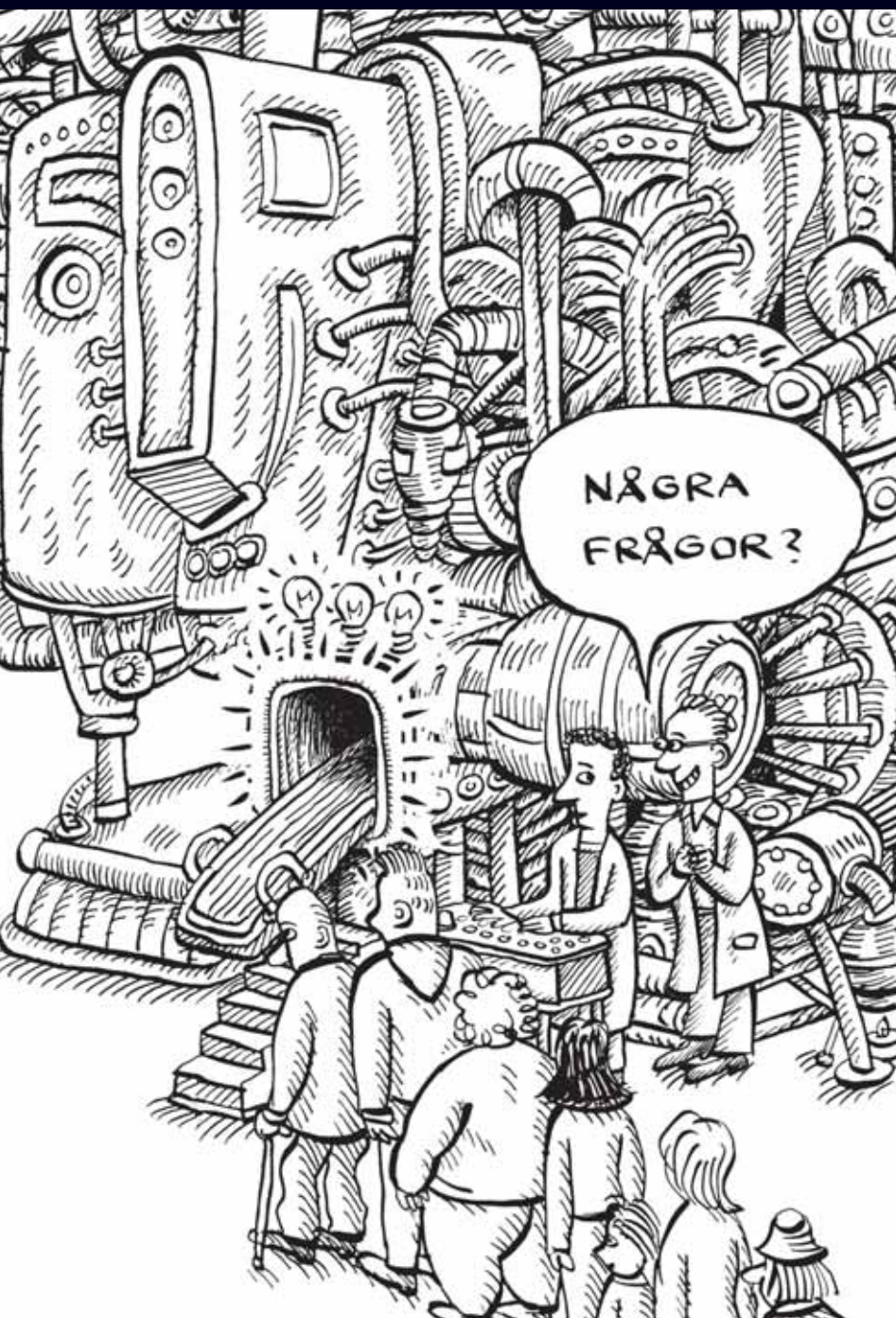


MEDICINSK VETENSKAP & PRAXIS

NYA RAPPORTER HPV-vaccin |4 Ögonkirurgi |7 Öronrör |10
Blodpropp |11



Inte ens en bra metod passar alla

När nyttan av en åtgärd provas i kliniska studier, presenteras resultatet som ett genomsnitt. Men effekten kan variera betydligt mellan individerna i gruppen. För att anpassa behandlingen till varje enskild patient krävs både kunskap om variationerna och klinisk skicklighet.

För att säkert kunna avgöra om en behandlingsmetod är bra eller dålig, krävs studier av många patienter – ju fler som ingår, desto säkrare blir resultatet.

Men i hälso- och sjukvården är det ju inte grupper som behandlas utan individer. När forskningsresultat redovisas på grupp-nivå, finns risken att viktiga skillnader mellan individerna skymms av ett genomsnittligt resultat.

Robert Nyberg

SBU – KUNSKAPSCENTRUM FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Variation |1 HPV-vaccin |4 Ögonkirurgi |7 Vetenskap |8 Öronrör |10
Blodpropp |11 Tandimplantat |12 Diabetes |14 Nikotinvaccin |16

Knivigt läge

På darrande ben och med tvättade händer i vädret närmade jag mig patienten, en dittills frisk man i 30-årsåldern. För allra första gången i mitt liv skulle jag sätta kniven i en levande människa. Jag hade aldrig kunnat föreställa mig att det skulle kännas så fasansfullt.

Hur många gånger hade jag inte stått bredvid och auskulterat eller assisterat. Sträckt mig, stått på tå och försökt kika ner i operationssåret och på kirurgens fingrar, för att memorera handgreppen. Och hur många apelsiner hade vi läkarkandidater inte skurit sönder och sytt ihop, snittat och sömmat, för att träna skalpellteknik och suturer på ett material som liknade hudens seghet och konsistens. Inte en enda apelsin hade kommit tillbaka och klagat på mina stygn. Alla hade rullat iväg nöjda och glada.

Men när jag nu stod böjd över en medmänniskas släta mage för att karva ut ett kliande födelsemärke, då kändes plötsligt allt fullständigt annorlunda. Jag skulle skära i någons varma, hela, steriltvättade och framför allt levande hud. Nu.

Jäklar – bedövningen! Sköterskan harklade sig diskret och räckte fram kanylen. Tur att jag inte hunnit fram med kniven. Svettig och blossande sneglade jag på min kirurglärare som stod bredvid och i alla fall nästan lyckades hålla anletsdragen på plats för att inte oroa patienten.

Nytt försök. Knivbladet vinkelrätt mot hudytan. Vad sa han nu? "Följ hudens sprickriktning, skär distinkt och småhacka inte." Men vad seg huden är! Snittet ska ner genom hela huden och ner i subcutis. Båtformat. Så. Sy.

Vi överlevde allihop, både patienten, sköterskan, lära- ren och jag. Men den där första gången kommer jag aldrig att glömma. Det obehagliga, och samtidigt oundvikliga, att någon patient måste vara den första. Hur många citrusskal man än har lagat, och hur många datasimuleringar man än har gjort. En dag står man där och förväntas behärska tekniken.

"See one, do one, teach one, så lär man sig kirurgi", hojtade läraren glatt. "When in doubt, cut it out". När jag i dag pratar med kirurgiprofessor David Bergqvist, ordförande i SBU:s råd, menar han att just det synsättet, att kirurgi mest är ett hantverk, har bidragit till bristen på bra studier av nya operationsmetoder.

"Varje kirurg med självaktning utvecklar sin egen modifierade teknik, som ändras lite i taget – ett slags trial and error", säger han. "Man ändrar vinkeln lite, använder en ny spik eller ett nytt instrument. Det känns ju bra att hitta sin egen stil. Frågan är bara: När har man ändrat så mycket att det har blivit en ny metod – en metod vars effekter borde utvärderas vetenskapligt innan den införs och lärs vidare?"

