

Vetenskap & Praxis

Information från SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering



Uppkopplad eller bortkopplad

Digitala verktyg blir allt viktigare i vård och omsorg. Patienter, brukare och personal förväntas ha uppkoppling, utrustning och kunskap. Men ny teknik kan både hjälpa och stjälpa, och olika användare påverkas olika. Utvärdering krävs – annars riskerar många med stort hjälpbehov att drabbas.

Läs vidare på sidan 2 ►

SBU – KUNSKAPSCENTRUM FÖR VÅRDEN OCH SOCIALTJÄNSTEN

Nya rapporter Behandlingsfamiljer vid beteendeproblem 4 • Öppenvårdsinsatser där barn försummas eller utsätts för våld 8

LÄS OCKSÅ SKRÄPÖVERSIKTER 2 • FÄLLOR & FEL 6 • GRANSKA ÖVERSIKTER 7 • HJÄRTSVIKT 10 • ELBEHANDLING 10 • SAMVERKA VID PSYKISK OHÄLSA 11 • NÄTVERKS-METAANALYS 12 • SOCIAL STIMULANS FÖR ÄLDRE 14 • DEPRESSIONSFÖRÅGÖR 14 • LÖPANDE ÖVERSIKTER 16

Snyggt förpackat skräp?

ATT SAMMANSTÄLLA forskningsresultat har blivit omåttligt populärt. Det trendar, som många yngre skulle säga. Inom medicinen har antalet systematiska översikter tredubblats på tio år. Sådana publikationer anses ge säkra besked och citeras ofta.

På ytan ser alla systematiska översikter lika trovärdiga ut. Men skenet bedrar. Vid närmare granskning visar sig en del vara otillförlitliga: ofullständiga, vinklade eller missvisande av andra skäl. För i likhet med andra forskningsmetoder kan översikter missbrukas och användas för att gynna särintressen.

EN VÄLKÄND FORSKARE som i skarpa ordalag påtalar detta är John Ioannidis, medicin- och statistikprofessor vid Stanford university i Kalifornien. I en artikel i tidskriften *Milbank Quarterly* tar Ioannidis forskningen om antidepressiva läkemedel som exempel.

Åren 2007–14, det vill säga efter att misstankar om ökad självmordsrisk hade börjat diskuteras, publicerades hela 185 metaanalyser om läkemedlen. Men knappt ens var tredje analys antydde något i slutsatserna om möjliga problem med behandlingen. Särskilt sällsynt var detta om någon av översiktsförfattarna var anställd hos läkemedelstillverkaren.

LISA BERO, FORSKARE på universitetet i Sydney och vice ordförande i det vetenskapliga Cochrane-nätverkets styrgrupp, är en annan av pionjärerna när det gäller systematiska översikter. I en aktuell artikel i *American Journal of Public Health* påminner hon om att koppling mellan resultat och industrisponsring har påvisats i översikter även om passiv rökning, konstgjort sötade drycker och blodtrycksmediciner.

Problemet är också att sådant som kan snedvrider översikterna inte alltid är synligt. Bland 682 systematiska översikter som registrerades i databasen Medline under en månad år 2014, saknade var tredje en redovisning av hur litteraturen hade genomförts eller hur studiernas kvalitet hade bedömts (Page MJ et al, 2016). Andra kritiska frågor som måste ställas om översikterna finns på sidan 7.

MÅNGA DOLDA PROBLEM i systematiska översikter förekommer i alla slags studier – inte alls bara på det medicinska fältet.

Det handlar om forskare som ensidigt inriktar sig på positiva effekter och förbiser skadeverkningar. Eller som enbart bedömer genomsnittliga resultat utan att ta hänsyn till variationer i effekt mellan olika individer eller grupper. Eller som underskattar betydelsen av praktisk erfarenhet hos dem som använder insatsen och av dess samspel med brukare, klienter och patienter.

Även om systematiska översikter har blivit populära, får resultaten inte utan vidare tas för sanna och okritiskt användas i vård och omsorg. Kvaliteten brister ofta, många metodproblem är dolda och det som mäts kan dessutom sakna relevans för patienter, brukare, praktiker och beslutsfattare.

Det som Gustaf Fröding skrev gäller fortfarande: ”Men strunt är strunt och snus är snus, om ock i gyllne dosor”. Därför gäller det att komma ihåg att alltid lyfta på locket även om dosan glänser av guld.



Ragnar Levi Chefredaktör

SVERIGE ÄR ETT av världens mest digitaliserade länder. I EU låg landet på tredje plats år 2017.¹ Till exempel är användningen av internet bland de högsta i världen, och digitaliseringen av vård och omsorg kommer att fortsätta.²

Utvecklingen beskrivs som en grundläggande strukturomvandling och en teknisk revolution.³ Kraven på investeringar är stora, samtidigt som förväntningarna på nytta för patienter och brukare är mycket höga.

I LIKHET MED ANDRA insatser kan digital teknik självklart medföra både nytta och risker. Eftersom digitalisering av vård och socialtjänst innebär stora förändringar, kan följderna bli långtgående. De kan vara positiva eller negativa, väntade eller oväntade. Därför behövs det ett tillförlitligt samlat beslutsunderlag.⁴

För det första måste eHälsoprojekt oftare än hittills undersöka om verktygen verkligen får avsedd användning och effekt i vardagen.⁴ Att utvärdera effekter på vårdkvalitet, hälsa och välfärd, samt faktisk påverkan på kostnader, borde vara regel inför viktiga tekniskval.

För det andra måste effekterna undersökas på ett mer strukturerat sätt med olika vetenskapliga metoder, enligt de internationella riktlinjer som har tagits fram.^{5,6}

För det tredje måste resultaten publiceras – oavsett om de är gynnsamma eller inte. Annars finns det risk för att enbart positiva erfarenheter torgförs.⁴ All ny och värdefull kunskap måste kunna användas utanför den egna organisationen.

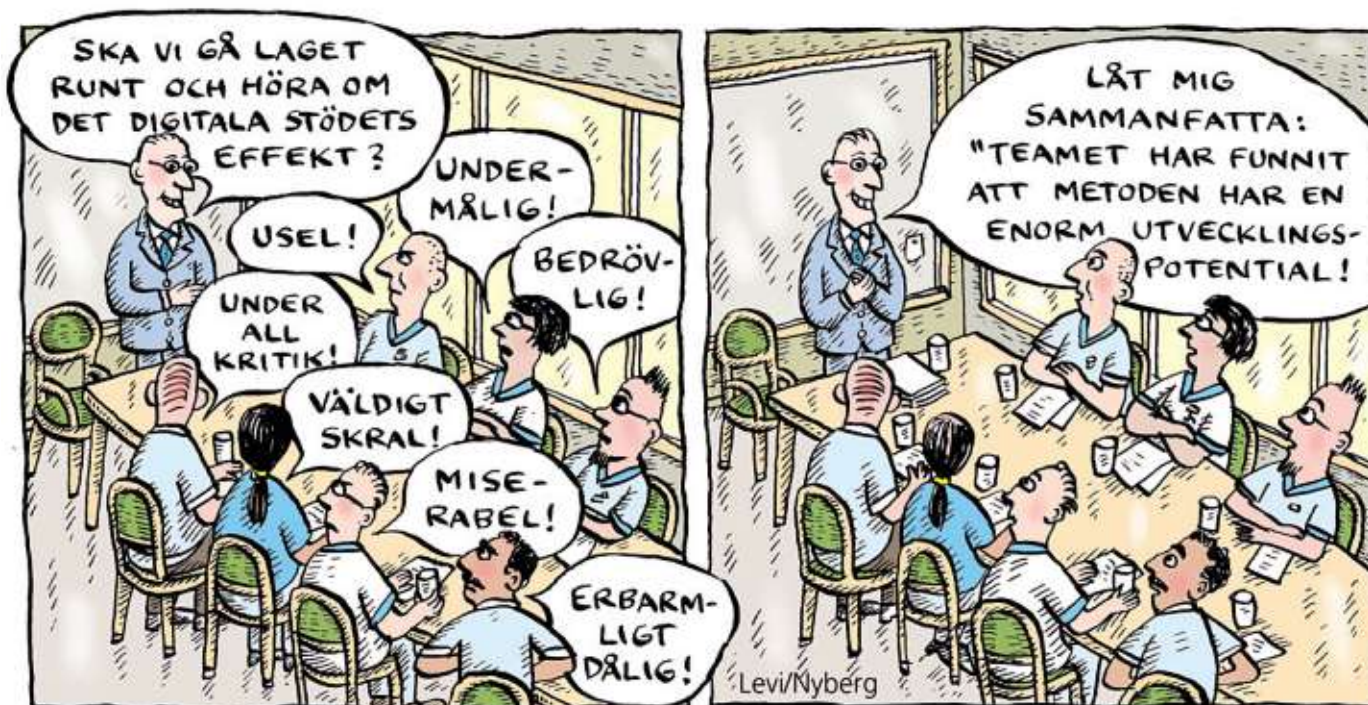
PROFESSOR GÖRAN PETERSSON har många års erfarenhet av frågorna, bland annat som ledare för eHälsainstitutet i Kalmar.

