

MEDICINSK VETENSKAP & PRAXIS

NYA RAPPORTER Sexövergrepp mot barn | 4 Ablation vid flimmer | 7
Blödarsjuka | 8 Klamydiatest | 13 Målriktade läkemedel: njurcancer | 14



Gäller rönen här och nu?

Välgjorda kliniska prövningar visar vilken nytta en behandling kan göra – under de förhållanden som rådde i studierna. Nästa fråga är hur allmängiltiga rönen är. Att bedöma deras överförbarhet kräver både kritiskt tänkande och ämneskunskap.

Den samlade forskningen, evidensen, visar hur sannolikt det är att olika behandlingar gör nytta. När en metod anges vara effektiv, betyder detta att sannolikheten är hög – en stor andel av alla som får behandlingen har också nytta av den.

Systematiska litteraturöversikter, till exempel från SBU eller Cochrane Collaboration, anger hur mycket bättre oddsen blir av en viss behandling än av någon annan åtgärd. Detta uttrycks ofta som en oddskvot: oddsen för sjukdom hos patienterna i behandlingsgruppen

Andy Roberts / Getty

SBU – KUNSKAPSCENTRUM FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Överförbarhet | 1 Sexövergrepp | 4 Förmaksflimmer | 7 Blödarsjuka | 8
Alzheimerprov | 10 Nyttöetik | 11 Klamydiatest | 13 Njurcancer | 14 Teststickor | 16

Den bästa doktorn är inte doktrinär

Läste i *British Medical Journal* att en forskare (Croskerry 2008) har räknat till över fyrtio olika slags tankefel i vården – resonemang och tankemönster som leder till felaktiga slutsatser. Fyrtio! Det är väl som en kollega brukade säga: Det är lätt att fela när det finns så många frestande sätt att göra det på ...

En välkänd tankefälla i vården är föreställningen att det oftast är bättre att sätta in en åtgärd än att avvakta. Vi vill ju gärna tro att något som görs i gott syfte ska leda till något positivt, även om evidensen talar för motsatsen.

Ett annat tankefel uppstår när vi överskattar risken för händelser som är lätta att komma ihåg. En läkare som till exempel har ett särskilt dramatiskt patientfall i minnet, kan vara överdrivet benägen att ställa samma diagnos hos andra patienter. Att diagnosen kanske är ytterst sällsynt och högst osannolik spelar ingen roll.

Ytterligare en fälla är att oavsiktligt sträva efter att få sitt första intryck bekräftat. När vi får motsäggande uppgifter, ignorerar eller misstror vi dem, hellre än att ompröva vår tidigare uppfattning. Det känns helt enkelt bättre att hålla fast vid sin preliminära diagnos än att ifrågasätta den – trots att skälen är goda.

Kritiskt tänkande i vården är något som borde tränas och uppmuntras. Men att reflektera och förhålla sig kritisk till både vetenskap och praxis kräver tid. Som den danske författaren och allkonstnären Piet Hein skaldade: "När man känner hur lite / man når med sin id / är det nyttigt att minnas / att ting tar tid."

Och Heins lilla vers har numera ett visst vetenskapligt stöd. Många beslutsforskare anser att vi är utrustade med två beslutssystem, ett snabbt och ett trögt. Det snabba systemet är mer känslöstyrkt. Starka minnen och erfarenheter blir viktigare än logik. Visserligen gör det oss kapabla till snabba beslut när läget är ur-akut. Men priset är att vi slarvar med underlaget och löper stor risk för förhastade slutsatser. "Friskt vågat, hälften vunnet", heter det. Som arbetsmetod i vården är detta oacceptabelt, eftersom alla fel vi gör drabbar patienten.

Det långsammare systemet, däremot, är logiskt. Vi analyserar och utvärderar medvetet våra handlingar. En betydligt säkrare strategi. Tidskrävande, dock, eftersom det tar tid att söka och analysera information, hitta alternativ, försöka förutse följderna. Väga för och emot.

I vården vill och måste vi försöka undvika de snabba, känslöstyrdade besluten. Det får inte bli fel, samtidigt som det ska gå fort. Men hur kan vi vara snabba och genomtänkta på en och samma gång?

För det första: de tumregler som vi – medvetet eller omedvetet – använder för att få vardagen att flyta måste byggas på tillförlitlig kunskap, inte på dogmer. För det andra: effekterna av checklistor och kliniska beslutsstöd måste utvärderas, på samma sätt som SBU nyligen utvärderade triage på akuten. För det tredje: vi får inte låta tumregler ersätta reflektion. De ska komplettera varandra.



RAGNAR LEVI, REDAKTÖR



dividerat med motsvarande odds i kontrollgruppen.

Men det som avgör om resultatet kan vägleda vårdbeslut i den egna verksamheten är inte bara att de är korrekta, deras så kallade interna validitet. Man måste också bedöma deras externa validitet, det vill säga i vilken utsträckning som resultaten är giltiga i det sammanhang där de ska tillämpas – om fynden är överförbara.

URVALET BESTÄMMER

En av de frågor som bestämmer överförbarheten är urvalet av försöksdeltagare. Det finns knappast några forskningsrön som gäller samtliga patienter under alla omständigheter. Ofta krävs det expertkunskap för att avgöra om det finns kliniskt betydelsefulla skillnader mellan försöksdeltagarna och vardagens patienter.

Till exempel kan det spela roll om de äldsta personerna har lämnats utanför studi-

erna, trots att majoriteten av vardagens patienter hör till den kategorin. I en översikt av 214 läkemedelsstudier vid hjärtinfarkt, konstaterade författarna att de flesta undersökningar hade uteslutit personer över 75 år – trots att infarktpatienter ofta tillhör just den åldersgruppen.

DIAGNOSMETOD

Vilka metoder som har använts för att ställa diagnos kan också snedvrider urvalet av deltagare i en studie. Till exempel visade SBU:s rapport om benskörhet att när diagnosen ställs med ultraljudsundersökning av hälen är 2–3 gånger fler patienter bensköra än om diagnosen ställs med så kallad DXA-undersökning av höft eller ländrygg mätt framifrån.

I somliga studier är det behandlarna och inte patienterna som är särskilt utvalda. I en undersökning av halskärlsoperationer valde forskarna

att endast acceptera kirurger som hade mycket goda resultat. Bara de 60 procent av kirurgerna som hade haft bäst operationsresultat fick delta i studien. Senare i undersökningen valde forskarna att dessutom utesluta alla som över huvud taget hade patienter som fått komplikationer. Resultaten i en sådan studie blir inte allmängiltiga.

VÅRDMILJÖ PÅVERKAR

Det är inte bara studiernas urval av försöksdeltagare och behandlare som ska vara överförbart. Ibland är det också viktigt att de allmänna vårdförhållandena i studierna stämmer med den svenska vårdmiljön.

Det kan till exempel spela roll i vilket land och sjukvårdssystem som studien har genomförts, eller om behandlingen har getts på sjukhus eller i primärvård.

I en internationell studie ville forskarna undersöka om

operation av förträngning i halspulsådern är effektivt för att minska risken för stroke. Vad forskarna inte hade räknat med var att väntetiden varierade kraftigt mellan länderna. I Belgien och Nederländerna dröjde det tre veckor från det att patienterna hade haft symtom tills de kunde ingå i studien. Motsvarande fördröjning i Storbritannien var över två månader – vilket minskade operationens effektivitet.

FÖLJER RÅD

Ännu en faktor som inverkar på patienternas nytta av en åtgärd är hur de följer givna råd. Deltagare i studier är ofta noggranna med att följa behandlingsråden de får. De har också vanligtvis fått bättre uppföljning och stöd än vad som annars är brukligt i vården. "Vanliga" patienter avviker däremot ofta från råd och ordinationer.

Vilka faktorer som är viktigast för överförbarheten

beror på forskningsområdet. Tabellen nedan ger exempel på sådant som kan påverka.

