

Vetenskap & Praxis

Information från SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering



Grundkravet: att i varje fall inte skada

Många åtgärder i vård och socialt arbete kan göra både nytta och skada. Men det är nyttan som väcker störst intresse. Därför kan avvägningen mellan nytta och risk bli fel.

Läs vidare på sidan 2 ►



SBU – KUNSKAPSCENTRUM FÖR VÅRDEN OCH SOCIALTJÄNSTEN

Nya rapporter Akuta gallbesvär 4 • Skakvåld 6 • FAS och FASD 8

LÄS OCKSÅ INTE SKADA 1 • FEM FÄLLOR 2 • SCREENING FÖR PARTNERVÅLD 10 • STÖD VID PARTNERVÅLD 11 • MOT VÅLD I PSYKIATRIN 12
BARN I SLÄKTINGHEM 14 • PATIENTDELAKTIGHET 14 • EFFEKT I KLINISK VARDAG 14 • JÄMFÖRA EFFEKTER 16

Fällor som ingen får falla i

VÄGEN TILL HELVETET är kantad av goda föresatser, brukar man säga. Men goda föresatser kantar faktiskt en massa andra vägar också – och några av dem går åt precis *rätt* håll.

Samtidigt ligger det förstås en grym sanning i att även om vi tror oss göra rätt och gott kan det hända att vi i själva verket skadar andra. Vård och socialtjänst är inga undantag. Det är därför som insatserna måste följas upp, med tillförlitliga metoder. Insatser som inte hjälper utan stjälper måste till varje pris undvikas.

Medicinen har sitt etiska rättesnöre *primum est non nocere*, 'det första är att inte skada' – något som egentligen borde gälla alla välfärdstjänster, inte bara sjukvården. I den klassiska så kallade Hippokratiska läkaredden är ordalydelsen "vad som kan skada eller göra dem ont ska jag söka avvärja".

Bland verktyg som har ett gott syfte men som kan användas fel finns även forskningsöversikter och analyser av kostnadseffektivitet. Här är exempel på sådant som vi alla måste "söka avvärja":

»Bristfälligt studerad behöver inte betyda dålig.«

- 1. ATT MÅL OCH MEDEL FÖRVÄXLAS.** Enligt lagen är vårdens mål en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen, medan socialtjänstens mål är att främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlika levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Budgeten är ett verktyg som är till för vård och socialt arbete – inte tvärtom, vilket ibland glöms bort. Att beräkna kostnadseffektivitet är ett redskap för prioritering, så att målen kan uppnås så långt som möjligt trots begränsade resurser.
- 2. ATT ALLT SOM PÅSTÅS** av forskare kallas för "evidens". Evidens är vad det samlade vetenskapliga kunskapsläget visar när man systematiskt har sökt, kritiskt granskat och vägt samman de olika typer av studier som finns. Trots detta rymmer nästan all evidens ett mått av osäkerhet. Kunskapen blir aldrig fullständig.
- 3. ATT ALLT OBEVISAT BETRAKTAS** som "dåligt". Att en åtgärd är bristfälligt studerad behöver inte betyda att den är dålig. Den kan vara verkligen värdefull eller till och med helt nödvändig, även om det saknas studier på området. Att något är obevisat betyder bara att vi inte vet, varken mer eller mindre.
- 4. ATT VARIATIONER FÖRBISES.** Att ta fram evidens handlar om att undersöka sannolikheten för att en viss metod eller insats ska vara till hjälp för personer med ett visst problem. Det handlar inte om att komma med universallösningar. Varje individ är unik och kontexten varierar – men det finns också likheter och gemensamma nämnare. Forskning på gruppnivå måste därför tolkas och tillämpas utifrån den enskilda individens situation och sammanhang.
- 5. ATT ERFARENHETSKUNSKAP UNDERSKATTAS.** Stor erfarenhet, praktisk kunskap och förtrogenhet är ytterst värdefullt och kan varken ersätta eller ersättas av forskningsresultat. Alla former av sakkunskap måste i stället användas tillsammans. När egna erfarenheter av en behandling eller insats inte stämmer med vad forskningen visar, finns det skäl att försöka ta reda på varför. Forskningsresultaten måste läsas kritiskt utifrån praktiken – och inarbetad praxis måste omprövas utifrån forskningsresultat.



Ragnar Levi | Chefredaktör

ATT ALLSIDIGT OCH RÄTTVIST bedöma värdet av olika åtgärder inom vård och socialt arbete

kräver en sammanvägning av möjlig nytta och tänkbar skada. Båda måste beaktas samtidigt.

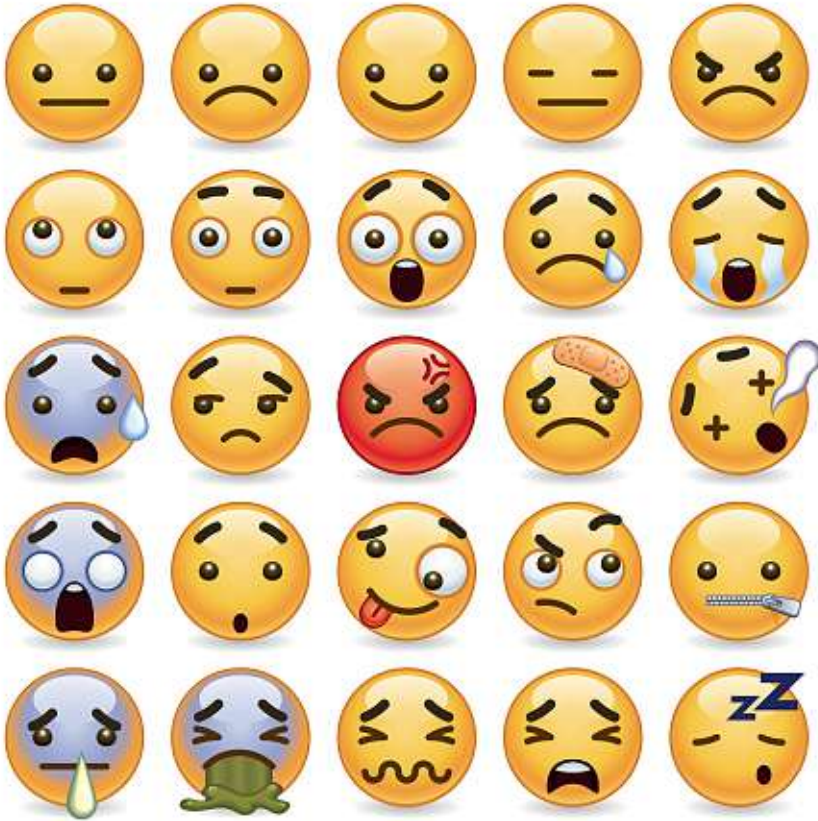
I teorin borde ju forskningen kunna ge en bra bild av såväl fördelar som nackdelar. Men i praktiken inriktas de flesta forskningsprojekt enbart på nytta. De dimensioneras och läggs upp för att visa gynnsamma effekter. Patienter, brukare, behandlare och beslutsfattare behöver veta mer.

Randomiserade studier, där åtgärder jämförs genom att lottas till försöksdeltagarna, ger de säkraste beskederna om skadeverkningar som är vanligt förekommande. Men när det gäller mer sällsynta skador är sådana studier ofta alltför små och avgränsade för att kunna ge korrekta svar. Påståendet "inga skador har observerats" i en randomiserad studie av positiva effekter räcker alltså inte för att bedöma nackdelarna med en åtgärd. Det krävs andra former av uppföljning.

SÄLLSYNTA LÄKEMEDELSBIVERKNINGAR är ett tydligt exempel. Kliniska prövningar av nya läkemedel brukar omfatta mellan 500 och 5 000 patienter. Rent statistiskt betyder detta att biverkningar som uppträder hos färre än en på hundra eller en på tusen knappast kommer att upptäckas i sådana randomiserade studier, utan först när läkemedlet börjar användas brett. Detta gäller även dramatiska skadeverkningar.