When in doubt, check it out, alltså. David Bergqvist ska leda ett nytt SBU-projekt om utvärdering av kirurgiska metoder, ett projekt som behövs, menar han, och ger ett exempel. "Bland 4 500 studier av operationer vid benartärsjukdom, var bara en handfull riktigt bra. Kvaliteten på kirurgiska studier måste bli mycket bättre."



RAGNAR LEVI, REDAKTÖR

När forskningsresultaten tillämpas i praktisk sjukvård är det inte självklart att behandlingen gör samma nytta för alla patienter.

– Även om man ska vara försiktig med att dela in en försöksgrupp i en behandlingsstudie i mindre undergrupper, kan sådana analyser ibland vara motiverade.

Det säger Olof Nyrén som är professor i klinisk epidemiologi vid Karolinska institutet, Solna, och ledamot av SBU:s råd. Men det gäller att hålla i minnet att ju fler subgrupper som analyseras, desto större är risken att statistiskt signifikanta resultat uppkommer rent slumpmässigt, poängterar han. Avvikelser i undergrupper måste som regel bekräftas av nya studier innan resultaten kan anses tillförlitliga.

– Ibland finns det en undergrupp av patienter där behandlingen faktiskt har sämre effekt. Ett exempel är influensavaccin. Det fungerar generellt sämre hos äldre personer än hos yngre. Ett annat exempel är blodtrycksläkemedel som inte ger alla patienter samma kärlskydd.

– Det finns förstås många tänkbara förklaringar till att individer svarar olika på samma behandling – allt från psykologiska faktorer, som

förväntningarna eller samarbetet med behandlaren, till biologiska variationer – kända och okända, säger Olof Nyrén.

Och de biologiska skillnaderna kan ha olika bakgrund. Patienter som lider av samma besvär och har fått samma diagnos, kan ändå ha olika sjukdomsprocess i kroppen och därför svara olika på en viss åtgärd. Eller de kan ha andra samtidiga sjukdomar som påverkar resultatet. Genetiska skillnader kan vara en annan förklaring till individuell variation, och tidpunkten i sjukdomsförloppet kan också spela roll för behandlingseffekten.

MÅSTE VÄGA SAMMAN

Varje enskild patient har en kombination av påverkansfaktorer som läkaren måste försöka väga samman till en helhet. Även om det finns vetenskapliga analyser av många sådana faktorer var för sig, är det omöjligt att hitta direkt evidens för varje tänkbar kombination av dem.

– Evidensen ger oss pusselbitarna, och att lägga pusslet med hänsyn till varje patient är nog det som kallas evidensbaserad läkekonst. Även individualisering kan till stor del ske på vetenskaplig grund, med ledning av forskningsre-

sultat om olika behandlingseffekt i skilda undergrupper.

Att behandlingen måste anpassas till varje patient är inget argument mot att använda evidens, understryker Olof Nyrén. På samma sätt som man måste lära sig en regel för att veta när man ska göra undantag, måste man känna till evidensen innan man överväger att frånga den.

– Det finns trots allt stora likheter mellan oss människor, och de statistiskt säkraste bevisen kommer från grupper av individer. Och även variationerna kan ju mätas.

– Ska behandlingen av en enskild patient utformas på något annat sätt än det bevisat bästa, bör det finnas goda skäl. Till exempel ska det finnas anledning att anta att en patient kommer att reagera annorlunda på behandlingen.

OLIKA SLAGS STUDIER

För att forskningsresultaten ska vara tillämpliga, är det viktigt att det finns studier som har lagts upp på olika sätt. Ibland används mycket snäva kriterier för vilka patienter som får ingå, till exempel unga personer som har ett enda hälsoproblem och som inte tar läkemedel. Fördelen är att behandlingseffekten renodlas från andra faktorer som kan påverka resultatet. Samtidigt blir fynden mindre allmängiltiga – studiens deltagare är inte representativa för den grupp som i praktiken skulle få behandlingen. De flesta patienter har mer varierande hälsotillstånd och levnadsvanor. Effekten, och balansen mellan nytta och risker, kan bli annorlunda än i en snävt utvald försöksgrupp.

Därför behövs också andra slags studier, som komplette-

rar bilden. Ett exempel är så kallade pragmatiska studier, som använder betydligt vidare kriterier i urvalet av försökspersoner. De ger en mer realistisk bild av hur behandlingen fungerar i klinisk praxis.

GRADSKILLNAD

Även om nyttan av en behandling varierar mellan individer med samma diagnos, är det ofta en fråga om gradskillnader. Det skriver forskaren Peter Rothwell i sin bok *Treating individuals*, som bygger på en artikelserie i *Lancet*. Det är inte vanligt att en undergrupp av patienter har stor nytta av en åtgärd medan en annan undergrupp tar direkt skada, menar han.

När det gäller behandlingsmetoder som kan vara farliga är läget annorlunda, påpekar Rothwell. På områden där individuella skillnader i behandlingseffekt kan bli en fråga om liv eller död, är det extra angeläget att ta fram forskning om risker och nytta med behandlingen för olika undergrupper och individer.

Två exempel är blodproppsförebyggande behandling med warfarin och operation av förträngd halspulsåder. Trots att de här behandlingarna överlag gör nytta, finns det en grupp patienter som kommer att dö eller skadas av dem.

Peter Rothwell är därför kritisk till brittiska och amerikanska riktlinjer som föreskriver att samtliga patienter som liknar studiedeltagarna ska utsättas för de här riskfyllda behandlingsmetoderna.

Han jämför med rättssystemet. Även om det fanns forskning som visade att de flesta som åtalas för brott också är skyldiga, skulle knappast

någon hävda att alla åtalade borde dömas utan rättslig prövning, skriver han. Trots att en automatisk dom då skulle vara rättvis i de flesta fall, skulle vi inte acceptera att så många oskyldiga underkastas rättsliga påföljder. På motsvarande sätt borde vården inte acceptera att samtliga patienter med en viss diagnos måste behandlas precis lika, och på ett sätt som kunde skada några allvarligt. Det behövs ett system för att minimera sådana skador, menar Rothwell.

LÄKEKONST

Olof Nyrén återknyter till resonemanget om evidensbaserad läkekonst.

– Det är viktigt att förstå att vården skulle bli ineffektiv om den utarmades på behandlingsalternativ, så att enbart de metoder som fungerar för majoriteten av patienter fanns att tillgå. Det måste alltid finnas ett visst utrymme för att skräddarsy behandling utifrån individuella variationer.

Vården behöver evidens, och vi behöver evidensbaserad vård. Men det finns ett skäl till att den ska kallas evidensbaserad – inte evidensdikterad.

[RL]

Lästips

Rothwell P (red). *Treating individuals*. From randomised trials to personalised medicine. Elsevier, 2007.
Malmquist J. Så kan gruppresultat tillämpas i ett enskilt fall. *Vetenskap & Praxis* nr 2, 2005, s 14.
Levi R. Resultat som hackas upp kan bli missvisande. *Vetenskap & Praxis* nr 2, 2005, s 10.

AVVIKANDE RESULTAT FÖR EN SUBGRUPP

Fyndet kan spela roll om...

- ...subgruppens resultat avviker så mycket att det har klinisk betydelse
- ...skillnaden är statistiskt säkerställd
- ...hypotesen om att subgruppen avviker hade formulerats innan den statistiska analysen utfördes (inte efteråt)
- ...endast ett fåtal övriga hypoteser har testats i studien
- ...resultatet bygger på jämförelser inom samma studie
- ...resultatet stämmer med liknande fynd från andra studier
- ...det finns annat vetenskapligt stöd för att subgruppen faktiskt avviker

Fritt efter Oxman AD, Guyatt GH. A consumer's guide to subgroup analysis. *Ann Intern Med* 1992;116:78–84.