– Införandet av digital teknik måste bygga på systematisk prövning, utvärdering och uppföljning, säger han.

– Utvärdering är avgörande för att eHälsoprojekt ska lyckas. Verktygen måste testas under realistiska förhållanden, av en fristående part som har kompetens för kritiskt konstruktiv vetenskaplig prövning.

– Många som utvecklar digitala hälsoprojekt blir hemmablinda. Frågan är inte bara hur tekniken kan vässas utan också hur verksamheten, organisationen och framför allt människors hälsa påverkas.

Göran Petersson är kritisk till tendensen att införa nya digitala lösningar direkt i stor skala.



– Vi behöver ett stegvis införande även av de digitala verktygen – inte bara av läkemedel eller andra rent medicinska insatser, säger han och fortsätter:

– **MAN BÖR TESTA** nyheterna i liten skala först, i en testbädd. Då kan man upptäcka om tekniken verkar ha negativa effekter eller om den behöver justeras.

– Om den fungerar väl skalar man upp införandet, inte annars.

Även internationellt har flera grupper efterlyst bättre och mer vetenskapligt inriktade utvärderingar av ehälsoprojekt.⁷⁻⁹

Kraven gäller mer systematisk utvärdering av åtgärdernas effekter på människors liv och hälsa, välfärd och ekonomi. Etiska frågor måste också klarläggas. Utvärderingen måste redovisa tillförlitliga fakta och göras oberoende av producenter. Annars kan särintressen ta överhanden och människor ta skada.

EN VIKTIG FRÅGA är också hur rätt grupper ska nås. Ny teknik sprids ofta ojämnt i befolkningen. Enligt den amerikanske sociologen Everett Rogers¹⁰ finns det fem kategorier av användare, från tidiga till sena: innovatörer, tidiga brukare, tidig majoritet, sen majoritet och eftersläntrare. I de senare grupperna ingår många som har dåliga förutsättningar och små resurser för att pröva det nya – även då det bevisligen finns goda

skäl. Det så kallade digitala utanförskapet riskerar därför att slå hårt mot dem som vården och omsorgen förväntas prioritera.

I en svensk skriftlig enkät¹¹ till 1264 personer mellan 65 och 85 år uppger 20 procent att de helt saknar tillgång till digitala apparater som laptop, dator, smarttelefon, surf- eller läsplatta och smart-tv. Siffran kan vara en underskattning, skriver författarna. Var tredje tillfrågad besvarade inte enkäten, och bland personer som inte svarar brukar teknik vara mindre vanligt.

I en annan enkät¹² (där dock endast var femte person i det totala urvalet hade svarat) anger 44 procent av personer från 76 år och uppåt att de inte använder internet alls. I samma åldrar anger 12 procent att de inte använder nätet trots att de har tillgång till detta hemma.

NÄR DIGITAL TEKNIK i vård och omsorg fungerar väl – och utnyttjas som avsett av de användare som den har utvecklats för – kan den skapa ett starkare skyddsnät för människor som behöver hjälp. Men samhället måste försäkra sig om en rimlig balans mellan nytta, risker och kostnader.

Ett sådant beslutsunderlag kräver i sin tur att metodernas effekter på hälsa, välfärd, ekonomi och etik har utvärderats – och på ett tillförlitligt sätt. ♦ **RL**

Lästips

1. Index för digital ekonomi och digitalt samhälle, Desi, <https://ec.europa.eu/sweden/sites/sweden/files/swedendesicountryprofile.pdf>
2. Om digitaliseringspolitiken på regeringens webbplats: <http://www.regeringen.se/regeringens-politik/digitaliseringspolitik/>
3. Ekholm A, et al. Bortom IT. Om hälsa i en digital tid. Stockholm: Institutet för framtidsstudier, 2016.
4. Ammenwerth E. Evidence-based health informatics: How do we know what we know? *Methods Inf Med.* 2015;54:298-307.
5. Cusack CM, et al. Health Information Technology Evaluation Toolkit: 2009 Update. AHRQ Publication No. 09-0083-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2009.
6. Talmon J, et al. STARE-HI – Statement on reporting of evaluation studies in health informatics. *Int J Med Inform* 2009;78:1-9.
7. European Federation for Medical Informatics, <http://iig.umat.at/efmi>
8. Working Group Technology Assessment and Quality Development in Health Care of the International Medical Informatics Association, <http://iig.umat.at/efmi>
9. Working Group Evaluation of the American Medical Informatics Association, <https://www.amia.org/programs/working-groups/evaluation>
10. Rogers EM. Diffusion of Innovations, 5th Edition. New York, NY: Free Press, 2003.
11. Olsson T, et al. At risk of exclusion? Degrees of ICT access and literacy among senior citizens, *Information, Communication & Society*, 2017. DOI: 10.1080/1369118X.2017.1355007
12. Svenskarna och internet 2017. Undersökning om svenskarnas internetvanor. Stockholm: Internetstiftelsen i Sverige, 2017.

Unga Lägre kriminalitet med behandlingsfamilj än med institutionsvård

Det går troligtvis bättre för ungdomar med allvarligt och upprepat kriminellt beteende om de får vård i en så kallad behandlingsfamilj i stället för på institution. Det visar SBU:s kritiska granskning och utvärdering av den samlade forskningen på området.

JÄMFÖRT MED INSTITUTIONSVÅRD leder placering i behandlingsfamilj enligt programmet *Treatment foster care Oregon* (TFCO) till mindre fortsatt kriminalitet och färre placeringar på låst avdelning för unga personer med allvarliga beteendeproblem. Ungdomar i behandlingsfamiljer verkar också drabbas av mindre psykisk ohälsa och använda mindre narkotika än unga på institution. Effekterna har setts i studier som följt upp förhållandena upp till två år efter att vården inleddes.

Det handlar om ungdomar som behöver placeras utanför hemmet – men inte i vanliga familjehem eftersom beteendeproblemen är för allvarliga.

I SVERIGE PLACERAS de flesta på olika slags institutioner som har personal och som tar emot flera unga samtidigt. Det kan vara HVB (hem för vård eller boende) eller särskilda ungdomshem för dem som bedöms kräva särskild uppsikt på grund av kriminalitet, missbruk eller psykisk ohälsa.

Varför det går bättre med behandlingsfamilj än med olika former av institutionsvård, visar inte studierna. En av flera tänkbara förklaringar skulle kunna vara att behandlingsfamiljen tar emot endast en person i taget. Detta skulle kunna innebära lägre risk att påverkas negativt av andra unga med liknande problem

på institution. TFCO:s helhetsgrepp om familj, skola och individuella behov skulle kunna vara en annan bidragande orsak, men det saknas underlag för att avgöra detta.

EFFEKTERNA AV TFCO är alltså troligen bättre än av institutionsvård. Men hur ser kostnaderna ut? SBU:s analys visar att TFCO kostar mindre än vård på särskilda ungdomshem men något mer än HVB.

Enligt en dansk kalkyl som SBU har granskat kan effekterna på lång sikt sammantaget innebära lägre kostnader för samhället än institutionsvård.

Varje år placeras cirka 2 000 ungdomar i Sverige på institution på grund av allvarliga beteendeproblem som kriminalitet och missbruk. Institutionsvården kompletteras ofta med olika behandlingar. En SBU-rapport från år 2016 visar att kunskapen om nyttan och riskerna med dessa är bristfällig när det gäller antisocialt beteende hos unga på institution. I en enkät som SBU nu har gjort, uppger dessutom var fjärde institution att personalen saknar utbildning för metoderna.Handledning finns sällan. ♦ **RL**

Om rapporten

Behandlingsfamiljer för ungdomar med allvarliga beteendeproblem – Treatment foster care Oregon. En systematisk litteraturoversikt och utvärdering av ekonomiska, samhälleliga och etiska aspekter. Projektledare SBU: Knut Sundell@sbu.se
Fullständig rapport finns på www.sbu.se/279



PHOTOGRAPHIE EU / SHUTTERSTOCK

Behandlingsfamilj

Behandlingsfamilj är en tidsbegränsad insats, som omfattar dels skydd och allsidig omsorg i hemmiljö, dels behandling. Den har utvecklats som ett alternativ till institutionsvård för ungdomar med allvarliga beteendeproblem, t ex upprepat och allvarlig kriminalitet.