Dessutom pågår läkemedelsprövningarna sällan mer än några månader. Biverkningar som visar sig först efter längre behandling fångas således inte heller upp. Därför är det viktigt att alla läkare och patienter som kommer i kontakt med nya läkemedel rapporterar in misstänkta biverkningar till Läkemedelsverket. Dessa fallrapporter måste analyseras och följas av biverkningsstudier i form av registerstudier med många deltagare, till exempel kohortstudier och fall-kontrollstudier.

FÖRHASTADE SLUTSATSER OM att en åtgärd är riskfri beror inte bara på att fel slags studier används som grund för bedömningen. I fråga om psykologiska behandlingsmetoder saknas det en tradition att över huvud taget studera metodernas negativa effekter, hävdar brittiska forskare. Ämnet har aktualiserats av en



kartläggning där 5 procent av 14 600 tillfrågade briter som genomgått psykologisk behandling upplever att de har kvarstående negativa effekter av terapin. Även om olämpliga behandlingsmetoder bara är en av flera tänkbara orsaker, har frågan väckts.

En åtföljande ledare i *British Journal of Psychiatry* föreslår ett liknande uppföljningssystem för psykologisk behandling som för läkemedel, så att det blir möjligt att mer systematiskt granska insatser som inte har fungerat. Ett första steg borde vara att skapa samsyn när det gäller att beskriva, klassificera och bedöma misstänkta biverkningar av psykologisk behandling, önskade händelser och skadeverkningar. Detta skulle ge ett ramverk för ökad kunskap genom uppföljning och forskning, menar författarna.

SKADEVERKNINGAR AV VÅRD eller socialt arbete behöver inte bero på att en behandling eller insats används fel så att den gör mer skada än nytta. Skador kan också uppstå när patienter och brukare aldrig får tillgång till åtgärder som faktiskt skulle ha kunnat vara till hjälp för dem och som det också kunde ha funnits resurser till. En aktuell artikel i *The*

Lancet pekar på att underanvändning av effektiva insatser i hälso- och sjukvården förekommer i såväl höginkomst- som låginkomstländer.

Orsakerna finns i olika delar av välfärdssystemet – på övergripande nivå för att beslutsfattare inte prioriterat åtgärden och inte avsatt de resurser som krävs, eller för att systemet som ska erbjuda åtgärden är ineffektivt organiserat. Det kan också handla om att professionerna saknar den kunskap och kompetens som krävs eller att patienter och brukare inte efterfrågar åtgärderna.

PROBLEMET MED ATT NEGATIVA effekter ignoreras av forskare går igen i systematiska litteraturoversikter. Flera kartläggningar har visat att mindre än var tionde översikt undersöker skadeverkningar som en huvudfråga.

Inte ens de översikter som har utformats specifikt för att sammanställa kunskap om skadeverkningar är alltid tillförlitliga. Till exempel kan det saknas en tydlig definition av de negativa effekter som det handlar om. Ibland preciserar inte författarna vilken typ av studier som de har sökt, vilken uppföljningstid det gäller eller om några deltagare kan ha

Ställ kritiska frågor om skada

- Har möjliga skadeverkningar över huvud taget undersökts på ett systematiskt sätt?
- Har negativa effekter i så fall utgjort en huvudfråga i studierna eller har skadorna bara noterats som bifynd i uppenbara fall?
- Vilken typ av skadeverkningar har eftersökts hos vilka kategorier av patienter/brukare och varför just detta urval?
- Hur har skada och allvarlighetsgrad definierats i dessa sammanhang?
- Bygger informationen enbart på publicerade uppgifter eller även på opublicerat material – i så fall från vilka källor och hur har data inhämtats?
- Framgår det hur vanligt det är att en och samma individ drabbas av olika skadeverkningar?
- Finns det något som antyder att risken är större bland vissa patienter, brukare eller behandlare, exempelvis beroende på olika bakgrundsfaktorer?
- Har risken för snedvridning bedömts specifikt för information om skadeverkningar eller bara generellt för samtliga utfall?
- Vilken information om skadeverkningar saknas, av vilka skäl och kan detta påverka helhetsbedömningen av åtgärden?

Fritt efter Zorzela et al, 2016.

haft ett sämre utgångsläge eller varit mer sårbara.

En internationell forskargrupp ledd av barnintensivläkaren Liliane Zorzela vid University of Alberta i Edmonton, Kanada, har nyligen utvecklat en checklista över hur skadeverkningar av olika insatser ska belysas bättre i systematiska översikter. Därmed bidrar gruppen med något alldeles nödvändigt. De sätter ljuset på den avigsida som få har velat granska. ♦ **RL**

Lästips

- Zorzela L, et al. PRISMA harms checklist: improving harms reporting in systematic reviews. *BMJ* 2016;352:i157 (samt errata *BMJ* 2016;353:i2229).
- Zorzela L, et al. Quality of reporting in systematic reviews of adverse events: systematic review. *BMJ* 2014;348:f7668.
- Saini P, et al. Selective reporting bias of harm outcomes within studies ... *BMJ* 2014;348:f7668.
- Scott J, et al. Psychotherapies should be assessed for both benefit and harm [editorial]. *Br J Psychiatry* 2016;208:208-9.
- Jonsson U, et al. Reporting of harms in randomized controlled trials of psychological interventions for mental and behavioral disorders: a review of current practice. *Contemp Clin Trials* 2014;38:1-8.
- Glasziou P, et al. Right Care 2: Evidence for underuse of effective medical services around the world. *Lancet* 2017. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30946-1.

Misstänkta biverkningar av läkemedel ska rapporteras till Läkemedelsverket, se www.lv.se/rapportera



SBU:S SLUTSATSER AKUTA GALLBESVÄR

- ▶ Det behövs fler välgjorda studier för att kunna avgöra om det är bättre att operera än att avvakta med operation vid gallstensbesvär. I dag är det vetenskapliga underlaget otillräckligt.
- ▶ Det behövs fler välgjorda studier för att kunna avgöra om det är bättre att operera än att avvakta med operation vid akut gallblåseinflammation. I dag är det vetenskapliga underlaget otillräckligt.

- ▶ Patienter med akut gallblåseinflammation kan opereras i akut skede, inom några dygn, utan att risken för komplikationer ökar. Om fler opereras i akut skede i stället för vid ett senare tillfälle, skulle det gå åt mindre resurser i hälso- och sjukvården. I dag opereras strax över 60 procent i akut skede. Om andelen som opereras i akut skede kan ökas till 90 procent uppskattar SBU att vården frigör tre vård dagar per patient, totalt cirka 3 300 vård dagar per år (motsvarande knappt 26

miljoner svenska kronor per år). Patienterna slipper dessutom ha besvär under väntetiden om de opereras direkt.

- ▶ Risken för komplikationer minskar om personer med akut gallblåseinflammation opereras via titthål (laparoskopiskt) i stället för med öppen kirurgi. I dag startas endast 7 procent av alla operationer med öppen teknik, men det kan ändå vara värt att överväga om några av dessa i stället skulle kunna opereras via titthål.

Gallblåseinflammation

Operation blir bäst tidigt och med titthål

Om personer med en inflammerad gallblåsa ska genomgå kirurgi, är det bäst om ingreppet sker inom några dygn. Jämfört med i dag skulle vårdtiden kunna minska med tre dagar per patient, motsvarande 26 miljoner kronor per år. Vid akut inflammation kan ännu fler opereras via titthål – det ger mindre komplikationer än öppen kirurgi. Argumenten beskrivs i SBU:s utvärdering av behandling vid akuta gallbesvär.

Huvudfrågan när det gäller akuta gallbesvär är om det är bättre att operera eller att avvakta. Men här ger forskningen inget tydligt svar, konstaterar SBU efter att ha granskat alla tillgängliga studier.

– Tvärtom mot vad vi trodde räcker faktiskt inte det vetenskapliga underlaget för att avgöra frågan, säger Johanna Österberg som är överläkare vid kirurgikliniken på Mora lasarett. Hon är en av dem som medverkat i SBU:s projekt.

I KLINISKA UNDERSÖKNINGAR som har pågått i upp till 14 år, och där man avvaktat med operation efter akuta gallbesvär, är det ganska många patienter som aldrig återkommit med sådana problem, konstaterar projektgruppen.

– Vi behöver randomiserade studier av akut gallstensmärta, framhåller Johanna Österberg.

