

information från SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering

MEDICINSK VETENSKAP & PRAXIS

NYA RAPPORTER Mat vid diabetes |4, 16

Psykhälsa hos skolbarn |6 Sömnbesvär |8 Smärta & rehabilitering |12



Inte bara räkna, utan också förstå

Att utvärdera en metod handlar ofta om att mäta dess effekt. Men värdet av en insats beror inte bara på dess förmåga att lösa ett bestämt problem, utan också på hur brukarna upplever hjälpen som de erbjuds och förändringarna som metoden medför.

Hur mycket en viss åtgärd påverkar människors livslängd, hälsa och livskvalitet är ofta det allra viktigaste i vården. Kliniska studier som mäter effekten av olika åtgärder måste ta fasta på den nytta som patienterna har i termer av ökad överlevnad, bättre symtomlindring och ökad livskvalitet, mätt med en utprövad skattningsskala.

Kenyon Matt / Getty

SBU – KUNSKAPSCENTRUM FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Kvalitativ metodik |1 Diabeteskost |4,16 Skolbarn |6 Bröstcancer |7
Sömnbesvär |8 Orsaker |10 Smärta |12 MRT vid nervtumörer |14

Lyssna till tystnaden

Har du läst om mannen som samlade på tystnad? I Heinrich Bölls novell om radioarbetaren Murkes klip- per huvudpersonen ihop ett eget ljudband av pauser och tystnad från inspelningar med uppblåsta potentater. På kvällarna när han kommer hem från jobbet, lyssnar den hårt prövade Murkes till den samlade tystnaden.

Nu har SBU fått i uppdrag att göra något liknande. Det handlar om att gå igenom litteraturöversikter från olika kliniska områden och samla ihop vårdens kunskapsluckor. I samarbete med andra aktörer i stat och landsting, ska SBU bygga upp en databas över områden i vården som är dåligt studerade och där behovet av mer vetenskaplig kunskap om effekter är stort. Ett slags samling av vetenskaplig tystnad alltså.

Arbetet med kunskapsluckor har två syften. Dels att hejda oprövade metoder från att spridas okontrollerat inom vården, metoder vilkas nytta, risker och kostnader är dåligt kända. Dels att göra det möjligt att styra kliniska forskningsresurser till de områden där de behövs mest.

Men när det gäller kunskapsluckor är det viktigt att inte blanda ihop bristande bevis med bristande effekt. Att en metod inte har studerats tillräckligt, betyder givetvis inte att den är ineffektiv. Och det vore orimligt att kräva vetenskapliga bevis för allt som vården gör. Vården skulle helt enkelt inte fungera om den upphörde med allt som är vetenskapligt obevisat.

Det allra enklaste vore ju om varje metod som tillräckligt många experter tror på, förespråkar och övertygar sina kolleger om kunde användas fritt i vården, utan krav på vetenskapliga bevis för effekterna. Tusen blommor blommar, effektiva behandlingar fördröjs inte det minsta, och sämre metoder konkurreras efter hand ut av bättre alternativ – genom något slags teknologiskt naturligt urval. Det låter kanske bra, men priset skulle bli mycket högt.

För det första skulle många patienter utsättas för verk- ningslösa eller skadliga åtgärder. Det finns mängder av exempel på att metoder som har införts enbart på grund- val av medicinska experters hypoteser (och hybris) har skadat eller dödat patienter i stället för att rädda liv. Först i kliniska studier blev följdverkningarna tydliga. Att syftet var gott betydde inte att resultatet var det. Detta har gällt tidigare i historien och det gäller fortfarande – oavsett alla tekniska framsteg.

För det andra är vårdens resurser begränsade. Varje gång vi inför åtgärder av oklart värde, leder det oundvikli- gen till att vi inte har råd med annat som är dokumenterat effektivt.

För det tredje är det ofta svårt att utmönstra metoder som redan har blivit rutin. Behandlingstraditioner hänger gärna kvar, också när all tillgänglig forskning talar emot dem.

Därför är det inte bara rimligt, utan också helt nöd- vändigt, att i första hand välja de behandlingsmetoder som är bäst dokumenterade. Och att samtidigt forska vidare om dem som är lovande men bristfälligt studerade.



RAGNAR LEVI, REDAKTÖR



Diana Ong / Getty

Men det finns andra aspekter av vårdens insatser som är svåra att omvandla till siffror och som inte låter sig fångas av de vanliga mätmetoderna. Olika vårdinsatser som har samma mätbara effekt på häl- san kan ändå uppfattas olika.

Ett exempel gäller uppfölj- ning av patienter med cancer, berättar Sofia Tranæus, pro- jektledare på SBU.

– En dansk utvärdering av uppföljning vid gynekologisk cancer tog med både kvantita- tiva och kvalitativa studier, säger Sofia Tranæus.

OLIKA INFORMATION

– Enligt de kvantitativa under- sökningarna hade efterkon- troller ingen betydelse för livskvaliteten. Men i patient- intervjuer kom det fram att kontrollerna kunde skapa trygghet och lättnad över att undersökningen var utan anmärkning. Olika studier gav lite olika information.

– Visst kan studier med kvalitativ metod delvis över- lappa resultaten från skatt-

ningsformulär för livskvalitet, medger Sofia Tranæus. For- mulär för att mäta livskvalitet bygger ju ofta på kunskap från patientintervjuer.

– Men många gånger ger de kvalitativa studierna helt nya uppgifter.

KOMPLETTERAR

– Ansatserna ger ofta olika slags kunskap som komplet- terar varandra, säger hon. Kvalitativ metodik kan ge insikt om vad olika vårdåtgär- der betyder för patienter och behandlare, men ger inte besked om hur stor effekt som åtgärderna har.

En fråga som lämpar sig att besvara med kvalitativ ansats är till exempel hur telemedi- cinsk teknik ändrar förhållan- det mellan patienten, läkaren och de specialister som kon- sulteras. I stället för att under- söka exempelvis hur patien- ternas prognos påverkas, kan kvalitativa forskningsmetoder analysera samspelet mellan parterna och visa vad som sker i kommunikationen.

– Till skillnad från kvantitativa studier, är det ibland forskaren själv som både samlar in, analyserar och tolkar data.

– Även om forskarna strävar efter att förhålla sig neutrala, kan förutfattade meningar smyga sig in och färga observationerna – något som förstås väcker frågor om tillförlitligheten, säger Sofia Tranæus.

– Risken att omedvetet styra sina fynd är nog större i studier där den egna tolkningen är en integrerad del av resultatet.

– Men det finns olika sätt att minska den risken. Forskarna kan till exempel låta informanterna, alltså personerna som deltar i studien, ta del av deras tolkningar och bedöma om de stämmer.

En annan metod som kallas triangulering innebär att man låter olika forskare analysera data, ibland utifrån skilda teoretiska perspektiv. Data kan också samlas in på flera olika sätt – till exempel genom både enkäter och intervjuer.

Urvalet i studier med kvalitativ metod behöver inte vara representativt. Men kan man då dra generella slutsatser?

STRATEGISKT URVAL

– När syftet är att analysera ett fenomen, snarare än att kvantifiera det, är stora slumpmässiga och statistiskt representativa urval inte nödvändigt. Tvärtom kan det vara bättre att göra ett strategiskt urval.

Forskarna kanske väljer att enbart beskriva särfall som urholkar etablerade universella sanningar. Eller de kan sträva efter en så stor variation som möjligt bland informanterna, för att ge en mer allsidig bild av en företeelse.

Urvalets storlek bestäms inte alltid från början; i stället kan forskarna välja att samla data tills de anser att ytterligare material inte ger mer kunskap.

– Att kvalitativa forskningsresultat kan generaliseras, utgår ofta från dokumenterade likheter mellan olika situationer. Forskarna gör

antagandet att likheterna innebär att resultaten blir överförbara.

Hur studiernas tillförlitlighet ska bedömas är en särskilt viktig fråga för SBU.

– Till att börja med ska avrapporteringen vara tydlig och logiskt strukturerad, säger Sofia Tranæus. Frågorna ska vara väldefinierade, och det bör framgå varför forskaren har valt kvalitativ metodik för att undersöka dem.