Endast en ungdom i taget placeras i varje behandlingsfamilj. Varje individ har en anpassad behandlingsplan och en professionell behandlingssamordnare, som ansvarar för mellan fem och 15 unga. Familjehemsföräldrarna utbildas före och under placeringen. De får handledning och har tillgång till avlastning vid behov. Krisstöd vid behov finns dygnet runt. Insatsen har ett tydligt fokus på skolgång. Barnets hälsa och behov av medicinsk vård kontrolleras under placeringen.

I behandlingsfamiljer som arbetar enligt modellen TFCO har den unga personen stöd av en ungdomsterapeut och vid behov en social färdighetstränare. Dessutom får även ursprungsfamiljen behandling.

MONKEY BUSINESS IMAGES / SHUTTERSTOCK



SBU:S SLUTSATSER* TFCO VID ALLVARLIGA BETEENDEPROBLEM

Varje år placeras ungefär 2 000 ungdomar på institution på grund av allvarliga beteendeproblem, antingen på särskilda ungdomshem eller på kommunala eller privata hem för vård eller boende (HVB). Ett alternativ är placering i så kallad behandlingsfamilj. Det är en tidsbegränsad insats där utbildade familjehemsföräldrar tillsammans med ett team bedriver behandling. *Treatment foster care Oregon* (TFCO) är en form av behandlingsfamilj som finns i begränsad omfattning i Sverige sedan början av 2000-talet.

► När ungdomar med allvarliga beteendeproblem placeras i TFCO, leder detta troligtvis till mindre fortsatt kriminalitet och färre placeringar på låst avdelning än när

ungdomarna placeras på institution. Det är också möjligt att TFCO leder till färre kriminella kamrater, mindre användning av narkotika och bättre psykisk hälsa än när de unga placeras på institution.

► TFCO kostar i genomsnitt mindre än placering på särskilda ungdomshem och något mer än HVB, om man räknar med att vårdtiderna är desamma. Väger man in antaganden om långsiktiga effekter är TFCO kostnadsbesparande för samhället jämfört med placering på särskilda ungdomshem eller HVB.

► Idag får cirka 30–40 ungdomar i Sverige årligen tillgång till TFCO. Om fler ska få

tillgång måste fler behandlingsteam inrättas, vilket kortsiktigt medför kostnader för utbildning och certifiering.

► Alternativet till behandlingsfamiljer är institutionsvård som ofta kompletteras med olika behandlingsmetoder. Kunskapen om metodernas nytta och risker är bristfällig eftersom det saknas studier. Ur ett etiskt perspektiv är det angeläget att få tillförlitlig kunskap om för- och nackdelar med de övriga kompletterande behandlingar som används.

* Slutsatserna var inte fastställda vid tidningens pressläggning. Slutgiltig version finns på www.sbu.se

Vanliga fällor och fel när forskning citeras

När forskningsresultat refereras i nyhetsflödet, exempelvis i sociala medier, är det långt ifrån allt som sägs vara vetenskapligt bevisat som verkligen stämmer. Här är tolv vanliga problem som kan vara bra att komma ihåg.

Överdrifter



Syftet med rubriker och inlägg i nyhetsflöden är att locka till klick och läsning. Många gånger går förenklingen av forskningsrön till överdrift. I värsta fall blir det som förmedlas helt felaktigt. Fråga alltid efter själva beläggen.

Felciterade fakta



I nyhetsflödet kan forskningsresultat som refereras eller citeras ha förvrängts och feltolkats – med eller utan avsikt. Gå alltid till källan om det gäller något viktigt.

Bara halvsanning



Det är fel att enbart framhålla resultat som är önskvärda, samtidigt som man ignorerar andra, motsägande fynd. Att enbart påtala rön som passar ens egen agenda är att sprida halvsanningar.

Särintressen får styra



Företag betalar ofta forskare för att genomföra och publicera forskning. Även om detta inte alls ogiltigförklarar resultaten, kan det ha betydelse. Ta därför reda på vem som har bekostat studien. Den kan ha lagts upp för att passa ett särintresse.

Samband förväxlas med orsak



Se upp för sammanblandning av samband och orsak. Att två saker inträffar samtidigt måste inte betyda att den ena orsakar den andra. Både myggbett och värmeslag ökar på sommaren menbett orsakar inte överhettning.

Lösa antaganden



Hypoteser behövs för att driva forskningen framåt. Men forskningsrapporter måste vara tydliga med vad som faktiskt har visats, och vad som bara är antaganden som det återstår att bevisa.

Få försöksdeltagare



Tumregeln är att små kliniska provningar (eller sällsynta händelser i stora provningar) ger osäkra resultat och ibland visar helt fel. Ju fler observationer som görs, desto säkrare blir resultatet.

Snett urval



När försökspersoner bjuds in att delta i en vetenskaplig provning ska urvalet vara representativt för den grupp som studien gäller. Ett snedvridet urval ökar risken för missvisande slutsatser.

Ingen kontrollgrupp



I kliniska provningar ska försöksgruppen jämföras med en kontrollgrupp. Grupperna ska vara så lika som möjligt, utom just i fråga om den insats vars effekt man vill undersöka. Indelningen i försöks- och kontrollgrupp bör därför helst ske genom lottning.

Ingen blindning



För att jämförelsen mellan försöks- och kontrollgrupp ska bli rättvis, bör deltagarna inte veta vilken grupp de tillhör – de bör ”blindas”. På så sätt undviker man inverkan av förväntningar på insatsen. I en så kallad ”dubbelblind” studie hålls även forskarna ovetande tills mätningar och analyser är klara. Detta är särskilt viktigt i fråga om effekter som inte är objektivt mätbara.

Enstaka obekräftade fynd



För att vara säkra på att forskningsresultat stämmer, bör de kunna upprepas i nya oberoende undersökningar. Starka påståenden kräver starka bevis. Nya, överraskande fynd måste som regel bekräftas innan man kan lita på dem.

Faktagranskning saknas



Referentgranskning, *peer review*, är en viktig del av forskningsprocessen. Utomstående forskare granskar och ifrågasätter studierna innan dessa får publiceras i en vetenskaplig tidskrift. Resultat som inte har granskats på det sättet anses mindre tillförlitliga och kan vara felaktiga.

Lästips

- Evans I, et al. Bättre behandling. Vilka vetenskapliga bevis behövs i vården? Stockholm: SBU, 2015.
- Levi R. Vettigare vård. Evidens och kritiskt tänkande i vården. Lund: Studentlitteratur, 2014.
- Brunning A. www.compoundchem.com Andy Brunning, Compound Interest, 2015.

Kritiska frågor om systematiska översikter

Vilka slags studier har tagits med?

- Bestämdes syftet med översikten och kriterier för vilka studier som skulle tas med i förväg?
- Var urvalet av studier lämpligt för den fråga som översikten skulle besvara?
- Var kriterierna för urval av studier entydiga?
- Avgränsades urvalet på lämpligt sätt utifrån studiernas aktualitet, storlek och kvalitet samt utfallens relevans?
- Avgränsades urvalet på lämpligt sätt utifrån typ av källa, text typ av publikation, språk eller tillgång till rådata?

Forskningsfrågan och inklusionskriterier ska ha fastställts innan översikten genomförs. Det bör framgå om översikten omfattar alla typer av publikationer (t ex även rapporter) eller om den begränsats till vissa publikationstyper (t ex enbart tidskriftsartiklar) eller språk. Även exkluderade studier bör finnas i en förteckning.

Hur har man sökt efter studier?

- Hade litteratursökningen tillräcklig bredd i fråga om databaser för publicerade och opublicerade studier?
- Användes några andra metoder än databassökning för att hitta relevanta studier?
- Lades litteratursökningen med söktermer och sökfraser upp på ett sådant sätt att den bör ha kunnat fånga upp så många relevanta studier som möjligt?
- Gjordes lämpliga avgränsningar vad gäller publikationsår, publikationstyp och språk?
- Har särskilda ansträngningar gjorts för att minska risken för felaktigt urval av studier?