I SBU:s utvärderingar bedömer experterna hur starkt det sammanlagda vetenskapliga underlaget är för varje resultat: starkt, måttligt starkt, begränsat eller otillräckligt. Bedömningen beror bland annat på studiernas kvalitet och samstämmighet, resultatens storlek och spridning, men också på överförbarheten. När denna brister, anger SBU att studiernas resultat har svagare vetenskapligt stöd.

Överförbarheten måste alltid beaktas innan forskningsresultat kan omsättas i riktlinjer eller klinisk praxis.

Däremot är det inte motiverat att automatiskt avfärda resultat bara för att de kliniska omständigheterna inte är exakt desamma som i studierna. Ofta är det bättre att fråga sig varför evidensen inte skulle gälla här och nu. [RL]

Lästips

Rothwell PM. Factors that can affect the external validity of randomised controlled trials. *PLoS Clin Trials*. 2006 May;1(1):e9.

Higgins JPT, Green S [red]. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.0.2. The Cochrane Collaboration, 2009. Finns på www.cochrane-handbook.org



KAN MINSKA ÖVERFÖRBARHETEN | EXEMPEL

Annorlunda vårdmiljö?

- annat land och sjukvårdssystem
- primärvård kontra sjukhusvård
- särskilt urval av centra/behandlare som deltar

Speciell urvalsmetod i studien?

- avvikande utrednings-/diagnosmetod
- speciella kriterier för att ta med respektive utesluta försöksdeltagare
- behandling/placebo före studien, *run-in*
- förstärkningsåtgärder, *enrichment*
- fåtal utvalda försöksdeltagare av samtliga patienter som hade kunnat delta
- många av de utvalda har avböjt att delta

Försöksdeltagarnas utgångsläge?

- annat hälsotillstånd när studien inleds
- ålder, kön, etnicitet, socioekonomi

- annan bakomliggande sjukdomsprocess
- avvikande sjukdomsstadium/-svårighet
- annan förekomst av samtidiga sjukdomar
- risk för dåligt resultat i kontrollgruppen

Typisk behandling?

- speciella egenskaper hos behandlingen
- terapin inleds tidigare/senare än normalt
- irrelevant behandling i kontrollgruppen
- andra åtgärder vid sidan av den studerade metoden
- metoden (för diagnostik/behandling) har utvecklats sedan studien genomfördes

Rimlig uppföljning?

- inga "patientnära" effektmått används, utan surrogatmått med låg klinisk relevans

- komplicerade skattningsskalor: klinisk relevans, tillförlitlighet och reproducerbarhet
- sammanslagna effektmått, där effekten är sämst på de viktigaste ingående delarna
- kort uppföljning, fåtal mätningar

Risk för biverkningar och skador?

- ofullständig och irrelevant rapportering av biverkningar och komplikationer
- hög andel avbrutna behandlingar
- särskilt erfarna och skickliga kliniker deltar i studien
- högriskpatienter och patienter som får problem utesluts tidigt ur studien
- extra säkerhetsåtgärder i studien

Fritt efter Rothwell P. External validity ... *Lancet* 2005;365:82–93.

SEXÖVERGREPP

Mer kunskap krävs för att skydda barnen bättre

Sexuella övergrepp mot barn är vanligare än många föreställer sig, och de begås oftast av någon som barnet redan känner – en man i familjen, en släkting eller en vän. Men kunskapen om vilka medicinska och psykologiska metoder som har brottsförebyggande effekt på förövarna är mycket bristfällig.

Om rapporten

Medicinska och psykologiska metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn. En systematisk litteraturoversikt (2010). Ordförande: Niklas Långström, professor. Projektledare, SBU: Sophie Werkö, werko@sbu.se. För rapport och sammanfattning, se www.sbu.se.

Europarådet har antagit en konvention om skydd för barn mot sexuell exploatering och sexuella övergrepp. Trots att förebyggande insatser anses vara högt prioriterade, finns det relativt lite forskning om medicinska och psykologiska metoder som riktas mot förövarna och som kan minska risken för nya övergrepp mot barn. Det konstaterar SBU

i sin utvärdering, som har genomförts på uppdrag av regeringen.

OFTAST VUXNA MÄN

Granskningen gäller förebyggande metoder för förövare som redan har identifierats eller personer som riskerar att förgripa sig sexuellt på barn. Förövarna är oftast vuxna män, men också ungdomar

och barn begår övergrepp.

Befintlig forskning ger begränsat stöd för att öppenvårdsprogram som bygger på en kombination av så kallad socialekologisk teori och social inlärningsteori kan förebygga återfall bland ungdomar som har begått övergrepp mot barn.

När det gäller vuxna som har begått eller som riskerar

SBU:S SLUTSATSER | FÖREBYGGANDE MEDICINSKA OCH PSYKOLOGISKA METODER

- Det finns en stor brist på kunskap om effektiva medicinska och psykologiska behandlingsmetoder för personer som begått sexuella övergrepp mot barn. Detta är allvarligt, eftersom syftet med behandlingen är att förhindra nya övergrepp. Det krävs bättre forskning – främst i form av tillräckligt stora kontrollerade studier som omfattar flera länder. Sådana insatser blir särskilt viktiga i ljuset av Europarådets konvention om skydd för barn mot sexuell exploatering och sexuella övergrepp.
- För vuxna som begått sexuella övergrepp mot barn räcker inte det vetenskapliga underlaget för att bedöma vilken behandling som kan minska antalet återfall i sexualbrott. Kunskapsbristen gäller såväl nytta som risker med psykologiska behandlingsprogram och läkemedelsbehandling. Det är angeläget att göra tillräckligt stora studier av hög metodologisk kvalitet.
- För ungdomar som har begått sexuella övergrepp mot barn finns det ett begränsat stöd för att multisystemisk terapi förebygger återfall. Det är en insats som bygger på en kombination av systemisk familjeteori, social inlärningsteori och socialekologisk teori. Effekten av andra behandlingsmetoder går inte att bedöma.
- För barn med sexuella problembeteenden riktade mot andra barn är det vetenskapliga underlaget otillräckligt för att dra slutsatser om effekten av kognitiv beteendeterapi på risken för senare sexuella övergrepp. Effekten av andra behandlingsmetoder går inte heller att bedöma.
- För vuxna och ungdomar som inte har begått sexuella övergrepp mot barn men som löper förhöjd risk (t ex personer som attraheras sexuellt av barn) saknas forskning om förebyggande metoder. Det är därför viktigt att utveckla verk samma insatser.





FÅ FALL ANMÄLS

Generellt är mörkertalet stort för sexualbrott: uppskattningen är att bara en niondel polisanmäls. Kanske är andelen ännu lägre när offren är barn. Siffrorna varierar i olika undersökningar, bl a beroende på hur frågorna ställs och vilka som tillfrågas. I svenska enkätstudier svarar 7–14 procent av flickorna och 3–6 procent av pojkarna att de har upplevt påtvingade samlag före 18 års ålder.

De flesta som begår övergreppen har inte tidigare dömts för sexualbrott, och många har samtidigt haft sexuella relationer med vuxna.

Vuxna män står för över 70 procent av de övergrepp som leder till åtal. En fjärdedel av alla anmälda övergrepp mot barn begås av ungdomar.

Anders Tukler

att begå sexövergrepp mot barn är kunskapsläget sämre. Underlaget räcker exempelvis inte för att bedöma om kognitiv beteendeterapi med återfallsförebyggande insatser faktiskt minskar risken för nya övergrepp. Det är en metod som används inom kriminalvården i dag.

Det saknas också vetenskapligt underlag för att bedöma om andra psykologiska behandlingsmetoder kan minska återfall bland vuxna förövare.

Detsamma gäller behandlingsmetoder mot sexuella problembeteenden hos barn.