REDOVISA GRUNDLIGT

– Urvalet av försöksdeltagare ska, liksom sammanhanget, vara relevant. Om studien bygger på en teori så ska detta framgå. Forskningsmetoden ska redovisas så grundligt att läsaren kan bedöma om data har samlats in, verifierats och analyserats på ett bra sätt.

– Alla tolkningar ska vara tydligt förankrade i data och sättas in i ett sammanhang av tidigare undersökningar på området. Forskaren bör också redovisa problem som har uppstått i studien och hur de

har hanterats, diskutera tänkbara svagheter och redovisa sina argument för och emot överföring av resultaten till andra sammanhang.

Välgjorda kvalitativa studier kan ge en detaljrik och djup kunskap om patienters upplevelser och tolkningar av sin sjukdom och av de åtgärder som erbjuds. Sådan kunskap kan behövas för att avgöra vilken insats som är mest lämplig i en given situation.

Studier med kvalitativ ansats kan också bidra till att beslutsfattare bättre förstår problem som de kanske saknar egen erfarenhet av.

Det är ofta nödvändigt att ta reda på hur stor effekt som vårdens metoder har. Men det är inte alltid tillräckligt. [RL]

Lästips

Malterud K. Kvalitativa metoder i medicinsk forskning. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur; 2009. ISBN: 978-91-44-05232-8.

Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C. Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet. Andra upplagan. Studentlitteratur; 2006. ISBN: 978-91-44-04578-8.

KVALITATIV METODIK

SÅ SAMLAS DATA IN

EXEMPEL

Intervjuer – öppna eller strukturerade, enskilt eller i fokusgrupp. Används till exempel för att studera upplevelser (erfarenheter, åsikter, känslor, behov och önskemål).

Observationer – deltagande eller inte deltagande, som dokumenteras på olika sätt till exempel med anteckningar och inspelningar av ljud och bild. Används bland annat i studier av beteenden (exempelvis samspel mellan individer, gruppprocesser).

Enkäter – frågeformulär ofta med öppna frågor.

Skriftliga datakällor – till exempel dagböcker, protokoll, journaler, litteratur.

SÅ VÄLJS DELTAGARE

EXEMPEL

Snöbollsmetoden – ett antal personer tillfrågas om vilka övriga som bör delta. Personer som då rekommenderas av flera andra är särskilt viktiga att ta med. Urvalet ökar allt snabbare ju fler som tillfrågas, som en rullande snöboll.

Maximal variation – olikartade källor väljs för att allsidigt belysa principer och teman som är giltiga trots betydande olikheter hos källorna.

Undantagsfall – urvalet inriktas på ovanliga och avvikande källor för att dessa kan bidra med unik och värdefull information.

Homogen grupp – samtliga i urvalet uppfyller vissa kriterier. Syftar till djupare kunskap om denna kategori av personer i studien, exempelvis i så kallade fokusgruppintervjuer.

DIABETESKOST

Likvärdigt för blodsocker och vikt om fett eller kolhydrater minskas

Att minska lite på fett eller dra ner lite på kolhydraterna har liknande positiva effekter på blodsocker och kroppsvikt hos personer med diabetes. Rekommendationer om grönsaker, baljväxter och fisk har stöd i forskningen, men kunskap saknas när det gäller råd om fullkorn och fett. Det visar SBU:s utvärdering av hur kosten påverkar vuxna med diabetes.

SBU:s nya granskning av forskningen om kost vid diabetes gäller råd om mat och dryck till vardags, alltså inte korta dieter eller kurer. Rapporten granskar också studier av kost för personer utan diabetes men med nedsatt glukostolerans eller förhöjt blodsocker vid fasta.

Att begränsa sig till en måttlig mängd fett – eller en måttlig mängd kolhydrater – sänker blodsockret på lång sikt och även kroppsvikten vid diabetes, visar forskningen. Däremot saknas det studier av tillräckligt bra kvalitet för att bedöma effekterna av kost med mycket låg andel

kolhydrater och hög andel fett. Därför är det viktigt att sjukvården följer upp dem som själva väljer att äta sådan mat för att ta reda på om det finns risker med detta eller inte.

De rekommendationer för diabeteskost som gäller i dag går bland annat ut på att det

UR SBU:S SLUTSATSER

► Vid typ 2-diabetes har lågfettkost respektive måttlig lågkolhydratkost likartade gynnsamma effekter på HbA_{1c} ("långtidssockret") och kroppsvikt. Det saknas studier av tillräcklig kvalitet för att kunna bedöma långtidseffekterna hos personer med diabetes av mer extrem lågkolhydratkost med högt fettintag, exempelvis så kallad LCHF-kost. Säkerhetsaspekterna blir därför särskilt viktiga vid klinisk uppföljning av de personer som själva väljer extrem lågkolhydratkost.

► Det finns ett visst vetenskapligt stöd för att grönsaker, baljväxter och fisk är gynnsamma för personer med diabetes. Dessa livsmedel ingår som viktiga beståndsdelar i dagens kostrekommendationer vid diabetes. Litteraturgenomgången har inte funnit

underlag för slutsatser om andra centrala komponenter i kostrekommendationerna, som fullkornsprodukter och fettmängd. Inget vetenskapligt stöd har framkommit vare sig för eller emot en ändring av dagens diabeteskostrekommendationer.

► Personer som har typ 2-diabetes och som regelbundet konsumerar måttlig mängd alkohol löper lägre risk att insjukna och avlida i hjärt-kärlsjukdom än de som inte konsumerar alkohol. Givetvis måste rådgivning om alkohol ta hänsyn till graviditet eller risk för missbruk. Kaffekonsumenter har lägre risk för hjärt-kärlsjukdom än de som inte dricker kaffe.

► Så kallad livsstilsbehandling, där råd om kost med reducerat fetthinnehåll och ökat

fiberinnehåll kombineras med ökad fysisk aktivitet, skyddar mot utveckling av diabetes hos personer som har nedsatt förmåga att ta hand om och omsätta glukos.

► Eftersom det saknas studier av tillräcklig kvalitet går det inte att bedöma betydelsen av näringsintagets fördelning under dygnet. Detsamma gäller intag av proteiner respektive fullkornsprodukter. Dessutom saknas det studier av kostens betydelse för livskvaliteten, och för förekomsten av komplikationer från ögon och njurar.

► Ett stort antal studier av olika kost för diabetes genomförs för närvarande. Allteftersom resultaten av högkvalitativa studier blir tillgängliga, måste det finnas beredskap att ompröva slutsatserna i denna rapport.



är viktigt att äta mycket grönsaker, baljväxter och fisk. SBU finner ett visst vetenskapligt stöd för att sådana livsmedel kan minska risken för hjärt-kärlsjukdom och kanske också minska dödligheten, främst hos personer utan insulinbehandling. Där emot finns det varken stöd eller motbevis för de rekommendationer som handlar om fullkornsprodukter och fettmängd. Här ger inte forskningen argument vare sig för eller emot dagens kostrekommendationer.

ALKOHOL OCH KAFFE

Genomgången visar också att personer med typ 2-diabetes löper mindre risk att insjukna i respektive dö av hjärt-kärlsjukdom om de konsumerar alkohol än om de inte dricker alkohol alls. Vid individuell rådgivning är det viktigt att ta hänsyn till de risker som alltid finns med alkohol och särskilda skäl att vara försiktig, till exempel graviditet eller riskbruk.

Också hos kaffedrickare är risken för hjärt-kärlsjukdom lägre.

SKYDD MOT DIABETES

För personer med nedsatt förmåga att bryta ner glukos kan förändrad livsstil skydda mot att besvären utvecklas till diabetes. Så kallad livsstilsbehandling inbegriper fysisk aktivitet plus råd om att minska på fett i kosten och att äta mer fibrer. Utan sådan behandling utvecklas diabetes inom en treårsperiod hos 15–20 procent i den här gruppen. Livsstilsbehandling under lika lång tid kan minska den risken med 30 till 60 procent.

Ekonomiska modellstudier tyder också på att livsstilsförändring i form av lågfettkost kombinerad med fysisk aktivitet är kostnadseffektivt när det gäller att minska risken för diabetes.

