

information från SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering

MEDICINSK VETENSKAP & PRAXIS

NYA RAPPORTER Triage i akutvården |4 Cilostazol vid claudicatio |6
Silverförband |8 Restless legs syndrome |10 Dator vid ADHD |12



Tekniken som vården inte synar

Varje år satsar Sverige många miljarder på medicinteknik. Trots det sviktar samhällets kontroll av produkterna. Ofta köps de in och sprids utan kunskap om vilket alternativ som ger bäst resultat och mest valuta för pengarna. Metoderna jämförs inte systematiskt.

Den 21 mars 2010 utvidgades definitionen av begreppet "medicinteknisk produkt" i svensk lag. Därmed blev det tydligare att sådana produkter ska utvärderas kliniskt innan de får säljas i Sverige.

Förändringen kommer som en följd av nya EU-direktiv och efter år av kritik mot att det ställs lägre krav på medicinsk teknik och hjälpmedel än på läkemedel. Vetenskaplig prövning av produkternas

Matti Niemi / Corilla

SBU – KUNSKAPSCENTRUM FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Medicinteknik |1 Anekdoter |2 Akutvård |4 Fönstertittarsjuka |6
Sår |8,16 Migrän |9 Myrkrypningar |10 ADHD |12 Höftprotes |13

Anekdoten är värd ett bättre rykte

Så länge vi människor har funnits på jorden, har vi berättat historier. Runt lägereldar, i predikstolar, vid kaffebord, på syuntor och sjukhusronder – överallt fångslas vi av berättelser om våra medmänniskors levnadsöden.

Många har gjort anekdoterna till sitt levebröd, inte bara författare och journalister utan också fiffiga PR-proffs – även om de senare kallar tekniken för *storytelling* på reklamsvenska. Som en konsultniss sa: Marknadsför du en bra story så kommer den att berättas vidare, oavsett om den är sann eller inte. *Storytelling* kan göra ditt företag unikt och spännande – även om det egentligen är medelmåttigt gråtrist.

Inte minst på webben har det personliga berättandet blivit en smart metod för produktplacering, med hjälp av vittnesmål och berättelser insmugna på sajter, bloggar och mikroblogger: "Glöm din migrän, min försvann direkt med fakirmattan ... Jag testade det där nya bantningspillret och rasade sjukt mycket, typ 10 kilo på två veckor ... Min tjejkompis använde antirynkräm i 7 dagar och blev typ tio år yngre ..."

Inom den moderna, vetenskapsbaserade medicinen, med dess tonvikt på att pröva nyttan av olika behandlingsmetoder, har anekdoterna inte oväntat fallit i vanrykte. Fallbeskrivningar har blivit sällsynta i facklitteraturen. De drar väl ner de vetenskapliga tidskrifternas *impact factor*, kan jag tro. Själva ordet anekdot kan faktiskt härledas till grekiskans *an* och *ekdotos* som bokstavligen betyder "icke publicerad" eller "outgiven".

Men risken finns att vi utan anekdoter går miste om något väsentligt. Visst kan fallstudier vara bedrägliga, särskilt när man försöker dra allmängiltiga slutsatser utifrån enstaka observationer. Ett fall eller en fallserie kan ju inte upplysa om sannolikheten för att en behandlingsmetod ska vara till mer nytta än skada för patienter med en viss sjukdom. När fallen som har valts ut inte är typiska utan tvärtom råkar höra till undantagen, blir generaliserande slutsatser felaktiga.

Faktum är att anekdoter fungerar. Dels används de som pedagogiska verktyg i medicinsk undervisning, dels är de avgörande för att den medicinska forskningen ska fortsätta att utvecklas. Fallbeskrivningar genererar hypoteser som kan leda till nya upptäckter och behandlingar, och de utgör den viktigaste källan till ny kunskap om sällsynta företeelser, till exempel hittills okända sjukdomar och ovanliga biverkningar.

Allmänläkaren och forskaren Trisha Greenhalgh har i sin bok *Narrative-based medicine* påpekat att enskilda patienters egna berättelser dessutom kan ge viktig kunskap, inte bara för den medicinska diagnostiken, utan också för att förstå sorg, lidande och hopp. Genom att själva berätta och lyssna på andra kan vi skapa mening och sammanhang även i det som är svårt att ta till sig. Detta är ett viktigt komplement till evidens i vården.

Anekdoten är inte evidensens fattiga kusin. Den är ett jämbördigt syskon – fast med helt andra egenskaper.



RAGNAR LEVI, REDAKTÖR



Getty

nytta, risker och kostnader har varit sällsynta. Men många problem lär kvarstå även när den nya lagen har trätt i kraft.

– Jämfört med läkemedelsmarknaden är medicintekniken rena Vilda västern, säger Staffan Strömberg, chef för enheten för medicinteknik vid Läkemedelsverket i Uppsala.

– Att lagen blir tydligare är bra, men det räcker inte, säger han. Det som framför allt måste stramas upp är hur vi fattar beslut – myndigheter, politiker, de som upphandlar medicinteknik i landstingen och vårdgivarna.

KAN STOPPAS

– Läkemedelsverket har möjlighet att dra in produkter som av tillverkarna påstås vara bättre än det finns stöd för. Vi kan stoppa sådan marknadsföring eller förbjuda produkterna. Sådana möjligheter tycker jag att Läkemedelsverket ska utnyttja oftare när företag inte kan styrka sina påståenden, säger Staffan Strömberg.

Ett näraliggande problem, menar han, är att kvalitetspro-

blem med de tekniska produkterna rapporteras så dåligt.

– Både värden och tillverkarna är skyldiga att anmäla hälsorisker till oss, exempelvis när en viss höftprotes verkar hålla dåligt, när en modell av stent proppar igen ofta, eller när det blir hälsoproblem med ett dentalt material. I dag fungerar inte den rapporteringen, och då kan vi inte heller åtgärda problemen.

PRÖVAS SÄLLAN

Ännu en svårighet är att det mycket sällan görs kliniska studier av medicinteknik.

Traditionen av kliniska prövningar är betydligt starkare hos läkemedelsbolagen än inom den medicintekniska industrin. Den senare domineras av små och medelstora företag som har betydligt sämre möjligheter än läkemedelsjättarna att betala för kliniska prövningar. Företrädare för branschen har varnat för att ökade krav på enkla produkter riskerar att driva upp kostnaderna utan att leda till betydande förbättringar.