Hon tillägger att det åtminstone inte finns något som antyder att de principer som många i Sverige tillämpar i dag skulle vara fel: att avvakta efter ett enstaka okomplicerat gallstensanfall, för att se om besvären kommer tillbaka, och att överväga operation direkt när det finns en akut gallblåseinflammation.

SBU:S GENOMGÅNG VISAR ändå på förbättringsmöjligheter i vården. Ska en patient opereras för akut gallblåse-

inflammation, är det bäst att ingreppet görs i akut skede, inom några dygn. Patienten slipper väntetid med risk för nya besvär, komplikationerna blir inte fler och resurser frigörs.

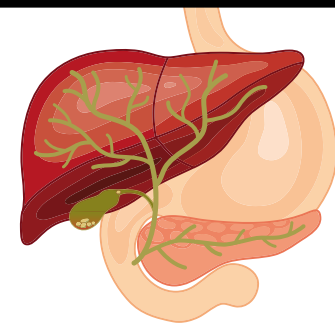
I dag opereras 60 procent av patienterna med denna diagnos så tidigt. Om siffran kunde höjas till 90 procent, skulle vården frigöra totalt cirka 3 300 vård-dagar per år, till ett värde av 26 miljoner kronor, konstaterar SBU.

ATT ANVÄNDA TITTHÅLSTEKNIK i stället för öppen kirurgi när man opererar akut gallblåseinflammation minskar risken för komplikationer betydligt – framför allt blir det färre fall av sårinfektion och lunginflammation. De allra flesta sådana ingrepp görs redan på detta sätt men ytterligare några fall kan övervägas.

Fortsatt uppföljning av den kirurgiska vården av gallstenssjukdom kan ske i det nationella kvalitetsregistret GallRiks, skriver SBU. ♦ **RL**

Om rapporten

Operation vid besvär av sten i gallblåsan och akut gallblåseinflammation. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter (2016). SBU-rapport nr 259. Ordförande: Doc Claes Jönsson, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg. Projektledare SBU: Doc Jan Adolfsson, jan.adolfsson@sbu.se Hela rapporten med sammanfattning: www.sbu.se/259



MARINA UVA / SHUTTERSTOCK

Gallstenssjukdom

Sten i gallblåsan är vanligt, men hur många som bär på gallsten är inte känt. I vissa fall kan sten i gallblåsan ge anfall av buksmärta i samband med födointag. Vid akut gallblåseinflammation (kolecystit) tillstöter feber och påverkat allmän-tillstånd. Oftast finns det också sten i gallblåsan.

Varje år opereras 12 500 personer på grund av sten i gallblåsan och följdproblem. Även om ingreppet är ett av vårdens vanligaste är det inte helt riskfritt. Någon slags komplikation uppstår hos 7 procent av patienterna, och 1 procent av alla som opereras drabbas av allvarliga komplikationer. Alternativet till att operera bort gallblåsan är att vänta och se om det blir nya besvär.

Vid operation används titthålsteknik eller öppen kirurgi. I en del fall av kolecystit blir inflammationen så uttalad att gallblåsan riskerar att spricka, vilket är allvarligt. Andra riskfyllda tillstånd som kan ha samband med gallstenssjukdom är inflammation i bukspottkörteln och inflammation i den djupa gallgängen.

Skakvåld Studierna klargör inte hur träffsäker "triaden" är hos spädbarn

SBU har granskat underlaget för att "triaden" – blödning under hjärnhinnan, i ögonbotten samt hjärnpåverkan – förklaras av skakvåld, när det saknas yttre tecken på våld. Granskningen bekräftar att de tre fynden förekommer vid skakvåld, men det vetenskapliga underlaget räcker inte för att avgöra triadens träffsäkerhet när det gäller att bedöma om barnet har skakats.

Det är oerhört viktigt att upptäcka misshandel som utsätter barn för livsfara och allvarligt trauma. Samtidigt är det mycket allvarligt om man felaktigt bedömer att ett barn har utsatts för skakvåld. Samhällets ingripanden och åtgärder kan bland annat leda till att en familj splittras på felaktig grund.

SBU har gjort en systematisk översikt av forskningsresultat för att ta reda på med vilken säkerhet som den så kallade triaden av fynd och symtom tyder på att barn under ett års ålder har utsatts för skakvåld. Översikten gäller endast skakning utan yttre tecken på våld, så kallat isolerat skakvåld.

ATT TRIADEN OCH DESS delkomponenter förekommer vid bevittnat eller erkänt skakvåld finns det ett visst stöd för, ett så kallat begränsat underlag. Men triadens träffsäkerhet som tecken på isolerat skakvåld kan inte bedömas – på den punkten är det vetenskapliga underlaget otillräckligt, skriver SBU.

Studier av fall som varken bevittnats eller erkänts togs inte med i granskningen. Orsaken är att misstanken om skakvåld i sådana studier ofta har byggts på just fynd av triaden. Att ange hur ofta triaden har förekommit i dessa fall av misstänkt skakvåld skulle innebära ett cirkelresonemang.

För att utvärdera fyndens träffsäkerhet ställdes kravet att studierna (så kallade fall-kontroll-, kohort- och

registerstudier eller undersökningar med kvalitativ metod) skulle omfatta minst tio fall. Biomekaniska studier av rörelser och krafter vid skakning av modeller hanterades separat i utvärderingen.

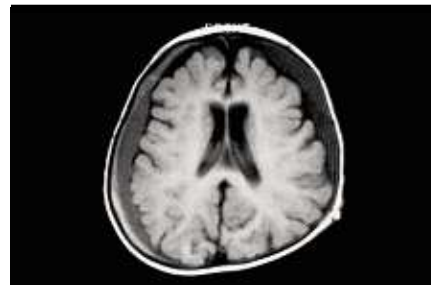
I LITTERATURSÖKNINGEN framkom också publicerade fallbeskrivningar där triaden eller delkomponenterna har observerats i samband med andra tillstånd. Många av dessa publikationer gäller enstaka patienter och har inte kvalitetsgranskats av SBU men listas i en bilaga till rapporten.

I samband med SBU:s systematiska översikt genomförde Statens medicinska rådgivning, Smer, en etisk analys. Där diskuteras balansgången mellan risken för falskt alarm och risken för att missa fall av skakvåld. Smer skriver vidare att vårdens personal måste vara både observant på misstankar om skakvåld och försiktig med uttalanden om orsaken till skador.

Personal inom bland annat vård och socialtjänst är skyldig enligt Socialtjänstlagen att anmäla farhågor om att ett barn far illa. Men själva termen skakvåld bör inte användas, enligt Smer, eftersom den förutsätter att orsaken är fastlagd. ♦ **RL**

Om rapporten

Skakvåld – triadens roll vid medicinsk utredning av misstänkt skakvåld. En systematisk litteraturoversikt (2016). Projektledare SBU: Frida Mowafi, registrator@sbu.se Hela SBU-rapporten finns på www.sbu.se/255 och Smers etiska analys finns även på www.smer.se



SCIENCE SOURCE / GETTY

Triaden

Skakvåld innebär att någon skakar ett barn så att dess huvud kastas fram och tillbaka. Vid misstänkta fall av skakvåld har en kombination av tre fynd kommit att kallas triaden: blödning under den hårda hjärnhinnan (subduralblödning), ögonbottenblödning och olika former av hjärnpåverkan (encefalopati) med symtom som exempelvis sänkt medvetande, kramper och andningsuppehåll. Skadorna kan bli bestående och barnet kan få allvarliga funktionsnedsättningar som påverkar dess hälsa, utveckling och framtida livskvalitet. Syrebrist kan ge så allvarliga hjärnskador att barnet avlider.

Den engelska termen för triaden, *shaken baby syndrome* (SBS), syftar på de symtom och fynd som kan uppkomma efter isolerat skakvåld, det vill säga skakning utan att huvudet stött emot något – utan direktvåld. American Academy of Pediatrics förordade år 2009 en bredare term, *abusive head trauma* (AHT) som även innefattar direktvåld mot huvudet. I forskningslitteraturen förekommer ytterligare ett antal benämningar som helt eller delvis överlappar SBS och AHT och som har använts på olika sätt. Detta har bidragit till metodologiska oklarheter om effekter av misstänkt skakvåld.