Det går inte att säga om måltidsordningen, fördelningen av energi under dagen, spelar någon roll för personer

med diabetes, eftersom det saknas tillräckligt stora och väljorda studier. Det saknas också studier om vilken effekt som kosten har på livskvaliteten och på diabeteskomplikationer från ögon och njurar.

KRÄVER INFORMATION

Både i de gällande kostrekommendationerna och i SBU:s rapport framhålls att det är viktigt att kostråden är anpassade efter individen. Om det ska vara möjligt för patienten att göra självständiga val, krävs att hon eller han får god information om vilka för- och nackdelar som följer med olika sätt att äta och dricka.

Omkring 4 procent av alla svenskar har diabetes mellitus. Den vanligaste formen är typ 2-diabetes. Gemensamt för all diabetes är att glukoshalten i blodplasman är för hög. Vid typ 2-diabetes är känsligheten för insulin nedsatt. [17]

Om rapporten

Mat vid diabetes – en systematisk litteraturoversikt (2010). Ordförande: Kjell Asplund, professor. Projektledare, SBU: Jonas Lindblom, lindblom@sbu.se. För rapport och sammanfattning, se www.sbu.se.

SKOLBARN

Viktigt följa upp effekterna av program mot psykisk ohälsa

I dag används ett hundratal olika program som ska förebygga psykiska problem hos barn och unga. Syftet är angeläget, men nyttan av flertalet metoder är dåligt undersökt. SBU efterlyser bra studier av nytta, risker och kostnader.

För att försöka motverka psykisk ohälsa hos barn och unga används allt oftare särskilda åtgärdsprogram, både inom skolan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Men bara ett fåtal har stöd av forskning som visar att insat-

serna förebygger ohälsa, visar SBU:s granskning. Många av undersökningarna har dessutom genomförts i andra länder, och det är oklart om programmen fungerar under svenska förhållanden. Det är sannolikt att effekten varierar

med sociala och kulturella sammanhang.

OPRÖVADE

Av det hundratal program som används i Sverige, har inget prövats i någon randomiserad studie med minst sex

SBU:S SLUTSATSER

länder. Eftersom effekterna sannolikt varierar med sociala och kulturella sammanhang är det oklart i vilken utsträckning som programmen kan överföras till Sverige med bibehållen effekt. Programmen kan också behöva anpassas så att de överensstämmer med svenska värderingar och syn på barns rätt.

► I Sverige används ett hundratal olika program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn, i huvudsak av utagerande typ. Inget av dem har utvärderats i Sverige i randomiserade studier med minst sex månaders uppföljning. Programmen De otroliga åren (översatt från Incredible

years), Triple-P och Family check up har enligt internationella studier begränsat vetenskapligt stöd för förebyggande effekt. Programmen Komet, Cope, Set, Stegvis, Beardslee's familjeintervention, Connect och Disa har undersökts i minst en kontrollerad studie vardera men har inte tillräckligt vetenskapligt stöd för förebyggande effekt. Övriga program som används i Sverige är inte vetenskapligt utprovade som preventionsprogram.

► Program som bygger på att ungdomar med utagerande problem träffas i grupp kan öka risken för normbrytande bete-

enden. Andra negativa effekter av såväl program för utagerande som för inåtvända problem är tänkbara men ofullständigt belysta.

► Det behövs randomiserade studier som styrker att de program som används har förebyggande effekt i svenska populationer och inte medför några betydande risker. Det behövs också hälsoekonomiska studier som styrker att programmen är kostnadseffektiva.

SBU:s rapport berör inte förebyggande program på tobaks-, alkohol- och narkotikaområdet. Specifikt vålds- och mobbningsförebyggande program ingår inte heller. Se hela rapporten med sammanfattning på www.sbu.se

► Av 33 bedömda standardiserade och strukturerade insatser (program) som syftar till att förebygga psykisk ohälsa hos barn har sju begränsat vetenskapligt stöd i den internationella litteraturen. Det är föräldrastödsprogrammen Incredible years, Triple-P, familjestödsprogrammet Family check up samt skolprogrammen Good behavior game, Coping power, Coping with stress och Friends. Effekterna är med få undantag små. Studierna är utförda i andra



månaders uppföljning. Det behövs sådana studier som styrker att de program som används har förebyggande effekt även i svensk miljö och att de inte medför risker. I några program kan normbrytande beteenden öka när ungdomar som är utagerande träffas i grupp. Programmens kostnader och effekter behöver också jämföras.

– SBU:s översikt skiljer sig från andras genom att vi enbart granskar insatsernas förebyggande effekt, säger professor Anders Hjern, barnepidemiolog och en av experterna i SBU:s projektgrupp.

– Tidigare systematiska utvärderingar på det här området har främst gällt behandling. Då har man studerat åtgärder för barn som redan har betydande psykiska problem.

FÖRHINDRA PROBLEM

Men SBU ställde frågan om programmen kan förhindra att problemen uppstår.

– Det är därför vi kräver minst sex månaders uppföljning och sällar bort studier av barn med psykiatriska diagnoser, förklarar Hjern.

– I vårt land är psykisk ohälsa ett av de viktigaste folkhälsoproblemen hos barn och unga. Så det är angeläget att samhället väljer förebyggande program som har dokumenterat positiv effekt.

[RL]

Om rapporten

Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn – en systematisk litteraturöversikt (2010). Ordförande: Ann-Charlotte Smedler, docent. Projektledare, SBU: Agneta Pettersson, pettersson@sbu.se. För rapport och sammanfattning, se www.sbu.se.

Träning ger stöd efter cancerbehandling

Fysisk aktivitet efter behandling av bröstcancer kan höja kvinnornas livskvalitet och minska deras trötthet. Även kognitiv beteendeterapi kan öka livskvaliteten, enligt en norsk litteraturöversikt som SBU har granskat och kommenterat.

Nya behandlingar har gjort att fler kvinnor överlever bröstcancer, men det är också fler som lever med biverkningar av behandlingarna.

En norsk systematisk översikt visar att fysisk aktivitet kan förbättra livskvaliteten och minska tröttheten när kurerna med cellgifter eller strålning är över. Tidigare misstankar om att fysisk aktivitet tidigt under behandlingen skulle kunna förvärra lymfödem verkar sakna grund.

Kognitiv beteendeterapi

(KBT) efter avslutad behandling kan också höja livskvaliteten. I övrigt är effekten av många rehabiliteringsåtgärder oklar. Det behövs fler och mer enhetligt genomförda studier för att kunna dra allmängiltiga slutsatser.

SMÅ EFFEKTER

I en kommentar framhåller SBU att effekterna ofta är små. En orsak kan vara att många av försöksdeltagarna mätte relativt bra redan från början och hade litet behov av rehabilitering. Ändå kan effekten av insatserna ha överskattats till följd av förväntningseffekter – varken försöksledare eller deltagare har kunnat blinda sig i dessa studier. [RL]



AGE

SBU kommenterar och sammanfattar utländska medicinska kunskapsöversikter. SBU granskar översikten men inte de enskilda studierna. Forskning som förändrar kunskapsläget kan ha tillkommit senare.

Summering: Rehabilitering efter bröstcancer

- Fysisk aktivitet efter avslutad cytostatika- eller strålbehandling kan förbättra patienternas livskvalitet och minska trötthet.
- Effekten av fysisk aktivitet under cellgifts- eller strålbehandling är oviss på grund av stora olikheter mellan studierna.
- Fysisk aktivitet tidigt i behandlingen tycks inte förvärra lymfödem.
- Kognitiv beteendeterapi (KBT) efter avslutad cytostatika- eller strålbehandling tycks höja den totala livskvaliteten. I övrigt är effekterna av psykosociala interventioner osäkra.
- Effekten av manuell lymfdränning som tillägg till kompressionsbandage är osäker.
- Studier av koståtgärder respektive kombinerade åtgärder visar motsägande resultat.
- Flera olika interventioner och effektmått ingår i studierna om komplementära metoder. Slutsatser går därför inte att dra.

Läs mer på www.sbu.se. Originalrapport: Juvet LK, et al. Rehabilitation of breast cancer patients. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 02-2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helse- tjenesten, 2009.