De har också påpekat att eftersom de tekniska produkterna har kortare livscykel än läkemedel, och nya modeller hela tiden utvecklas, är det svårare att göra meningsfulla studier på deras område.

En särskild kategori av medicinteknik är hjälpmedlen. Hit hör produkter som ska kompensera för funktionsnedsättningar och förbättra funktionshinder för personers förmåga att klara sitt dagliga liv. De förskrivs av vårdpersonal i primärvården och på rehabilitering, habilitering, logopedmottagningar och hör-, syn- och hjälpmedelscentraler.

ANVÄNDS FLITIGT

– Eftersom hjälpmedel används flitigt och kan spela stor roll för många patienter, borde det vara högt prioriterat att undersöka effekterna. Men sådana studier är det ont om, säger Gro Jamtvedt, sjukgymnast och avdelningschef vid Kunnskapssenteret i Oslo.

– När vi sökte i åtta olika databaser efter litteratur till en systematisk översikt om hjälpmedel för reumatiker, hittade vi bara en enda relevant studie. Den gällde ett hjälpmedel för att använda ögondroppar.

BÖR SAMORDNAS

Professor Björn-Erik Erlandson är ledamot av SBU:s Alert-råd och medicinteknisk strateg i Stockholms läns landsting. Han är speciellt kritisk till hur avancerad, kostsam medicinteknik upphandlas. Inköpen borde bygga på bättre faktaunderlag och bli mer rationella, menar han.

– I dag får landstingen inte ut mesta möjliga av resurserna, säger Björn-Erik Erlandson. Man bekostar produkter som fungerar sämre än andra alternativ, eller som är orimligt dyra i förhållande till sin nytta.

– Ofta läggs det för stor vikt vid varumärken. I stället borde vi ta reda på om tillverkarna kan påvisa kliniskt betydelsefulla skillnader mellan produkterna.

Samordningen kan också förbättras, säger han.

– När fem magnetkameror ska köpas in inom loppet av två år, skulle förhandlingsläget självklart bli bättre om alla köptes in på ett bräde. Man skulle få bättre pris och enhetliga krav på tekniken. Och bättre avtal om service och underhåll. Vården borde åtminstone kunna samordna större upphandlingar inom en och samma sjukvårdsregion.

NYTTA OCH RISK

När SBU utvärderar nya metoder, väcker detta frågor om hur ny teknik ska spridas i vården. Svaret brukar lyda: Bra och kostnadseffektiv teknik bör införas snabbt, medan oprövade metoder bör hanteras på ett ordnat sätt så att nytta och risker kan studeras. Annars riskerar vi att få in metoder som senare visar sig skadliga eller ineffektiva. [RL]

Lästips

Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. SOSFS 2008:1.

Directive 2007/47/EC of the European Parliament and of the Council. Official Journal of the European Union 2007; 50:21-55.

Samverkansavtal mellan medicintekniska industrin och vården. www.swedish-medtech.se/index.asp?pageno=9.

Tuntland H, et al. Assistive technology for rheumatoid arthritis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 4. Art No: CD006729. DOI: 10.1002/14651858.CD006729.pub2.

www.lakemedelsverket.se/malgrupp/foretag/medicinteknik/kommande-andringar-av-LVFS/

www.sou.gov.se/samverkanklinforsk

MEDICINSK TEKNIK: SPLITTRAD POLICY

- Antalet medicintekniska produkter har uppskattats till en halv miljon, medan det finns 9 000 godkända läkemedel.
- Enligt den europeiska branschorganisationen Eucomed (2007) spenderar Sverige årligen motsvarande 1,33 miljarder euro på medicinsk teknik.
- Socialstyrelsen utövar tillsyn över hur medicintekniska produkter används inom vården, medan Läka-medelsverket ansvarar dels för att utreda rapporterade olyckor och tillbud med produkterna, dels för att godkänna de få kliniska prövningar som görs. Verket godkänner inte produkterna, utan övervakar bara att kraven för CE-märkning uppfylls.
- I Västra Götaland finns regeln att ny teknologi som kostar mer än en miljon kronor ska granskas på regional nivå.
- Hjälpmedel räknas som medicintekniska produkter. Var tionde svensk använder hjälpmedel för att kompensera ett funktionshinder. Enligt Hjälpmedelsinstitutet (2009) finns det stora skillnader i landstingens regelverk och policy på området. Ansvar för hjälpmedlen delas mellan landsting och kommuner, och balansen dem emellan varierar i landet. Även upphandlingsprocessen ser olika ut, och avgifterna varierar kraftigt.

BEHÖVER GRANSKAS

- Vilken teknisk produkt gör mest nytta för patienterna och uppnår sitt syfte mest effektivt?
- Hur förhåller sig kostnaden till nyttan för de olika alternativen? Vilken medicinteknisk produkt är mest kostnadseffektiv?
- Vilka sociala och etiska följder kan det få om det allmänna satsar mer eller mindre på något hjälpmedel?
- Hur används produkten i dag? Finns det betydande variationer i praxis som inte motiveras av skillnader i behov hos befolkningen?

AKUTVÅRD

Arbetet går snabbare med teambeslut och specialfil för enkla fall

Arbetet på akuten snabbas upp om patienterna vid ankomsten delas in i kategorier, så att de mest brådskande fallen kan tas om hand för sig. När vården organiseras i skilda filer för patienter som behöver tas in på sjukhuset och för dem som har enklare åkommor, blir både den genomsnittliga väntan på läkarbedömning och vistelsen på akuten kortare. Det visar SBU:s nya rapport.

TRIAGE

Patienter delas in i kategorier utifrån medicinsk angelägenhetsgrad (det vill säga hur snabbt de behöver tas om hand med hänsyn till sitt tillstånd).

FLÖDESPROCESS

Det fortsatta akutarbetet organiseras i olika processer (filer) för att öka genomströmningen av patienter.

Det lönar sig att direkt sortera akutpatienternas problem utifrån medicinsk angelägenhetsgrad, och att anpassa den fortsatta handläggningen därefter. En sådan organisation ökar genomströmningen av patienter på akuten. Det visar SBU:s granskning av den samlade forskningen om så kallat triage.

Studierna visar att patienterna snabbare får träffa läkare, och behöver tillbringa mindre tid på akuten, när angelägenhetsgraden bedöms av ett vårdlag. Där ingår en läkare tillsammans med en sjuksköterska, undersköterska eller sekreterare. Metoden, som kallas teamtriage, leder också till att färre patienter spontant lämnar akutmottagningen innan de har blivit medicinskt bedömda.