Sökningen bör ha gjorts i minst två namngivna databaser, och det ska framgå vilka publiceringsår som ingår, vilka sökord och sökstrategier som har använts. Sökningen bör ha kompletterats med tidigare översiktsartiklar, läroböcker samt referenslistorna i framtagna studier. Ämnessakkunniga bör tillfrågas.

Hur har data extraherats och bedömts?

- Gjordes särskilda ansträngningar för att minska risken för fel när uppgifter hämtades från de ingående studierna?
- Har översiktsförfattarna och läsaren av översikten tillräcklig information om studierna för att kunna tolka resultaten?

- Extraherades alla relevanta forskningsresultat för en sammanvägning?
- Bedömdes risken för snedvridning i studierna (deras vetenskapliga kvalitet) på ett strukturerat sätt med adekvata kriterier?
- Gjordes särskilda ansträngningar för att på bästa sätt förebygga felaktig bedömning av risken för snedvridning?

Data från studierna ska ha extraherats av minst två oberoende granskare, och vilket förfarande som har använts för att hantera oenighet bör redovisas. Försöksdeltagarna bör beskrivas noggrant, exempelvis ålder, etnicitet, kön, socioekonomiska data, hälsotillstånd och sjukdomshistoria. Uppgifter om insatser/behandlingar och utfall i studierna bör ha presenterats på ett överskådligt sätt. Förutbestämda metoder för kvalitetsvärderingen ska ha angetts, och värderingen av metodologisk stringens och vetenskaplig kvalitet ska presenteras tydligt.

Hur har resultaten sammanställts?

- Tog översikten med alla studier som skulle tas med?
- Har alla i förväg beslutade analyser presenterats och eventuella avvikelser förklarats?
- Var sammanvägningen av studiernas resultat lämplig – var frågor, upplägg och utfallsmått tillräckligt lika?
- Har eventuella olikheter mellan studierna (heterogenitet) hanterats väl i översikten?
- Har författarna bedömt om sammanvägningens resultat håller för känslighetsanalys, där vissa avvikande data utesluts eller alternativa värden används? Har risken för snedvriden publicering bedömts – kan det finnas opublicerade studier?
- Var risken för snedvridning försumbar i de ingående studierna eller har översikten tagit hänsyn till denna risk?

Lämpligheten i att lägga ihop resultaten från studierna ska ha analyserats. Om studierna skiljer sig åt väsentligt, bör det framgå hur detta har beaktats vid eventuell sammanvägning av resultaten. Översikten bör ha använt olika metoder för att bedöma om det finns risk för snedvriden publicering på området (t ex trattendigram plus statistiska metoder som Eggers regressionsanalys). Eventuella sponsorer och finansörer måste redovisas både i översikten och i de ingående studierna.

Källor: Whiting P, et al. ROBIS: A new tool ... J Clin Epidemiol. 2016;69:225-34 samt SBU:s metodbok

Barn Bara två insatser har visats minska våld och försummelse

Våld och försummelse som drabbar barn upp till skolåldern kan minska med hjälp av två öppenvårdsinsatser inom barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänsten. Det visar SBU:s granskning av forskningen på området. Men de flesta insatser som används i dag har inte studerats tillräckligt väl för att man ska kunna bedöma om de hjälper barnen och i så fall hur.

MED BÄTTRE KUNSKAP om effekterna av olika insatser, skulle fler barn slippa utsättas för våld och försummelse. Då skulle socialtjänstens och barnpsykiatriens resurser kunna användas bättre.

I dag är kunskapsluckorna stora och insatsernas effekt ofta oviss. Bara ett fåtal har undersökts så att det går att bedöma vilka insatser som faktiskt minskar våld och försummelse.

SBU HAR SYSTEMATISKT granskat all tillgänglig forskning om sådana insatser inom öppenvård, individuellt och i grupp. Här ingår samtalsgrupper, råd och stöd, föräldrastödsprogram och familjebehandling – och inte enbart manualbaserade insatser. Effekter av placering i familjehem eller samhällsvård ingår dock inte i utvärderingen.

I första hand har SBU undersökt om våldet eller försummelsen minskar, exempelvis mätt som färre anmälningar till socialtjänsten. Men även effekter på barnens psykiska hälsa och funktionsförmåga har analyserats, liksom effekter på föräldrarna och familjens samspel.

Hittills är det bara två insatser som har

visats minska våld. Den ena är *Parent child interaction therapy*. Där får föräldrarna först följa och bekräfta barnen i fri lek. Sedan får de hjälp att leda leken mer med uppfostrande åtgärder. Den andra insatsen, *Project support*, är ett individuellt program för den våldsutsatta föräldern, där specifika föräldraförmågor övas i rollspel. Socialt och emotionellt stöd till föräldern ingår också. I förhållande till effekten är kostnaderna likartade för dessa två insatser och tämligen låga ur ett samhällsperspektiv.

Vilka insatser som är möjliga i ett enskilt fall beror på familjens förutsättningar och barnets behov, till exempel utifrån ålder, typ av utsatthet och problematik. När en ny insats introduceras är det viktigt att även beakta vilket vetenskapligt stöd som finns för insatsen.

ENLIGT STUDIER MED kvalitativ ansats upplever föräldrar att öppenvårdsinsatser hjälper dem att hantera sina barn bättre.

Från brukarföreningar framförs att barn inte får stöd att bearbeta svåra upplevelser och att insatser ges för sent i livet. De förhållanden som barn och unga berättar om kan strida mot svensk lag och mot barnkonventionen. ♦ **RL**



DIN MOHD YAMAN / SHUTTERSTOCK

Kan fara illa även på sikt

Våld kan innebära att barnen själva utsätts för fysiskt eller psykiskt våld, eller att de bevittnar våld mellan vuxna i hemmet.

Försummelse kan innebära allt från bristande tillsyn och övervakning till att föräldrar inte tillgodoser barns behov av sömn, mat, hygien, kläder, utbildning, stöd och hjälp med hälsan.

Våld och försummelse påverkar barnets utveckling, och på sikt ökar risken för bland annat psykiska problem, missbruk och självmordsförsök. Barn som utsätts kan också få det svårare än andra i skolan och arbetslivet. Även att bevittna våld mellan vuxna är förknippat med risker.

Studier som har genomförts i de nordiska länderna tyder på att 3–9 procent av alla barn utsätts för allvarlig fysisk bestraffning och 7–12 procent bevittnar våld. Hur många som utsätts för psykologiska övergrepp och försummelse är inte känt.

Om rapporten

Öppenvårdsinsatser för familjer där barn utsätts för våld och försummelse. En systematisk litteraturoversikt och utvärdering av ekonomiska, samhälleliga och etiska aspekter. Projektledare SBU: Lina.Leander@sbu.se Fullständig rapport finns på www.sbu.se/280



UR SBU:S SLUTSATSER* VÅLD OCH FÖRSUMMELSE AV BARN

- Bara ett fåtal insatser i familjer där det förekommer våld och försummelse av barn har undersökts i studier som möjliggör bedömning av insatsernas effekter. Det visar en enkät inom socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatri. Bättre kunskap om effekterna skulle ge förutsättningar för att färre barn ska utsättas.
- Våld och försummelse av barn upp till skolåldern kan minska med hjälp av insatserna *Project support* och *Parent child interaction therapy* (PCIT).
- *Project support* och PCIT kan minska barnens utagerande beteende. PCIT kan också förbättra samspelet barn-föräldrar. Insatser som inriktas på anknytningen till vårdnadshavaren, t ex *Attachment and biobehavioral catch-up* (ABC), kan leda till att färre barn får s k desorganiserad anknytning, som är förknippat med senare psykisk ohälsa och kamratsvårigheter.
- Behandlingskostnaderna för *Project support* är något högre per familj än för PCIT. *Project support* kan möjligen leda till att något fler barn slipper fortsatt våld i familjen, så kostnaden per barn med mindre våld i familjen blir snarlik för de två programmen.
- Insatser behöver väljas utifrån barnets och familjens förutsättningar och behov, t ex barnets ålder, vad barnet varit utsatt för och hur detta påverkar barnets psykiska hälsa och sociala relationer. När en ny insats introduceras är det viktigt att beakta vilket vetenskapligt stöd den har. Barnets rättigheter enligt svensk lag och barnkonventionen ska beaktas när insatser planeras och genomförs.
- Enligt studier med kvalitativ metod upplever föräldrar att öppenvårdsinsatser hjälper dem att hantera situationer med sina barn men att insatserna inte alltid matchar deras individuella behov. En respektfull och förtroendefull relation med personalen lyfts fram som viktigt, liksom en välkomnande miljö där insatsen genomförs. Föräldrar upplever att de behöver stöd även efter en insats.
- Enligt rapporter från brukarföreningar berättar barn och unga som haft kontakt med socialtjänsten av olika anledningar att de saknar stöd för att hantera svåra upplevelser, att insatser ges för sent i livet och att de inte får den information de behöver om vilken hjälp de kan få. Sådana förhållanden kan strida mot svensk lag och mot barnkonventionen.
- Inom forskningen behövs det mer enhetliga mått på effekt så att resultat från olika studier kan jämföras. Då kan även kostnadseffektivitet bedömas. Framtida studier bör undersöka insatsers effekt på våld och försummelse. Studierna behöver fler deltagare och längre uppföljningstid. Vidare bör tänkbara negativa effekter av öppenvårdsinsatser undersökas. När forskning planeras och genomförs ska barnets rättigheter enligt barnkonventionen beaktas.