SÖMNBESVÄR

Psykologisk eller medicinsk terapi till hjälp när egenvård inte räcker

Sömnbесvär är vanligt och behandlas i första hand med ändrad livsstil eller egenvård. Om det inte hjälper, kan kortvarig medicinering eller psykologiska metoder göra nytta, visar SBU:s nya rapport. När läkemedel används, är det angeläget att välja preparat som är bevisat effektiva.

Om rapporten

Behandling av sömnbесvär hos vuxna. En systematisk litteraturoversikt (2010). Ordförande: Jerker Hetta, psykiater, professor. Projektledare, SBU: Ingemar Eckerlund, eckerlund@sbu.se. För rapport och sammanfattning, se www.sbu.se.

Förekomst av mer uttalade sömnproblem, insomni*. Diagrammet visar resultat från telefonintervjuer som gjordes av SCB på uppdrag av SBU i december 2008. I urvalet ingick 1 550 vuxna som var folkbokförda i Sverige, varav 73 procent svarade.

Allt fler drabbas av sömnbесvär eller insomni* – att inte kunna somna, inte sova gott eller att vakna för tidigt. Problemen är vanligare hos kvinnor och äldre.

Allmänna sömnråd är en vanlig åtgärd. Det kan handla om att sträva efter regelbunden dygnsrytm, undvika mat och dryckesvanor som stör sömnen och se till att sovrumsmiljön är så bra som möjligt. Men sådana råd räcker inte alltid. SBU har utvärderat den samlade forskning-

en om metoder som kan användas när egenvård inte hjälper.

Ett bra alternativ är psykologiska behandlingsmetoder. Det finns bevis för att både kognitiv beteendeterapi (KBT) och annan beteendeterapi leder till att patienten somnar snabbare och inte är vaken lika länge under natten. Samtidigt måste fler terapeuter utbildas, om samhället vill satsa mer på psykologiska behandlingsmetoder.

En annan möjlighet är att behandla med läkemedel. Kortvarig behandling med substanserna zolpidem, zopiklon och zaleplon gör att patienten somnar snabbare och totalt sover längre. Sådan behandling innebär dock en viss risk för biverkningar och beroende, det senare särskilt för personer som redan har en beroendesjukdom eller psykisk sjukdom.

EFTERFRÅGAS MER

Komplementär- och alternativmedicinska metoder, som örtmediciner, akupunktur och

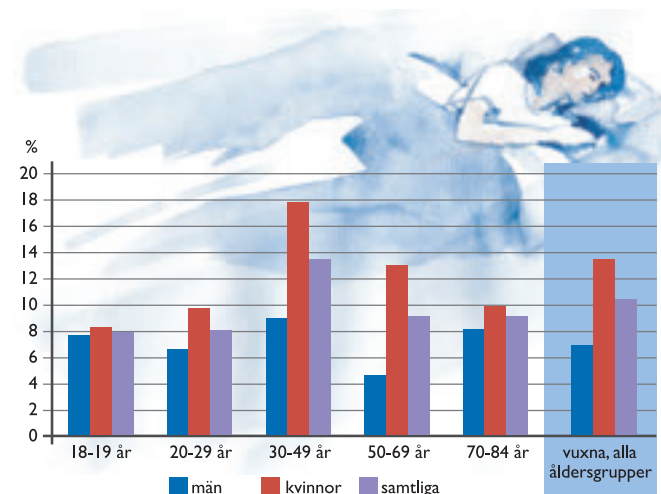
yoga, efterfrågas alltmer.

Men SBU:s rapport visar att det inte finns tillräckligt med forskning för att man ska kunna bedöma om dessa metoder har effekt.

VAR FJÄRDE VUXEN

En fjärdedel av den vuxna befolkningen i Sverige har problem med sömnen, enligt SBU:s kartläggning. En av tio som har sömnbесvär påverkas negativt även på dagen. Det är vanligt att sömnproblemen har andra bakomliggande orsaker, till exempel depression.

För att få en uppfattning om hur sömnbесvär hos vuxna utreds och behandlas skickade SBU ut en enkät till 600 allmänläkare. Enkäten visar att en stor del av patienterna behandlas med läkemedel, trots att läkarna själva anser att beteendeterapi skulle ha bättre långsiktig effekt. En förklaring kan vara att tillgången på terapeuter som kan ge KBT är mycket begränsad och ojämnt fördelad över landet.





Bland äldre personer kan både sömnbesvären i sig och läkemedelsbehandlingen öka risken för fallolyckor. När läkemedel används rekommenderas kortvarig behandling, men studier av läkares förskrivning visar att många människor, särskilt äldre, får behandling under lång tid. En tidigare rapport från SBU om äldres läkemedelsanvändning, har också påtalat risken med sömnmediciner för äldre. Exempelvis kan bensodiazepiner (som diazepam, nitrazepam och flunitrazepam) vara olämpliga för äldre som har många samtidiga sjukdomar.

MYCKET ATT VINNA

Om sömnbesvären blir långvariga kan det få betydande konsekvenser för hälsa och

livskvalitet hos den som drabbas. Det kan till exempel vara svårt att sköta sitt arbete och att umgås med andra. Därför finns det mycket att vinna på framgångsrik behandling och förebyggande åtgärder.

BÄTTRE PRAXIS

Rapporten ringar in några möjliga förbättringar av praxis:

- När läkemedel används bör man i första hand välja preparat som är bevisat effektiva.

- Ökat utbud av psykologiska behandlingsmetoder som KBT.

- Bättre planering och uppföljning av behandlingen, särskilt för äldre patienter. Det är viktigt att gå igenom tänkbara orsaker, och att följa upp hur behandlingen påverkar den enskilda patientens funktionsförmåga under vaken tid.

SBU pekar också på kunskapsluckor när det gäller problem med sömnen. Efter- som orsakerna till sömnbesvär

är så skiftande, behövs mer kunskap bland annat om hur behandlingen bäst anpassas till enskilda patienter och patientgrupper. [CW]

* Insomni innebär att man inte bara har svårt att somna mer än tre gånger i veckan, eller vaknar under natten mer än tre gånger i veckan, utan också har besvär på dagtid.

SBU:S SLUTSATSER

► När man väljer att behandla sömnbesvären med läkemedel är det angeläget att förskrivaren i första hand väljer preparat som är dokumenterat effektiva. Kortvarig behandling med zolpidem, zopiklon och zalepon – substanser som är besläktade med bensodiazepin – medför, jämfört med placebo, att patienten somnar snabbare och får längre total sömntid. Sådan behandling innebär en viss risk för biverkningar. Risken att utveckla beroende är större för individer som redan har annan beroendesjukdom eller psykisk sjukdom.

► Psykologiska behandlingsmetoder i form av kognitiv beteendeterapi (KBT) och annan beteendeterapi leder till att patienten somnar snabbare och inte är vaken lika länge under natten. Även

sömnkvaliteten blir bättre. Om man vill satsa mer på psykologiska behandlingsmetoder förutsätts att fler terapeuter utbildas.

► Såväl sömnbesvären i sig som läkemedelsbehandling av dessa kan öka risken för fallolyckor hos äldre. Det vetenskapliga underlaget är dock otillräckligt för att bedöma dessa riskers storlek och inbördes samband.

► Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av alternativa och komplementära metoder för behandling av sömnbesvär. Tillgängliga studier är få och av bristfällig kvalitet. Detta gäller såväl medikamentella metoder (valeriana och olika örtmediciner) som andra metoder (akupunktur, yoga, m m).

Vad är en verklig orsak?

Begreppet sjukdomsorsak är centralt i vården. Men det krävs ett kritiskt öga för att hålla isär faktorer som ger upphov till en sjukdom och faktorer som uppträder tillsammans med sjukdomen.

Vårdpersonal och beslutsfattare bryr sig mest om två typer av orsaker – sådana som leder till ohälsa och sådana som leder till hälsa.

Men vilka faktorer som faktiskt orsakar hälsa och sjukdom kan i praktiken vara svårt att avgöra. Många av de kopplingar som påvisas i observationsstudier är inte orsakssamband.