HPV-VACCIN

Löftesrik metod men nyttan mot livmoderhalscancer delvis oklar

Dagens vacciner riktas mot två av minst tretton HPV-virus som kan ge livmoderhalscancer. En allmän barnvaccination med dessa vacciner skulle ge ett visst skydd mot cellförändringar. Men det är inte känt vilken nytta detta gör för att minska cancerfallen eller hur länge virussyddet varar, visar SBU:s rapport.

Det är inte känt hur ett barnvaccinationsprogram mot HPV 16 och 18, om det införs i dag, påverkar framtida sjuklighet och dödlighet i livmoderhalscancer. Däremot är det bevisat att de befintliga vaccinerna kan förebygga en del uttalade cellförändringar hos de vaccinerade, åtminstone under den tid som studierna

har pågått. Cellförändringarna kan i vissa fall utvecklas till cancer.

GER UNDERLAG

Det visar SBU:s granskning av den samlade forskningen på området. Rapporten utgör ett av underlagen för Socialstyrelsens beslut i frågan om en allmän HPV-vaccination

ska införas eller ej.

Det finns starkt vetenskapligt stöd för att dagens HPV-vacciner förebygger cellförändringar med HPV 16 och 18 hos unga kvinnor som inte redan är infekterade. Kvinnorna i dessa studier har följts i medeltal under tre år, vilket är en kort period när syftet är att få ett skydd som

SBU:S SLUTSATSER ALLMÄN HPV-VACCINATION

► Vaccination mot virusinfektioner är en relativt ny cancerförebyggande princip. Vacciner mot humana papillomvirus (HPV) syftar till att förebygga livmoderhalscancer. Dagens vacciner är riktade mot HPV 16 och 18, och inte mot samtliga HPV-typer som är kopplade till livmoderhalscancer.

► Efter vaccination fick unga kvinnor*, som vid studiestarten inte visade tecken på tidigare eller aktuell infektion med HPV 16 eller 18, ett mer än 90-procentigt skydd mot högggradiga cellförändringar där HPV 16 eller 18 påvisades i förändringen.^{**}(1) Dessa resultat är det närmaste man kan komma en

skattning av den förebyggande effekt som vaccinerna kan antas ha hos barn.

► Efter vaccination utvecklade barn initialt ett immunsvär som var likvärdigt med eller bättre än det som uppmätts efter vaccination av unga kvinnor.^{**}(2)

► Vilken effekt en allmän barnvaccination mot HPV 16 och 18 skulle kunna ha på framtida sjuklighet och dödlighet i livmoderhalscancer i Sverige är ännu inte känt. En beräkning visar att nära hälften av livmoderhalscancerfallen inte skulle kunna förebyggas av en allmän barnvaccination mot HPV 16 och 18. Programmen för gynekologiska

cellprovskontroller behöver därför fortsätta.

► Vilken effekt en allmän barnvaccination mot HPV 16 och 18 skulle ha på de vaccinerade kvinnornas vilja att delta i gynekologiska cellprovskontroller behöver fastställas.

► Det vetenskapliga underlaget angående kostnadseffektivitet för en allmän barnvaccination mot HPV 16 och 18, i kombination med organiserad gynekologisk cellprovskontroll, är osäkert och bedöms därför som otillräckligt. Om vaccin mot HPV 16 och 18 ska inkluderas i det allmänna barnvaccinationsprogrammet eller ej är därför en policyfråga, som bl a handlar

om vilken osäkerhet om positiva och negativa effekter som samhället är berett att acceptera när resurser ska avsättas. Ett eventuellt införande kräver en organiserad systematisk uppföljning av effekter och kostnadseffektivitet för samtliga förebyggande åtgärder mot livmoderhalscancer.

* Unga kvinnor mellan 15 och 26 år.

** Slutsatsen baseras på studier av båda vaccinerna, Gardasil och Cervarix.

Siffrorna inom parentes anger evidensstyrka. Hela rapporten med fullständig sammanfattning och förklaring av begreppet evidensstyrka finns på www.sbu.se

ska räcka många decennier. SBU framhåller också att vaccination inte ersätter organiserade gynekologiska cellprovskontroller för kvinnor som vaccinerats. Ett skäl är att vaccinerna bara riktas mot två av minst tretton HPV-typer som är förknippade med livmoderhalscancer. Ingen vet säkert hur vanliga dessa två virustyper är i Sverige.

Att införa en allmän barnvaccination av flickor mot de två aktuella virustyperna, HPV 16 och 18, beräknas kosta omkring 200 miljoner kronor per år. Om en påfyllnadsdos behövs blir den årlig

ga kostnaden 260 miljoner kronor. En vaccination även av pojkar skulle fördubbla dessa kostnader.

OKLAR NYTTA

Eftersom den medicinska nytan delvis är oklar blir beräkningar av kostnadseffektiviteten osäkra.

I dag finns inga publicerade uppföljningar av vacciner-
nas effekter eller säkerhet på längre sikt än drygt fem år. Därmed är behovet av påfyllnadsdoser inte heller klarlagt. Om allmän HPV-vaccination införs krävs därför en systematisk uppföljning av effekter,

säkerhet och kostnadseffektivitet för samtliga förebyggande åtgärder mot livmoderhalscancer. [RL]

Om rapporten

Allmän vaccination mot HPV 16 och 18 i syfte att förebygga livmoderhalscancer. SBU Alert-rapport 2008-01. Projektledare: med dr Susanne Vilhelmsdotter Allander, allander@sbu.se. Rapporten har tagits fram av SBU i samarbete med med dr Kari Johansen, klinisk virolog och barnläkare, Karolinska Institutet och Smittskyddsinstitutet. För rapport och sammanfattning, se www.sbu.se

Datorsimulerad bild av HPV-partikel.

FAKTA HPV & CANCER

Infektioner med humana papillomvirus, HPV, är i dag de vanligaste sexuellt överförda infektionerna. De allra flesta HPV-infektioner ger inga symtom och självläker. Men en liten andel blir kvarstående, och kan ibland i sin tur leda till cellförändringar som i vissa fall utvecklas till cancer.

Minst tretton HPV-typer är förknippade med livmoderhalscancer, och långdragen infektion orsakad av någon av dem anses vara en förutsättning för att cancer i livmoderhalsen ska utvecklas. Detta kan ta lång tid, ibland mer än tjugo år. Det vaccinationsprogram som SBU har utvärderat gäller två virus som är kopplade till livmoderhalscancer, HPV 16 och 18.

Genom att hitta cellförändringar kan man förebygga livmoderhalscancer eller upptäcka sjukdomen i ett tidigare skede. Sedan Sverige införde gynekologiska cellprovskontroller (screening) har insjuknandet minskat med drygt 60 procent.

Trots att en stor andel av Sveriges befolkning har smittats med HPV, utvecklas livmoderhalscancer endast hos en kvinna på 10 000. I Sverige drabbas 450 kvinnor varje år, vilket gör sjukdomen till den 15:e vanligaste cancerformen hos kvinnor.

Russell Kightley / Science Photo Library



ÖGONKIRURGI

Realistiska förväntningar viktigt inför operation av brytningsfel

Varje år väljer tusentals svenskar att laseroperera ögonen för att korrigera brytningsfel som närsynthet och översynthet. Men inte alla som har opererats klarar sig utan glasögon eller linser. Och biverkningar förekommer, även om de är ovanliga. Priset per öga ligger kring 12 000 kronor som patienten får betala själv.

De flesta som låter operera sina synfel ser bra med glasögon eller kontaktlinser. De väljer operation av kosmetiska skäl eller för att glasögon och kontaktlinser är besvärligt att använda eller störande i jobbet eller på fritiden.