LÄKEMEDEL

Testosterondämpande läkemedel förespråkas ofta för att minska sexualdriften hos vuxna män som redan har begått, eller som riskerar att begå, sexövergrepp mot barn. Behandlingen kan ges i tablettform eller som långtidsverkande injektion, och kallas ibland kemisk kastration.

Även om det är en klinisk erfarenhet att läkemedlen ofta dämpar männens

sexuella upptagenhet, ger forskningen inga tydliga svar på om detta faktiskt minskar återfallsrisken. Effekten av medicineringen är övergående och upphör om behandlingen avbryts. Effekten kan också snabbt upphävas med dopingpreparat som anabola androgena steroider.

ANDRA MOTIV

Det kan också finnas andra motiv än rent sexuella bakom övergreppen, till exempel tvångsmässighet eller stark aggressivitet. Därför är det inte givet att testosterondämpande läkemedel är en effektiv metod för att förebygga övergrepp.

Det finns hypoteser om att läkemedlen också underlättar medverkan i psykologisk behandling genom att minska hypersexualiteten eller den sexuella upptagenheten. Men inte heller detta är vetenskapligt belagt.

Medicinering som sänker testosteronhalten kan ge allvarliga biverkningar, särskilt vid långtidsbehandling – till exempel benskörhetsfrakturer

samt hjärt-kärlsjuklighet. För att minska den risken krävs noggranna kontroller som den behandlade måste vara införstådd med.

Sammantaget råder det stor brist på vetenskaplig kunskap om vilka förebyggande metoder som ger bäst resultat. SBU pekar på att behövs nya internationella studier.

PROFESSIONELL

Få brott väcker så stor avsky och så mycket avståndstagande som sexualbrott mot barn. Samtidigt krävs ett professionellt förhållningssätt i vården för att rehabiliteringsförsök ska ha en chans att hindra nya övergrepp.

Om personer som söker hjälp för att de befinner sig i riskzonen att förgripa sig på barn bemöts på ett oprofessionellt sätt i sjukvården, kan det leda till att de tvekar att söka fortsatt hjälp. Ett bemötande som bidrar till stigmatisering och isolering kan försvåra återanpassning, eller i värsta fall öka risken för återfall. I slutänden kan det drabba barnen. [RL]

FLIMMER

Bra metod mot knepigt förmaksflimmer är inte riskfri

Vissa patienter med svårbehandlat förmaksflimmer har nytta av så kallad lungvensisolering. Men effekten kan avta efter en tid, och metoden kan också ge allvarliga biverkningar. Patienterna måste få allsidig och personligt anpassad information, både om chansen till förbättring och om risken för biverkningar.

SBU:s utvärdering visar att personer som har uttalade symtom på förmaksflimmer och som inte blivit bättre av läkemedel kan ha nytta av lungvensisolering.

Metoden, som också kallas kateterburen ablation, innebär att en kateter förs fram till hjärtat via ett blodkärl. Där bränns vävnad nära eller i hjärtat försiktigt. Felaktiga impulser blockeras och det normala retledningssystemet kan styra hjärtrytmn igen. Ingreppet förbättrar även livs-

kvaliteten. Metoden verkar ge bättre effekt vid anfall av flimmer än vid ihållande arytm. De patienter som får återfall i förmaksflimmer kan ofta behandlas på nytt.

KAN GE SKADOR

Men lungvensisolering kan i vissa fall också leda till skador. Dödsfall till följd av själva behandlingen är sällsynta (1–2 fall per 1 000 behandlade personer), men allvarliga biverkningar drabbar 4–5 procent av patienterna. Biverkningar av

läkemedel är visserligen ännu vanligare men de är sällan lika allvarliga.

För- och nackdelar måste vägas mot varandra i det enskilda fallet, och det är viktigt att patienten får allsidig och objektiv information om både tänkbar nytta och risk med behandlingen.

Det är osäkert vilken effekt som lungvensisolering har på lång sikt. Därför går det inte att dra några slutsatser om vilken nytta behandlingen gör i förhållande till vad den kostar.

I Sverige beräknas omkring 2 000 patienter per år kunna vara aktuella för lungvensisolering. Dessa personer är yngre än 70 år och har förmaksflimmer som inte kan behandlas med läkemedel.

[RL]

Om rapporten

Kateterburen ablationsbehandling vid förmaksflimmer (2011). Utarbetad i samarbete med professor Carina Blomström Lundqvist, Akademiska sjukhuset, Uppsala. Projektledare, SBU: Jan Liliemark, liliemark@sbu.se. För rapport och sammanfattning, se www.sbu.se.

SLUTSATSER | KATETERABLATION

Förmaksflimmer är en rubbning i hjärtats rytm som innebär att förmaken dras samman mycket snabbt och i otakt med kamrarna. Det är den vanligaste rytmstörningen och medför dels sämre hjärtfunktion, dels ökad risk för slaganfall.

Läkemedelsbehandling kan vara till hjälp för många patienter. För dem som har uttalade symtom och som inte har eller kan behandlas effektivt med antiarytmiska läkemedel är kateterburen ablation ett behandlingsalternativ. Med hjälp av en kateter riktas värme mot vävnad kring lungvenerna och i vissa fall även mot vissa områden i vänster förmak.

► Bland patienter som har uttalade symtom på förmaksflimmer och som inte får god effekt av

läkemedel, ger kateterburen ablation bättre effekt på symtomen än fortsatt läkemedelsbehandling. Resultaten vid uppföljning upp till tolv månader är bättre för de patienter som har anfall av förmaksflimmer än för dem som har ihållande förmaksflimmer.

► Behandlingen medför risk för allvarliga komplikationer med en annorlunda riskprofil än fortsatt läkemedelsbehandling. Det är därför viktigt att de patienter som kan komma ifråga för kateterburen ablation får allsidig och objektiv information om både nytta och risker.

► Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för slutsatser om metodens kostnadseffektivitet, på grund av osäkerhet om effekterna på lång sikt.



BLÖDARSJUKA

Dosering och tajmning knäckfrågor för dyr men viktig behandling

Förebyggande, tidig behandling kan motverka ledsador hos personer med blödersjuka, visar SBU:s rapport. Däremot har forskningen ännu inte visat vilken dosering som är mest effektiv och hur man ska hjälpa de svårast sjuka. Studier och uppföljning av blödningsfrekvens och ledsador behövs.

Om rapporten

Rapporten publiceras på engelska, "Treatment of Hemophilia A and B and von Willebrand's disease. A systematic review." (2011), med sammanfattning inklusive SBU:s slutsatser på svenska, "Behandling av blödersjuka med koagulationsfaktorer." (2011) Ordörande: Erik Berntorp, professor. Projektledare, SBU: Juliette Säwe, docent. För rapport och sammanfattning, se www.sbu.se.

Tack vare läkemedelsutvecklingen har livslängden hos personer med blödersjuka gått från omkring 15 år på 1950-talet till i princip normal i dag.

Men viktiga frågor återstår, och stora studier som ger säkra svar är svåra att genomföra på det här området. Patienterna är få och behandlingseffekten mäts bland annat i färre ledsador – problem som utvecklas sakta, kanske efter tiotals år.

I Sverige finns en tradition av att tidigt börja med förebyggande behandling av personer med blödersjuka. SBU:s granskning av den samlade forskningen bekräftar att metoden motverkar många ledsador i framtiden hos personer med hemofili A och B. Däremot saknas den kunskap om doser och tajmning.

– Det behövs studier som visar vilka doser och doseringsintervall som skyddar effektivt mot blödnings- och

ledsador, och som samtidigt är samhällsekonomiskt vettiga och fungerar rent praktiskt för patienten, säger Erik Berntorp, ordförande för SBU:s projektgrupp, professor i klinisk koagulation och överläkare vid Skånes universitetssjukhus i Malmö.

Doseringsfrågan har också stor samhällsekonomisk betydelse: 350 patienter i Sverige behöver regelbunden mediciner som totalt kostar 870 miljoner kronor om året.