RÄCKER INTE

Däremot räcker inte triagenivå som enda grund för att hänvisa patienter till primärvården, konstaterar SBU.

Även om den omedelbara ris-

ken för dödsfall är mycket låg i den kategori som bedöms vara minst brådskande, har det visat sig att några patienter i den gruppen ändå kommer att behöva tas in för vård på sjukhus.

Efter den inledande bedömningen med triage, går arbetet också snabbare om det även i fortsättningen delas upp i olika filer eller flödesprocesser. Effekten har bäst visats när det gäller så kallat snabbspår, som innebär att patienter med de enklaste åkommorna tas om hand av ett särskilt vårdlag.

LÄMNAR SNABBARE

Det finns ett visst stöd för att patienten kan lämna akutmottagningen snabbare om labbprover analyseras på själva mottagningen i stället för att skickas i väg, och om remisser till vissa röntgenundersökningar skrivs av sjuksköterskor som fått särskild utbildning i stället för av läkare.

Men SBU-rapporten pekar

också på kunskapsluckor. Det är oklart hur ofta olika bedömare kommer fram till samma angelägenhetsgrad när de bedömer en och samma patient. På den här punkten ger inte forskningen några säkra svar.

VANLIGAST

Brist på studier gör det också omöjligt att avgöra vilken bedömningsmetod som är bäst av de tre vanligaste i Sverige: medical emergency triage and treatment system (METTS), adaptivt processtriage (ADAPT) och Manchester triage scale (MTS).

SBU-rapporten sammanfattar studier av samtliga patienter som sökt vård på akutmottagning, oavsett diagnos eller svårighetsgrad. Triage-skalornas och flödesprocessernas effekter på sjukdomsförlopp och överlevnad kan därför inte bedömas för enskilda diagnosgrupper. [RL]

Om rapporten

Triage och flödesprocesser på akutmottagningen. En systematisk litteraturoversikt (2010). Ordförande: Kjell Asplund, professor. Projektledare, SBU: Nasim Farrokhnia, läkare, med dr, farrokhnia@sbu.se. För rapport och sammanfattning, se www.sbu.se



SBU:S SLUTSATSER

► I vetenskapliga studier av triageskalor är risken att avlida kort tid efter bedömningen mycket liten i de fall som har bedömts vara minst brådskande. I det avseendet är triageskalorna säkra att tillämpa. En liten andel av dessa patienter kan trots detta behöva tas in för vård på sjukhus. Således kan patienter inte hänvisas till exempelvis primärvården från sjukhusets akutmottagning enbart på grundval av triagenivå.

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att avgöra triageskalornas reproducerbarhet, det vill säga hur ofta olika bedömare kommer fram till samma resultat.

► Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att avgöra om det finns några skillnader i säkerhet, tillförlitlighet och reproducerbarhet mellan de tre vanligaste triagemetoderna i Sverige: *medical emergency triage and treatment system* (METTS),

adaptivt processtriage (ADAPT) och *Manchester triage scale* (MTS).

► När arbetet på akutmottagningen organiseras i olika flödesprocesser (exempelvis en särskild process för patienter som med stor sannolikhet behöver tas in på sjukhuset) minskar dels patienternas väntetid för att träffa läkare, dels den sammanlagda tid som de vistas på akutmottagningen. Eftersom de olika flödesprocesserna inte har studerats sida vid sida, är det inte möjligt att avgöra vilken av dem som har störst effekt.

► Så kallat snabbspår (som innebär att patienter med enklare åkommor tas om hand i en särskild process) är den flödesprocess som har bäst vetenskapligt underlag. Denna flödesprocess ger kortare tid till första läkarkontakt och kortare vistelse på akutmottagningen.

► När den medicinska angelägenhetsgraden bedöms av ett vårdteam där olika personalkategorier ingår (exempelvis läkare, sjuksköterska och undersköterska) kallas detta teamtriage. Denna flödesprocess kan ge kortare tid till första läkarkontakt och kortare vistelse på akutmottagningen. Teamtriage leder också till att färre patienter spontant lämnar akutmottagningen innan de har blivit medicinskt bedömda.

► Det finns ett visst stöd för att vistelsen på akutmottagningen kan kortas om provanalyser utförs på själva mottagningen eller om remisserna till vissa röntgenundersökningar skrivs av sjuksköterskor i stället för av läkare.

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

BENARTÄRER

Gångsträckan ökar måttligt av läkemedel mot fönstertittarsjuka

Många patienter med fönstertittarsjuka har uttalad åderförkalkning och kan bara gå något hundratal meter innan smärtan sätter stopp. Läkemedlet cilostazol ökar gångsträckan mer än placebo. Men professor emeritus David Bergqvist understryker att medicinering inte får ersätta hjälp till rökstopp och gångträning. Effekten av cilostazol har inte systematiskt jämförts med sådana åtgärder.

Personer som har förträngningar i benens stora artärer, och som därför får ont i benen efter en kort promenad, kan få viss lindring av läkemedlet cilostazol. Det visar SBU:s kartläggning av den samlade forskningen.

För patienter som kan gå 100–250 meter utan läkemedel, blir den maximala gångsträckan i snitt 50 meter längre med cilostazol än med placebo. Men studierna på området har inte jämfört

cilostazol med verkningsfulla åtgärder som rökstopp och gångträning.

– Att gångträna och sluta röka är väl så viktigt, säger David Bergqvist, professor emeritus i kärlkirurgi, ordförande för SBU:s råd och en av experterna bakom SBU:s utvärdering av cilostazol.

– Flera studier har visat att träning kan öka gångsträckan så att en person klarar sitt dagliga liv utan att nå sin smärtgräns.

Det kan vara frestande att hoppa över andra metoder, när det finns ett läkemedel att ta till. Men det rimliga är att börja i andra änden, menar David Bergqvist.

– Man kan prova behandling med cilostazol när andra möjligheter är uttömda, alltså gångträning och rökstopp, säger han.