* Slutsatserna var inte fastställda vid tidningens pressläggning. Slutgiltig version finns på www.sbu.se

ÖNSKVÄRT TESTA TRYCKMÄTARE SOM VARNAR NÄR HJÄRTAT SVIKTAR

En inopererad tryckmätare i lungans blodkärl kan signalera en farlig försämring hos personer med måttlig hjärtsvikt. SBU kommenterar en rapport från Norges folkhälsomyndighet och efterlyser en randomiserad registerstudie i modern hjärtsjukvård.

Det norska folkhälsoinstitutet har granskat en metod som innebär att en sensor opereras in i lungartären. Mätaren ska varna när trycket i kärlet stiger hos patienter med måttlig hjärtsvikt. Den enda kliniska studie som har gjorts tyder på att metoden, CardioMEMS, skulle kunna möjliggöra bättre hjärtsviktsbehandling. Den norska myndigheten bedömer att metoden är säker, att inläggningar på sjukhus till följd av hjärtsvikt troligen minskar och att den sannolikt är kostnadseffektiv.

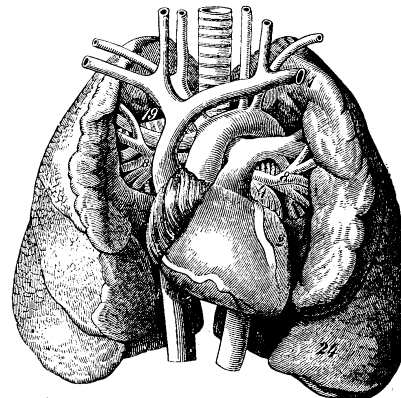
SAMTIDIGT KONSTATERAR MAN att underlaget utgörs av en enda kortvarig studie – även om denna är ganska stor,

välgjord och visar klara resultat som alla pekar åt samma håll.

SBU efterlyser i sin kommentar till den norska rapporten en randomiserad registerstudie som kan visa mervärdet för olika kategorier av hjärtsviktspatienter i modern hjärtsjukvård.

DET ÄR NÄMLIGEN oklart om den befintliga studiens kontrollgrupp helt motsvarar modern praxis. Bland annat framgår det inte om nivån av så kallade natriuretiska peptider i blodet har väglett behandlingen. Det är också tänkbart att effekten i studien är större än vad man skulle se i modern hjärtsjukvård där läkemedelsbehandlingen har blivit effektivare och rutinerna har förbättrats med intensiv, regelbunden klinisk kontroll.

Hjärtsvikt innebär att hjärtmuskeln inte orkar pumpa runt blodet tillräckligt effektivt. Stigande tryck i lungartären vid måttlig hjärtsvikt anses signalera att tillståndet är på väg att bli sämre. ♦ **RL**



MORPHART CREATION / SHUTTERSTOCK

Om kommentaren

Mätning av lungartärtryck vid hjärtsvikt med implanterbar sensor. Stockholm: SBU, 2018. Sakkunnig: Prof Carina Blomström Lundqvist, kardiologkliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala. Kontaktperson på SBU: jan.liliemark@sbu.se
Läs hela SBU:s kommentar på www.sbu.se

Den rapport som kommenteras är: Pike E, et al. Continuous monitoring ... for the management of patients with moderate to severe heart failure (New York Heart Association class III). Oslo: Folkehelseinstituttet, 2016.

ELEKTRODER PÅ SAMMA SIDA SKONAR MINNET NÄR DEPRESSION BEHANDLAS



YURCHANKA SIARHEI / SHUTTERSTOCK

Tidiga biverkningar minskar om elektroderna placeras på bara den ena sidan av huvudet när depression elbehandlingas, i stället för på båda sidorna. Nyttan blir densamma. Svenska specialistriktlinjer stöds av en systematisk översikt, kommenterar SBU.

Så kallad elektrokonvulsiv behandling (ECT) kan användas bland annat vid svår depression. På många håll i världen

placeras elektroderna på båda sidorna av huvudet. Men en systematisk översikt som SBU har granskat och kommenterat talar för ensidig behandling, trots att detta kräver en hög dos ström i stället för en måttlig.

EFFEKTEN NÄR DET gäller att förebygga återfall i depression det första året är likvärdig. Samtidigt blir minnesstörningen mindre under första veckan efter behandlingen. Några slutsatser om eventuella skillnader i effekt eller biverkningar på längre sikt kan däremot inte dras.

Översikten omfattar sju randomiserade studier – de flesta från USA, en från Irland och en från Iran. Totalt studerades 792 vuxna som hade ett skov av svår unipolär eller bipolär sjukdom.

Vid ECT påverkas hjärnans signal-

substanser och vissa hormoner. Exakt hur behandlingen utövar sin effekt är dock inte känt.

Behandlingen anpassas efter symptomens svårighetsgrad. Vid sidan av elektrodernas placering, strömstyrkan och antalet behandlingar kan man också variera elpulsernas egenskaper. ♦ **RL**

Om kommentaren

Betydelsen av elektrodplacering vid elektrokonvulsiv behandling (ECT). Stockholm: SBU, 2018. Sakkunnig: doc Mussie Msghina, inst f klin neurovet, Karolinska institutet. Kontaktperson på SBU: Claes.Lennmarken@sbu.se

Den systematiska översikt som kommenteras är: Kolshus E, et al. Bitemporal v. high-dose right unilateral electroconvulsive therapy for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Psychol Med 2017;47:518-30.

Fullständig kommentar finns på www.sbu.se/2018_02

PSYKISK OHÄLSA: KUNSKAP OM SAMVERKAN BEHÖVS

Det behövs bättre kunskap om nyttan av att samordna samhällets hjälp med hälsa, arbete och välfärd för personer med psykisk ohälsa. Det visar en ny kartläggning där SBU analyserar behovet av forskningsinsatser.

Samverkan mellan och inom olika organisationer i samhället kan vara viktigt för personer med psykisk ohälsa och med risk för detta.

SBU har i samarbete med sakkunniga i ämnet kartlagt vilka kunskapssammansättningar som finns – respektive saknas – om effekterna av olika samverkansinsatser vid psykisk ohälsa. Det handlar om insatser som överskrider gränserna mellan olika organisationer eller olika nivåer inom en och samma organisation.

MEST VETENSKAPLIG KUNSKAP finns om samarbete inom hälso- och sjukvårdsorganisationer. Mer än hälften av de sammanlagt 47 systematiska översikter som bedömdes hålla tillräcklig kvalitet och gälla relevanta frågor berör just vården.

En tredjedel av översikterna handlar om samverkan gällande arbetsliv (inklusive sjukskrivning) för personer med psykisk ohälsa. Bara en handfull systematiska översikter avser välfärd.

Vanligen har effekterna bara studerats på kort sikt. Långsiktiga resultat saknas.

Bland de luckor som kartläggningen påvisar, skiljer SBU mellan sådana där studier saknas och sådana där studier finns men systematiska översikter saknas. Syftet är att hjälpa forskare och finansierare att bidra med nya studier respektive översikter där sådana verkligen behövs. Annars finns det risk att begränsade forskningsresurser ägnas åt dubbelarbete, samtidigt som viktiga frågor förblir dåligt belysta.

MÅNGA FRÅGOR OM samverkan vid psykisk ohälsa har aldrig undersökts i välgjorda studier.

Exempel är samverkan för bättre hälsa hos personer med svår psykisk sjukdom, hos individer med depression plus kroppslig sjukdom och hos hemboende äldre med demens. Studier av samverkan på organisationsnivå mot



MAY CHANKAN / SHUTTERSTOCK

mobbing på arbetsplatsen är ytterligare ett exempel och samordning av insatser mot hemlöshet hos familjer ännu ett.