GER SAMMA SKÄRPA

En ny SBU-rapport visar att de tre vanligaste operationsmetoderna, PRK, LASEK och LASIK, förbättrar synskärpan ungefär lika mycket. Däremot kan metoderna skilja sig åt i fråga om biverkningar och tid för återhämtning.

Även om behandlingsresultaten vad gäller synskärpa

är likartade för patienter med små eller måttliga synfel, är LASIK den metod som sammantaget verkar ha flest fördelar. Bland annat är tiden för rehabilitering efter ingreppet ett par dagar, att jämföra med ett par månader för de andra metoderna.

Den som överväger en operation bör känna till riskerna och veta om att det inte är ovanligt att man måste fortsätta med linser eller glasögon även efter ingreppet. Behandlingsresultatet beror till stor del på graden av synfel före operationen. Efter LASIK får 81–89 procent av dem som har låg eller måttlig

grad av närsynthet en synskärpa på 1.0 eller bättre. I den grupp som har höggradig närsynthet (–6.0 dioptrier eller sämre) ger LASIK motsvarande synskärpa hos 45 procent av de opererade.

RISK BLI BLÄNDAD

Alla operationer innebär en viss risk för bestående biverkningar i form av ökad känslighet för bländning och kontrast. Risken för biverkningar är störst hos personer med kraftiga brytningsfel.

Det finns inte tillräckligt vetenskapligt underlag för att dra säkra slutsatser om metodernas kostnadseffektivitet.

Enligt en dansk utvärdering är synfeloperation för yngre närsynta personer (i 25-årsåldern) i längden ett billigare alternativ än glasögon eller kontaktlinser. Men beräkningarna är ganska osäkra eftersom de påverkas av antaganden om priser. [RL]

Om rapporten

Operation vid brytningsfel i ögat. SBU Alert-rapport 2007-04. Projektledare: Ingemar Eckerlund, eckerlund@sbu.se. Rapporten har tagits fram av SBU i samarbete med professor Per Fagerholm, Hälsouniversitetet och Universitetssjukhuset, Linköping. För rapport och sammanfattning, se www.sbu.se

SBU:S SLUTSATSER OPERATION AV BRYTNINGSFEL

► PRK, LASEK och LASIK ger i stort sett samma resultat vid närsynthet upp till –6 dioptrier. I 96–99 procent av fallen uppnås en synskärpa på 0,5 eller bättre på det opererade ögat. Motsvarande resultat vid översynthet upp till +3,5 dioptrier är för PRK 87,1–89,5 procent, för LASEK 90,3–90,7 procent

och för LASIK 93,2–97 procent. Andelen som uppnår full synskärpa är påtagligt lägre. (1)

► Operationerna är förenade med en viss risk för bestående ökning av bländnings- och kontrastkänslighet. Många olika komplikationer har rapporterats men de är var för sig

mycket ovanliga. Synförlust av två rader eller mer på syntavlan – ett samlat mått på komplikationer – är ovanligt vid måttliga brytningsfel. (1)

► Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för säkra slutsatser om de aktuella metodernas kostnadseffektivitet. Med hänsyn

till behandlingsresultat, komplikationsrisker och operationskostnad förefaller LASIK vara mest kostnadseffektiv. Detta gäller dock inte vid höggradiga brytningsfel.

Siffrorna inom parentes anger evidensstyrka. Se www.sbu.se

Vad är vetenskap och varför behövs den?

Hur ska vi förhålla oss till det vi kallar fakta? Två aktuella böcker närmar sig frågan från olika håll.

Under 1940-talet infördes en ny behandling av för tidigt födda barn. Samtidigt utbröt en "epidemi" av blindhet, retrolental fibroplasi, bland barnen. Alltför sent upptäcktes att det var den nya metoden – extra syrgas – som gav helt oväntade skador. De tolv år som krävdes för att få stopp på skadeverkningarna illustrerar behovet av kontrollerade prövningar av medicinska innovationer innan dessa börjar användas i stor skala.

Att forskning behövs är bortom allt tvivel. Men det är

dessutom livsviktigt att den är välgjord. Så kan man sammanfatta budskapet i boken *Testing treatments – Better research for better healthcare*, skriven av Imogen Evans, Hazel Thornton och Iain Chalmers. Den sistnämnda har blivit en portaltfigur för evidensbaserad medicin.

BRA OCH DÅLIG

Författarna tar avstamp i sina erfarenheter som medicin-journalist, patient och forskare. På ett engagerande och pedagogiskt sätt klargör de skillnaderna mellan bra och dålig forskning. Boken behandlar både metodproblem och etiska frågor som berör den praktiska sjukvården.

Fokus ligger på den osäkerhet som kan finnas om behandlingens nytta, både den uppenbara och den mindre uppenbara. Författarna menar att ju mer kunskap vi – behandlare, beslutsfattare och patienter – har om forskningens fallgropar, desto större blir våra möjligheter att tolka resultaten och upptäcka brister som kan göra stor skada.

STYR STUDIER

Behandlingsstudier är inte sällan styrda av kommersiella intressen. Önskat forskningsresultat kan döljas av ekonomiska skäl, kontrollgrupper kan saknas eller vara felaktigt sammansatta. Ett av bokens många exempel gäller så kallade *me-too-drugs*, nya och dyrare men inte nödvändigtvis bättre varianter av befintliga mediciner. I de bakomliggande studierna har man ofta jämfört den nya medicinen med placebo och fått signifikanta resultat. Däremot saknas en jämförelse med den gamla medicinen som mycket väl kan vara både bättre och billigare.

Brister i behandlingsstudier leder inte bara till ineffektiv vård utan kan också orsaka lidande. I 1980-talets Japan startades massundersökningar för neuroblastom, en nervcellstumör som är vanligast hos barn. Screening infördes trots att det saknades evidens från välgjorda studier.



Bild: Ragnar Levi / Robert Nyberg

Undersökningar från Kanada och Tyskland, som omfattade tre miljoner barn, visade senare att screeningprogrammet inte gjorde någon nytta. Däremot var skadorna tydliga. Operationer och kemoterapi med risk för allvarliga bieffekter hade genomförts i onödan. Enligt en specialist var screeningen inte bara värdelös, utan en orsak till överdiagnostik av tumörer som skulle ha försvunnit spontant.

DÅLIGT UNDERLAG

Tyvärr fattas beslut utifrån dåliga forskningsunderlag. Hur ska vi komma till rätta med det? *Testing treatments* svar är välgjorda metaanalyser och kontrollerade randomiserade studier. Författarna motiverar svaret på ett enkelt och tillgängligt sätt och levererar handfasta råd. De vill ingjuta större säkerhet när det gäller att bedöma för- och nackdelarna med en behandling och ta reda på om det finns bättre alternativ eller rent av bör upprättas en ny studie av nyttan.

De efterlyser också en dialog mellan alla berörda parter, behandlare, beslutsfattare och patienter. Vi behöver alla mer kunskap, inte bara för att kunna tolka forskningen utan också för att kunna mötas i en konstruktiv dialog när behandlingen är behäftad med osäkerhet.

Ett starkt budskap i *Testing treatments* är alltså att klinisk forskning är oerhört viktigt, men lika viktigt är att man kan tolka och avslöja dess brister. Detta förutsätter att det går att skilja sant från falskt. Men hur vet vi att just vår kunskap är mer sann än till exempel medicinmännens i andra kulturer? Är veten-

skap en växande kunskapsbank som förräntar sig med experiment, randomiserade studier och metaanalyser?