NICK VEASEY / GETTY



SBU-RESULTAT **SKAKVÅLD**

Utifrån den systematiska litteraturöversikten har projektgruppen kommit fram till dessa evidensgraderade resultat:

- ▶ Det finns begränsat vetenskapligt underlag för att triaden och därmed dess delkomponenter kan förekomma vid skakvåld.
- ▶ Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag för att bedöma den diagnostiska träffsäkerheten av triaden för att identifiera skakvåld.



PRINCESSDLAF / GETTY

SBU:S SLUTSATSER FAS OCH FASD – TILLSTÅND OCH INSATSER

► Fetala alkoholspektrumstörningar (FASD) är ett omdiskuterat begrepp som innefattar det spektrum av fosterskador som skulle kunna vara orsakade av mammas alkoholkonsumtion under graviditeten. I Sverige betecknas inte FASD som en diagnos medan däremot fetalt alkoholsyndrom (FAS), som är ett av flera tillstånd inom FASD, är en medicinsk diagnos. Diagnosen FAS innefattar en komplicerad bild av såväl fysiska som beteendemässiga och kognitiva avvikelser.

► Med undantag av diagnosen FAS är tillståndsbeskrivningarna inom FASD på forskningsstadiet och följderna av att tillämpa dem i vård och omsorg oklara. Oavsett hur individernas tillstånd beskrivs, är det angeläget att hjälpa barn och familjer utifrån förekommande problem och individuella behov. Det är viktigt att följa kunskapsutvecklingen om insatser vid andra tillstånd som delvis överlappar FASD (som adhd, autism och intellektuell funktionsnedsättning).

► Personer som uppfyller kriterier för FASD och deras föräldrar upplever att det finns möjligheter till förbättringar i fråga om kunskap om tillstånden samt när det gäller förståelse och stöd inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolan.

► Ny forskning bör inriktas på att undersöka nyttan för de enskilda individerna, samt vilka risker och kostnader som identifiering av olika tillstånd inom FASD innebär. Befintliga studier ger ingen vägledning om huruvida det finns en specifik typ av stöd och behandling som ska erbjudas barn som uppfyller kriterier för dessa tillstånd.

FASD Familjer efterlyser bättre hjälp vid möjlig fosterskada

Så kallad alkoholspektrumstörning, FASD, innefattar många tillstånd som eventuellt skulle kunna bero på mammans konsumtion av alkohol under graviditeten. SBU:s översikt av all tillgänglig forskning visar att effekterna av att identifiera sådana tillstånd som utgångspunkt för skraddarsydd insatser i vård och omsorg är oklara. I väntan på ny vetenskaplig kunskap är det angeläget att barnen och familjerna får hjälp, oavsett om orsaken är alkoholskada eller något annat.

Den omdiskuterade samlingstermen alkoholspektrumstörning hos foster, även kallad FASD, *fetal alcohol spectrum disorder*, är fortfarande inte en diagnos. I stället är det en bred kategori som inbegriper allt från den etablerade diagnosen fetalt alkoholsyndrom (FAS) till utvecklingsproblem och missbildningar av olika grad hos individer som utsatts för alkohol under fosterstadiet.

Med undantag av FAS är tillstånden inom FASD ofullständigt beskrivna – området befinner sig fortfarande på forskningsstadiet.

DÄREMOT VISAR SBU:S utvärdering att personer som uppfyller kriterierna för tillstånden känner sig begränsade i vardagslivet av kognitiva, fysiska eller sociala problem. Även de närstående påverkas. Föräldrar till barn med FASD känner sig tyngda av stress och social isolering. De oroar sig för framtiden och upplever att personal i vård, skola och omsorg saknar kunskap och förståelse. Och de efterlyser bättre stöd från professionerna.

SBU KONSTATAR OCKSÅ att det är oklart vilka följderna skulle bli av att använda olika FASD-beskrivningar som utgångspunkt för insatser i vård och omsorg. Till exempel ger den samlade forskningen inte besked om förekomsten av olika funktionsnedsättningar vid olika tillstånd inom FASD. Den ger inte heller

svar på om några insatser skulle få bättre effekt om en FASD-beskrivning användes som utgångspunkt. Hos föräldrar kan information om att barnets tillstånd uppfyller sådana kriterier väcka blandade känslor – både skuld och lättnad.

EN RAD INSATSER SOM skulle kunna vara aktuella har utvärderats vid andra tillstånd men sällan specifikt för individer som uppfyller FASD-kriterier. Det finns vissa belägg för att det är möjligt att på olika sätt hjälpa barn med FASD, till exempel i skolarbetet. Men man vet inte vilka insatser som gör att barnen mår bättre och får det bättre socialt.

För att få mer användbar kunskap borde forskarna undersöka den fysiska och psykiska hälsan samt den sociala situationen hos representativa grupper med definierade tillstånd inom FASD. Då blir det också möjligt att följa upp effekten av olika insatser.

Framtida studier borde även undersöka hur insatser som har utarbetats för individer med exempelvis adhd bäst anpassas för personer som också uppfyller olika FASD-kriterier. ♦ **RL**

Om rapporten

Fetalt alkoholsyndrom (FAS) och fetala alkoholspektrumstörningar (FASD) – tillstånd och insatser. En systematisk översikt och utvärdering ur socialt, medicinskt, ekonomiskt och etiskt perspektiv (2016). Kontakt SBU: Monica.Hultcrantz@sbu.se Hela rapporten med sammanfattning finns på www.sbu.se/258



AFITZ / SHUTTERSTOCK

OM FASD

Till den breda och ifrågasatta kategorin av fetala alkoholspektrumstörningar (*fetal alcohol spectrum disorder*, FASD) räknas fetalt alkoholsyndrom (FAS), partiellt fetalt alkoholsyndrom (*partial FAS*, pFAS), alkoholrelaterade missbildningar, (*alcohol-related birth defects*, ARBD), och alkoholrelaterade utvecklingsneurologiska funktionsstörningar (*alcohol-related neurodevelopmental disorder*, ARND).

Tillstånden är inte välvägränsade från varandra men kriterierna kan skilja sig till exempel när det gäller förekomst och grad av dokumenterad alkoholexponering, anatomiska särdrag, tillväxthämning samt kognitiva och beteendemässiga problem.



KIEFERPIX / SHUTTERSTOCK

VÅRDEN KAN HITTA FLER VÅLDSUTSATTA KVINNOR MEN UPPFÖLJNINGEN ÄR OKLAR

När vårdpersonal rutinmässigt frågar kvinnor om våld hemma, oavsett om det finns sådana misstankar eller inte, identifieras fler fall av partnervåld. Få studier har dock undersökt om detta också leder till hjälp för kvinnorna.

En systematisk översikt från Cochrane Collaboration visar att screeningfrågor om partnervåld till kvinnor som kommer till vården av andra skäl, exempelvis till mödravården, identifierar fler som är utsatta. Få studier har undersökt om detta också leder vidare till fler hjälp- och stödinsatser, bättre hälsa för kvinnorna eller minskat våld.

SBU har granskat översikten och kommenterar den utifrån svenska förhållanden.

DET ÄR INTE KLARLAGT hur träffsäkra frågorna är, det vill säga hur ofta svaren inte är missvisande åt något håll. Av SBU:s kommentar till översikten framgår att screening för partnervåld i dagsläget inte verkar uppfylla Socialstyrelsens modell och

generella kriterier för att rekommendera allmän screening. Bland annat förutsätter dessa att metoden är tillförlitlig och att det finns effektiva åtgärder att erbjuda de kvinnor som identifieras.

NEGATIVA EFFEKTER AV screeningen sågs inte i de studier som hade undersökt detta. Enligt översikten var kvinnorna som deltog i studierna positiva till att få frågor om våldsutsatthet inom ramen för hälso- och sjukvården, oavsett vilken frågeteknik som hade använts. Författarna till översikten framhåller att det behövs studier av mer långsiktiga effekter på de våldsutsatta kvinnornas hälsa.