INOM FLERA OMRÅDEN skulle det i första hand behövas systematiska översikter. Studier finns alltså, men resultatens tillförlitlighet måste granskas och sammanställas till en rättvisande, samlad bild.

Till exempel behövs det översikter av effekten av sådana samverkansinsatser inom vårdsystemet som syftar till att hjälpa antingen hela gruppen med psykisk ohälsa eller enskilda individer med allvarlig psykisk sjukdom.

SBU har bedömt kvaliteten i befintliga översikter på en övergripande nivå. Det har alltså inte gjorts någon bedömning av huruvida enskilda slutsatser är tillförlitliga och giltiga för svenska förhållanden.

Eftersom få översikter innehåller svenska studier är det viktigt att tolka resultaten försiktigt, framhåller SBU. ♦ **RL**

Om kartläggningen

Samverkan vid psykisk ohälsa inom hälso- och sjukvård, socialtjänst samt socialförsäkring. En kartläggning av kunskap och kunskapsluckor utifrån systematiska översikter. Projektledare SBU: Gunilla Fahlström och Per Lytsy Kontakt: Gunilla.Fahlstrom@sbu.se Fullständig rapport finns på www.sbu.se/273

PÅ GÅNG

Exempel på SBU-projekt



BILDDIAGNOSTIK FÖR ATT BEKRÄFTA TOTAL HJÄRNINFARKT

Agneta.Pettersson@sbu.se
Planerad publ: vår 2018

ENDOMETRIOS: UTVÄRDERING & UNDERLAG TILL NATIONELLA RIKTLINJER

Jenny.Odeberg@sbu.se
Planerad publ: vår 2018
(underlag maj 2017)

EPILEPSI: UTVÄRDERING & UNDERLAG TILL NATIONELLA RIKTLINJER

Sten.Anttila@sbu.se
Planerad publ: vår 2018
(underlag maj 2017)

HÄLSA HOS ENSAMKOMMANDE BARN

Pernilla.Ostlund@sbu.se
Plan publ: höst 2018

PSORIASIS: UTVÄRDERING & UNDERLAG TILL NATIONELLA RIKTLINJER

Anna.Christensson@sbu.se
Plan publ: sommar 2018
(underlag maj 2017)

RÄTTSPSYKIATRI: BEHANDLINGSMETODER

Alexandra.Snellman@sbu.se
Monica.Hultcrantz@sbu.se
Plan publ: sommar 2018

SMÄRTA HOS ÄLDRE: LÄKEMEDELSBEHANDLING

Jonatan.Alvan@sbu.se
Plan publ: vår 2020

TILLGÅNG TILL VÅRD & TANDVÅRD FÖR PLACERADE BARN/UNGA

Sofia.Tranaeus@sbu.se
Plan publ: sommar 2018

VÄRDEBASERAD VÅRD: KARTLÄGGNING AV KUNSKAPSLÄGET

Jenny.Odeberg@sbu.se
Plan publ: sommar 2018

ÅTGÄRDER VID STEN I DEN DJUPA GALLGÅNGEN

Jan.Adolfsson@sbu.se
Plan publ: sommar 2018

"Multipla, indirekta jämförelser kan slå fel"

Nätverks-metaanalys är en avancerad statistisk metod som indirekt jämför insatser och behandlingar som kanske aldrig har prövats sida vid sida i samma studie. Metoden kräver både medicinsk och statistisk specialkunskap och försiktig tolkning. Sten Anttila på SBU förklarar varför.

Det finns risker när statistiska metoder utvecklas och kraftfulla och lättanvända datorprogram för analys blir brett tillgängliga. Verktøyen kan locka forskare att försöka sig på komplicerade statistiska analyser utan att ha tillräcklig sakkunskap eller statistisk kompetens.

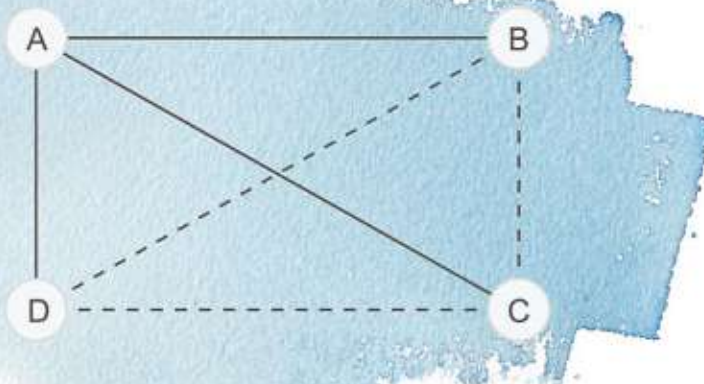
Ett aktuellt exempel är nätverks-metaanalys, en avancerad statistisk metod som blir allt vanligare och som lätt kan ge felaktiga resultat.

ORDINARIE METAANALYS (MA) innebär förenklat att man väger ihop resultat från olika studier som har jämfört effekten av två behandlingar (A och B). Resultat från olika studier ges olika vikt. Ju bredare konfidensintervallet är, vilket ofta gäller i små studier, desto mindre vikt ges resultatet. Sammanvägningen ger en sorts genomsnittlig skillnad i effekt mellan A och B.

Nätverksmetaanalys (NMA) jämför fler behandlingsalternativ än MA. Man vill inte bara ställa A mot B utan även mot C och D. Man vill också jämföra B med D, och så vidare (Figur 1). Analysen blir alltså mer omfattande.

Men det finns även en annan avgörande skillnad. Medan MA endast omfattar direkta jämförelser (heldragna linjer i figuren), gör NMA även indirekta jämförelser (streckade linjer) – alltså av behandlingar som aldrig har prövats sida vid sida i en och samma kliniska studie. Detta innebär ett slags extrapolering av de jämförelser som har gjorts i de kliniska studierna. Data från hela nätverket av studier används som underlag för varje enskild jämförelse.

SLUTPRODUKTEN I EN NMA kan vara en rangordning av samtliga behandlingsalternativ vid ett givet problem. Huruvida ett sådant slutresultat är



Figur. Exempel på nätverk av jämförelser mellan behandlingarna A, B, C och D. Heldragna linjer är direkta jämförelser och streckade linjer indirekta.

tillförlitligt eller inte, beror bland annat på om studiernas mätmetoder och sätt att redovisa utfall är tillräckligt lika för att resultaten ska kunna vägas ihop.

Läkemedelsbehandling av hjärt-kärlsjukdom är exempel på ett forskningsområde där det ofta är möjligt att bedöma hur lika studierna är. Forskarna brukar beskriva deltagarna på ett tydligt och standardiserat sätt – exempelvis hur många som hade genomgått ballongvidgning av hjärtats kranskärl innan studien påbörjades (se tabellen på nästa sida). Därmed kan man bedöma om deltagarna i olika studier är tillräckligt lika medicinskt sett för att kunna ingå i en NMA.

Detsamma gäller beskrivningen av olika utfall – det brukar exempelvis framgå vilka kriterier som har använts för en biverkan som "omfattande blödning".

HUR VIKTIGT DET ÄR att bedöma likhet kan illustreras med en analys av två läkemedel mot blodproppsbildning – prasugrel (B) och tikagrelor (D).¹ Forskarna ville jämföra dödligheten och risken för omfattande blödning bland patienter med så kallat akut koronarsyndrom, det vill säga instabil kranskärlssjukdom eller akut hjärtinfarkt. Läkemedlen hade inte jämförts med var-

andra tidigare – men väl med en tredje substans, klopido­grel (A) (Figur 1).

Den indirekta jämförelsen avseende ”omfattande blödning” med B och D gav en oddskvot på 1,43 (KI 1,10 till 1,86) – en statistiskt säkerställd fördel för D. Men kan man lita på resultatet? Det är inte alls självklart.

TABELLEN VISAR NÅGRA skillnader mellan försöksdeltagarna i de tre studier som användes i denna analys.¹ Graden av likhet måste alltid bedömas av sakkunniga på området. I exemplet ovan bör bedömningen alltså göras av erfarna specialister på behandling av hjärt-kärlsjukdom. De skillnader som framgår av tabellen kan vara så stora att jämförelsen riskerar att bli otillförlitlig.

De ämnessakkunnigas bedömning av likhet avgör inte bara om NMA över huvud taget är lämpligt. Bedömningen påverkar även valet av statistisk metod – och alternativen är många. Att välja rätt angreppssätt kräver ytterligare en form av ämneskunskap, nämligen statistisk specialkompetens.