FAKTA ÄNDRAS

Alan Chalmers bok *Vad är vetenskap egentligen?* som nyligen utkommit i en tredje upplaga, är ett svar på dessa komplicerade frågor. Chalmers, som är professor och vetenskapsfilosof vid Universitetet i Sydney, påpekar att det vi kallar fakta hela tiden förändras. All vetenskap vilar på fakta från forskning. Men det vi kallar fakta ändrar sig hela tiden och tycks aldrig vara en stabil grund.

För inte så länge sedan lanserades cox-2-hämmare som nya och bättre smärtstillande medel, men dessa fick snart dras in på grund av risker för allvarliga hjärt-kärlbiverkningar. Längre trodde vi att magsår måste opereras eller behandlas med syrahämmande läkemedel tills det visade sig att magsår orsakas av en bakterie och framför allt bör behandlas med antibiotika.

TILLFÖRLITLIGHET

Teorier ändras eller byts ut i ljuset av nya fakta. Därför uppstår frågor om tillförlitlighet och relevans. Hur ska vi förhålla oss till detta? Det finns olika svar. Chalmers sökande efter vad vetenskap är leder ut vad som är rimligt och orimligt i dessa svar.

Medan *Testing treatments* är en direkt uppmaning till alla människor att ta del av forskningen utifrån ett evidensbaserat perspektiv så är *Vad är vetenskap egentligen?* en problemformulering kring själva evidensen.

Under den vetenskapliga

historiens lopp har det utkristalliserat sig många olika teorier om hur man bör söka sanningen, det vill säga forskning. Vad ska räknas som vetenskap? Varför duger till exempel inte astrologin som vetenskap? Chalmers svar sträcker sig över 250 sidor med början i grundläggande kunskaper om olika sätt att göra logiska slutledningar.

FALSK SLUTSATS

För att visa hur vanskligt det kan vara att dra slutsatser från observationer, tar han ett drastiskt exempel: "En kalkon märkte under sin första morgon på kalkonfarmen att han blev matad klockan 9. Sedan den erfarenheten upprepats varje dag i flera veckor, tyckte sig kalkonen tryggt kunna dra slutsatsen 'jag blir alltid matad 9 på morgonen'. Den slutsatsen befanns dock vara definitivt falsk, då kalkonen på julafton i stället för att matas fick halsen avskuren. Kalkonens resonemang ledde honom från ett antal observationer till en falsk slutsats..."

Huvudsakligen behandlar boken teorier och metoder i fysikens historia från 1600-talet och framåt. Författaren försöker utröna om de fysiska vetenskaperna kan ge en universell definition av vetenskap. Men någon sådan finner inte Chalmers. Det finns inga enkla svar på vad vetenskapen är.

Däremot förmedlar han, på ett ovanligt lättbegripligt och stundvis humoristiskt sätt, tankeströmningarna som påverkar dagens forskning. Det skapar perspektiv och insikter i stora frågor.

Christina Bergh, fil kand och frilansjournalist, Stockholm

"Är vetenskap en växande kunskapsbank som förräntar sig med experiment, randomiserade studier och metaanalyser?"

Lästips

Chalmers AF. *Vad är vetenskap egentligen?* Tredje upplagan. Nora: Nya Doxa, 2007.
Evans I, Thornton H. Chalmers I. *Testing treatments. Better research for better healthcare.* London: British Library, 2006.

ÖRONRÖR

Rör kan hjälpa mot vätska i mellanörat

Ett rör i trumhinnan kan hjälpa barn som hör dåligt för att de har haft vätska i mellanörat en längre tid. Men det återstår att vetenskapligt bevisa nyttan av att sätta in rör på barn med återkommande akut öroninflammation.

Nyttan av att sätta in rör i örat på barn med återkommande akut öroninflammation är inte vetenskapligt belagd. De studier som finns pekar åt olika håll, och det krävs mer forskning för att få svar på frågan om dessa barn ska fortsätta att opereras.

Det konstaterar SBU i en granskning av den forskning som finns om rörbehandling vid inflammation i mellanörat. Omkring 10 000 barn opereras varje år i Sverige, varav ungefär 2 000 på grund av återkommande akut öroninflammation.

Däremot visar SBU:s rapport att rören förbättrar hörseln och livskvaliteten under minst nio månader för barn som haft vätska i mellanörat i tre månader eller mer.

SKRAPA BORT

Bortskrapning av körteln bakom näsan, adenoidektomi, förbättrar hörseln, mätt efter sex månader, lika mycket som rör. Studierna kan inte visa att hörseln blir ännu bättre när de båda behandlingarna kombineras.

Att suga ut den vätska som finns i örat vid opera-

tionstillfället påverkar inte rörets funktion. Forskarna har inte påvisat några fördelar med att rutinmässigt operera bort rör som inte fallit ut av sig själva. Vidare är det oklart om pneumokockvaccination minskar risken för nya öroninflammationer.

Flera studier har undersökt om normal simning och lek i vattnet ökar antalet nya inflammationer eller flytningar ur röret. Studierna kan inte visa att öronskydd som öronproppar och badmössa, eller förebyggande örondroppar, har någon effekt. [17]

Om rapporten

Rörbehandling av inflammation i mellanörat. En systematisk litteraturoversikt (2007). Ordförande: professor Sten Hellström, Karolinska Universitetssjukhuset. Projektledare, SBU: Agneta Pettersson. Den fullständiga rapporten finns på www.sbu.se.

SBU:S SLUTSATSER RÖR VID ÖRONINFLAMMATION

► Det vetenskapliga underlaget för rörbehandling vid återkommande akut öroninflammation är otillräckligt. Med tanke på att mer än 2 000 barn årligen får rör insatta på denna indikation är det angeläget att adekvata studier snarast genomförs.

► Rörbehandling vid långvariga besvär med vätska i mellanörat förbättrar hörseln (1) och livskvaliteten (2) under minst nio

månader. Det är motiverat att sätta rör i trumhinnan på barn med vätska i mellanörat om barnen har objektivt verifierad hörselnedsättning och åtföljande försämrad livskvalitet. Livskvaliteten kan skattas med formulär som är utprovade för barn med öronsjukdom.

► Bortskrapning av körteln bakom näsan förbättrar hörseln, mätt efter sex månader, i

samma utsträckning som rörbehandling vid långvarig vätska i mellanörat (3). Hörseln, mätt från tre månader, har inte visats bli bättre av att kombinera rörbehandling och bortskrapning av körteln (2).

► Granskningen kunde inte påvisa någon kliniskt betydelsefull effekt på antalet rörflytningar av att skydda öronen mot vatten. Att använda badmössa

eller öronproppar vid bad och vattenlek minskade inte antalet rörflytningar (2).

► Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att avgöra om rörbehandling är kostnadseffektivt vid öroninflammation med vätska i mellanörat respektive återkommande akut öroninflammation.

Siffrorna inom parentes anger evidensstyrka. Se www.sbu.se

BLODPROPP

Motiverad patient krävs för säker självtestning och egenvård

Att själv dosera sin medicin kan vara en säker metod för patienter som långtidsbehandlas mot blodpropp. Men både förmåga och motivation krävs, och sjukvården har fortfarande ansvaret för behandlingen.

Patienter som långtidsbehandlas med hjälp av blodproppsförebyggande tabletter med vitamin K-antagonister, så kallade AVK-läkemedel, får vanligtvis hjälp från primärvården eller specialiserade mottagningar med att ta blodprov och ställa in sin medicin. Regelbundna kontroller är viktiga eftersom fel mängd tabletter kan leda till blodproppar eller blödningar, i värsta fall dödliga. Känsligheten för läkemedlet varierar från person till person, och skiftar dessutom beroende på patientens kost och övriga mediciner.