HEMOFILI & VON WILLEBRAND

Blödersjuka, hemofili A och B och von Willebrand's sjukdom, är medfödda och ärftliga bristsjukdomar. En så kallad koagulationsfaktor i blodet saknas, vilket gör att blodet inte kan koagulera normalt vid blödnings. Sjukdomarna finns i mildare och svårare former.

Tillståndet är ovanliga. Omkring 2 000 personer i Sverige har någon form av blödersjuka. Av dem behöver cirka 350 regelbunden behandling.

Vid hemofili A och B kan spontana, smärtsamma blödnings uppstå i lederna och leda till svåra skador. Blödnings kan också ske i hjärnan eller andra inre organ. von Willebrand's sjukdom visar sig främst som blödnings från slemhinnor.

Många med blödersjuka börjar sin behandling som spädbarn och fortsätter livet ut.

Tio till femton procent av patienterna med hemofili A eller B utvecklar höga nivåer av antikroppar mot läkemedlet som gör att behandlingen inte fungerar.



Science Photo Library



Geir Petersen / Getty

Eftersom den medicinska effekten av olika doseringsstrategier är oklar, är det också svårt att beräkna de hälsoekonomiska följderna. Kanske går det att få ner läkemedelsnotan genom att anpassa dosen individuellt utifrån hur snabbt läkemedlet utsöndras – så kallad farmakokinetisk dosering. Då kan man i idealfallet hitta precis den nivå av faktorkoncentrat i blodet som hindrar blödningar från att uppstå. Teoretiskt skulle denna typ av dosering kunna minska den totala mängden koagulationsfaktorkoncentrat och därmed kostnaden. För patienten kan det innebära att medicinen måste tas mycket oftare, kanske upp till två gånger om dagen.

STUDIER PÅGÅR

Det pågår flera internationella studier som jämför olika länders strategier för att behandla blödersjuka, och förhoppningsvis kan dessa ge mer kunskap.

Utöver det föreslår SBU:s projektgrupp att patienternas blödningsfrekvens och ledsador systematiskt och långsik-

tigt följs upp i ett nationellt kvalitetsregister.

Erik Berntorp hoppas också att forskning och uppföljning ska visa hur man bäst tacklar den allra största utmaningen – att hjälpa dem som utvecklat antikroppar mot medicinerna, så kallade inhibitorer. Ibland går detta att motverka med intensiv behandling med faktorkoncentrat, men helst vill man försöka undvika att antikropparna utvecklas alls.

SKA BLI SYMTOMFRIA

– Man måste ha i bakhuvudet att många patienter drabbades av blodsmitta med hiv och hepatit C under 1980-talet via läkemedel, vilket ledde till att man utvecklade mediciner som inte baserades på blodplasma. Då hamnade allt fokus på patientsäkerheten i stället för på att få patienterna så symtomfria som möjligt.

– Nu har detta satt fart igen. Om fem år kan man hoppas att vi har fler svar på våra frågor, säger Erik Berntorp.

SBU:s utvärdering har överlämnats till Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV. [17]

SBU:S SLUTSATSER BLÖDERSJUKA

► Koncentrat av koagulationsfaktorer VIII respektive IX har god blodstillande effekt vid akuta blödningar och vid kirurgiska ingrepp hos patienter med hemofili A och B. Det går inte att dra några säkra slutsatser om eventuella skillnader i effekt mellan olika doseringsstrategier vid akuta blödningar och kirurgi. Det vetenskapliga underlaget är för begränsat. Därför behövs det flera studier av god kvalitet som undersöker effekterna av olika sådana strategier på kort och lång sikt.

► Förebyggande behandling (profylax) som har inletts i tidig ålder, innan ledblödningar har börjat uppträda, kan förhindra framtida invalidiserande ledskada. På grund av bristen på studier går det dock inte att dra några säkra slutsatser om bästa tidpunkt för start av behandling under spädbarnsåren eller optimal dos och dosintervall. Det är också oklart om behandlingen kan avbrytas eller modifieras i vuxen ålder hos vissa patienter. Denna typ av studier försvåras av att antalet patienter är litet och att det krävs uppföljning under många år för att kunna bedöma utveckling av ledsador.

► Hos patienter som har utvecklat höga nivåer av antikroppar (inhibitorer) mot faktorkoncentrat kan akuta blödningar hävas genom tillförsel av så kallade by-pass-preparat, men det är svårt att förutsäga hur effektiv behandlingen är i det enskilda fallet. Profylax med by-pass-preparat har sannolikt viss gynnsam effekt. När antikropps-nivån sjunkit kan immunotoleransbehandling som vanligen innebär daglig tillförsel av relativt hög dos av faktorkoncentrat medföra att produktionen av inhibitorer upphör. Detta innebär att patienten sedan kan få sedvanlig profylax och behandlas med normala faktordoser vid blödning. Behandling vid inhibitorutveckling är extremt krävande och kostsam. De olika behandlingsalternativen är bristfälligt utvärderade på grund av svårigheter att göra bra studier eftersom patientgruppen är begränsad.

► Patienter med svårare former av von Willebrands sjukdom måste behandlas med faktorkoncentrat som innehåller von Willebrandfaktor och oftast också faktor VIII. Effekten vid akuta blödningar och kirurgi är god. Förebyggande behandling är ibland nödvändig. Doser, dosintervall och indikationer för koncentratbehandling vid von Willebrands sjukdom är för närvarande bristfälligt studerade. Detta gäller särskilt profylaxbehandling.

► Behandling av hemofili och von Willebrands sjukdom medför höga kostnader. De hälsoekonomiska följderna av olika behandlingsstrategier är bristfälligt studerade på grund av avsaknad av kliniska effektstudier.

► Det är angeläget att skapa ett nationellt behandlingsregister med definierade kvalitetsindikatorer. För framtiden finns ett tydligt behov av en systematisk och centraliserad uppföljning av patienter med hemofili A, B och von Willebrands sjukdom inom ramen för ett nationellt kvalitetsregister med syfte att dokumentera effekten av behandlingen på lång och kort sikt.

Hur bra är blodprov för att upptäcka alzheimer?

Den dag det blir möjligt att effektivt behandla Alzheimers sjukdom, blir huvudfrågan hur vården på ett enkelt och säkert sätt ska kunna ställa diagnosen tidigt. Därför granskar nu SBU blodprovernas prestanda.

På många håll i världen pågår intensiv forskning för att utveckla läkemedel mot Alzheimers sjukdom, och flera nya läkemedel testas på patienter. Samtidigt inriktas studier på att utveckla diagnosmetoder. Kan fler sjuka få hjälp i ett tidigare skede, skulle mycket vara vunnet.

Många av studierna gäller tester av ryggmärgsvätska, där de flesta biomarkörer har hittats. Men om det fanns en bra analys av blod, plasma eller serum – till exempel av så kallade amyloid beta-peptider – skulle det kunna vara ett enklare och snabbare alternativ.

TILLFÖRLITLIGHET

En av kärnfrågorna är blodprovernas tillförlitlighet. Samtidigt som testet bör vara tillräckligt känsligt för att fånga upp så många tidiga fall som möjligt, ska det vara träffsäkert. Provet bör inte kunna ge falskt alarm som kan leda till oro, onödiga utredningar eller ineffektiv behandling – det kan göra mer skada än nytta och dra resurser från andra, viktigare insatser.

Det är också viktigt att analysera etiska frågor om testernas användning i sjukvården. Att införa diagnosmetoder i praxis innan det finns effektiv behandling är sällan etiskt försvarbart. Å andra sidan kan det finnas situationer där en tidig dia-

gnos gör det möjligt för den sjuke att ändra sin livsstil och förbereda sig för framtiden både mentalt och praktiskt.