I Sverige dödas varje år 13 kvinnor och tre män av en nuvarande eller tidigare partner. Mångfald fler utsätts för våld som inte är dödligt. Fyra svenska kartläggningar tyder på att 0,5–2,9 procent av kvinnor och 0,5–2,0 procent av män utsätts för fysiskt våld av en partner eller tidigare partner. Siffrorna är dock osäkra eftersom många inte svarar på frågor om våld. ◆ **RL**

Om kommentaren

Screening i hälso- och sjukvård för partnervåld mot kvinnor. Stockholm: SBU, 2016.

Sakkunnig: Maria Eriksson, Professor i socialt arbete, Mälardalens högskola

Den systematiska översikt som kommenteras är: O'Doherty L, et al. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 7.

Projektledare på SBU: Goran.Bertilsson@sbu.se
SBU:s fullständiga kommentar finns på www.sbu.se/2016_08

MÖJLIGT ATT STÖDINSATSER KAN DÄMPA PARTNERVÅLD

Risken att kvinnor fortsätter utsättas fysiskt eller psykiskt våld från en partner verkar kunna dämpas något med stödinsatser. Men det vetenskapliga underlaget är magert, och det behövs bättre kunskap om effekterna i svensk miljö.

Kvinnor som har utsatts för fysiskt, psykiskt eller sexuellt partnervåld kan erbjudas insatser som stödsamtal, information, skyddat boende, stöd vid rättegångar och hjälp vid myndighetskontakt. Inslag av kognitiv beteendeterapi, kbt, förekommer också.

SBU har granskat två systematiska översikter som undersöker om olika stödinsatser respektive kbt kan minska fortsatt partnervåld och förbättra kvinnornas psykosociala hälsa.

ÖVERSIKTERNA ANTYDER ATT stödinsatser kan ge viss minskning av fysiskt och psykiskt våld. Även kbt kan vara till hjälp på olika sätt. Men resultaten måste tolkas försiktigt, framhåller SBU i sin kommentar. Underlaget utgörs av ett fåtal studier från USA, Kina, Peru och Australien, och undersökningarna har tydliga metodologiska begränsningar. Det anges inte om våldet har varit makt- och kontrollbetingat, situations- och relationsbetingat eller alkoholrelaterat. Det framgår inte heller om insatsen skulle leda till att förbättra eller avsluta relationen.

Stödinsatserna i studierna hade olika omfattning och inriktning – egenmakt, trygghet i relationen, strategi i vallsituationer, problemlösning, oberoende och kontroll. De kunde också innefatta råd och stöd kring kommunal service, juridiska frågor, boende och ekonomi, utbildning om partnervåld och psykosocialt/empatiskt stöd. Översiktsförfattarna finner sammantaget ett visst men svagt stöd för att insatserna under vissa omständigheter kan minska risken för att kvinnor fortsätter att utsättas av partnern för fysiskt och psykiskt våld.



OKSANA MIZINA / SHUTTERSTOCK

Det fåtal studier som gäller effekten på sexuellt våld har inte påvisat sådana resultat, men underlaget är för litet för att ge säkra svar.

SBU EFTERLYSER DELS svenska effektstudier, dels studier och översikter inom kvalitativ forskningstradition. Undersökningar av stödinsatserns effekter måste läggas upp för att förebygga kända metodproblem och vara tillräckligt stora. Forskarna bör precisera insatsernas syfte, sammanhang, omfattning samt vem som utför dem, och syftet bör avspeglas i valet av utfallsmått. Det behövs också systematiska kunskapssammansättningar och studier inom ramen för kvalitativ forskningstradition, skriver SBU. ♦ **RL**

Om kommentaren

Effekt av stödinsatser samt kognitiv beteendeterapi (KBT) för kvinnor som utsatts för partnervåld. Stockholm: SBU, 2016. Sakkunnig: Univ lektor Tommy Andersson, Inst f socialt arbete, Umeå universitet. Kontaktperson på SBU: goran.bertilsson@sbu.se

De systematiska översikter som kommenteras är:

- Trado-Muñoz J, et al. The efficacy of cognitive behavioral therapy and advocacy ... *Ann Med* 2014;46:567-86.
- Rivas C, et al. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women ... *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 12.

Fullständig kommentar finns på www.sbu.se/2016_09

PÅ GÅNG Exempel på SBU- projekt



ENDOMETRIOS: UTVÄRDERING & UNDERLAG TILL NATIONELLA RIKTLINJER
Jenny.Odeberg@sbu.se
Plan publ: se www.sbu.se

EPILEPSI: UTVÄRDERING & UNDERLAG TILL NATIONELLA RIKTLINJER
Sten.Anttila@sbu.se
Plan publ: se www.sbu.se

FÖRÄLDRAINSATSER VID VÅLD ELLER FÖRSUMMELSE MOT BARN
Lina.Leander@sbu.se
Planerad publ: jan 2018

INSATSER FÖR BÄTTRE HÄLSA HOS BARN SOM PLACERATS I FAMILJEHEM
Knut.Sundell@sbu.se
Planerad publ: höst 2017

INSATSER FÖR BÄTTRE HÄLSA HOS ENSAMKOMMANDE BARN
Pernilla.Ostlund@sbu.se
Plan publ: höst 2017

KEMIKALIER I ARBETSMILJÖN & HJÄRT-KÄRLSJKDOM
Charlotte.Hall@sbu.se
Planerad publ: vår 2017

OPERERA ARMFRAKTUR
Karin.Stenstrom@sbu.se
Plan publ: sommar 2017

PROSTATACANCER: TILLÄGGSMETODER TILL PSA VID DIAGNOSTIK
Helena.Domeij@sbu.se
Planerad publ: vår 2017

PSORIASIS: UTVÄRDERING & UNDERLAG TILL NATIONELLA RIKTLINJER
Anna.Christensson@sbu.se
Plan publ: se www.sbu.se

RÄTTSPSYKIATRI: KARTLÄGGNING AV EVIDENS
Alexandra.Snellman@sbu.se
Planerad publ: sommar 2017

TILLGÅNG TILL VÅRD OCH TANDVÅRD FÖR PLACERADE BARN/UNGA
Sofia.Tranaeus@sbu.se
Plan publ: vinter 2017

MER KUNSKAP BEHÖVS OM METODER MOT HOT OCH VÅLD I PSYKIATRIN

Förebyggande av våld i psykiatri och metoder för att avbryta pågående våldshandlingar är bristfälligt studerat, enligt brittiska litteraturöversikter som SBU har granskat. När det gäller att bedöma risken för nära förestående våld och aggressivt beteende verkar ett av tre vetenskapligt testade formulär ha bättre känslighet och träffsäkerhet än de andra.

De flesta personer med psykisk sjukdom kommer aldrig att vara våldsamma. Men när våld och aggressivitet förekommer inom psykiatri, kan det utgöra ett hot mot både patienter och personal.

När risken för våld och aggressivitet ska bedömas, kan skattning med hjälp av formulär vara mer tillförlitligt än ostrukturerad klinisk bedömning av läkare och annan vårdpersonal. Av tre skattningssinstrument som gäller den överhängande risken för våld är Brøset violence checklist den mest tillförlitliga.

DET VISAR EN av flera systematiska litteraturöversikter från brittiska National Institute for Health and Care Excellence (NICE), som SBU har granskat och gjort flera kommentarer till.

Inte sällan återkommer beteendet hos en och samma individ. Risken överlag är större hos personer som tidigare har betett sig våldsamt. Bland patienter i psykiatrisk öppenvård har våldsamt beteende en koppling till missbruk och att själv ha utsatts för våld. Inom slutenvården är risken förhöjd hos personer som har schizofreni eller psykossjukdom som uppträtt sent i livet.

DÄREMOT RÄCKER INTE underlaget för att vetenskapligt bedöma nytta och risker vid olika former av fasthållning och isolering. Det är svårt att genomföra rättvisande jämförande studier på området.

De åtgärder som i dag används för att förebygga hot och våld är bristfälligt undersökta. Effekterna av särskild tillsyn av patienten, ändring av den fysiska miljön, särskilt framtagna krisplaner, personalutbildning och hanteringsstrategier kan

inte bedömas vetenskapligt. I fråga om våld och hot från unga personer betonar de brittiska författarna att samarbete med vårdnadshavare är viktigt liksom fullgoda kunskaper hos vårdpersonal om vad som gäller vid exempelvis tvångsvård.