REJÄLT SJUKA

Personer med fönstertittarsjuka är rejält sjuka. Hela kärl-

Om rapporten

Cilostazol vid behandling av fönstertittarsjuka (claudicatio intermittens). En systematisk litteraturoversikt (2010). Ordförande: professor emeritus David Bergqvist. Projektledare, SBU: docent Juliette Säwe. För rapport och sammanfattning, se www.sbu.se

SBU:S SLUTSATSER

► Hos patienter med fönstertittarsjuka ger cilostazol en viss förlängning av den maximala gångsträckan (tills smärtan hindrar ytterligare gång) jämfört med placebo. Det saknas studier med längre uppföljningstid än sex månader.

► Cilostazols effekt i förhållande till rökstopp och handledd gångträning har inte studerats. I befintliga studier framgår det inte om kontrollgruppen har fått hjälp med

rökavvänjning och handledd gångträning. Inga studier har undersökt om cilostazol kan förbättra resultatet hos patienter som har fått sådan hjälp.

► Biverkningar som huvudvärk och symptom från mag-tarmkanalen är vanligare vid behandling med cilostazol än med placebo. Studierna är storleksmässigt inte upplagda på sådant sätt att det går att bedöma risken för allvarliga och sällsynta biverkningar.

► Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att avgöra om behandling med cilostazol vid fönstertittarsjuka är kostnadseffektivt.

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

CLAUDICATIO INTERMITTENS

Fönstertittarsjuka, *claudicatio intermittens*, är ett symptom på uttalad åderförkalkning, som leder till att benen smärtnar vid gång. Smärtan går över efter en kort stunds vila. Sjukdomen finns hos 5 procent av alla som uppnått pensionsåldern, oftare hos rökare. Därför är det angeläget med rökstopp, inte minst för att förbättra överlevnaden. Hur svåra symtom sjukdomen ger varierar kraftigt mellan individer. Svåra symtom kan leda till avsevärt socialt handikapp. I svåra fall och hos patienter som har börjat få smärta även i vila kan det bli aktuellt med operation eller ingrepp via en kateter i blodkärlet.

Getty



systemet är delvis igentäppt. Friskt syre kommer inte ut till benen, och om man inte lyckas behandla kärlen dör vävnaden till slut och det kan bli nödvändigt att amputera. Dessutom är dödligheten och risken för hjärtinfarkt stor.

Cilostazol är det första godkända läkemedlet mot besvären med fönstertittarsjuka och kan vara till hjälp för en del patienter.

– Visserligen är det en symtombehandling, inte någon bot. Åderförkalkningen, som orsakar bensmärtnar, kommer ju att finnas kvar.

HAR BETYDELSE

– Men behandlingen kan ha betydelse för det dagliga livet, även om gångsträckan inte ökar dramatiskt. För den som bara klarar korta sträckor kan 50–100 meter göra stor skillnad, säger David Bergqvist.

Cilostazol är godkänt i Sverige sedan 2007 för patienter med fönstertittarsjuka som inte lider av smärta i vila

och som inte har sår eller kallbrand. En del patienter kan inte använda läkemedlet eftersom de samtidigt lider av andra sjukdomar. Exempelvis vid hjärtsvikt är cilostazol olämpligt.

– Effekten kommer efter någon vecka och har hittills visats kvarstå i upp till sex månader. Studier med längre uppföljning är bristfälliga, säger David Bergqvist.

De studier som finns har inte varit upplagda på så sätt att det går att bedöma risken för allvarliga och sällsynta biverkningar.

– Men när läkemedlet introducerades i Sverige 2007 hade det redan varit godkänt i USA och i Japan i närmare tjugo år. Det har använts så mycket att man inte väntar sig några allvarliga biverkningar, säger David Bergqvist.

AVBRYTER SÄLLAN

Lindriga problem som huvudvärk, ändrade avföringsvanor och diarré är däremot relativt vanligt, men verkar ganska

sällan leda till att patienterna avbryter behandlingen.

SBU:s granskning visar att det saknas tillräckligt vetenskapligt underlag för att avgöra om behandling med cilostazol är kostnadseffektivt. Enligt det företag som säljer cilostazol kan cirka 2 500 personer i Sverige komma ifråga för behandlingen. Det skulle i så fall innebära en totalkostnad för läkemedlet på drygt 15 miljoner kronor per år. I dag är det betydligt färre som får behandlingen.

– En fråga som återstår att besvara är om cilostazol också kan vara till nytta för de allra svårast kärlsjuka, säger David Bergqvist.

– Därför har det inletts studier av patienter som har bensmärta även i vila. [cw]

SÅRVÅRD

Mer kunskap behövs om silver i förband på kroniska sår

Det går inte att avgöra om kroniska sår läker bättre med hjälp av förband som innehåller silver – forskningsunderlaget är för magert. När förbanden används, bör effekten följas upp och sammanställas systematiskt. Det är också viktigt att undersöka om silvret ökar bakteriernas resistens mot antibiotika eller skadar miljön.

Om rapporten

Silverförband vid behandling av kroniska sår (2010). Sakkunniga: Anna-Christina Ek, professor emerita och Margareta Lindgren, universitetslektor, båda vid Hälsouniversitetet Linköping, samt Åsa Melhus, universitetslektor, Uppsala universitet. Projektledare, SBU: Karin Rydin, rydin@sbu.se. Hela rapporten med fullständig sammanfattning finns på www.sbu.se

Silverförband används för att behandla svårålkta sår, det vill säga sår som inte läker inom förväntad tid. Vanliga orsaker är försämrad cirkulation eller infektion i såret.

Syftet med silverförband är att minska mängden bakterier i såret och därmed påskynda läkningen. Men den samlade forskningen räcker inte för att avgöra om såren läker bättre med sådana förband, eller om de har effekt på bakterier i kroniska sår, konstaterar SBU.

Eftersom det är tänkbart att silvret skulle kunna skada miljön och bidra till utveckling av bakterier som är resistenta mot antibiotika, bör silverförband tills vidare bara användas inom ramen för kontrollerade studier eller med annan systematisk uppföljning och sammanställning av effekten, skriver SBU.

I *Handboken för hälso- och sjukvård*, som utgavs av Sveriges Kommuner och Landsting före SBU:s utvärdering, anges

vissa riktlinjer för sårbehandling. Christel Bahtsevani, universitetslektor i vårdvetenskap och ledamot i SBU:s Alertråd, kommenterar:

– Med dagens osäkra kunskapsläge är det viktigt att varje verksamhet tar ställning till det som sagts i Handboken – att silverförband kan vara ett alternativ när det finns tecken på infektion i såret, som rodnad, svullnad, smärta eller dålig lukt. [cw]

SBU:S SLUTSATSER

► Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att avgöra om det finns någon skillnad mellan silverförband och förband utan silver när det gäller effekter på andel läkta sår, sårstorlek, smärta, livskvalitet, andel infektioner och antibiotikaförbrukning vid behandling av kroniska sår. De studier som granskats har inte identifierat allvarliga biverkningar eller komplikationer relaterade till silverförbanden, men studierna hade inte lagts upp för att specifikt studera detta.