PROVER UTESLUTER

I dag krävs olika kliniska undersökningar för att ställa diagnosen Alzheimers sjukdom. Minnes- och tankefunktioner, språk, orienteringsförmåga och praktiska förmågor undersöks. Blodet analyseras för att utesluta andra sjukdomar som påverkar minnet. Avbildning av hjärnan med datortomografi eller magnetkamera brukar som regel ingå, och specialundersökningar av ryggmärgsvätska eller hjärnans blodflöde kan också användas. [RL]

Om projektet

Blodprov för tidig diagnostik av Alzheimers sjukdom. Projektledare, SBU: Pernilla Östlund, ostlund@sbu.se. Planerad publicering: hösten 2011.

ALZHEIMER

Nervcellerna förtvinar i ett eller flera områden av hjärnan. Minnet störs samtidigt som man blir mindre uppmärksam och får svårare att förstå språk och koncentrera sig. Lokalsinnet kan bli sämre och vissa kroppsrörelser kan bli svårare. I Sverige beräknas omkring 100 000 personer lida av Alzheimers sjukdom.

"Maximal nytta – men inte till varje pris"

Hälsoekonomiska beräkningar av kostnader och nytta kan vägleda beslutsfattare. Men kalkylerna bygger på antaganden och moraliska värderingar som måste synliggöras, diskuteras och kompletteras med resonemang om rättvisa, skriver den norske etikern Bjørn Hofmann.

Ett centralt mål för offentligt finansierad hälso- och sjukvård är att sörja för bästa möjliga hälsa i befolkningen. För att nå detta mål behöver vi utvärdera, kritiskt granska och jämföra värdet av olika hälsofrämjande insatser. Detta gör man genom att jämföra den nytta – positiva effekter och risker – och de kostnader som är förknippade med olika handlingsalternativ.

Många hälsoekonomer har funderat på risker och möjligheter med sådana beräkningar. Men det är viktigt att även beslutsfattare som inte själva har kunskaper i hälsoekonomi förstår varför kostnadseffektivitet inte är ett tillräckligt underlag för prioritering mellan behandling av olika patientgrupper.

Bakom hälsoekonomiska beräkningar av kostnadseffektivitet finns vanligen en utilitaristisk (nyttoetisk) modell, där man förutsätter att målet är att uppnå största möjliga nytta för så många som möjligt, men

sällan beaktar hur denna nytta fördelas i befolkningen.

Utilitarismen grundar sig på tre antaganden: 1) att åtgärderna kan bedömas utifrån sina konsekvenser, 2) att situationer kan värderas utifrån mätbar välfärd (nytta) och 3) att åtgärdsalternativen kan rangordnas efter graden av samlad nytta.

Emellertid är inget av dessa antaganden oproblematiskt.¹⁻³ För det första: en renodlad nyttoetik blir i de flestas ögon omänsklig och orimlig. Det vore till exempel oacceptabelt att ta livet av en person i syfte att använda dennes organ för att rädda sju andra människor. När vi bedömer detta som oacceptabelt, är det bland annat för att vi lägger vikt även vid andra aspekter än bara konsekvenserna – som mänsklig värdighet och integritet.

SAMMA MÅTTSTOCK

För det andra är det inte givet att situationer och handlingsalternativ kan värderas med samma måttstock, i synnerhet inte när alternativen rör helt olika hälsoproblem.

I det hälsoekonomiska standardmättet QALY (kvalitetsjusterade levnadsår) viktas varje levnadsår med ett index för livskvalitet. Indexvärdet ligger mellan 0 och 1, där 1 innebär full hälsa och 0 är död. Ett levnadsår i full hälsa räknas som 1 QALY, medan ett

levnadsår med lägre livskvalitet räknas som till exempel 0,8 QALY. Men vems livskvalitet är det som används i beräkningarna? Är det livskvaliteten för den allvarligt sjuke och dennes anhöriga eller för relativt friska individer, för äldre eller yngre, samhällets privilegierade eller utsatta? Hur har livskvaliteten mätts? Och hur hanterar man att den kan förändras med tiden? Detta är exempel på kända metodproblem som har klara etiska förtecken men som sällan tas upp till allmän debatt. QALY har inte enbart använts för att jämföra alternativa åtgärder i samma patientgrupp utan också ansetts som grund för att prioritera mellan grupper.⁴

ÄLDRE OCH MINORITETER

För det tredje är det långt ifrån säkert att olika handlingsalternativ låter sig rangordnas på ett rimligt sätt efter sin samlade nytta i befolkningen. Den samlade nyttan av en insats, i termer av QALY, kommer nästan alltid att vara större om den gäller yngre personer än om den riktar sig till äldre, eftersom de yngre har längre förväntad återstående livslängd.

Detta skulle också kunna resultera i att verksamma åtgärder mot lindriga tillstånd, som drabbar många individer, bedöms ha större värde än effektiva insatser mot allvarliga sjukdomar som drabbar färre.



LG Skantz/Nation

Referenser

1. Scheffler S. Consequentialism and Its Critics. Oxford: Oxford University Press, 1988.
2. Mooney G. Challenging health economics. Oxford: Oxford University Press, 2009.
3. Sen A, Williams B. Utilitarianism and beyond. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.
4. Harris J. QALYfying the value of life. BMJ 1987;13:117-23.
5. Rawls J. A Theory of Justice. Oxford: Oxford University Press, 1971.
6. Sen A. The idea of justice. Cambridge Mass: Harvard University Press, 2009.
7. Daniels N, Sabin JE: Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers. Philosophy and Public Affairs 1997;26:303-50.
8. Daniels N. Just health: meeting health needs fairly. New York: Cambridge University Press, 2008.
9. Prioriteringar i vården. Perspektiv för politiker, profession och medborgare. Slutrapport från prioriteringsdelegationen. SOU 2001:8. Nerladdad: www.regeringen.se/sb/d/108/a/2781



Mårten

FÖRDELA EFTER BEHOV

Hälso- och sjukvårdslagen (1997:142) slår fast att den eller de som har de största behoven ges företräde i vården. I den etiska plattform som ligger till grund för lagen kallas detta för behovs-solidaritetsprincipen. Vårdens resurser bör inte fördelas lika till alla, utan de som har mindre uttalade behov ska få förhållandevis mindre resurser än de med stora behov. En annan princip i plattformen handlar om kostnadseffektivitet, men denna är inte inskriven i lagen. I den etiska plattformen är den underordnad de andra principerna och ska enligt riksdagsbeslutet endast tillämpas vid val av vårdinsats för en och samma diagnos. Detta har debatterats (se t ex Läkartidningen 2007;104:2936–7 och 3213 samt 2008;105:1412–4). Prioriteringsdelegationen anger också att det måste ligga kraft på att utveckla metoder för att prioritera mellan verksamheter även utifrån kostnadseffektivitet, på ett etiskt riktigt sätt.

UTILITARISM

Utilitarism, eller nyttoetik, är en moralisk doktrin som innebär att man alltid ska handla så att följderna av vad man gör blir så goda som möjligt i den meningen att det sammanlagda välbefinnandet hos alla kännande varelser blir så stort som möjligt, ofta formulerat som "största möjliga lycka åt så många som möjligt". Utilitarismen utvecklades från 1700-talets slut av bl a Jeremy Bentham, James Mill, John Stuart Mill, Henry Sidgwick och GE Moore. En av de moderna filosofer som kritiserar utilitarismen är John Rawls. Han argumenterar att den kan leda till att minoriteten förtrycks och hävdar att rättvisa borde gå före maximal lycka och välfärd.

Till exempel skulle ett effektivt medel mot en lindrigare åkomma kunna ge totalt sett fler QALY per krona – och därmed vara mer nyttomaximerande för samhället – än en livräddande behandling av en sällsynt men allvarlig sjukdom.

Renodlad nyttomaximering, och en användning av kostnad per QALY som den viktigaste prioriteringsgrunden, blir på detta sätt ålders- och minoritetsdiskriminerande.