Exempelvis måste en forskare som studerar sambandet mellan alkohol och cancer förutom att jämföra antalet

cancerfall bland hög- respektive lågkonsumenter av alkohol också ta hänsyn till rökvanor. Tobaksrökning är en förväxlingsfaktor, *confounder*, eftersom det sannolikt finns fler rökare bland högkonsumenter av alkohol och eftersom rökning ökar risken för cancer.

SÄKERT SAMBAND

Att det finns säkra belägg för ett samband mellan alkohol och cancer behöver alltså inte betyda att alkohol orsakar cancer. Forskaren måste ta hänsyn till rökning och alla andra kända förväxlingsfaktorer för att kunna dra en någorlunda hållbar slutsats om orsaksförhållandet.

Problemet är att förväxlingsfaktorer inte alltid är kända. Det bästa sättet att minska inverkan av sådana

bakomliggande orsaker är att göra en prövning där delta-garna lottas till två grupper – en försöksgrupp och en kontrollgrupp. I en större randomiserad studie kan man anta att lottningen gör att alla faktorer som påverkar resultatet, utom just den som man vill studera, fördelar sig någorlunda lika mellan grupperna.

Men randomiserade studier är inte alltid möjliga eller lämpliga att genomföra. När det gäller exemplet alkohol och cancer skulle det kräva att man ändrade försöksgruppens alkoholkonsumtion och efter många decennier undersökte om cancer blev mer eller mindre vanligt.

Därför har kliniska forskare länge brottats med frågan om hur man fastställer en orsak, när man inte kan göra ett experiment. Exempelvis

Lästips

Hill AB. The environment and disease: association or causation? *Proc R Soc Med* 1965;58:295-300.

Doll R. Fisher and Bradford Hill: their personal impact. *Int J Epidemiol* 2003;32:929-31.

ORSAK OCH VERKAN

EXEMPEL PÅ LEDTRÅDAR

- **Sambandet är starkt.** Ett svagt samband utesluter dock inte att det handlar om en orsak och dess verkan.
- **Sambandet kvarstår.** Det har påvisats upprepade gånger av olika forskare, i skilda sammanhang och vid olika tidpunkter. Upprepade fynd kan dock bero på systematiska fel i studiernas upplägg eller genomförande.
- **Sambandet är specifikt.** En sjukdom uppträder ofta i samband med en misstänkt orsak, som i sin tur sällan förekommer hos friska.
- **Orsaken kommer före verkan.** Fördröjningen kan dock vara svår att fastställa i bakåtblickande studier.
- **Det finns en koppling mellan dos och respons.** Att verkan blir större samtidigt som orsaken tilltar i styrka kan dock bero på en gemensam störfaktor som ökar båda delarna samtidigt.
- **Sambandet verkar biologiskt rimligt och står inte i strid med kända fakta.** Jämför med befintlig väldokumenterad kunskap. Många viktiga biologiska förhållanden är

dock inte kända ännu. Sådant som verkar orimligt i dag kan vara självklart i morgon.

- **Experimentella data ger stöd för ett orsakssamband.** Studier där den misstänkta orsaken har lagts till eller dragits ifrån kan stärka misstanken.

SAMBAND

KAN BERO PÅ

- **Urvals- eller mätfel**
Data stämmer inte eller beror på missar i urvalet av studiedeltagare.
- **Förväxlingsfaktorer**
Två företeelser samvarierar för att båda orsakas av en tredje, bakomliggande faktor.
- **Slumpen**
En viss risk för att "statistiskt säkerställda" resultat uppkommer helt slumpmässigt finns alltid.
- **Orsaksfaktorer**
Två företeelser hänger ihop för att den ena orsakar den andra.

beskrev den tyske mikrobiologen Robert Koch redan för mer än hundra år sedan ett antal kriterier för att avgöra om det är en mikroorganism som orsakar en sjukdom. Kochs grundsatser kom att få stor betydelse för bekämpningen av infektionssjukdomar.

I dag kanske lika känd som Koch är den brittiske epidemiologen Sir Austin Bradford Hill. I ett berömt föredrag år 1965 pekade Hill på ett antal aspekter som bör beaktas i frågan om det finns ett orsakssamband.

ÖVERVÄGANDEN

Hills lista med överväganden, som ofta kallas "kriterier" trots att Hill själv inte beskrev dem så, har senare utvidgats och kritiserats. Men de pekar ändå på frågor som kan vara värda att ställa när det gäller tolkning av orsakssamband.

Den viktigaste aspekten gäller tid. En orsak föregår ju alltid sin verkan – men i många undersökningar är det svårt att avgöra vilket som egentligen kom först. Detta gäller till exempel i fall-kontrollstudier, det vill säga studier som retrospektivt undersöker om personer som har en viss sjukdom också har exponerats för en misstänkt riskfaktor, jämfört med en frisk kontrollgrupp.

En annan aspekt som Hill framhöll var sambandets styrka. Ju starkare ett samband är, desto mer sannolikt är det att det handlar om ett orsaks-

samband. Någon garanti finns dock inte, och han påpekade att även svaga samband förekommer mellan orsak och verkan. Men det är osannolikt att ett *starkt* samband uppstår enbart som ett resultat av missade förväxlingsfaktorer, mätfel eller urvalsfel. Om detta ska inträffa måste felens inverkan vara minst lika stark som sambandet självt, och det är inte vanligt, hävdade Hill.

DOS OCH RESPONS

En näraliggande fråga gäller graden av exponering och graden av hälsa, det vill säga det så kallade dos-respons-förhållandet. Om det finns ett sådant samband att ju starkare den ena faktorn är, desto mer uttalad blir också den andra faktorn, då kan det finnas ett orsakssamband mellan dem.

Här finns det dock skäl att vara försiktig. Dels kan en förväxlingsfaktor som påverkar båda faktorerna resultera i ett dos-respons-samband. Dels är *frånvaron* av dos-responssamband inget bevis för att det saknas ett orsakssamband. Det kan nämligen vara så att effekten uppstår först över ett visst tröskelvärde hos orsaksfaktorn, som i sambandet mellan alkoholkonsumtion och hjärt-kärlsjukdom.

Hill framhöll också att den biologiska rimligheten måste beaktas när man bedömer en misstänkt sjukdomsorsak. Dessutom bör man beakta om det nya sambandet stäm-

mer med – eller motsägs av – befintlig kunskap om sjukdomen.

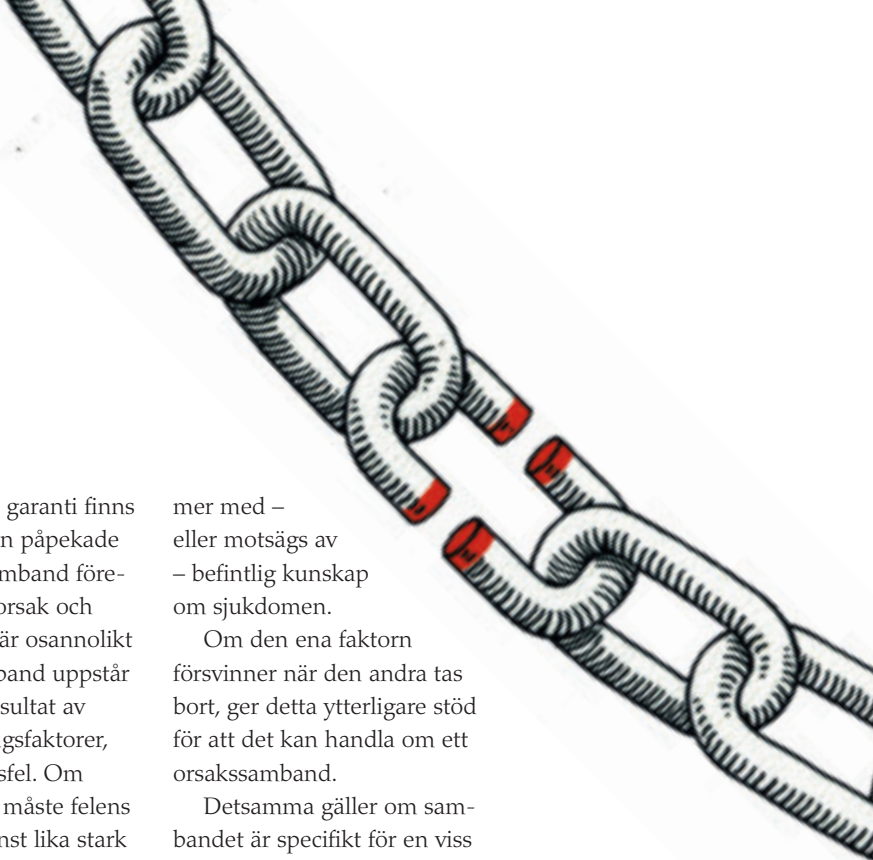
Om den ena faktorn försvinner när den andra tas bort, ger detta ytterligare stöd för att det kan handla om ett orsakssamband.

