), 300, end dig
- [DIG] Förebygg spel om pengar (2019), nr 299, end dig
- [DIG] Sten i de djupa gallgångarna (-19), nr 297, end dig
- [DIG] Alkohol/nark-socialtjänst (2019), nr 296, end dig
- [DIG] ME/CFS, kron trötthet (-19), nr 295, end dig
- [DIG] Stöd f ensamkomm barn/unga (-19), nr 294, end dig
- [DIG] Intraop kolangio v kolecystekt (-18), nr 292, end dig
- [DIG] Prio forskn: förlossn-skador (-18), nr 291, end dig
- [DIG] EEG, total hjärnfart <2 år (2018), nr 290, end dig
- [DIG] Org mod barn/unga familjehem (2018), nr 289, dig
- [DIG] Psykol/psykosoc insats rättspsyk (-18), 287, end dig
- [DIG] Läkemedel inom rättspsyk vård (-18), 286, end dig
- [DIG] Värdebaserad vård (2018), nr 285, endast digitalt
- [DIG] Diagn och behandl av epilepsi (2018), 281, end digit
- [DIG] Öppenvård f barn vid våld/försumm (-18), 280, dig
- [DIG] Beh-familj allv beteendeprobl (-18), nr 279, end dig
- [DIG] Ljus & systemisk behandl psoriasis (-18), nr 278, dig
- [DIG] Endometriosis (2018), nr 277, finns endast digitalt
-ex Valfärdstekn social stim f äldre psyk (-17), nr 268
-ex Insats hälsa familjehemsplac barn (-17), 265, 150 kr
-ex Kartlägg syst övers rättspsyk (2017), nr 264, 150 kr
-ex Behov forskn & vet utvärld (-17), nr 263, 150 kr
-ex Behandling av armfraktur (2017), nr 262, 200 kr
-ex Arb.miljö & hjärt-kärlsjd - kemi (-17), nr 261, 200 kr
-ex Patientdelaktighet i vården (2017), nr 260, 150 kr
-ex Op sten i gallblåsan & akut infl (-17), nr 259, 150 kr
-ex FAS och FASD (2017), nr 258, 200 kr
-ex Värdera effektiv i klin vardag (-16), nr 256, 150 kr
-ex Skakvåld, syst litteraturövers (2016), nr 255, 150 kr
-ex Behandl av spelberoende ... (2016), nr 254, 150 kr
-ex Arbetsmiljö & artros (2016), nr 253, 150 kr
-ex Ung antisoc probl, inst (-16), nr 252, 150 kr
-ex Analsfinkterskada förloss (-16), 249, 200 kr
-ex Hetsättningsstörn (2016), nr 248, 200 kr

JA TACK, JAG VILL GÄRNA PRENUMERERA KOSTNADSFRITT PÅ:

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

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