GER BIVERKNINGAR

Det finns alltså viktiga problem med att tillämpa renodlade nyttoetiska utgångspunkter inom hälsoekonomin: det ger allvarliga biverkningar. Men ett nyttomått som QALY har blivit så väletablerat i hälsoekonomiska analyser att beslutsfattare riskerar att okritiskt överse med dess bakomliggande värdegrund och biverkningar.

I själva verket är nyttomaximering bara ett av många verktyg för att fördela vårdens resurser, där rättvisa sällan beaktas. Många uppfattar det ju som rättvist att prioritera dem som har sämst utgångsläge (när det gäller hälsa)⁵ eller att satsa hälso- och sjukvården så att människor får lika möjligheter att fungera och utvecklas.⁶ Rättvis fördelning kan också uppnås genom så kallade transparenta processer, som innebär att prioriteringsprocedurer ska uppfattas som rättvis.^{7–8}

OBJEKTIVT SKEN

Trots detta har nyttomaximering blivit ett nytt mantra. Risken är att vi tillämpar sådana ekonomiska modeller och beräkningar blint utan att reflektera över metodernas begränsningar och bakom-

liggande antaganden. Eller att vi justerar och modifierar QALY-beräkningarna i syfte att kompensera för svagheter men utan att redovisa de underliggande moraliska värderingarna. De ekonomiska mätmetoderna och modellerna kan ge ett sken av vetenskaplig objektivitet och matematisk exakthet som döljer grundläggande moraliska val.

Och det är här som den etiska analysen spelar en viktig roll när medicinsk teknologi ska utvärderas. En sådan analys bör inte bara tydliggöra de moraliska konsekvenserna av hälso- och sjukvårdens metoder och peka på normativa förutsättningar för deras användning. Den måste dessutom synliggöra och kritiskt reflektera över den moraliska grunden för de metoder som används i själva utvärderingsarbetet. På det sättet kan etik bidra till bättre utvärderingar.

Hälsoekonomisk utvärdering av medicinska metoder är ett beslutsunderlag, inte en kokbok eller ett facit. När folkvalda politiker och andra beslutsfattare i vården använder detta underlag som grund för prioriteringar, ska etiska principer som människovärde och rättvisa sättas i första rummet.⁹

Bjørn Hofmann

*professor, Oslo universitet
och Høgskolen i Gjøvik*

b.m.hofmann@medisin.uio.no

Redaktörens anmärkning: Ett exempel på etisk diskussion finns i SBU:s kommentar om Målriktade läkemedel vid njurcancer (se www.sbu.se och notis på nästa sida). På webben diskuteras behov och kostnadseffektivitet i avsnittet om etik: www.sbu.se/sv/Publicerat/Kommentar/Malriktade-lakemedel-vid-njurcancer/Etikskommentar/

KLAMYDIA

Prov från slidan ger säkrare besked än urintest

Både slidprov och urinprov för att hitta klamydia kan tas av kvinnan själv. Men slidprovet är bättre – det upptäcker något fler fall.

Enbart urinprov eller prov från slidan har blivit allt vanligare som klamydiatest för kvinnor.

Men SBU:s utvärdering visar att ett urinprov är mindre känsligt, det vill säga missar något fler fall av klamydia, än ett prov från slidan eller livmoderhalsen. Däremot ger prov från urin, slida och livmoderhals lika korrekta svar bland kvinnor som inte är smittade.

Att ta prov från livmoderhalsen är dyrare för vården än

de andra metoderna, eftersom det kräver gynekologisk undersökning. Det finns också forskning som visar att kvinnor föredrar självtest.

Det är viktigt att hitta alla smittade. De ska få snabb behandling, och deras sexpartners ska spåras, i enlighet med smittskyddslagen.

Klamydia drabbar ofta unga personer. Obehandlad kan kvinnan få äggledar-inflammation som kan skada äggledarna med risk

för sterilitet och utomkvedshavandeskap. Under en förlossning kan barnet smittas och drabbas av ögoninfektion eller lunginflammation.

I Sverige erbjuds klamydiatest vid misstanke om smitta, men även sexuellt aktiva individer utan direkt misstanke om smitta erbjuds test vid kontakt med vården, så kallad opportunistisk screening.

För män är urinprov en träffsäker metod. [RL]

SBU:S SLUTSATSER | KLAMYDIA I URINPROV

► Urinprov är mindre känsligt (dvs missar något fler fall) än prov från slida och livmoderhals. Prov från slida har högst känslighet vid diagnostik av klamydia hos kvinnor.

► Prov från urin, slida och livmoderhals har likvärdig specificitet, dvs de har samma förmåga att ge ett korrekt (dvs negativt) provsvar bland de kvinnor som inte är smittade.

► Det vetenskapliga underlaget räcker inte för att jämföra den diagnostiska

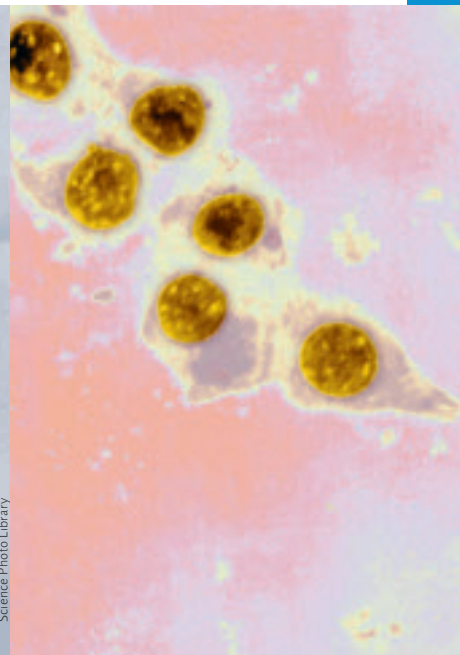
träffsäkerheten hos enbart urinprov med olika prover i kombination, då detta bara har undersökts i en av de studier som ingår i utvärderingen.

► Det vetenskapliga underlaget räcker inte för att dra slutsatser om kostnadseffektiviteten av att använda urinprov som enda test för att ställa diagnosen klamydia hos kvinnor. Det finns för få studier av tillräcklig kvalitet. Den totala kostnaden för klamydiaprover påverkas främst av hur provet tas.

Prov från slida och urinprov kan patienten ta själv. Kostnaden för provtagningen blir därför lägre än vid prov från livmoderhalsen som kräver vårdpersonal vid provtagningstillfället.

Urinprov vid diagnostik av klamydia hos kvinnor (2011). Utarbetad i samarbete med överläkare Carin Anagrius, Falu lasarett, och docent Peter Lidbrink, Karolinska universitetssjukhuset. Projektledare, SBU: Karin Rydin, rydin@sbu.se.

För rapport och sammanfattning, se www.sbu.se.



EXEMPEL PÅ SBU-PROJEKT

ADHD/AUTISM

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

ARBETSMILJÖ & BESVÄR I NACKE, AXLAR OCH ARMAR

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

BLÖDANDE MAGSÅR

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

DATORSTÖDD TOLKNING VID MAMMOGRAFI

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

DATORTOMOGRAFI AV KRANSKÄRL

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

DEPRESSIONSDIAGNOSTIK

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

FOSTERDIAGNOSTIK MED BLODPROV FRÅN MODERN

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

KYFOPLASTIK VID KOTKOM- PRESSION & RYGGSMÄRTA

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

MOLEKYLÄR DIAGNOSTIK AV PROSTATACANCER

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

SKATTA NJURFUNKTION

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

NYA BLODPROPPSHÄMMARE VID FÖRMAKSFLIMMER

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

PERIFERT INLAGD CVK

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

PROSTATAFÖRSTÖRING

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

PSYKOS/SCHIZOFRENI

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

VAKUUM PÅ OPERATIONSSÅR

Kontakt: liliemark@sbu.se
i samarbete med HTA
Planerad publ: vår 2011

FLER PATIENTER, BÄTTRE VÅRD?