Detsamma gäller om sambandet är specifikt för en viss sjukdom, det vill säga om sjukdomen aldrig uppkommer hos personer som saknar den misstänkta orsaksfaktorn. Mot detta kan invändas att en och samma sjukdom kan orsakas på olika sätt, att en viss faktor kan leda till flera olika sjukdomar och att det ibland krävs flera bidragande orsaker för att en sjukdom ska uppstå.

KLINISKT VIKTIG

Frågan om vad som är en sjukdomsorsak är viktig, eftersom den hänger ihop med frågan om effektiv prevention och behandling. Men, som Hill också själv påpekade, det finns en risk med att ständigt kräva fullkomlig visshet inför viktiga beslut som påverkar hälsan. Omvänt finns allvarliga risker med att bortse från vetenskapliga beviskrav – ett betydligt vanligare problem.

Vilka krav som ställs på bevisning måste bero på vilka hälsoeffekter, risker och kostnader som står på spel. De viktigaste vetenskapliga slutsatserna är inte alltid de som är bäst bevisade. [RL]



SMÄRTA

Bra rehabilitering kan hjälpa smärtpatienter att bli aktiva igen

Patienter som lider av långvarig smärta har större chans att återgå till ett aktivt liv med arbete om de får rehabilitering med antingen beteendepåverkande åtgärder och fysisk aktivitet eller breda åtgärdsprogram, så kallad multimodal rehabilitering. Det visar en uppdatering av SBU:s tidigare rapport. Flera välgjorda studier har tillkommit.

I en ny rapport har SBU granskat rehabilitering för personer som sedan minst tre månader har smärtor i ryggen, nacken eller större delen av kroppen. En av huvudfrågorna har varit hur olika metoder påverkar arbetsförmågan, vilket också är skälet till att projektet har inriktats på studier av personer i åldern 19–65 år.

Den samlade forskningen visar att personer med långvarig smärta får bättre förmåga att vara aktiva om de får beteendemedicinsk behandling samtidigt som de håller i gång fysiskt. Strategier för att påverka beteendet förbättrar effekten av fysisk träning.

GEMENSAMT ANSVAR

Sådana strategier bygger på att patientens tankar, handlingar och omgivning har betydelse för rehabiliteringen. Patienten och behandlaren, oftast en sjukgymnast, tar gemensamt ansvar för att genomföra behandlingen, som kan ske i primärvården.

Ett antal studier har jämfört beteendemedicinsk behandling med manuell och fysikalisk behandling plus träning. Till manuella handlingar hör mjukdelsbehandling, muskeltöjning, mobilisering och manipulation. Exempel på fysikaliska metoder är ultraljud, laser, värme, kyla och olika elektriska metoder men också tejpning och sträckbehandling.

Mellan två och fem år efter avslutad behandling, uppger fler personer i de beteendemedicinska grupperna att deras aktivitetsförmåga är bättre. Fler har också återgått i arbete och sjukskrivningarna har minskat. Däremot finns det inte tillräckligt med fakta för att bedöma insatsernas kostnadseffektivitet.

PÅGÅR LÄNGE

En annan metod som ökar smärtpatienters förutsättningar att komma tillbaka till arbetslivet är behandlingsprogram som kallas multimodal rehabilitering – en kombina-

tion av psykologiska insatser, fysisk aktivitet eller träning och manuella eller fysikaliska metoder. Åtgärderna ska vara samordnade och pågå under längre tid.

BEKRÄFTAR

Forskningen visar att multimodal rehabilitering ger patienterna bättre förutsättningar att återgå i arbete än mindre omfattande insatser eller inga alls. På den punkten bekräftar de nya resultaten SBU:s tidigare slutsats.

I fråga om den specifikt smärtlindrande effekten av multimodala program har SBU:s slutsats ändrats jämfört med den tidigare rapporten från 2006. Programmen påverkar egentligen inte smärtans intensitet. Det visar nya studier av personer med långvariga smärtor från nacke, skuldror och ländrygg.

Multimodala program används oftast vid särskilda kliniker på sjukhus. Vårdpersonalen arbetar i ett team där patienten ingår. [RL]

Om rapporten

Rehabilitering vid långvarig smärta (2010). Ordförande: Björn Gerdle, professor. Projektledare, SBU: Susanna Axelsson, axelsson@sbu.se. För rapport och sammanfattning, se www.sbu.se.

UR SBU:S SLUTSATSER

► Multimodal rehabilitering förbättrar förutsättningarna för att patienten ska kunna återgå till arbete, jämfört med inga eller mindre omfattande insatser. Förutom faktisk återgång i arbete räknas minskad sjukskrivning och att patienten själv bedömer att arbetsförmågan har ökat som sådan förbättring. Det vetenskapliga underlaget är dock otillräckligt när det gäller vilken typ av multimodal rehabilitering som är bäst i dessa avseenden.

► Studier av hög kvalitet som undersöker effekterna av multimodal rehabilitering har tillkommit sedan den tidigare SBU-

rapporten 2006. Det sammanlagda vetenskapliga underlaget när det gäller den smärtlindrande effekten av multimodal rehabilitering har därmed ändrats, från att ge stöd för effekt till att inte visa någon skillnad jämfört med inga eller mindre omfattande insatser. Detta gäller långvariga smärtor från nacke, skuldror och ländrygg.

► Beteendemedicinsk behandling leder till bättre aktivitetsförmåga än annan behandling som inte innehåller beteendepåverkande insatser. Detta gäller 2–5 år efter avslutad behandling. De långsiktiga

effekterna av fysisk aktivitet/träning, manuella och fysikaliska metoder samt kombinationer av dessa går inte att särskilja från varandra. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt när det gäller dessa metoders kostnadseffektivitet.

► Med akupunktur påvisas ingen skillnad i smärtintensitet respektive aktivitetsförmåga tre månader efter avslutad behandling, jämfört med kontrollmetoder som innefattar någon form av kontrollstimulering.

För hela rapporten och sammanfattning, se www.sbu.se



EXEMPEL

ADHD | AUTISM

Kontakt: geijerstam@sbu.se
Planerad publ: vinter 2011/12

ANTIBIOTIKAPROFYLAX

Kontakt: axelsson@sbu.se
Planerad publ: höst 2010

BLODPROV FÖR ALZHEIMER

Kontakt: ostlund@sbu.se
Planerad publ: vinter 2010/11

BLÖDANDE MAGSÅR

Kontakt: allander@sbu.se
Planerad publ: vinter 2010/11

**DATORTOLKNING VID
MAMMOGRAFI**

Kontakt: heibert.arnlind@sbu.se
Planerad publ: vår 2011

DEPRESSIONSDIAGNOSTIK

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

**GENDIAGNOSTIK AV
PROSTATACANCER**

Kontakt: kjellander@sbu.se
Planerad publ: vår 2011

MÄTA BLODTRYCK HEMMA

Kontakt: wallin@sbu.se
Planerad publ: höst 2010

MÄTA NJURFUNKTION

Kontakt: farrokhnia@sbu.se
Planerad publ: höst 2011

PERIFERT INLAGD CVK

Kontakt: rydin@sbu.se
Planerad publ: vinter 2010/11

PROSTATAFÖRSTÖRING

Kontakt: dahlgren@sbu.se
Planerad publ: höst 2010

PSYKOS | SCHIZOFRENI

Kontakt: tranaeus@sbu.se
Planerad publ: vinter 2011/12

SEXÖVERGREPP PÅ BARN

Kontakt: werko@sbu.se
Planerad publ: vår 2011

TANDEFÖRLUSTER

Kontakt: tranaeus@sbu.se
Planerad publ: höst 2010

TANDROTSBEHANDLING

Kontakt: farrokhnia@sbu.se
Planerad publ: höst 2010

VAKUUM PÅ

OPERATIONSSÅR
Kontakt: farrokhnia@sbu.se
Planerad publ: höst 2010

**SBU SKA FÖRBÄTTRA KUNSKAPEN
OM DE SJUKASTE ÄLDRE**

SBU och Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att komma med förslag på fortlöpande verksamhet som kan bidra till god vård och omsorg för de mest sjuka äldre.