I stora NMA, där det kan ingå över 20 jämförelser, blir situationen givetvis betydligt mer komplicerad. Det blir ännu svårare att bedöma om

studiernas försöksdeltagare, insatser och utfall är tillräckligt lika och att välja lämpliga statistiska metoder. Det är lätt att förstå att forskningsfält som har en mer eller mindre otydlig struktur inte lämpar sig för NMA.

På SBU ser vi att NMA blir allt vanligare i forskningslitteraturen. Det finns en klar risk att metoden överanvänds och resultaten övertolkas. Många fallor måste undvikas när man genomför NMA och bedömer resultaten.^{2,3}

Framför allt ställer metoden krav på samarbete mellan specialiserade ämnesexperter och statistisk expertis – annars kan den slå helt fel.

Sten Anttila, fil dr, projektledare SBU

sten.anttila@sbu.se

Referenser

1. Biondi-Zoccai G, et al. Adjusted indirect comparison meta-analysis of prasugrel versus ticagrelor ... *Int J Cardiol* 2011;150:325-31.
2. Hutton B et al. The PRISMA extension statement for reporting of systematic reviews incorporating network meta-analyses ... *Ann Intern Med* 2015;162: 777-84.
3. Chaimani A, et al. Common pitfalls and mistakes in the set-up, analysis ... *Evid Based Ment Health* 2017;20:88-94.

Ordförklaringar

metaanalys – statistisk metod för att jämföra effekten av två insatser (eller insats och kontrollinsats) genom att väga ihop olika undersökningar som har prövat dessa jämsides

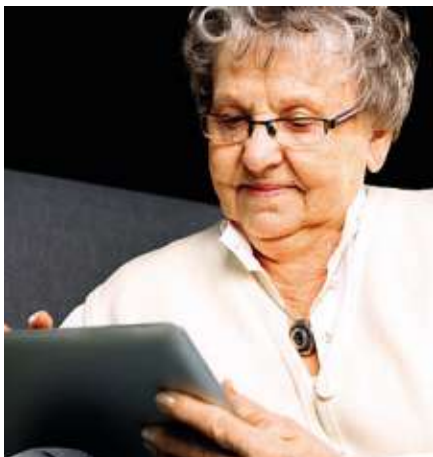
nätverks-metaanalys – statistisk metod för att jämföra effekten av ett antal olika insatser, även om några av insatserna aldrig har prövats jämsides i samma studie

odds – oddstal, antalet fall av ”händelse” (tex att ha haft en omfattande blödning) dividerat med antalet fall av ”icke-händelse” (tex att inte ha haft någon sådan blödning)

oddskvot – kvoten mellan två odds. Exempel: odds blödning/icke-blödning bland personer som har fått ett visst läkemedel dividerat med motsvarande odds i en jämförelsegrupp som fått ett annat läkemedel

	Disperse-2 (2007)	Plato (2009)	Triton-Timi (2007)
uppföljningstid (månader)	3	9	15
har förbehandlats med klopido­grel (%)	27	46	0
behandlas med glykoprotein­häm­mare (%)	31	27	55
har genomgått ballongvidning (%)	42	64	99

Tabellen visar några skillnader mellan försöksdeltagarna i studierna Disperse-2, Plato och Triton-Timi. Deltagarna följdes olika länge och förekomsten av övriga behandlingar varierade.



ROBERT PRZYBYSZ / SHUTTERSTOCK

DIGITAL TEKNIK FÖR PSYKISKT SKÖRA ÄLDRE

Det är möjligt, men inte säkert, att psykiskt sköra äldre kan bli mindre isolerade om de får lära sig använda digitala verktyg och internet. SBU efterlyser bättre kunskap om effekterna.

Det finns en del studier av hur utbildning i att använda internet och digitala verktyg skulle kunna minska ensamhet hos äldre med psykisk ohälsa eller med risk för sådana problem. Exempel på sådana verktyg är chatt, videosamtal, sociala medier och digitala spel för fysisk aktivitet eller mental stimulans.

SBU HAR KARTLAGT det vetenskapliga kunskapsläget och fann sju systematiska översikter av medelhög kvalitet från åren

2012–17. Tretton översikter höll låg kvalitet. Enskilda studier har inte granskats och SBU har inte heller tagit ställning till olika slutsatser tillförlitlighet och överförbarhet till svenska förhållanden.

Studierna har använt såväl kvantitativa som kvalitativa forskningsmetoder för att undersöka effekter, upplevelser och erfarenheter hos den här gruppen äldre. Mest forskning finns det om påverkan på depression, fysisk hälsa, isolering, medicinskt stöd och samspel med andra.

DÄREMOT SAKNAS undersökningar som visar om livskvalitet eller välbefinnande och tankeförmåga påverkas. Det råder också brist på studier som gäller upplevd användbarhet av tekniken.

Vidare saknas systematiska översikter av eventuella effekter på de psykiskt sköra äldres självständighet och förmåga till vardagliga aktiviteter.

SBU:s kartläggning diskuterar också vissa etiska aspekter. Om det visar sig att tekniken påverkar beslutsförmåga så kan detta ha betydelse för individens autonomi. En baksida kan vara risker till följd av bristande kunskap och medvetenhet om vilka sammanhang man deltar i, till exempel risk för att bli lurad eller utnyttjad.

SBU:s kartläggning har lämnats över till Folkhälsomyndigheten och ska ingå i ett kunskapsstöd, främst för landets kommuner. ♦ **RL**

Om kartläggningen

Välfärdsteknik – digitala verktyg som social stimulans för äldre personer med eller vid risk för psykisk ohälsa. En kartläggning av systematiska översikter. Kontakt SBU: Gunilla.Fahlstrom@sbu.se
Läs mer på <http://www.sbu.se/268>

FRÅGOR OM DEPRESSION KAN VARA ETT STÖD I PRIMÄRVÅRD

✓ Ett strukturerat frågeformulär som kallas PHQ-9 verkar kunna fungera som stöd i primärvården för att upptäcka och följa misstänkt depression. SBU har funnit ett visst vetenskapligt stöd för att formuläret, som omfattar nio frågor, kan vara känsligt och träffsäkert när det gäller patienter i primärvården. Däremot går det inte att bedöma om PHQ-9 är tillförlitligt för

patientkategorier inom annan specialistvård, som psykiatri – där är studierna för få. ♦ **RL**

Om den systematiska översikten

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) som stöd ... Partiell uppdatering av SBU-rapport om förstärkningsyndrom (2012). Projektledare SBU: Agneta.Petersson@sbu.se
Läs mer på <http://www.sbu.se/276>

SBU BEREDER

Tillägg till PSA-test för att finna prostatacancer



SBU har utrett huruvida olika tilläggsmetoder till blodprov med analys av PSA (prostata-specifikt antigen) kan ge mer träffsäkra besked om prostatacancer hos män med PSA-nivåer mellan 1 och 10 µg/L. De studier som hittills har gjorts ger inga starka vetenskapliga belägg för att träffsäkerheten blir väsentligt bättre, men de antyder att metoderna skulle kunna öka träffsäkerheten vid dessa PSA-nivåer. För att få en säkrare bild krävs det fler välgjorda och noggrant avrapporterade studier. ♦ **RL**

Tilläggsmetoder till PSA-test för diagnostik av prostatacancer. Underlag till Socialstyrelsen. SBU Bereder, nr 275 (2018) <http://www.sbu.se/275>



Tio steg på vägen mot evidens inom medicinen



Sex brittiska forskare anser att följande tio artiklar har gjort avtryck.

1. Sackett DL, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.
2. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new ... *JAMA* 1992;268:2420-5.
3. Altman DG. The scandal of poor medical research. *BMJ* 1994;308:283-4.
4. Heneghan C, et al. Evidence based medicine manifesto ... *BMJ* 2017;357:j2973.
5. Glasziou P, et al. Assessing the quality of research. *BMJ* 2004;328:39-41.
6. Schulz KF, et al. Empirical evidence of bias. *JAMA* 1995;273:408-12.
7. Coomarasamy A, et al. What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything? *BMJ* 2004;329:1017.
8. Straus SE, et al. Evidence-based medicine: a commentary on common criticisms. *CMAJ* 2000;163:837-41.
9. McColl A, et al. General practitioner's perceptions of the route to evidence ... *BMJ* 1998;316:361-5.
10. Gabbay J, et al. Evidence based guidelines or collectively constructed "mind-lines?" *BMJ* 2004;329:1010-3.