Vilken betydelse för vårdresultatet har antalet operationer som görs vid ett sjukhus eller av en kirurg? SBU har undersökt frågan i en inventering av litteraturen, som har gjorts åt Socialstyrelsen. De flesta studier har genomförts i länder med andra sjukvårdssystem, många i USA. Att undersökningarna ofta har metodproblem och gäller andra sjukvårdssystem än det svenska begränsar resultatens giltighet här. Dessutom är resultaten blandade. När det gäller vissa större och mer komplicerade operationer pekar studierna på bättre resultat (lägre dödlighet) vid enheter som opererar fler patienter. Enheter som bara utför några enstaka ingrepp per år har sämre resultat. Men skillnaderna är ofta små, och det finns även enheter som trots liten volym visar goda resultat. Studierna ger inte underlag för vetenskapliga slutsatser om hur svensk sjukvård bör organiseras, skriver författarna. Svenska register som jämför resultat och komplikationer efter olika ingrepp skulle ge bättre vägledning. [RL]

SBU:s publikation Volym och resultat – en inventering av det vetenskapliga underlaget (2011) finns på www.sbu.se. Kontakt: axelsson@sbu.se



Adam Gault/SPL

SBU kommenterar



Nya läkemedel mot spridd njurcancer har viss effekt till en hög kostnad

Varje år drabbas tusen personer i Sverige av njurcancer. Läkemedlen sunitinib (Sutent), bevacizumab (Avastin), temsirolimus (Torisel) och sorafenib (Nexavar) är nya behandlingsalternativ vid långt gången eller spridd njurcancer.

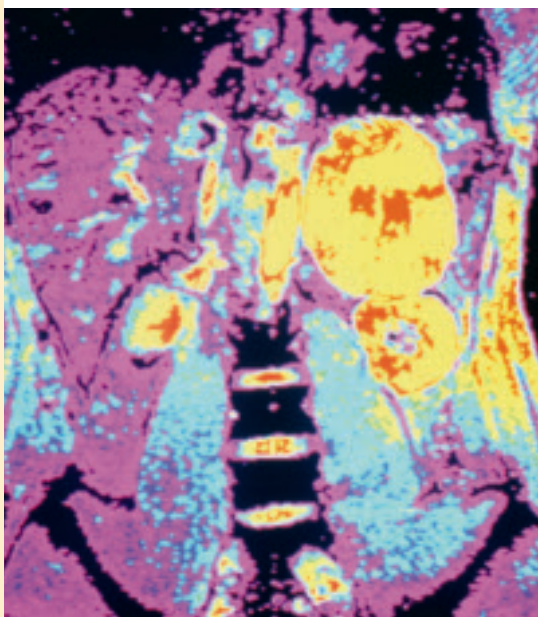
En brittisk litteraturöversikt från National Institute for Health Research, som SBU kommenterar, anger att läkemedlens effekter är måttliga och kortvariga samtidigt som kostnaden är hög. I de studier som hittills har gjorts överlever patienter som har fått läkemedlen i storleksordningen tre till sex månader längre än de som fått kontrollbehandlingar.

Läkemedlen har olika specifika biverkningar beroende på verkningsmekanism och vilka av cancercellens signalvägar som påverkas. Biverkningarna är inte ovanliga men de är måttliga och kan gå tillbaka, och leder hos var tionde patient till att behandlingen avbryts. Vid kombination med interferon tillkommer dessutom influensaliknande biverkningar, och det är vanligt att dosen sänks. Vid mer allmän användning i vården är biverkningarna vanligare än inom kontrollerade studier.

Det behövs hälsoekonomiska studier som tillämpar ett samhällsperspektiv utifrån svenska förhållanden, framhåller SBU. Analyserna bör använda mått som gör det möjligt att beräkna kvalitetsjusterade levnadsår, QALY. Enligt den brittiska utvärderingen förefaller läkemedlen inte vara kostnadseffektiva utifrån hälso- och sjukvårdens perspektiv. I Sverige rekommenderas ett samhällsperspektiv i analyserna. Eftersom Sverige inte använder sig av absoluta tröskelvärden för kostnadseffektivitet utan även väger in patientgruppens behov, är det möjligt att läkemedlen kan uppfattas som kostnadseffektiva i Sverige.

Det pågår nya studier på området. Sedan den brittiska rapporten skrevs har ytterligare två läkemedel, everolimus (Afinitor) och pazopanib (Votrient), registrerats för behandling av avancerad njurcancer i Sverige.

SBU:s kommentar om de så kallade målriktade läkemedlen vid njurcancer finns på www.sbu.se.



Njurcancer, kolbredd magnetkamera. Science Photo Library / IBL

REDAKTÖR: Ragnar Levi, levi@sbu.se • ANSVARIG UTGIVARE: Måns Rosén
 TEXT: Ragnar Levi [RL], Johanna Thorell [JT] • POSTADR: Box 3657, 103 59 Stockholm
 TEL: 08 412 32 00 • FAX: 08 411 32 60 • www.sbu.se • info@sbu.se
 GRAFISK FORM: Nilla Westin Design • TRYCK: Elanders, Falköping, 2011
 4 NR PER ÅR, 157 000 ex • ISSN 1104-1250

SBU-nämnden för medicinsk utvärdering

Nina Rehnqvist (ordf)
 KAROLINSKA INSTITUTET
Håkan Ceder
 SOCIALSTYRELSEN
Anna-Karin Eklund
 VÄRDFÖRBUNDET
Björn Klinge
 KAROLINSKA INSTITUTET
Karin Strandberg Nöjd
 SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING
Håkan Sörman
 SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING
Margareta Troein Töllborn
 SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET
Mats Ulfendahl
 VETENSKAPSRÅDET
Marie Wedin
 SVERIGES LÄKARFÖRBUND
Sabina Wikgren Orstam
 SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

Direktör SBU

Måns Rosén

SBU:s råd

David Bergqvist (ordf)
 KIR KLIN, AKAD SJUKHUSET, UPPSALA
Christina Bergh
 KVINNOKLIN, SU/SAHLGRENSKA, GBG
Kristina Bengtsson Boström
 BILLINGENS VÄRD CENTRAL, SKÖVDE
Nils Feltelius
 LÄKEMEDELSVERKET, UPPSALA
Mats G Hansson
 INST F FORSKNINGS- OCH BIOETIK,
 UPPSALA UNIV
Mikael Hellström
 AVD F RADIOL, SU/SAHLGRENSKA, GBG
Sten Landahl
 AVD F GERIATRIK, 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 Alerträdet

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 Odling
 LÄKEMEDELSVERKET, UPPSALA
Anders Rydh
 MED RADIOL & NUKLEARMED, NORRL
 UNIV SJH, UMEÅ
Anders Tegnell
 SOCIALSTYRELSEN
Jan Wahlström
 KLINISK GENETIK, GBG:S UNIV
Anna Åberg Wistedt
 KAROLINSKA INSTITUTET

SBU:s lekmanråd

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

VITA FÄLT OCH SVARTA HÅL OM VÄRDENS VETENSKAPLIGA KUNSKAPSLUCKOR

Tid: 4 maj 2011

Plats: Stockholm
 (lokal meddelas senare)

SBU:s projekt om vetenskapliga kunskapsluckor inom medicinen inbjuder till ett möte med föreläsningar och diskussion. Gästföreläsare: Professor Karl Claxton, Centre for Health Economics, University of York.

Målgrupper: beslutsfattare och policyansvariga inom vården, forskare, forskningsfinansierare, vårdprofessionerna, myndigheter, industrin

Mer info: www.sbu.se

HTA FOR HEALTH SYSTEMS SUSTAINABILITY – HTAI 2011

Tid: 27–29 juni 2011

Plats: Rio de Janeiro, Brasilien

Det åttonde årliga mötet i den internationella föreningen Health Technology Assessment International (HTAi) hålls i Latinamerika. Det vetenskapliga programmet har temat "Utvärdering för hållbara sjukvårdssystem" och riktar sig till forskare, vårdgivare och beslutsfattare som vill utbyta kunskap och erfarenheter om medicinsk teknologivärdering och beslutsfattande.