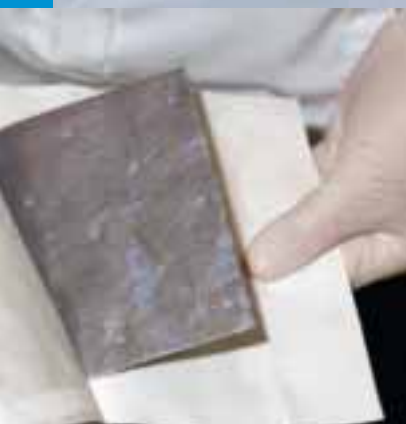
► Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för slutsatser om silverförbandens kostnadseffektivitet, då det finns för få studier.

► Det saknas kontrollerade studier av silverförbandens effekt på bakterier i kroniska sår.

► Det behövs väldefinierade studier för att klarlägga effekten av silverförband och på vilka indikationer behandlingen är

lämplig vid kroniska sår. Det är viktigt att beakta risken för utveckling av bakterier som är resistenta mot antibiotika samt risken för negativa miljöeffekter vid användning av silverförband. Tills vidare bör därför silverförband användas endast inom ramen för kontrollerade studier eller med annan systematisk uppföljning och sammanställning av effekten.

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



Science Photo Library



Billigare migränmedicin ger likartad effekt

Skillnaderna är överlag små mellan olika så kallade triptaner vid akut migrän hos vuxna. Eftersom patentet på sumatriptan har gått ut och priset har sänkts, blir detta den mest kostnadseffektiva triptanen. Det visar SBU:s kommentar och tillägg till en systematisk översikt från Kanada.

Migrän är en av de vanligaste folksjukdomarna. Samhällets kostnad är minst en miljard kronor per år, till stor del på grund av sjukfrånvaro. Men läkemedel står ändå för en tredjedel av kostnaden.

Patienter som har lindriga besvär klarar sig ofta med paracetamol och så kallade NSAID-preparat. När sådana läkemedel inte hjälper, används särskilda preparat mot migrän som kallas triptaner.

SBU har granskat och sammanfattat en kanadensisk litteraturöversikt av olika triptaner: almotriptan, eletriptan, naratriptan, rizatriptan, sumatriptan och zolmitriptan.

SMÅ SKILLNADER

Slutsatsen är att det är små skillnader i effekt mellan de olika triptanerna hos vuxna med akut migrän. De flesta studier gäller dock jämförelser med placebo eller sumatriptan, och det behövs fler studier som jämför övriga triptaner sida vid sida.

Triptaner i tablettform har inte visat effekt hos ungdomar (13–18 år). Nässprej med sumatriptan (20 mg) har däremot visats leda till att fler blir smärtfria. I Sverige är nässprejer med sumatriptan (10 mg) och zolmitriptan (2,5–5 mg) godkända för ungdomar från 12 år.

Enligt TLV:s (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket) genomgång av läke-

medel mot migrän (2005) är triptanerna som grupp kostnadseffektiva jämfört med traditionell migränbehandling, inklusive ergotamin.

Sumatriptan utan patent-skydd finns nu på marknaden. Priset per tablett har sänkts från cirka 50 till 4 kronor, vilket sannolikt gör preparatet till den mest kostnadseffektiva triptanen. [RL]



PhotoAlto/Mattson

SBU:S KOMMENTAR

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

Triptaner vid migrän

- Det är små skillnader i effekt mellan de olika triptanerna vid behandling av vuxna med akut migrän. De flesta studierna jämför med placebo eller sumatriptan. Det behövs fler direktjämförelser mellan övriga triptaner.

- Triptaner i tablettform har inte visat effekt hos ungdomar (13–18 år). Andelen smärtfria ungdomar efter två timmar var signifikant högre vid behandling av akut migrän med sumatriptan nässprej (20 mg). I Sverige är i dag nässprejerna Imigran (sumatriptan) (10 mg) och Zomig (zolmitriptan) (2,5–5 mg) godkända för ungdomar från 12 år.

- Enligt TLV (2005) är triptanerna som grupp kostnadseffektiva jämfört med traditionell migränbehandling. Patentet på sumatriptan har gått ut och generiskt sumatriptan finns nu på marknaden. Priset per tablett har sänkts från cirka 50 kronor (2005) till cirka 4 kronor, vilket troligtvis gör sumatriptan till den mest kostnadseffektiva triptanen.

- Samtliga godkända triptaner är miljöklassificerade.

Läs mer på www.sbu.se. Originalrapport: Hembé S, et al. Technology Report No 76. Ottawa, 2007: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.

TLV uppdaterar sin genomgång av migränläkemedel under våren 2010. Se www.tlv.se

MYRKRYPNING

Läkemedel kan lindra restless legs men oklar nytta och risk på sikt

Så kallade dopaminagonister kan hjälpa personer med uttalade besvär av nattliga myrkrypningar i benen. De sover bättre och får högre livskvalitet. Men en del patienter avbryter medicineringen på grund av biverkningar, och läkemedlens nytta och risker på längre sikt är inte klarlagda. Det visar SBU:s nya rapport.

De allra flesta som har obehagliga eller smärtsamma myrkrypningar i benen, *restless legs syndrome*, RLS, klarar sig utan medicinsk behandling. Men uppskattningsvis 2–3 procent har så mycket besvär att de kan behöva något läkemedel.

Hos personer som efter en noggrann utredning visar sig ha måttlig eller svår RLS utan bakomliggande sjukdom eller bristtillstånd, lindras besvären av så kallade dopaminagonister. Det visar en utvärdering från SBU Alert.

Obehaget i benen kommer ofta i vila. Patienter som har ordentliga besvär får mindre

sömnproblem när de tar medicinen, och deras livskvalitet förbättras också.

AVBRYTER BEHANDLING

Men en hel del av dem som tar dopaminagonister, får milda eller måttliga biverkningar, till exempel illamående. Även svåra biverkningar förekommer och leder till att behandlingen avbryts. På längre sikt är varken nyttan eller riskerna klarlagda – få studier har varat mer än tre månader.