Nunan D, et al. Ten essential papers for the practice of evidencebased medicine. *Evid Based Med* 2017;22:202-4.

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 • WWW.SBU.SE • E-POST registrator@sbu.se
 TWITTER @sbu_sc • FACEBOOK @SBUkunskapscentrum • GRAFISK DESIGN Alenäs Grafisk Form
 TRYCK Elanders, Falköping 2018 • 4 nr per år, 145 000 ex • ISSN 1104-1250



SBU-NÄMNDEN

Kerstin Nilsson (ordf)
ÖREBRO UNIVERSITET

Peter Allebeck
FORTE

Heike Erkers
AKADEMIKERFÖRBUNDET SSR

Eva Franzén
STATENS INSTITUTIONSSTYRELSE

Vesna Jovic
SVERIGES KOMMUNER OCH
LANDSTING SKL

Jan-Ingvar Jönsson
VETENSKAPSRÅDET

Lars-Torsten Larsson
SOCIALSTYRELSEN

Lars Ohly

Lars Oscarsson
ERSTA SKÖNDAL HÖGSKOLA

Jenny Rehnman
SOCIALSTYRELSEN

Sineva Ribeiro
VÄRDFÖRBUNDET

Heidi Stensmyren
SVERIGES LÄKARFÖRBUND

Anders Sylvan
VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING

Magnus Wallinder
SVERIGES KOMMUNER OCH
LANDSTING SKL

Susanna Axelsson
SBU

SBU:S RÅD "BRAGE"

Lars Hansson (ordf)
PROFESSOR, VÅRDVETENSKAP,
LUNDS UNIVERSITET

Christel Bahtsevani
LEG SJUKSKÖTERSKA, MED DR,
VÅRDVETENSKAP, 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, KAROLINSKA INSTITUTET

Mussie Msghina
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/SAHLGRENKA, GÖTEBORG

Anna Ehrenberg
PROFESSOR, OMVÅRDAD,
HÖGSKOLAN DALARNA

Ingemar Engström
PROFESSOR, PSYKIATRI, ETİK,
ÖREBRO UNIVERSITET

Nils Feltelius
DOCENT, LÄKEMEDELVERKET

Sten-Åke Stenberg
PROFESSOR, SOCIAL FORSKNING,
STOCKHOLMS UNIVERSITET

Katarina Steen Carlsson
FIL DR, HÄLSOEKONOMI, IHE LUND

BARNRÄTTSDAGARNA

Årligt möte om barnrätt.
 Arr: Barnombudsmannen och
 Stiftelsen Allmänna Barnhuset
 Tid och plats: 24–25 april, 2018
 Conventum, Örebro
 www.barnrattsdagarna.se

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT INTERNATIONAL

Årligt möte i Health Technology
 Assessment International
 Tid och plats: 1–5 juni, 2018
 Vancouver, Kanada
 www.htai.org

EVIDENCE LIVE

Internationell konferens om evidens-
 baserad hälso- och sjukvård. Arr:
 University of Oxford, BMJ m fl.
 Tid och plats: 18–20 juni, 2018
 University of Oxford, Storbritannien
 www.evidencelive.org/

SOCIALCHEFS DAGARNA

Arr: Föreningen Sveriges socialchefer
 Tid och plats: 3–5 okt, 2018
 Jönköping
 www.socialchefer.se

GLOBAL EVIDENCE AND IMPLEMENTATION SUMMIT

Tema: Evidence, synthesis and
 implementation
 Internationell konferens om evidens-
 baserad vård och socialtjänst.
 Arr: Campbell Collaboration m fl
 Tid och plats: 22–24 okt, 2018
 Melbourne, Australien
 www.geis2018.org

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

SAMMANFATTNINGAR 2015–2018

Sammanfattningar från 2018 finns endast digitalt på sbu.se
 Alla tryckta sammanfattningar som listas nedan är kostnadsfria

XXXX Behandlingsfamiljer för ungdomar med allvarliga
 beteendeproblem (2018), finns endast digitalt

XXXX Öppenvårdsinsatser för familjer där barn utsätts för
 våld och försummelse (2018), finns endast digitalt

.....ex Arbetsmiljö, hjärt-kärlsjukdom & kemi (2017), nr 261s

.....ex Arbetsmiljö, hjärt-kärlsjukdom & kemi (2017), nr 261s

.....ex Patientdelaktighet i vården (2017), nr 260s

.....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 Skakvåld. 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 förlossningsskador (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

PATIENTINFORMATION ETC

Kostnadsfria, om inget annat anges

.....ex Arbetsmiljö och ohälsa. Frågor & fakta (2017), nr 401-19

.....ex Att leva med osteoporos och mötet med vården (2017)

.....ex För närstående t långvarigt sjuka äldre (2016), nr 401-17

.....ex Ny kunskap kan hjälpa kvinnor som fött barn
 (förlossningsskador) (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

20087634
 110 06 Stockholm



STATISTIK

Löpande översikter föreslås på områden som utvecklas snabbt

Systematiska översikter inom kunskapsområden som är helt nya eller som utvecklas ovanligt snabbt borde från början läggas upp så att resultaten uppdateras regelbundet. Det föreslår ett antal forskare från flera länder.

Välgjorda systematiska översikter av forskningen brukar ge mer tillförlitliga resultat än enstaka studier. Men i några fall kommer nya viktiga rön i så rask takt att översikter snabbt blir inaktuella. Det gäller områden där forskarna bryter ny mark och där varje rön innebär ett betydande framsteg.

ETT INTERNATIONELLT forskarnätverk föreslår nu att sådana snabbt expanderande forskningsfält borde belysas med "levande" sammanställningar – *living systematic reviews* – i stället för ständigt nya översikter som delvis överlappar varandra. Det skulle vara effektiva om en forskargrupp från början tog på sig att analysera sin fråga löpande, enligt förslaget.



Översiktsarbetet måste då läggas upp och publiceras annorlunda. Bland annat måste författarnas arbetsplan – protokollet – ange hur ofta de kommer att söka efter nya studier och gå igenom dessa. Forskarna måste klargöra om nya resultat kommer att läggas till omedelbart eller med fördröjning, och vilka statistiska metoder som ska användas. Vidare måste författarskapet omprövas vid varje upp-

datering. Endast personer som har bidragit väsentligt till den senaste versionen bör anges.

SLUTLIGEN FÖRESLÅR man att traditionella systematiska översikter görs om till levande översikter, när detta bedöms lämpligt. Och när kunskapsläget stabiliseras bör det omvända ske. I mars 2018 fanns fyra levande översikter i Cochranebiblioteket. ♦ **RL**

Lästips

Elliott JH, et al. Living systematic review: 1. Introduction – the why, what, when, and how. *J Clin Epidemiol* 2017;91:23-30.

Läs mer om levande systematiska översikter på www.cochrane.org/lr

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

SBU-RAPPORTER

Priset på de tryckta rapporterna är exkl moms och frakt. Beloppet faktureras. Rapporter från 2018 finns endast digitalt på sbu.se och kan inte beställas.

- XXXX Behandlingsfamiljer för ungdomar med allvarliga beteendeproblem (2018), finns endast digitalt
- XXXX Öppenvårdsinsatser för familjer där barn utsätts för våld och försummelse (2018), finns endast digitalt
-ex Arbetsmiljöns betydelse för hjärt-kärlsjukdom – exponering f kemiska ämnen (2017), nr 261, 200 kr
-ex Patientdelaktighet i vården (2017), nr 260, 150 kr
-ex Operation vid besvär av sten i gallblåsan och akut gallblåseinfektion (2017), nr 259, 150 kr
-ex Fetalt alkoholsyndrom (FAS) och fetala alkoholspektrumstörningar (FASD) (2017), nr 258, 200 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 Analsfinkterskada vid förlösa (2016), nr 249, 200 kr
-ex Behandl av hetsättningsstörn (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 Nyttä-risik 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

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

JA 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 eller den tredje part som SBU har utsett till distributör av informationen. Denna information förädlas av bestämmelserna i personuppgiftslagen (PuL). SBU är skyldig att på din begäran rätta, blockera och utplåna uppgifter enligt 28 § PuL. Varje registrerad har rätt att en gång per år, efter skriftlig ansökan, erhålla besked om huruvida personuppgifter som rör den sökande behandlas eller ej, enligt 26 § PuL. Den 25 maj 2018 upphör PuL att gälla och EU:s dataskyddsförordning träder i kraft. Personuppgiftsbehandlingen kommer följaktligen att ske enligt dataskyddsförordningen från och med den 25 maj 2018.