KAN SKÖTAS HEMMA

En ny SBU-rapport visar att vissa av patienterna kan sköta både blodprov och dosering hemma. I SBU:s granskning framkommer att självtestning och egenvård är ett minst lika säkert alternativ som rutinsjukvård för de patienter som klarar av att ta till sig den utbildning som krävs, kan sköta rutinerna och är motiverade. För detta finns starkt vetenskapligt underlag. SBU bedö-

mer att mellan 10 och 20 procent av alla som får AVK-läkemedel kan vara aktuella för egenvård i Sverige. Vinsten för dessa patienter skulle främst vara förbättrad livskvalitet, bland annat genom att de blir mindre bundna till sjukvården.

DOSERAR SJÄLV

Egenvården innebär att patienterna testar sig själva genom ett blodprov, stick, i fingret. Provet analyseras med hjälp av bärbar utrustning, och utifrån svaret kan patienten dosera sin medicin själv. Metoden kräver att sjukvården utbildar och följer upp patienterna och tar ansvar för att behandlingen fungerar på ett säkert sätt.

Nackdelar med metoden ur patientens synvinkel är dels att den inte passar alla, dels att patienten själv får betala mätutrustningen. Den kostar cirka 6 000 kronor och väntas hålla i sex till åtta år. De förbrukningsartiklar, till exempel testremsor, som behövs för självtestning ingår däremot i läkemedelsförmånen.

Det går inte att dra några slutsatser utifrån granskningen om hur väl egenvård fungerar på sikt jämfört med rutinsjukvård, eftersom långtidsuppföljningar saknas. Detsamma gäller för att jämföra enbart självtestning med rutinsjukvård. Det vetenskapliga underlaget för att bedöma kostnadseffektiviteten vid självtestning respektive egenvård är också otillräckligt. [17]

Science Photo Library / BL

Blödning i de finaste blodkärlen under huden, hos en 80-årig kvinna som tar blodproppsförebyggande läkemedel.

Om rapporten

Självtestning och egenvård vid användning av blodproppsförebyggande läkemedel. SBU Alert-rapport nummer 2007-05. Kontaktperson: Johan Wallin, wallin@sbu.se Rapporten är framtagen av SBU i samarbete med professor Tomas Lindahl, Universitetssjukhuset i Linköping, och docent Peter Svensson, Universitetssjukhuset i Malmö. Den fullständiga rapporten med sammanfattning och slutsatser finns på www.sbu.se.

SBU synar tandimplantat och rotbehandling

Regeringen vill ha nationella riktlinjer för tandvården. Som grund för dessa ska SBU samla in och granska forskningsresultat om tandersättningar, bland annat implantat, och om diagnostik och behandling av sjukdomar i tandpulpan och tandrötterna.

Tandersättningar som fästs med implantat teknik introducerades i början av 1980-talet som ett behandlingsalternativ för personer som förlorat tänder. Sedan dess har både de tekniska möjligheterna och patienternas efterfrågan på metoden ökat dramatiskt.

– Den omedelbara fördelen med implantat är förstås att konstruktionen sitter fast, säger Sofia Tranæus, tandläkare och projektledare på SBU.

– Avtagbara tandproteser har blivit ett alternativ som de flesta patienter försöker undvika.

UTAN UPPFÖLJNING

Fördelarna med implantat för både patient och behandlande tandläkare har verkat vara så stora att metoden har börjat användas utan någon systematisk långtidsuppföljning och utvärdering.

– Det kan vara ett problem eftersom vi faktiskt inte vet hur implantaten fungerar på sikt och om något system är bättre än de andra. Tandlossning drabbar inte bara tänder utan tyvärr även implantat och det gör tandersättningarna sårbara.

– Behandlingen är också kostsam både för den enskilde och för samhället. Patienten betalar för en stor del av både diagnostiken och

behandlingen. Därför är det viktigt att nyttan av de olika metoderna jämförs med kostnaderna. Sverige är det enda landet i världen som har en nationell försäkring som täcker implantatbehandling.

FLER IMPLANTAT

År 2005 betalade försäkringskassan ersättning för uppskattningsvis 35 000 implantat. Samtidigt som implantat blir allt vanligare, tillverkas också allt fler avtagbara proteser. De behövs som ett led i behandlingen innan implantaten sätts in.

Ett annat pågående SBU-projekt på tandvårdens område gäller metoder för diagnostik och behandling av sjukdomar i tandpulpan och vävnaderna runt tandrötterna. Det handlar alltså om rotfyllning.

– De senaste femton åren har det tillkommit nya diagnos- och behandlingsmetoder. I dag används olika maskiner och mikroskop för rotbehandling. De nya metodernas nytta, risker och kostnader behöver utvärderas.

Båda tandvårdsprojekten förväntas vara färdiga vid årsskiftet 2009/2010. Sedan ska Socialstyrelsen ta fram riktlinjer för tandvården. [RL]

Om projekten

Tandförkluster respektive Sjukdomar i tandpulpan och de periradikulära vävnaderna. Projektledare: tandläkare och med dr Sofia Tranæus, tranæus@sbu.se.

Sofia Tranæus leder projektet.



Anders Nordman

IMPLANTAT ALLT VANLIGARE

År 2005 betalade försäkringskassan ersättning för cirka 35 000 implantatbehandlingar, varav 25 000 till patienter över 65 år. Dessutom utgick ersättning för 15 000 tillfälliga proteser, 20 000 delproteser (med metallskelett) och 3 000 kombinationsproteser. Antalet helproteser (antal käkar) som ersattes var 30 000. Siffrorna är osäkra eftersom statistiken är bristfällig. Källa: Försäkringskassan.

ROTHEHANDLING

Karies, olycksfall och omfattande tandlagningar kan skada och infektera bindväv, kärl och nerver inuti tanden. Svår värk, värbildning och risk för infektionsspridning är inte ovanligt. Behandlingen syftar till att förebygga värk och förhindra infektion som också kan sprida sig.



Nya populärskrifter från SBU

Nu finns två nya populärversioner av aktuella SBU-rapporter. Den ena handlar om metoder för tidig fosterdiagnostik och riktar sig till kvinnor och par som själva har önskat mer information om sådana metoder – den är alltså inte avsedd att delas ut rutinmässigt till alla eller läggas ut i väntrum. Skriften är utformad som ett komplement till personliga samtal med hälso- och sjukvårdspersonalen.

Den andra skriften handlar om rör i örat vid öroninflammation hos barn. Texten riktar sig till föräldrar och innehåller frågor och svar om vad forskningen säger om behandlingens effekter. Den innehåller också grundläggande fakta om vad öroninflammation är och vilka symtom sjukdomen kan ge. För föräldrar som söker information om rör i örat på andra språk än svenska har SBU tagit fram ett kortfattat faktablad på elva språk. Detta kan laddas ner eller beställas kostnadsfritt på www.sbu.se.



Ny rapportserie

”SBU kommenterar” är en ny publikationsserie som sammanfattar och kommenterar välgjorda internationella systematiska kunskapsöversikter och medicinska utvärderingar. SBU tar ställning till översiktens kvalitet men inte till de enskilda arbeten som ingår. ”SBU kommenterar” gör en bedömning av litteraturöversiktens relevans för svenska förhållanden. Den första publikationen gäller alkoholrådgivning och dess effektivitet inom primärvården. Läs mer på www.sbu.se. Kontakt: allander@sbu.se

SBU får en nämnd

Den 1 januari 2008 ersattes SBU:s styrelse av Nämnden för medicinsk utvärdering. Regeringen har förändrat styrelseformen för en rad myndigheter, däribland SBU, för att hela den statliga förvaltningen ska bli mer effektiv. Det övergripande ansvaret för myndighetens verksamhet och ekonomi har nu SBU:s chef, i stället för en styrelse. Nämndens sammansättning och uppgifter liknar i övrigt den tidigare styrelsens. Ordföranden och ledamöterna i nämnden är som tidigare utsedda av regeringen, se listan på sidan 15 och www.sbu.se.