Otillräckligt underlag gäller även val av substans vid så kallad sedering i akuta lägen, det vill säga tvångsinjektion av lugnande medel när detta är nödvändigt. Studierna ger inget entydigt besked om vilket medel som ger bäst balans mellan nytta och risk. Att britterna förordar lorazepam som förstahandsval beror även på praktiska och kliniska överväganden.

TRÄNING FÖR PERSONAL att ingripa fysiskt vid pågående våldshändelser är inte riskfritt. När träningen har inkluderat samtlig personal – även dem som är otränade och ovana vid sådan påfrestning – har detta i vissa fall lett till mer kroppsskada och sjukskrivning än verkliga fall där kanske främst personer med bättre förutsättningar att klara av situationen har ingipit.

Tvång vid akut våld

Tvångsåtgärder regleras i lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) (1991:1128) och beslutas av behörig läkare. Beslutet ska stå i rimlig proportion till syftet med åtgärden, och andra mindre ingripande åtgärder måste ha bedömts otillräckliga.

De vanligaste tvångsåtgärderna som används i mer akuta situationer är tvångsinjektion av läkemedel, avskiljning och fastspänning. Användningsområdena är delvis olika.

- Tvångsinjektion får användas om det är nödvändigt för att uppnå syftet med tvångsvården.
- Fastspänning kan bara beslutas om det finns en omedelbar fara för att patienten allvarligt skadar sig själv eller någon annan.
- Beslut om avskiljning får endast fattas om patientens aggressiva eller störande beteende allvarligt försvårar vården av andra patienter.

Skulle patienten bete sig akut farligt och det inte omedelbart går att nå läkare för ställningstagande och beslut kan personalen tvingas utnyttja brottsbalkens nödregler om nödvärn och nödrätt (1994:458).



SBU påpekar i en kommentar till översikterna att lagstiftning och arbetssätt skiljer sig åt mellan länder. Till exempel är fastspänning med bälte en relativt vanlig tvångsåtgärd i Sverige som är sällsynt i Storbritannien. Där kan man i stället hålla fast personer manuellt, något som inte är tillåtet här annat än i akuta nödsituationer och endast fram tills att läkare snabbt har tillkallats.

I STORBRIANNIEN är även isolering en vanlig tvångsåtgärd, men inte i Sverige. Isolering innebär inlåsning i särskilt rum, ofta med så lite stimuli som möjligt och med regelbunden övervakning via ett fönster eller elektroniskt. Även om så kallad avskiljning är lagligt i svensk psykiatri, sker det i allmänhet i personens eget rum, ofta med kontinuerlig tillsyn av personal.

På brittiska psykiatriska vårdavdelningar är övervakningskameror vanligt, framför allt i entréer, gemensamma patientutrymmen och isoleringsrum. I Sverige är detta sällsynt. ♦ **RL**

Om kommentarerna

SBU har publicerat flera kommentarer på temat hot och våld inom psykiatrin:

- riskfaktorer för våld och aggression
- skattning av risk för våld och aggressivitet
- förebyggande åtgärder
- interventionsstrategier vid pågående våldshändelser
- riskfaktorer, riskbedömning och hanteringsstrategier för unga
- sedering i akuta situationer

Sakkunnig: Anna Björkdahl, leg sjuksköterska, med dr, Centrum för psykiatriforskning, Stockholms läns sjukvårdsområde. Granskare: Henrik Andershed, prof i psykologi och doc i kriminologi, Örebro universitet. För sedering var sakkunnig även Andreas Carlborg, leg läkare, med dr, Centrum för psykiatriforskning, Stockholm, och granskare var doc Eva Lindström, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

Den rapport med systematiska översikter som SBU:s samtliga kommentarer gäller är:

National Institute for Health and Care Excellence. Violence and aggression: Short-term management in mental health, health and community settings. London: NICE, 2015. ISBN 978-1-4731-1234-6.

Kontaktperson på SBU: Mikael.Nilsson@sbu.se
Fullständiga kommentarer finns på www.sbu.se

BARN MÅR BÄTTRE HOS SLÄKT ÄN I FAMILJEHEM

Barn som har varit illa och som fått en placering hos släktingar eller vänner mår ofta bättre än barn som placerats i vanliga familjehem. SBU har granskat en systematisk översikt av 102 jämförande studier från nio länder.



I många länder placeras barn och ungdomar allt oftare hos släktingar eller vänner i stället för i vanliga familjehem.

Möjligheten att placera barn eller ungdomar hos släktingar och andra i de ungas nätverk är enligt svensk lag det första alternativet som socialtjänsten ska undersöka. Samtidigt har det funnits en viss skepsis mot de så kallade släktinghemmen.

ENLIGT EN SYSTEMATISK litteraturöversikt som SBU har granskat är släktinghemmen bättre än vanliga familjehem för de ungas beteendeutveckling, psykiska hälsa och välbefinnande. Barn och unga i släktinghem utnyttjar också psykiatrisk vård mer sällan och placeringen är mer stabil.

Översikten bygger främst på studier från USA där hälften av deltagarna är afroamerikaner. Trots att utbildningsnivån, hälsan och boendestandarden var sämre i deras släktinghem än hos andra

amerikaner, verkade de placerade barnen klara sig och må minst lika bra.

I en kommentar skriver SBU att även om de juridiska och samhällsliga förhållandena är annorlunda i Sverige än i USA, talar resultaten ändå för att släktingplacering kan vara ett bra alternativ också i Sverige. Eftersom översikten gäller observationsstudier finns det alltid en risk att grupperna inte varit jämförbara, till exempel för att barn som placerats i familjehem haft svårare problem. Så kallade känslighetsanalyser talar dock inte för att resultaten beror på snedvridning.

Orsaker till placering av barn och unga i familjehem kan finnas hos föräldrarna, till exempel bristande omsorg om barnet eller övergrepp. Det kan också bero på destruktiva beteenden hos barnet eller den unga personen själv – som kriminalitet, missbruk och prostitution. Placeringarna kan ske med vårdnadshavarnas samtycke eller med tvång. ♦ **RL**

Om kommentaren

Placering i släktinghem respektive vanliga familjehem – vad gynnar barnen? Sakkunnig: Doc Knut Sundell, SBU. Den systematiska översikt som kommenteras är: Winokur M, et al. Kinship care for the safety, permanency, and well-being of children removed from the home for maltreatment: a systematic review. Campbell systematic review 2014:2. Projektledare på SBU: Gunilla.Fahlstrom@sbu.se

Läs den fullständiga kommentaren på www.sbu.se

Ökad delaktighet hjälper långvarigt sjuka

Ett antal insatser för att öka långvarigt sjuka personers delaktighet i vården ger resultat i studier upp till ett år, visar översikter.

I en ny rapport har SBU granskat nio systematiska översikter om olika sätt att främja patienters delaktighet i vården, särskilt vid långvariga sjukdomar.

Enligt översikterna kan ett så kallat personcentrerat arbetssätt förbättra långvarigt sjuka personers hälsobeteende och tilltro till sin förmåga att hantera sin sjukdom och sina symtom. Beslutsstöd för patienter ökar kunskapen om olika handlingsalternativ och resultat, och tydliggör egna värderingar. I studierna har även vissa psykiska och fysiska hälsomått förbättrats.

Många insatser och aspekter av delaktighet har undersökts. SBU påpekar att översikterna kan ha överskattat det vetenskapliga bevisläget i vissa delar.

VISSA FRÅGOR KVARSTÅR. Eftersom patienterna sällan följdes mer än ett antal månader är det ovisst vilka effekter som nås på längre sikt. Författarna har inte heller angett hur stor en förändring behöver vara för att ha någon betydelse. Och det går det inte att avgöra vilken kompetens och vilka utbildningsinsatser som krävs för att få effekt av en insats.

Underlaget räcker inte heller för en hälsoekonomisk analys. Insatser för ökad delaktighet kan medföra ökade kostnader för hälso- och sjukvården, samtidigt som det finns en möjlighet att detta uppvägs av lägre resursåtgång i andra delar av vården.