SBU kommer att ha fokus på kunskapsöversikter för fortlöpande stöd till vård och äldreomsorg. Verksamheten ska också stimulera till ny forskning på områden där det finns betydande kunskapsluckor.

Projektet kommer att samordnas med ett annat av SBU:s uppdrag: att identifiera och föra ut kunskap om otillräckligt utvärderade metoder i världen.

En plan för den fortsatta verksamheten på äldreområdet ska vara klar i slutet av år 2012. [RL]

Kontaktperson, SBU: Susanne Vilhelmsdotter Allander, allander@sbu.se



Getty

SBU kommenterar**Magnetkamera bäst vid nervtumör**

Undersökning med magnetkamera (magnetresonanstomografi, MRT) är den bästa metoden för att utreda misstänkta tumörer på hörsel- och balansnerven, så kallade akustikusneurinom. MRT fångar upp fler tumörer och ger färre falska alarm än så kallad hjärnstamsaudiometri. Det konstaterar SBU i en kommentar till en brittisk systematisk litteraturöversikt från National Institute for Health Research (NIHR). Översikten har granskats

av SBU och kommenteras utifrån svenska förhållanden på www.sbu.se.

Slutsatsen är att MRT utan kontrastmedel är en tillförlitlig och kostnadseffektiv undersökning vid misstänkt tumör. Nya, högupplösande MRT-metoder som inte kräver kontrastmedel har utvecklats på senare tid. För att nå goda resultat behövs dock både hög bildkvalitet och erfarenhet hos den radiolog som granskar bilderna.

Men i dag används inte alltid magnetkamera vid misstänkt akustikusneurinom. Hjärnstamsaudiometri rekommenderas som första undersökning på en del håll i landet, trots att metoden är mindre känslig och träffsäker än magnetkameran.

Akustikusneurinom drabbar 200 personer per år i Sverige. Vanliga symtom är ensidig hörselnedsättning, tinnitus och balansbesvär. När en liten tumör upptäcks är det svårt att förutsäga hur den kommer att utvecklas. Det finns inget tillförlitligt sätt att avgöra hur tumören kommer att växa och om behandling kan komma att behövas.

SBU konstaterar också att den brittiska rapportens slutsats om kostnadseffektivitet är relevant även inom svensk sjukvård. [RL]

Läs mer på www.sbu.se. Originalrapport: Fortnum H, et al. The role of magnetic resonance imaging in the identification of suspected acoustic neuroma: a systematic review of clinical and cost effectiveness and natural history. Health Technol Assess 2009;13(18):iii-iv, ix-xi, 1-154.



Science Photo Library / IBL

REDAKTÖR: *Ragnar Levi, levi@sbu.se* • ANSVARIG UTGIVARE: *Måns Rosén*
 TEXT: *Ragnar Levi [RL], Charlotte Wikholm [CW], Johanna Thorell [JT]* • POSTADR: *Box 3657, 103 59 Stockholm* • TEL: *08-412 32 00* • FAX: *08-411 32 60* • E-POST: *info@sbu.se* • *www.sbu.se* • GRAFISK FORM: *Nilla Westin Design* • TRYCK: *Elanders i Falköping, 2010* • 4 NR PER ÅR, 157 000 EX • ISSN 1104-1250



SBU-nämnden för medicinsk utvärdering

Nina Rehnqvist (ORDF)
KAROLINSKA INSTITUTET

Håkan Ceder
SOCIALSTYRELSEN

Anna-Karin Eklund
VÄRDFÖRBUNDET

Björn Klinge
KAROLINSKA INSTITUTET

Eva Nilsson Bågenholm
SVERIGES LÄKARFÖRBUND

Måns Rosén
SBU

Karin Strandberg Nöjd
SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

Håkan Sörman
SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

Margareta Troein Töllborn
SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET

Mats Ulfendahl
VETENSKAPSRÅDET

Sabina Wikgren Orstam
SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

Direktör SBU

Måns Rosén

SBU:s råd

David Bergqvist (ORDF)
KIR KLIN, AKAD SJUKHUSET, UPPSALA

Björn Beermann
LÄKEMEDELSVERKET, UPPSALA

Christina Bergh
KVINNOKLIN, SAHLGRENSKA UNIV SJH,
GÖTEBORG

Cecilia Björkelund
AVD F ALLMÄNMED, GBG:S UNIV

Sölve Elmståhl
GER UTV CENTR, UNIV SJH MAS, MALMÖ

Mats G Hansson
INST F FORSKNINGS- OCH BIOETIK,
UPPSALA UNIV

Mikael Hellström
AVD F RADIOL, SU/SAHLGRENSKA, GBG

Margareta Möller
VÄRDVET FORSKNOCENTR, UNIV SJH,
ÖREBRO

Jörgen Nordenström
BRÖST- & ENDOKRINKIR KLIN,
KAROLINSKA UNIV SJH, SOLNA

Olof Nyrén
INST F MED EPID & BIOSTAT, KI, SOLNA

Ulf Näslund
HJÄRTCENTR, NORRL UNIV SJH, UMEÅ

Joakim Ramsberg
I3 INNOVUS, STOCKHOLM

Bo Runeson
INST F KLIN NEUROVET, KI, SOLNA

Gunnel Svensäter
ODONT FAKULTET, MALMÖ HÖGSKOLA

Ania Willman
SEKT F HÄLSA, BLEKINGE TEKNISKA
HÖGSKOLA, KARLSKRONA

SBU Alertrådet

Jan-Erik Johansson (ORDF)
UROLOGKLIN, UNIV SJUKHUSET,
ÖREBRO

Christel Bahtsevani
HÄLSA & SAMHÄLLE, MALMÖ HÖGSK

Lars Borgquist
ALLM MED & HÄLSOEK, LINKÖPINGS
UNIV

Bo Carlberg
FOLKHÄLSA & KLIN MED, UMEÅ UNIV

Jane Carlsson
INST ARB TER/FYSIOTER, GBG:S UNIV

Per Carlsson
CMT, LINKÖPINGS UNIV

Björn-Erik Erlandsson
MED TEKN, STHLMS LÄNS LANDSTING

Mårten Fernö
EXP ONKOLOGI, LUNDS UNIV

Stefan Jutterdal
LANDSTINGET I KALMAR LÄN

Viveca Odlin
LÄKEMEDELSVERKET, UPPSALA

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

Anders Tegnell
SOCIALSTYRELSEN

Jan Wahlström
KLINISK GENETIK, GBG:S UNIV

Anna Åberg Wistedt
KAROLINSKA INSTITUTET

SBU:s lekmanråd

Annakarin Sönningsson (ORDF),
*Marie-Jeanette Bergvall, Alex
Eckerström, Jesper Jerkert, Anne
Kalmering Josephson, Birgitta
Karlstöm, Sam Sandberg*

COCHRANE & CAMPBELL COLLABORATIONS' JOINT COLLOQUIUM

Tid: 18–22 oktober 2010

Tema: Bringing Evidence-Based Decision-Making to New Heights

Plats: Keystone Resort, Colorado, USA

University of Colorado Denver är värd för det första gemensamma symposiet för forskarnätverken Cochrane Collaboration och Campbell Collaboration. Medan Cochrane är inriktat på medicinsk forskning, ligger Campbells fokus på systematiska litteraturoversikter i utbildningsfrågor och på det sociala fältet.

Mer info: www.regonline.com/colloquium2010.