Finn vetenskapligt material på webben

Webbsökningar ger ofta för många träffar. Ett knep för att få färre men mer relevanta träffar är att söka i en så kallad meta-databas, till exempel *SumSearch* från Texas University, <http://sumsearch.uthscsa.edu>.

Två andra sökmotorer som kan underlätta är *Google Scholar* och *Scirus*. Kvalitetsbedömningen måste användaren som vanligt själv stå för, men sökningarna blir snävare än med allmänna sökmotorer. *Google Scholar*, <http://scholar.google.se>, är Googles mer akademiskt avgränsade lillasyster. Söker enbart i akademiska texter och forskningspublikationer, till exempel tidskriftsartiklar, förhandspublicerade manus, avhandlingar, böcker och referat. *Scirus*, www.scirus.com, marknadsför sina sökningar som snävare och ”djupare” så att icke-akademiskt material filtreras bort samtidigt som sökmotorn ger träffar på dokument som gömmer sig längre ner i hierarkin på olika webbplatser.

PÅGÅNG

EXEMPEL

ANESTESIDJUPSMÄTNING

Kontakt: wallin@sbu.se
Planerad publ: vår 2008

ANTIBIOTIKAPROFYLAX

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

ARBETSMILJÖ & -SKADOR

Kontakt: norlund@sbu.se
Planerad publ: höst 2009

DOPAMINERGA MEDEL VID RESTLESS LEGS

Kontakt: wallin@sbu.se
Planerad publ: vår 2008

GLAUKOM (GRÖN STARR)

Kontakt: eckerlund@sbu.se
Planerad publ: vår 2008

KYFOPLASTIK VID KOTKOMPRESSION

Kontakt: freyschuss@sbu.se
Planerad publ: vår 2008

LEUKOCYTAFERES VID INFLAMMATORISK TARMSJUKDOM

Kontakt: wallin@sbu.se
Planerad publ: vår 2008

KYLBEHANDLING AV NYFÖDDA MED ASFYXI

Kontakt: rydin@sbu.se
Planerad publ: sommar 2008

LÅKEMEDEL & ÄLDRE

Kontakt: sawe@sbu.se
Planerad publ: höst 2008

NO-MÄTNING & ASTMA

Kontakt: freyschuss@sbu.se
Planerad publ: vår 2008

PROSTATAFÖRSTÖRING

Kontakt: freyschuss@sbu.se
Planerad publ: höst 2009

RANIBIZUMAB (LUCENTIS) & GULA FLÄCKEN

Kontakt: tornqvist@sbu.se
Planerad publ: vår 2008

SÖMNBESVÄR HOS VUXNA

Kontakt: eckerlund@sbu.se
Planerad publ: höst 2009

VACCINATION AV BARN

Kontakt: sawe@sbu.se
Planerad publ: höst 2008



Hur styrs blodsockret bäst vid diabetes?

Tar kroppen mindre skada om ett förhöjt blodsocker behandlas extra intensivt? Och vilken nytta gör patientutbildning? Det är två huvudfrågor i SBU:s pågående projekt om diabetes.

Undan för undan har riktlinjer för behandling av diabetes sänkt gränserna för "optimal" respektive "acceptabel" kontroll av blodsockret.

– I dag är det bara en minoritet av alla som har diabetes som uppfyller internationellt satta gränsvärden för ett av de vanligaste måtten på den långsiktiga blodsockerkontrollen – så kallat glykerat hemoglobin, HbA1c, i blodet.

Det säger Bo Freyschuss, endokrinolog och projektledare på SBU.

– För många patienter är det mycket svårt att uppnå målen, och frågan är vad detta betyder för deras hälsa. Skulle de ha nytta av en intensivare behandling? Ökar då risken för att blodsockret tidvis blir alldeles för lågt?

TA EGET ANSVAR

I praktiken handlar god kontroll av blodsockret inte bara om hur den medicinska behandlingen läggs upp. Att individen tar eget ansvar för behandlingen är helt nödvändigt och innefattar både medicinering och en hälsosam livsstil. Men detta förutsätter kunskap.

– Att utbilda personer med diabetes borde vara ett viktigt inslag för att öka hälsa och livskvalitet hos individen. I förlängningen skulle detta

också påverka vårdkostnaderna.

Därför är en av de frågor som SBU utreder om de som har genomgått grupputbildning eller individuell utbildning får högre livskvalitet, lägre HbA1c, ökad fysisk aktivitet och minskad kroppsvikt.

Ytterligare en metod som SBU utvärderar är nyttan av att testa sitt eget blodsocker. Täta kontroller av blodsockret förutsätter att personer med diabetes sköter mätningen själv med hjälp av teststickor.

– Det vi bland annat vill ta reda på är vilken nytta teststickorna gör i förhållande till vad de kostar, säger Bo Freyschuss. Vid insulinbehandling måste man kunna kontrollera sitt blodsocker, men vid diet- och tablettbehandling är läget mer oklart. [RL]

Om projektet

Metabol kontroll vid diabetes. Självtestning av blodsocker. Projektledare: med dr Bo Freyschuss, freyschuss@sbu.se. Patientutbildning vid diabetes. Projektledare Sophie Werkö, werko@sbu.se. Beräknad publicering februari 2009.

REDAKTÖR: Ragnar Levi, levi@sbu.se • ANSVARIG UTGIVARE: Måns Rosén
 TEXT: Ragnar Levi [RL], Johanna Thorell [JT] • POSTADR: Box 5650, 114 86 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, 2008
 4 NR PER ÅR, 230 000 EX • ISSN 1104-1250



SBU-nämnden för medicinsk utvärdering

Nina Rehnqvist (ORDF)
KAROLINSKA INSTITUTET

Peter Aspelin
SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET

Håkan Billig
VETENSKAPSRÅDET

Håkan Ceder
SOCIALSTYRELSEN

Anna-Karin Eklund
VÄRDFÖRBUNDET

Ann Hedberg Balkå
SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

Sven-Olof Karlsson
SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

Björn Klinge
KAROLINSKA INSTITUTET

Eva Nilsson Bågenholm
SVERIGES LÄKARFÖRBUND

Måns Rosén
SBU

Håkan Sörman
SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

Direktör SBU

Måns Rosén

SBU:s råd

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

Anders Anell
EKONOMIHÖGSKOLAN, LUNDS UNIV

Björn Beermann
LÄKEMEDELSVERKET, UPPSALA

Cecilia Björkelund
AVD F ALLMÄNMED, GBG:S UNIV

Lisa Ekselius
INST F NEUROVET/PSYK, UPPSALA UNIV

Mats Eliasson
MED KLIN, SUNDERBY SJUKHUS, LULEÅ

Sölve Elmståhl
GER UTV CENTR, UNIV SJH MAS, MALMÖ

Mikael Hellström
AVD F RADIOL, SU/SAHLGRENSKA, GBG

Anders Lindgren
SOCIALDEPARTEMENTET, STOCKHOLM

Kerstin Nilsson
KVINNOKLIN, UNIV SJH, ÖREBRO

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

Jan Palmblad
INST F MED, KI, KAROLINSKA UNIV SJUK-
HUSET, HUDDINGE

Björn Sjöström
INST F VÅRD & NATUR, HÖGSK I SKÖVDE

Gunnevi Sundelin
SJUKGYMNASTPROGR, SAMHÄLLSMED
OCH REHAB, UMEÅ UNIV

Gunnel Svensäter
ODONT FAKULTET, MALMÖ HÖGSKOLA

Ania Willman
BLEKINGE TEKNISKA HÖGSKOLA,
KARLSKRONA

SBU Alertrådet

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

Christel Bahtsevani
HÄLSA & SAMHÄLLE, MALMÖ HÖGSK

Bo Carlberg
FOLKHÄLSA & KLIN MED, UMEÅ UNIV

Jane Carlsson
INST F NEUROVET/FYSIOL, GBG:S UNIV

Per Carlsson
CMT, LINKÖPINGS UNIV

Björn-Erik Erlandsson
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Stefan Jutterdal
LANDSTINGET I KALMAR LÄN