Patienters delaktighet i vården handlar inte bara om att medverka i beslut utan också om att tillägna sig och tillämpa kunskap om sin sjukdom och behandling. Det kan också handla om att förmedla kunskap och erfarenheter till personalen.

En viktig utgångspunkt är att delaktighet är frivilligt. Men det kan ändå vara en etisk utmaning att insatserna förskjuter ansvar från hälso- och sjukvården mot patienten. ♦ **RL**

SBU. Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården. SBU-rapport nr 260. Läs mer på www.sbu.se/260

STRATEGI UTVECKLAS FÖR ATT SKATTA EFFEKT I KLINISK VARDAG



GETTY

Kunskapen om nya behandlingar som är på väg in i vården kommer bland annat från välgjorda kliniska studier. Men den effekt som påvisas i sådana prövningar kan avvika från vad som uppnås i klinisk vardag. I strävan att renodla sina frågor har forskarna ibland utslutit försöksdeltagare som har flera sjukdomar samtidigt eller som har ett dåligt allmänt hälsotillstånd. Detta kan leda till att behandlingseffekten i praktiken blir en annan än i studierna.

I ett aktuellt projekt har SBU undersökt om det går att med hjälp av hälsodataregister och vissa statistiska strategier justera den bild av effekten som kliniska prövningar ger. Det gäller dels innan behandlingen har införts, dels

efter en tids användning. En bred litteratursökning resulterade i nio relevanta artiklar som analyserades.

SBU konstaterar att det finns strategier eller tillvägagångssätt som skulle kunna användas. Nästa steg är att testa dessa och undersöka hur praktiska och juridiska frågor kan lösas. Här kommer Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket att ha huvudansvaret i samverkan med Sveriges kommuner och landsting, Läkemiddelsverket och SBU. ♦ **RL**

Värdering av effektivitet i klinisk vardag (2016). SBU-rapport nr 256. Kontaktperson: Naama.KenanModen@sbu.se Rapporten finns på www.sbu.se/256

CHEFREDAKTÖR Ragnar Levi, levi@sbu.se • ANSVARIG UTGIVARE Susanna Axelsson • TEXT Ragnar Levi [RL]
 POSTADRESS Box 6183, 102 33 Stockholm • TEL 08-412 32 00 • FAX 08-411 32 60 • www.sbu.se
 E-POST registrator@sbu.se • GRAFISK DESIGN Alenäs Grafisk Form • TRYCK Elanders, 2017
 4 nr per år, 157 000 ex • ISSN 1104-1250



SBU-NÄMNDEN

Nina Rehnqvist (ordf)
 KAROLINSKA INSTITUTET
 Peter Allebeck
 FORTE
 Heike Erkers
 AKADEMIKERFÖRBUNDET SSR
 Eva Franzén
 STATENS INSTITUTIONSSTYRELSE
 Jan-Ingvar Jönsson
 VETENSKAPSRÅDET
 Lars-Torsten Larsson
 SOCIALSTYRELSEN
 Stig Nyman
 HANDIKAPPFÖRBUNDE
 Lars Oscarsson
 ERSTA SKÖNDAL HÖGSKOLA
 Sineva Ribeiro
 VÄRDFÖRBUNDET
 Heidi Stensmyren
 SVERIGES LÄKARFÖRBUND
 Anders Sylan
 VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING
 Susanna Axelsson
 SBU

SBU:S RÅD "BRAGE"

Lars Hansson (ordf)
 PROFESSOR, VÄRDVETENSKAP,
 LUNDS UNIVERSITET
 Christel Bahtsevani
 LEG SJUKSKÖTERSKA, MED DR,
 VÄRDVETENSKAP, MALMÖ HÖGSKOLA
 Per Carlsson
 PROFESSOR, HÄLSOEKONOMI,
 LINKÖPINGS UNIVERSITET
 Björn-Erik Erlandsson
 PROFESSOR, MEDICINTEKNIK, KTH,
 STOCKHOLM
 Arne Gerdner
 PROFESSOR, SOCIALT ARBETE,
 HÄLSOHÖGSKOLAN I JÖNKÖPING
 Lennart Iselius
 DOCENT, HÄLSO- OCH
 SJUKVÅRDSREKTÖR,
 LANDSTINGET VÄSTMANLAND
 Mussie Mshghina
 DOCENT, ÖVERLÄKARE, PSYKIATRI,
 KAROLINSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET
 Lars Sandman
 PROFESSOR, VÅRDETİK, HÖGSKOLAN
 I BORÅS
 Britt-Marie Stålnacke
 PROFESSOR, ÖVERLÄKARE,
 REHABILITERINGSMEDICIN,
 UMEÅ UNIVERSITET
 Svante Twetman
 PROFESSOR, TANDVÅRD, HALMSTAD
 SAMT KÖPENHAMNS UNIVERSITET

GENERALDIREKTÖR SBU

Susanna Axelsson

SBU:S RÅD "EIRA"

Kjell Asplund (ordf)
 PROFESSOR, STOCKHOLM
 Henrik Andershed
 PROFESSOR I PSYKOLOGI, DOCENT I
 KRIMINOLOGI, ÖREBRO UNIVERSITET
 Kristina Bengtsson Boström
 DOCENT, BILLINGENS VÅRD CENTRAL,
 SKÖVDE
 Christina Bergh
 PROFESSOR, KVINNOKLINIKEN,
 SU/SAHLGRENSKA, GÖTEBORG
 Anna Ehrenberg
 PROFESSOR, VÄRDVETENSKAP,
 HÖGSKOLAN DALARNA
 Ingemar Engström
 PROFESSOR, PSYKIATRI, ETİK,
 ÖREBRO UNIVERSITET
 Nils Feltelius
 DOCENT, LÄKEMEDELSVERKET
 Ylva Nilsagård
 MED DR, DOCENT, FYSIOTERAPI,
 CAMTÖ, REGION ÖREBRO LÄN
 Sten-Åke Stenberg
 PROFESSOR, SOCIAL FORSKNING,
 STOCKHOLMS UNIVERSITET
 Katarina Steen Carlsson
 FIL DR, HÄLSOEKONOMI, IHE LUND

SBU AKTUELLT

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT INTERNATIONAL, HTAI, 2017

Årligt möte i Health Technology Assessment International
 Tid och plats: 17-21 juni, 2017, Rom, Italien
 www.htai.org

PREVENTING OVERDIAGNOSIS

Tema: Winding back the harms of too much medicine
 Tid och plats: 17-19 augusti, 2017, Québec, Kanada
 www.preventingoverdiagnosis.net

GLOBAL EVIDENCE SUMMIT 2017

Tema: Using evidence, improving lives
 Internationell konferens om evidens-baserat arbete inom vård och socialtjänst. Samarrangeras av Guidelines International Network, Campbell Collaboration, International Society for Evidence-based Health Care och Joanna Briggs Institute
 Tid och plats: 13-16 september, 2017, Kapstaden, Sydafrika
 www.globalevidencesummit.org

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

SAMMANFATTNINGAR 2014-2017

Kostnadsfria*

-ex Op sten i gallblåsan & akut gallblåseinf (2017), nr 259s
-ex FAS och FASD (2017), nr 258s
-ex Värdering av effektivitet i klin vardag ... (2016), nr 256s
-ex Skakvåd. Triadens roll vid medicinsk utredning - en systematisk litteraturoversikt (2016), endast webb
-ex Spel om pengar - behandling ... (2016), endast webb
-ex Arbetsmiljöns betydelse för artrosbesvär (2016), nr 253s
-ex Ungdomar m antisociala probl i instvård (2016), nr 252s
-ex Behandl av luftvägsinfektioner hos barn (2016), nr 251s
-ex Behandling av förlösningsskador (2016), nr 250s
-ex Behandling av hetsättningsstörning (2016), nr 248s
-ex Fosterdiagnostik med NGS (2016), nr 247s
-ex Fosterdiagnostik med mikroarray (2016), nr 246s
-ex Prev insatser, akut smärta rygg/nacke (2016), nr 245s
-ex Förebygga missbruk ... hos barn, unga (2015), nr 501-89
-ex Instrument för suicidriskbedömning (2015), nr 501-88
-ex Skolprogr mot självskada/suicidförsök (2015), nr 501-87
-ex Arbetsmiljö - hjärta och kärl (2015), nr 501-86
-ex Rehab, äldre, höftfraktur (2015), nr 501-85
-ex Rehab, äldre, stroke (2015), nr 501-84
-ex Behandl depression, äldre (2015), nr 501-83
-ex Nyttå-risk f vanl läkemedel hos äldre (2014), nr 501-82
-ex Kosttillägg för undernärda äldre (2014), nr 501-81