Mer info: www.htai2011.org

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

SAMMANFATTNINGAR 2007–2011

Kostnadsfria*

.....ex Blödarsjuka (2011), nr 501-63
ex Förebygga sexövergrepp mot barn (2011), nr 501-62
ex Antibiotikaprofylax, kirurgi (2010), nr 501-56
ex Tandförluster (2010), nr 501-60
ex Rotfyllning (2010), nr 501-59
ex Progr mot psyk ohälsa hos barn (2010), nr 501-58
ex Mat vid diabetes (2010), nr 501-57
ex Behandling av sömnbesvär (2010), nr 501-55
ex Rehabilitering vid långvarig smärta (2010), nr 501-54
ex Triage och flödesproc på akuten (2010), nr 501-53
ex Intensiv glukossänk vid diabetes (2009), nr 501-52
ex Patientutbildning vid diabetes (2009), nr 501-51
ex Egna mätningar av blodglukos... (2009), nr 501-50
ex Äldres läkemedelsanvändning (2009), nr 501-49
ex Vacciner till barn (2008), nr 501-48
ex Öppenvinkelglaukom (2008), nr 501-47
ex Rörbehandling i mellanörat (2007), nr 501-45
ex Karies (2007), nr 501-44
ex Benartärsjukdom (2007), nr 501-43
ex Måttligt förhöjt blodtryck, uppdat (2007), nr 501-46
ex Ljusterapi och årstidsbunden depr (2007), nr 501-42
ex Dyspepsi och reflux (2007), nr 501-41

*När större antal kostnadsfria trycksaker beställs, debiteras frakt.
 Fler sammanfattningar kan beställas på www.sbu.se

SBU VETENSKAP & PRAXIS 1/2011

PATIENTINFORMATION

Kostnadsfria*

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

Trycksaker och faktura* skickas till:

Namn
 Postadress

 E-post

Frankeras ej.
 Mottagaren
 betalar portot

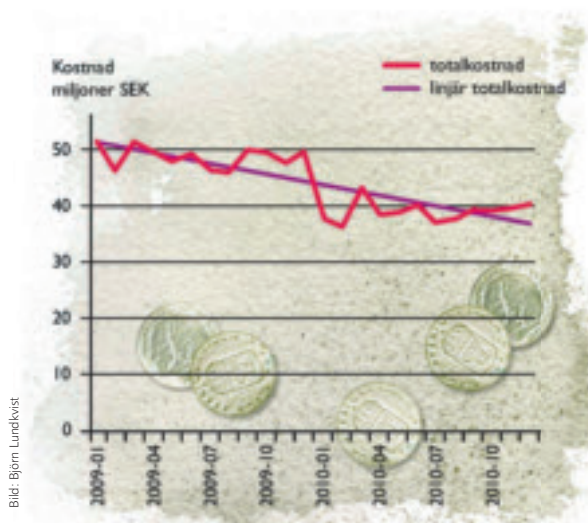
SBU

Statens beredning
 för medicinsk utvärdering

Svarspost

Kundnr 200 876 34
 110 03 Stockholm

Minskande utgifter för teststickor vid diabetes typ 2



Utgifterna minskar för teststickor som används för självtest vid diabetes. Utvecklingen går därmed åt rätt håll, i linje med SBU:s rapport från 2009.

Täta självtest av blodglukos är dyrt och nyttan oklar vid typ 2-diabetes som inte insulinbehandlas. Det konstaterade SBU i sin vetenskapliga utvär-

dering år 2009. SBU framhöll också att en mer sparsam användning av teststickor för självtest i den här patientgruppen troligen skulle minska kostnaderna utan att öka de medicinska riskerna.

Aktuell statistik tyder på att kostnaderna för teststickorna minskar, med oförändrade priser.

–Vi tror att detta beror på

en större återhållsamhet efter vår rapport och Socialstyrelsens riktlinjer som byggde på rapporten, säger SBU:s chef, professor Måns Rosén.

–Förskrivningen av teststickor har minskat i den omfattning som vi uppskattade var möjlig. Landets samlade utgifter för teststickor ligger nu 8–9 miljoner kronor lägre varje månad än när rapporten kom.

SBU beräknade i rapporten att 50–90 miljoner kronor skulle kunna frigöras varje år om det förskrevs färre teststickor. [RL]

Kommentar:

Efter att vi fått sifferuppgifterna här intill från Socialstyrelsen, har vi blivit uppmärksammade på att statistiken rörande volymen teststickor behöver analyseras ytterligare. De siffror från apoteken som anges här behöver inte vara felaktiga men de är ofullständiga. Bilden är betydligt mer komplicerad. En del av distributionen av teststickorna sker utanför apoteken genom upphandling, direktleverans till avdelningar/mottagningar och utdelning direkt till patient. För enstaka landsting är detta en viktig del av distributionen. Kostnaderna och rabatteringen kan också variera över tid beroende på volymandelen för olika fabriker. Därför är det inte givet att kostnaderna avspeglar volymen teststickor.
/Måns Rosén och Sophie Werkö"

Om rapporten

Egna mätningar av blodglukos vid typ 2-diabetes utan insulinbehandling. En systematisk litteraturoversikt (2009). Rapporten kan läsas eller beställas på www.sbu.se. Kontakt: projektledare Sophie Werkö, werko@sbu.se.

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

SBU-RAPPORTER 2005–2011

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

-ex Blödarsjuka (2011), nr 208, 200 kr
-ex Medicinska och psykologiska metoder, förebygga sexövergrepp mot barn (2011), nr 207, 125 kr
-ex Volym och resultat (2011), nr 205, 125 kr
-ex Antibiotikaprofylax, kirurgi (2010), nr 200, 250 kr
-ex Tandförluster (2010), nr 204, 200 kr
-ex Rotfyllning (2010), nr 203, 200 kr
-ex Progr psyk ohälsa hos barn (2010), nr 202, 200 kr
-ex Mat vid diabetes (2010), nr 201, 200 kr
-ex Behandl av sömnbesvär (2010), nr 199, 200 kr
-ex Rehab vid långvarig smärta (2010), nr 198, 200 kr
-ex Triage och flödesprocesser (2010), nr 197, 200 kr
-ex Intensiv glukossänkande behandling vid diabetes (2009), nr 196, 200 kr
-ex Patientutbildn vid diabetes (2009), nr 195, 200 kr
-ex Egna mätningar av blodglukos vid typ 2-diabetes utan insulinbeh (2009), nr 194, 150 kr
-ex Äldres läkemedelsanvändn (2009), nr 193, 200 kr
-ex Vacciner till barn (2008), nr 191, 250 kr
-ex Öppenvinkelglaukom (2008), nr 190, 200 kr
-ex Rörbehandling i mellanörat (2007), nr 189, 200 kr

-ex Karies (2007), nr 188, 200 kr
-ex Benartärsjukdom (2007), nr 187, 250 kr
-ex Måttligt förhöjt blodtryck, uppdaterad (2007), nr 170/1U, 200 kr
-ex Ljusterapi vid depression samt övrig behandling av årstidsbunden depression (2007). Publiceras endast i elektronisk version på www.sbu.se.
-ex Dyspepsi och reflux (2007), nr 185, 200 kr
-ex Obstructive Sleep Apnoea (-07), 184E, 200 kr
-ex Nyttan av att berika mjöl med folsyra (2007), nr 183, 125 kr
-ex Met f fatt 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 (2005), nr 176, 200 kr
-ex Riskbedömningar inom psykiatri – kan våld i samhället förutsägas? (2005), nr 175, 150 kr
-ex ADHD hos flickor (2005), nr 174, 150 kr
-ex Behandling av ångestsyndrom (2005), nr 171/1+2 två volymer, 200 kr per volym

Se www.sbu.se för publikationer från SBU Alert, SBU 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 skyldigt 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).