Viveca Odling
LÄKEMEDELSVERKET, UPPSALA

Thomas Tegenfeldt
SOCIALSTYRELSEN, UMEÅ

Jan Wahlström
KLINISK GENETIK, GBG:S UNIV

Åsa Westrin
AVD F PSYKIATRI, UNIV SJUKH, LUND

Katrine Åhlström Riklund
NUKL MED, NORRL UNIV SJUKH, UMEÅ

SBU:s lekmanråd

Victoria Dyring (ORDF)

Ulla Arnberg

Marie-Jeanette Bergvall

Barbro Björkman

Alex Eckerström

Gunnar Kaj

Sam Sandberg

FRAMTIDEN FÖR MEDICISK UTVÄRDERING I EUROPA

TORS DAG 20 NOVEMBER, 2008

Plats: Pasteur-institutet, Paris.

År 2004 markerade EU-kommissionen och EU:s ministerråd sitt intresse för området medicinsk utvärdering och för europeiskt samarbete i dessa frågor. Det gemensamma nätverket EUnetHTA bildades för att underlätta samarbete över gränserna. Paris-konferensen tar upp nuläget i nätverket och det framtida europeiska samarbetet på området.

Målgrupp: beslutsfattare och policyansvariga på europeisk och nationell nivå samt övriga intresserade.

Anmälan på www.eunethta.net

Information om konferensen:
allgurin@sbu.se

SJUKSKRIVNINGSPROCESS PÅ BÄTTRINGSVÄGEN?

MÅND 19 MAJ, 2008

Plats: Folkets Hus, Stockholm.

Konferensen belyser aktuell kunskap och politik på rehabiliteringsområdet.

Målgrupp: politiska beslutsfattare samt personer som arbetar inom hälso- och sjukvården, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Fjärde rikskonferensen arrangeras av Nationellt försäkringsmedicinskt forum, dvs representanter för Sveriges Kommuner och Landsting, Försäkringskassan, SBU, Socialstyrelsen, Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbund.

Anmälan senast 18 april på
www.skl.se/sjuskkrivningar

Information om konferensen:
anna.ostbom@skl.se

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

SAMMANFATTNINGAR 2006–2008

Kostnadsfria*

-ex Rörbehandling vid inflammation i mellanörat (2008), nr 501-45
-ex Karies – diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling (2007), nr 501-44
-ex Benartärsjukdom – diagnostik och behandling (2007), nr 501-43
-ex Måttligt förhöjt blodtryck, uppdat (2007), nr 501-46
-ex Ljusterapi vid depression samt övrig behandling av årstidsbunden depression (2007), nr 501-42
-ex Dyspepsi och reflux (2007), nr 501-41
-ex Obstruktivt sömnapné syndrom – diagnostik och behandling (2007), nr 501-40
-ex Nyttan av att berika mjölk med folsyra i syfte att minska risken för neuralrörsdefekter (2007), nr 501-39
-ex Tidig fosterdiagnostik (2006), nr 501-38
-ex Metoder för att främja fysisk aktivitet (2006), nr 501-37
-ex Hjärnskakning – uppdatering (2006), nr 501-36
-ex Metoder för behandling av långvarig smärta (2006), nr 501-35
-ex Demenssjukdomar (2006), nr 501-34

PATIENT-/POPULÄRSKRIFTER

Kostnadsfria*

-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 – Frågor och svar (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 – Frågor och svar (2001), nr 401-5
-ex Behandling av urininkontinens – Frågor och svar (2001), nr 401-4

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 III 810 800

110 05 Stockholm

Kommer rökare som slutat att kunna vaccinera sig mot återfall?

Flera företag tävlar nu om att ta fram nikotinvaccin. Metoden är så ny att nytta och risker är okända. Samtidigt är enkla råd från vårdpersonalen en under-skattad hjälp till rökstopp.

Rökning är västvärldens främsta orsak till sjukdom och för tidig död som är möjlig att förebygga. SBU:s systerorganisation *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* rapporterar nu att ännu en ny metod för hjälp till rökstopp håller på att utvecklas. Flera bioteknik-företag försöker ta fram olika typer av nikotinvaccin. Tre vacciner är nu föremål för kliniska studier. Gemensamt är att de ger upphov till antikroppar som binds till nikotinmolekylen och hindrar att denna förs från blodet till hjärnan. Ett vaccin behöver inte tas lika ofta som befintliga rökavvänjningsmedel. Men

det är oklart hur länge vaccinet verkar, och graden av immunsvaret varierar från individ till individ.

SBU har tidigare visat att frågor, enkla råd och stöd från vårdpersonal ökar utsikterna för rökande patienter att lyckas sluta. Ett samtal om rökning behöver inte ta mer än fem minuter. Även om detta bara får två eller tre rökare av hundra att sluta så gör det betydligt större nytta än många andra insatser för att förebygga ohälsa. Kostnaden för varje räddat år av liv med kort rökstoppsrådgivning har beräknats till 7 000–20 000 kronor*, vilket är lågt i förhållande till många andra åtgärder.

Som jämförelse med en annan förebyggande åtgärd har vaccination av 12-åriga flickor mot HPV 16 och 18 i modellstudier beräknats kosta 100 000–450 000 kronor per räddat levnadsår, om de vaccinerade deltar i gynekologis-

ka cellprovskontroller och om 70 procent av livmoderhalscancerfallen antas kunna påverkas. I Sverige kan den senare siffran vara lägre och kostnaden därmed högre. [RL]



* Uppgifterna är hämtade från SBU-rapporten *Metoder för rökavvänjning* (1998) och har uppräknats till 2007 års prisnivå.

Murtagh J, Foerster V. Nicotine vaccines for smoking cessation [Issues in emerging health technologies, issue 103]. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2007.

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

SBU-RAPPORTER 2004–2008

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

-ex Rörbehandling vid inflammation i mellanörat (2008), nr 189, 200 kr
-ex Karies – diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling (2007), nr 188, 200 kr
-ex Benartärsjukdom – diagnostik och behandling (2007), nr 187, 250 kr
-ex Måttligt förhöjt blodtryck, uppdaterad (2007), nr 170/1U, 200 kr
-ex Ljusterapi vid depression samt övrig behandling av årstidsbunden depression (2007). *Publiceras endast i elektronisk version på www.sbu.se.*
-ex Dyspepsi och reflux (2007), nr 185, 200 kr
-ex Obstruktiv Sleep Apnoea Syndrom (2007), nr 184E, 200 kr
-ex Nyttan av att berika mjölk med folsyra (2007), nr 183, 125 kr
-ex Metoder för att främja fysisk aktivitet (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
-ex Förebyggande åtgärder mot fetma (2004), nr 173, 150 kr
-ex Måttligt förhöjt blodtryck (2004), nr 170/1+2, två volymer, vol 1: 250 kr, vol 2: 150 kr
-ex Kronisk parodontit (2004), nr 169, 200 kr
-ex Behandling av depressionssjukdomar (2004), nr 166/1+2+3, tre volymer, 200 kr per volym

Se www.sbu.se för mer info om våra rapporter.

Ja tack, jag vill gärna prenumerera kostnadsfritt på:

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

☐ 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).