Även en annan typ av läkemedel, levodopa, kan förbättra patienternas sömn och livskvalitet, enligt SBU:s

granskning. Men risken för biverkningar är här ännu mindre känd än för dopaminagonister. Hur kostnadseffektiva RLS-läkemedlen är kan inte heller bedömas. Det finns alltför få undersökningar.

Vid milda besvär brukar man först pröva med enkla åtgärder som att undvika kaffe, alkohol och rökning, och att undvika intensiv fysisk träning precis före sänggåendet. När detta inte hjälper mot milda besvär, har Läkemedelsverket rekommenderat tillfällig behandling med levodopa. [RL]

Om rapporten

Dopaminerga medel vid restless legs syndrome (2009). Sakkunniga: Björn Holmberg, med dr, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg, och Håkan Widner, professor, Universitetssjukhuset, Lund. Projektledare, SBU: Johan Wallin, wallin@sbu.se. Rapporten finns på www.sbu.se

UR SBU:S SLUTSATSER

Restless legs syndrome (RLS) är en neurologisk sjukdom som kan vara ärftlig (primär) eller bero på någon annan sjukdom eller brist på vissa mineraler eller vitaminer (sekundär).

► Hos personer med måttlig till svår primär RLS leder behandling med dopaminagonister på kort sikt till lindrigare symtom och bättre livskvalitet. Biverkningar före-

kommer dock och leder i vissa fall till att behandlingen avbryts. Nyttan och riskerna med behandlingen på längre sikt är inte klarlagda.

► Det finns ett visst stöd för att behandling med levodopa kan minska så kallade periodiska ben- och armrörelser under sömnen och förbättra patienternas sömn- och livskvalitet, men det finns inte tillräck-

ligt vetenskapligt underlag för att dra slutsatser om risken för biverkningar av levodopa.

► Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för slutsatser om läkemedlens kostnadseffektivitet.

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





ADHD

Osäkert om barnen får mindre symtom med datorns hjälp

Det är oklart om särskilt utformade datorspel kan hjälpa barn som har ADHD. Studierna är för få. Men metoden används i allt fler skolor.

Det vetenskapliga underlaget räcker inte för att avgöra om träning med särskilt utformade datorspel minskar symtomen hos barn med ADHD, enligt en SBU-rapport.

En enda studie har undersökt nyttan av datorspelen. Enligt barnens föräldrar var effekten god i anslutning till träningen, men den minskade betydligt efter tre månader. Barnens lärare kunde däremot inte se någon effekt.

Det behövs fler studier som kan klarlägga fördelar och nackdelar med datorprogrammen.

Syftet med datorstödd träning för barn med ADHD är att förbättra det så kallade arbetsminnet – den del av minnet som kan hålla kvar och bearbeta information och

intryck under en kort tid. Meningen är att detta bland annat ska hjälpa barnet att planera, organisera, räkna och skriva.

MÅNGA SKOLOR

I dag används sådana datorspel på ganska många svenska skolor. Några barnpsykiatriska mottagningar använder sig också av dem.

En licens för datorprogrammen, som gäller en hel skola eller mottagning, kostar enligt tillverkarna 12 000–15 000 kronor per år. Kostnader för personal som stöder barnen tillkommer.

SBU har också utvärderat en likartad metod, neurofeedback, som används i mycket liten utsträckning i Sverige. Neurofeedback bygger på

teorier om att barn med ADHD har svårare att vara alerta. Även här används pedagogiska datorprogram som utnyttjar EEG för att registrera hjärnans aktivitet och som belönar barnet när det är koncentrerat. Barnet ska på så sätt lära sig styra sin förmåga till uppmärksamhet. Det finns fler studier om neurofeedback än om minnesträning, men det vetenskapliga underlaget är ändå otillräckligt för att avgöra om metoden minskar symtomen hos barn i skolåldern med ADHD.

ADHD är den vanligaste neuropsykiatriska diagnosen hos barn och ungdomar. I Sverige beräknas mellan 30 000 och 40 000 barn behöva stödjande åtgärder som en följd av sådana problem. [CW]

Om rapporten

Datorstödd träning för barn med ADHD. En systematisk litteraturoversikt (2009). Sakkunniga: Gunilla Thernlund, dr med vet, och Eva Tide-
man, fil dr, universitetslektor. Projektledare, SBU: Agneta Pettersson. För rapport och sammanfattning, se www.sbu.se

SBU:S SLUTSATSER

- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att avgöra om datorstödd träning av arbetsminnet eller neurofeedback minskar symtom på ADHD hos barn i skolåldern.
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att avgöra om datorstödd träning av arbetsminnet eller neurofeedback är förknippat med några risker.
- Det är angeläget att barn med ADHD får tillgång till stödsatser som är säkra och effektiva. Kontrollerade studier bör genomföras för att klarlägga nytta och risker med datorstödd träning av arbetsminnet och neurofeedback på kort och lång sikt.

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



Getty



Science Photo Library



SBU:S KOMMENTAR

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

Minisnitt vid insättning av höftprotes

- Singelsnitt* medför något mindre blodförlust än standardsnitt. Skillnaden är mycket liten och av osäker klinisk betydelse. Eventuella skillnader på lång sikt har inte studerats.
- Minisnitt används vid en procent av alla höftprotesoperationer i Sverige. Registeruppgifter antyder att minisnitt kan medföra större risk för omoperation.
- Standardmetoderna för höftproteskirurgi har utvecklats. Det är därför inte säkert att de skillnader som visades i den brittiska rapporten helt kvarstår i dag.
- Tekniken kräver träning. Riskerna, bland annat vävnadstrauma och andra komplikationer, är inte desamma som vid standardsnitt.
- Behandlingskostnaderna bedöms vara likartade för mini- och standardsnitt. Eftersom minisnitt förefaller kräva omoperation väsentligt oftare, talar detta för att metoden inte är kostnadseffektiv jämfört med standardsnitt.
- Introduktion av nya ortopedkirurgiska tekniker bör baseras på studier och kvalitetsregister som ger ökad kunskap och har tillräckligt lång uppföljningstid.

*Minisnitt kan göras med ett eller två snitt, singel- respektive dubbelsnitt.

Tvivelaktigt använda kort snitt vid höftoperation

Det saknas långtidsstudier som skulle kunna påvisa kliniska fördelar med extra korta operationssnitt när höftproteser sätts in. Svenska registerdata talar tvärtom emot metoden.