-ex Arbetets betydelse för ryggproblem (2014), nr 501-80
-ex Svårläkta sår hos äldre (2014), nr 501-79
-ex Dyslexi hos barn och ungdomar (2014), nr 501-78
-ex Arbetsmiljö: depr, utmattn-syndrom (2014), nr 501-77
-ex Tidig upptäckt av symptomgivande cancer (2014), nr 501-76

PATIENTINFORMATION ETC

Kostnadsfria, om inget annat anges*

-ex För närstående t långvarigt sjuka äldre (2016), nr 401-17
-ex Ny kunskap kan hjälpa kvinnor som fött barn (förlösningsskador) (2016), nr 902-27
-ex Bättre behandling (2015), nr 401-16. Pris 50 kr + moms och frakt. Rabatt f pensionärer samt över 10 ex: 25%
-ex Förebygg för barnens skull (2011), nr 401-16
-ex Glaukom (grön starr) (2009/2016), nr 401-15-1
-ex Läkemedel på äldre dar (2009), nr 401-14

Trycksaker och faktura* skickas till:

Namn
 Postadress
 E-post

Frankeras ej.
 Mottagaren
 betalar portot

SBU

Statens beredning
 för medicinsk och
 social utvärdering

Svarspost

111 810 800
 110 06 Stockholm



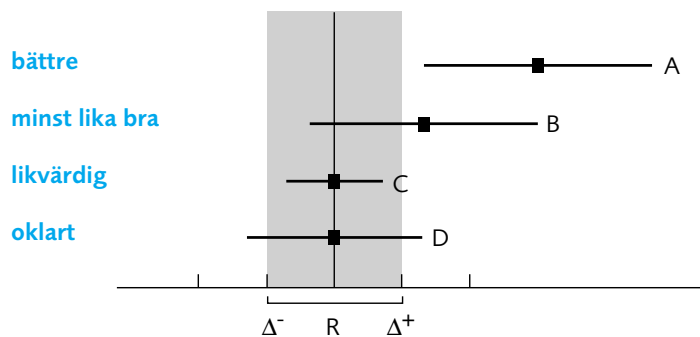
STATISTIK

Är effekten bättre, sämre eller likvärdig?

När effekter jämförs i en meta-analys måste man skilja mellan "bättre" och "minst lika bra" effekt. För att visa "likvärdig" verkan måste man först ange minsta betydelsefulla effekt.

När forskare mäter effekten av en åtgärd hos ett urval försöksdeltagare får de fram ett skattat genomsnitt. Ett konfidensintervall runt denna skattning anger det intervall inom vilket den faktiska effekten bedöms ligga – med viss angiven säkerhet, vanligen 95 procent. Intervallets bredd ger en bild av hur exakt skattningen är. När konfidensintervallet är brett så är det mindre säkert vilket medelvärdet är än när intervallet är smalt.

I EN METAANALYS BRUKAR man titta på om konfidensintervallet (som brukar markeras med en vågrät linje i diagrammet där resultaten presenteras) runt den skattade effekten (fylld kvadrat) inbegriper "ingen effekt" eller "ingen skillnad" (lodrät linje). När ett konfidensintervall innefattar den



GRAFIK: BJÖRN LUNDKVIST

lodräta linjen så kan den faktiska effekten mycket väl vara obefintlig eller negativ.

ÄVEN BLYGSAMMA effekter kan ha betydelse. Forskarna bör därför i förväg ange gränsen för hur liten en förbättring respektive försämring kan vara som minst utan att anses försumbar. I diagrammet ovan illustreras gränsvärden för betydelsefull effekt med Δ^+ , som anger hur liten en positiv effekt minst måste vara, och Δ^- som anger motsvarande gräns för en negativ effekt av åtgärden. Det grå fältet (R) representerar effektstorlekar som är så små att de har bedömts sakna betydelse.

I diagrammet representerar bokstäverna A–D tänkbara utfall i olika analyser. I fall A har effekten visats vara gynnsam, eftersom konfidensintervallet ligger klart till höger om det grå fältet. B illustrerar att effekten är minst lika bra som det alternativ forskarna jämfört med, åtminstone inte sämre – konfidensintervallet ligger fortfarande till höger om Δ^- . Fall C illustrerar att alternativen har visats vara likvärdiga, eftersom hela konfidensintervallet ligger inom den grå zonen. Likvärdighet har däremot inte visats i D, där konfidensintervallet sträcker sig utanför den grå zonen. I fallet D är resultatet oklart. ♦ **RL**

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

SBU-RAPPORTER 2011–2017

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

-ex Patientdelaktighet i vården (2017), nr 260, 150 kr
-ex Operation vid besvär av sten i gallblåsan och akut gallblåseinflammation (2017), nr 259, 150 kr
-ex Fetalt alkoholsyndrom (FAS) och fetala alkoholspektrumstörningar (FASD) (2017), nr 258, 200 kr
-ex Värdera effektivt i klin vardag (-16), nr 256, 150 kr
-ex Skakvåld, syst litteraturovers (2016), nr 255, 150 kr
-ex Behandl av spelberoende ... (2016), nr 254, 150 kr
-ex Arbetsmiljö & artrosbesvär (2016), nr 253, 150 kr
-ex Program för ungdomar med antisocial problematik inom institutionsvård (2016), nr 252, 150 kr
-ex Analfinkterskada vid förlösa (2016), nr 249, 200 kr
-ex Behandl av hätsningsstörn (2016), nr 248, 200 kr
-ex Fosterdiagn med NGS (2016), nr 247, 200 kr
-ex Fosterdiagn med mikroarray (2016), nr 246, 200 kr
-ex Preventiva insatser vid akut smärta från rygg och nacke (2016), nr 245, 200 kr
-ex Förebygg missbruk barn/unga (-15), nr 243, 200 kr
-ex Instr f bedömn av suicidrisk (2015), nr 242, 150 kr
-ex Skolprogram mot självskada inkl suicidförsök (2015), nr 241, 150 kr

-ex Arbetsmiljöns betydelse för hjärt-kärlsjukdom (2015), nr 240, 200 kr
-ex Rehab, äldre, höftfrakturer (2015), nr 235, 150 kr
-ex Rehab, äldre, stroke (2015), nr 234, 150 kr
-ex Behandling av depression hos äldre, nr 233, 200 kr
-ex Nyttå-risk med läkemedel för äldre, nr 229, 150 kr
-ex Arbetsmiljö, depr, utmattn (2014), nr 223, 250 kr
-ex Tid uppt av symtomgiv cancer (2014), nr 222, 150 kr
-ex Akutvård av äldre (2013), nr 221, 200 kr
-ex Urininkontinens äldre/sköra (2013), nr 219, 200 kr
-ex Mat vid fetma (2013), nr 218, 250 kr
-ex ADHD (2013), nr 217, 250 kr
-ex Arbetsmiljö & sömnstörn (2013), nr 216, 200 kr
-ex Autismspektrumtillstånd (2013), nr 215, 250 kr
-ex Skattning av njurfunktion (2012), nr 214, 250 kr
-ex Schizofreni... (2012), nr 213, 250 kr
-ex Diagn & uppfölj förstämning (2012), nr 212, 250 kr
-ex Implementeringsstöd psyk (2012), nr 211, 150 kr
-ex Arbetets betydelse för besvär och sjukdom: Nacken och övre rörelseapp (2012), nr 210, 250 kr
-ex Godartad prostataförstoring (2011), nr 209, 250 kr

Se www.sbu.se för övriga publikationer från SBU och mer info om våra rapporter.

JÄ TACK, JAG VILL GÄRNA PRENUMERERA KOSTNADSFRITT PÅ:

- Information om SBU via e-post (inkl 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).