SBU PÅ ODONTOLOGISKA RIKSSTÄMMAN 2010

Tid: 18–20 november 2010

Plats: Svenska Mässan, Göteborg

SBU kommer att presentera rapporter om triage och flödesprocesser samt diagnostik och behandling vid tandvård.

Mer info: www.tandlakarforbundet.se/riksstamman.aspx.

SBU PÅ MEDICINSKA RIKSSTÄMMAN 2010

Tid: 1–3 december 2010

Tema: En jämlik vård

Plats: Svenska Mässan, Göteborg

SBU kommer att presentera rapporter om triage och flödesprocesser på akutmottagningen, behandling av sömnbesvär hos vuxna samt mat vid diabetes.

Mer info: www.svls.se

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

SAMMANFATTNINGAR 2007–2010

Kostnadsfria*

-ex Progr mot psyk ohälsa hos barn (2010), nr 501-58
-ex Mat vid diabetes (2010), nr 501-57
-ex Behandling av sömnbesvär (2010), nr 501-55
-ex Rehabilitering vid långvarig smärta (2010), nr 501-54
-ex Triage och flödesproc på akuten (2010), nr 501-53
-ex Intensiv glukossänkande behandling vid diabetes (2009), nr 501-52
-ex Patientutbildning vid diabetes (2009), nr 501-51
-ex Egna mätningar av blodglukos... (2009), nr 501-50
-ex Äldres läkemedelsanvändning (2009), nr 501-49
-ex Vacciner till barn (2008), nr 501-48
-ex Öppenvinkelglaukom (2008), nr 501-47
-ex Rörbehandling i mellanörat (2007), nr 501-45
-ex Karies (2007), nr 501-44
-ex Benartärsjukdom (2007), nr 501-43
-ex Måttligt förhöjt blodtryck, uppdat (2007), nr 501-46
-ex Ljusterapi och årstidsbunden depr (2007), nr 501-42
-ex Dyspepsi och reflux (2007), nr 501-41
-ex Obstruktiv sömnapné syndrom (2007), nr 501-40
-ex Att berika mjölk med folsyra (2007), nr 501-39

PATIENTINFORMATION

Kostnadsfria*

-ex Glaukom (grön starr) – Frågor och svar (2009), nr 401-15
-ex Läkemedel på äldre dar – Frågor och svar (2009), nr 401-14
-ex Till dig som vill veta mer om tidig fosterdiagnostik (2008), nr 401-13
-ex Rör i örat hos barn – Frågor och svar (2008), nr 401-12
-ex Behandling av långvarig smärta – Frågor och svar (2006), nr 401-11
-ex Behandling av ångestsjukdomar – Frågor och svar (2006), nr 401-10
-ex Behandling av depression (2004), nr 401-9
-ex Vad hjälper mot fetma? (2003), nr 401-8
-ex Känner du någon som dricker för mycket? – Frågor och svar (2002), nr 401-6
-ex Akut rygg- och nacksmärta (2001), nr 401-5

Trycksaker och faktura* skickas till:

Namn
 Postadress

 E-post

* Vid beställning av större antal kostnadsfria trycksaker debiteras frakt.

Frankeras ej.
Mottagaren
betalar portot.

SBU

Statens beredning för medicinsk utvärdering

Svarspost

Kundnr 200 876 34

110 03 Stockholm

Fler sammanfattningar kan beställas på www.sbu.se

Kort bäst-före-datum på slutsatser om diabeteskost

Bästa kosthållningen vid diabetes är en het och bitvis utforskad fråga, men många studier är på gång. Därför måste det finnas en beredskap att ompröva slutsatser på området, framhåller SBU i sin nya rapport.

Antalet studier av effekterna av fettsnål kost ökar stadigt. Varje år publiceras 50 nya forskningsrapporter.

De senaste åren har det också tillkommit många rapporter från randomiserade prövningar av medelhavskost och lågkolhydratkost – ett par dussin nya artiklar varje år på

vardera området. Utfallet av sökningen kan påverkas av att indexeringen av de olika kosterna har införts vid olika tidpunkter.

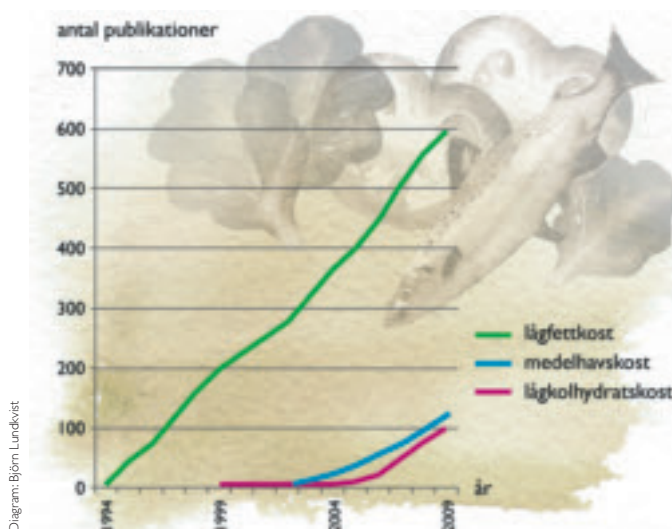
Diagrammet här intill visar det sammanlagda antalet publicerade kliniska prövningar om lågfettkost, lågkolhydratkost respektive medelhavskost i databasen PubMed.

Enligt databasen www.clinicaltrials.gov pågår 53 registrerade prövningar av lågfettkost, 60 av lågkolhydratkost och två av medelhavskost. Med tanke på det ökande intresset på området, kommer sannolikt också stora kohortstudier att undersöka sambanden.

SBU:s granskning leder fram till ett antal slutsatser (se sidan 4). Men när resultaten från nya, stora och välgjorda studier publiceras, kommer dessa att behöva omprövas. [RL]

Lästips

Mat vid diabetes – en systematisk litteraturoversikt (2010). Ordförande: Kjell Asplund, professor. Projektledare, SBU: Jonas Lindblom, lindblom@sbu.se. För rapport och sammanfattning, se www.sbu.se



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

SBU-RAPPORTER 2005–2010

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

-ex Progr psyk ohälsa hos barn (2010), nr 202, 200 kr
-ex Mat vid diabetes (2010), nr 201, 200 kr
-ex Behandl av sömnbesvär (2010), nr 199, 200 kr
-ex Rehab vid långvarig smärta (2010), nr 198, 200 kr
-ex Triage och flödesprocesser (2010), nr 197, 200 kr
-ex Intensiv glukossänkande behandling vid diabetes (2009), nr 196, 200 kr
-ex Patientutbildn vid diabetes (2009), nr 195, 200 kr
-ex Egna mätningar av blodglukos vid typ 2-diabetes utan insulinbeh (2009), nr 194, 150 kr
-ex Äldres läkemedelsanvändning (2009), nr 193, 200 kr
-ex Vacciner till barn (2008), nr 191, 250 kr
-ex Diagnostik, uppföljning och behandling av öppen vinkelglaukom (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

- 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 Obstr Sleep Apnoea Syndrome (-07), 184E, 200 kr
-ex Nyttan av att berika mjölk med folsyra (2007), nr 183, 125 kr
-ex Met f att främja fys aktiv (2007), nr 181, 200 kr
-ex Tidig fosterdiagnostik (2006), nr 182, 200 kr
-ex Hjärnskakning – uppdat (2006), nr 180, 125 kr
-ex Behandling med vitamin D och kalcium (2006), nr 178, gratis!
-ex Metoder för behandling av långvarig smärta (2006), nr 177/1+2, två volymer, 250 kr per volym
-ex Volym och kvalitet (2005), nr 179, gratis!
-ex Bettavvikelser, tandreglering (2005), nr 176, 200 kr
-ex Riskbedömningar inom psykiatri – kan våld i samhället förutsägas? (2005), nr 175, 150 kr
-ex ADHD hos flickor (2005), nr 174, 150 kr
-ex Behandling av ångestsyndrom (2005), nr 171/1+2 två volymer, 200 kr per volym

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

Ja tack, jag vill gärna prenumerera kostnadsfritt på:

☐ Information om SBU via e-post (inkl Alert-rapporter och SBU Kommentarer)

☐ SBU:s tidning Vetenskap & Praxis

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

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