När nya ortopedkirurgiska tekniker införs, bör de bygga på vetenskaplig dokumentation om nyttan. Metoder som i teorin verkar lovande, behöver inte vara bättre än de redan befintliga.

Ett exempel är så kallat minisnitt som kan användas när en höftprotes opereras in. Tanken med att göra ett extra kort operationssnitt (ibland kallat MIS, *minimal invasive surgery*) är att minska vävnadsskadan och smärtan. Syftet är också att risken för komplikationer ska bli mindre än med vanliga, längre operationssnitt och tiden för vård och rehabilitering kortare.

Men den enda statistiskt säkerställda skillnaden som har kunnat beläggas vetenskapligt är att patienterna förlorar något mindre blod med ett enstaka kort snitt, så kallat singelsnitt. Och skillnaden är minimal – det viktade medelvärdet är en minskning med 57 ml (+/-15 ml).

VÄCKER MISSTANKAR

Standardmetoderna för att sätta in höftproteser har dessutom utvecklats samtidigt som minisnitt introducerades. Uppgifter som SBU har hämtat ur det svenska höftprotesregistret väcker också misstankar om att minisnitt kan medföra större risk för omoperation än standardteknik.

Operation med minisnitt kräver träning eftersom det är svårare för kirurgen att orientera sig anatomiskt i operationsområdet. Tekniken medför också andra risker än standardmetoden, bland annat

vävnadstrauma och andra komplikationer.

LIKARTADE KOSTNADER

SBU bedömer att behandlingskostnaderna är likartade för minisnitts- och standardsnittsmetoderna. Eftersom svenska registerdata antyder att metoden väsentligt oftare leder till omoperation, verkar minisnitt inte vara något kostnadseffektivt alternativ.

Metoden väckte en del intresse när den kom. Mellan år 2000 och 2008 användes minisnitt vid över 700 operationer, enligt det svenska höftprotesregistret. I dag har användningen minskat till under en procent. [RL]

SBU Kommenterar: De Verteuil R, et al. A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness and economic modelling ... Health Technol Assess 2008;12 (26). Läs mer om SBU:s kommentar på www.sbu.se under "Minisnitt vid insättning av höftprotes".

OBEVISAT ATT SVÅRLÄKTA SÅR BLIR BÄTTRE MED VAKUUM

Det vetenskapliga underlaget räcker inte för att förorda vakuumassisterad behandling (*topical negative pressure, TNP*) framför standardbehandling av svårläkta sår. Orsaken är att flera randomiserade studier som rapporterar bättre resultat av TNP har betydande metodproblem. Det konstaterar SBU:s upplysningstjänst i ett svar till frågeställaren. För att kunna dra säkra slutsatser om metodens effektivitet behövs välgjorda randomiserade kontrollerade studier av TNP-behandling av svårläkta sår och fler studier som jämför metoden med dokumenterat verksamma behandlingar. Läs hela svaret från SBU:s upplysningstjänst på www.sbu.se. Där kan du också ställa frågor om andra ämnen som intresserar dig. [RL]



Science Photo Library

EXEMPEL

ADHD | AUTISM

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

ANTIBIOTIKAPROFYLAX

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

ARBETE & RÖRELSEORGAN

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

ATT FÖREBYGGA PSYKISK OHÄLSA HOS SKOLBARN

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

BLÖDANDE MAGSÅR

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

DEPRESSIONSDIAGNOSTIK

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

KYFOPLASTIK & RYGGONT

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

MAT VID DIABETES

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

MÄTA BLODTRYCK HEMMA

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

PROSTATAFÖRSTÖRING

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

REHABILITERING VID LÅNGVARIG SMÄRTA

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

RIKTAD ULTRALJUDS- BEDÖMNING AV TRAUMA-

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

PSYKOS | SCHIZOFRENI

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

SÖMNBESVÅR HOS VUXNA

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

TANDFÖRLUSTER

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

TANDROTSBEHANDLING

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

EU-SAMARBETE GÅR FRAMÅT

SBU och dess systerorganisationer i Europa arbetar för att ta fram en gemensam modell för systematiska utvärderingar. Ett första förslag har nyligen publicerats i den vetenskapliga tidskriften *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. Modellen beskriver de viktiga komponenterna i systematiska utvärderingar av den typ som SBU publicerar, så kallade HTA-rapporter. Det europeiska samarbetet om *health technology assessment* (HTA) har nu fått förnyat EU-anslag. Därmed kan det gemensamma arbetet fortsätta de kommande tre åren. Läs mer på www.eunetha.net.

[CW]

Int J Technol Assess Health Care 2009;25 Suppl 2

REGISTERSTUDIER BÖR UTNYTTJAS BÄTTRE

I anslutning till det svenska EU-ordförandeskapet 2009 samlade SBU systerorganisationer från andra länder för att diskutera metoder för att utvärdera medicinska behandlingar. En slutsats från konferensen var att observationsstudier skulle kunna användas mer.

– Det finns ibland en övertro på randomiserade försök när det till exempel gäller att följa upp risker med läkemedel, sade Måns Rosén, direktör för SBU, vid mötet.

– En illustration är aprotinin som skulle minska blödningsrisken bland annat vid bypasskirurgi. År 2006 och 2007 kom flera stora välgjorda observationsstudier som visade högre dödlighet med aprotinin än med andra alternativ. Men läkemedlet drogs inte in, sannolikt för att metaanalyser av små randomiserade studier inte hade visat överrisker. Först när det kom en stor randomiserad studie från Kanada som visade överrisker drogs läkemedlet in. Den här förseningen kan ha kostat många tusental människors liv.

Måns Rosén tog upp ämnet även vid Läkemedelsriksdagen 2010, som SBU arrangerade i samarbete med Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och TLV.

– I Sverige har vi en unik möjlighet, som andra länder saknar, att följa upp risker av exempelvis läkemedel i praktisk användning, sade Måns Rosén. Vi kan följa upp hälso-läget i stora patientmaterial 5, 10 eller 15 år framåt i tiden.

På regeringens och SKL:s uppdrag leder Måns Rosén en arbetsgrupp som efter sommaren ska föreslå hur svenska kvalitetsregister kan utvecklas och utnyttjas bättre. [RL]



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, SU/SAHLGRENSKA, GBG

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 FORSKN CENTR, 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 lekmanåråd

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

FRÅGA SBU OM UNDERLAGET!

För dig som ska fatta beslut om nya eller befintliga metoder i vården kan Upplysningstjänsten på SBU vara till hjälp. Vi söker efter den vetenskapliga litteratur du behöver.

Upplysningstjänsten bidrar med underlag i första hand för strategiska beslut i hälso- och sjukvården. Tjänsten vänder sig därför till personer i ledande befattning.

Svaren innehåller referenser till relevanta artiklar, en sammanfattning av deras resultat och en redovisning av sökstrategin. Du får svaret inom två till tre månader. Kortare svar kan ges snabbare.

På www.sbu.se kan du läsa mer om Upplysningstjänsten och se exempel på frågor och svar.

MER NYTTA AV UTVÄRDERING SÖN – ONS 6 – 9 JUNI, 2010

Tema: Maximising the Value of HTA

Plats: RDS Conference Centre, Dublin, Irland

Temat för årets internationella symposium om utvärdering av vårdens metoder är tillämpning av utvärderingarnas resultat. Många länder får allt större svårigheter att klara sjukvårdens finansiering. Det blir allt viktigare att ta hjälp av vetenskapliga utvärderingar; *Health Technology Assessments* (HTA), för att satsa resurserna där de gör störst nytta. Men även resurserna för utvärdering kräver hushållning.

Deltagaravgift, med rabatt för studenter och deltagare från låglöneländer.

Arr: Health Technology Assessment International (HTAi)

Mer info och anmälan:
www.htai2010.org

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

SAMMANFATTNINGAR 2007-2010

Kostnadsfria*

-ex Triage och flödesprocesser (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 vid diabetes utan insulinbehandling (2009), nr 501-50
-ex Äldres läkemedelsanvändning (2009), nr 501-49
-ex Vacciner till barn (2008), nr 501-48
-ex Öppenvinkelglaukom – diagnostik, uppföljning och behandling (2008), nr 501-47
-ex Rörbehandling i mellanörat (2007), nr 501-45
-ex Karies – diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling (2007), nr 501-44
-ex Benartärsjukdom (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 (2007), nr 501-40
-ex Nyttan av att berika mjölk med folsyra i syfte att minska risken för neuralrörsdefekter (2007), nr 501-39

Fler sammanfattningar kan beställas på www.sbu.se

PATIENTINFORMATION

Kostnadsfria*

-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 – 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 (2001), nr 401-5
-ex Behandling av urininkontinens (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 200 876 34

110 03 Stockholm

Vården kan bli striktare med silverförband på svårläkta sår

Det återstår frågor om effekterna av silverförband på kroniska sår, visar SBU:s nya rapport. På många håll i vården saknas klara riktlinjer som anger hur förbanden kan användas i avvaktan på bättre kunskap.

Våren 2009 skickade SBU en enkät till ett urval av medlemmar i Distriktssköterskeförbundet. Syftet var att få en bild av hur silverförband används vid kroniska sår.

Av 354 tillfrågade verksamma distriktssköterskor svarade 222 personer, det vill säga 63 procent. Bortfallet var alltså ganska stort, men svaren ger en viss uppfattning om läget.

Över hälften, 140 personer, av dem som svarade uppgav att de använde silverförband på kroniska sår. Bland dessa rapporterade en majoritet antingen att det saknades riktlinjer för detta inom deras ansvarsområde eller att de

inte visste om sådana fanns.

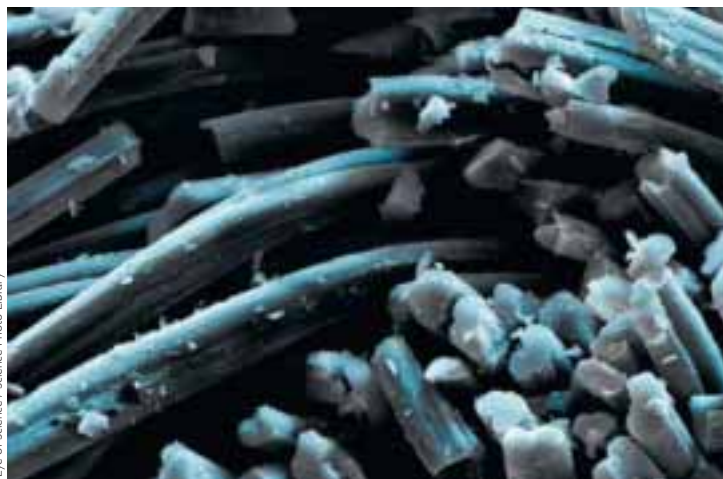
Inköpen gjordes oftast av landstingets eller kommunens centrala upphandling och i en del fall av vårdcentralen.

Drygt hälften uppgav att de inte sammanställde och rapporterade eventuella negativa effekter av silverförband och var tredje att de inte visste om detta gjordes.

REAKTIVA JONER

I en ny rapport från SBU Alert framgår det att nyttan av silverförband inte kan bedömas, eftersom det finns alltför få studier av tillräcklig kvalitet.

Det går inte att utesluta att silverförband bidrar till bakterieresistens mot antibiotika och till negativa miljöeffekter. Förbanden slängs oftast i vanliga sopor, enligt gällande rekommendationer. Silver är en tungmetall som i jonform är mycket reaktiv. Det silver som släpps ut i miljön kan tas upp och ansamlas i växter och djur. Silver är särskilt giftigt



Eye of Science / Science Photo Library

Silverimpregnerat förband i elektronmikroskop.

för vattenlevande organismer, och fiskdöd har konstaterats på grund av hög halt i vattnet. Data om miljöeffekterna av silver i form av nanopartiklar, som ingår i vissa silverförband, är fortfarande mycket begränsade. [RL]

Läs mer på sidan 8 om SBU:s bedömning av metoden. Hela rapporten finns på www.sbu.se

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

SBU-RAPPORTER 2004–2010

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

-ex Triage och flödesprocesser (2010), nr 197, 200 kr
-ex Intensiv glukossänkande behandling vid diabetes (2009), nr 196, 200 kr
-ex Patientutbildning 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 öppenvinkelglaukom (2008), nr 190, 200 kr
-ex Rörbehandling i mellanörat (2007), nr 189, 200 kr
-ex Karies – diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling (2007), nr 188, 200 kr
-ex Benartärsjukdom – 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 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
-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

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

Ja tack, jag vill gärna prenumerera kostnadsfritt på:

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

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

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