

MEDICINSK VETENSKAP & PRAXIS

NYA RAPPORTER Gula fläcken | 4 Narkosövervakning | 7 Glaukom | 13



Vad ska resurserna räcka till?

Sjukvårdens mål är inte ekonomiska, utan humanitära. Men ska de begränsade resurserna täcka det som är viktigast för patienter och medborgare, måste värden hushålla. Det kräver medvetna val och inte bara okritiska tillägg av nya åtgärder. Att välja bort är vårdens mest brännbara framtidsfråga, säger professor Per Carlsson.

– Den hetaste potatisen, som ingen vill ta i, är vad värden inte ska göra och vilka åtgärder som det allmänna inte ska stå för. Alla säger att de måste prioritera, men många glömmer att det handlar om att välja – och därmed också om att avstå.

– Resurserna är ju begränsade, och det tragiska i dag är att vi skjuter upp

Jann Lipka / Mira

SBU – KUNSKAPSCENTRUM FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENKostnader | 1 Gula fläcken | 4 Narkosövervakning | 7 Risker | 8
Kohortstudier | 10 Glaukom | 13 Gentester | 14 Psykoterapi | 16

Sitt inte i knät på kungen

Det har ofta funnits en viss distans mellan maktavare och medicinare. Varje gång som Fredrik II av Preussen (1712–86, mer känd som Fredrik den store) träffade sin livmedikus lär han ha inlett samtalet med ett hånfullt: "Jaha, doktorn, och hur många kyrkogårdar har ni fyllt sedan sist?" Läkaren, som måste ha varit en modig man, ska ha replikerat: "Avsevärt färre än Ers Majestät, och betydligt mindre glansfullt."

Den här spänningen mellan makten och vetenskapen behöver inte vara ett problem. Tvärtom bör vi nog bli rejält oroliga när läkarvetenskapen ställer sig i maktens tjänst. Riktigt farligt blir det när medicinare säljer ut sin integritet för att tjänstsvilligt använda sin vetenskapliga status som täckmantel för politiska syften. Detta är inte ett dugg bättre än att låta sig köpas av något företag.

Tyvärr behöver man inte leta långt bakåt i historien för att hitta läkare och forskare som har missbrukat sin ställning för att till exempel spärra in politiskt olikstänkande, underlätta verkställandet av dödsstraff, tvångssterilisera personer som inte anses önskvärda eller hindra forskning som ifrågasätter hälsoeffekterna av politiska beslut. Dessa medicinska experter säljer sig till maktavarna men sviker sitt intellektuella och professionella ansvar.

En tankeväckande artikel i *Journal of Medical Ethics* uttrycker oro över att evidensbaserade riktlinjer i själva verket kan vara "politik förklädd till vetenskap". Författarnas huvudbudskap är att rekommendationer alltid är värdeladdade och att det krävs insyn och inflytande när evidensen ska stöpas om till riktlinjer så att den kommer till nytta både för enskilda patienter och för politiska prioriteringar.

Deras budskap är viktigt. Att försöka skilja mellan fakta och åsikt är en av ambitionerna med att kritiskt granska vetenskaplig litteratur som SBU gör. Visserligen kan naturvetenskapen, som många uppfattar som värderingsfri, aldrig bli fullkomligt objektiv. Men riktlinjer och rekommendationer kan definitionsmässigt inte vara det – där blir våra personliga ställningstaganden inte bara oundvikliga utan önskvärda. Vetande som inte tolkas och värderas kan aldrig leda till vettiga beslut.

Men när vi låter fakta och åsikt brytas mot varandra måste vi också komma ihåg vad som är vad. När beslutsfattare tolkar SBU:s slutsatser på sitt eget sätt, så att det passar den ena eller andra agendan, är det viktigt att gå till källan och kontrollera vad SBU egentligen har sagt och vad studierna visar – och bilda sig en egen uppfattning.

När policy och praxis ska formas på grundval av evidens är det just den processen som sätts igång. Ett lands-ting som beslutar om att erbjuda – eller inte erbjuda – en behandling utgår också från sina värderingar. SBU utvärderar de medicinska metoderna och tar fram ett beslutsunderlag. När prioriteringar ska göras, då gäller det att hålla reda på vems argument besluten grundar sig på – forskarens eller den politiska majoritetens.



RAGNAR LEVI, REDAKTÖR



Bild: Ragnar Levi / Robert Nyberg

diskussionerna om prioriteringar tills det blir akut. På vägen dit har vi missat chansen att göra medvetna, välgrundade val så att resurserna används där de behövs mest.

Det säger Per Carlsson, chef för Prioriteringscentrum i Linköping, ledamot av SBU:s Alertråd och Läkemedelsförmånsnämnden.

– I sjukvården fattas hela tiden mängder av prioriteringsbeslut som leder till ny verksamhet men också till ransonering av vård. Varje beslut om att satsa på en ny behandling eller ny apparatur – eller hålla kvar vid det gamla – får följder både för människors hälsa och för vårdens ekonomi, som ju hänger ihop.

OTYDLIG GRUND

– Som regel är det otydligt för alla, utom möjligen beslutsfattaren själv, på vilken grund som beslutet har fattats. Prioriteringarna sker omedvetet, osystematiskt. Men vilka alternativ tävlade egentligen mot varandra? Varför valde vi att satsa så här – inte så där?

– Visst finns det lovande exempel på öppen prioriter-

ing, till exempel Läkemedelsförmånsnämndens subventionsbeslut och Socialstyrelsens rangordning av åtgärder i nationella riktlinjer. Men de flesta prioriteringar är dolda och osystematiska.

FÖRTROENDE

Per Carlsson anser att prioriteringarna måste bli öppna om vården ska kunna fördela sina resurser rättvist och effektivt, och om befolkningen ska ha förtroende för vården. Olika alternativ måste diskuteras öppet så att besluten känns rimliga och rättfärdiga.

– Ett sätt att pröva om ett beslut är rättvist är att bjuda in till debatt. Processen blir jobbigare, eftersom fler kan vara med och ifrågasätta. Samtidigt får besluten större legitimitet.

– I all prioritering värdnamnet blir alternativen tydliga – du väger dem mot varandra. Du avstår från något för att ha råd med något annat, och du kan ange motiven. Du vet att du alltid har råd med det viktigaste. Detta gäller beslut på alla nivåer i vården.

Men att öppet avstå från

några medicinska möjligheter – att ransonera sjukvård – är en brännande fråga, och i dag har man på sin höjd börjat fingra på den, menar Per Carlsson. Han påminner om det kritiserade första försöket till öppna politiska prioriteringar i landstinget Östergötland år 2003. Där tog man fram prioriteringslistor och gav exempel på vad vården skulle avstå från vid resursbrist.

– Det folkliga motstånd som medierna skildrade gav många andra politiker kalla fötter. De som ledde arbetet i Östergötland har vittnat om misstag i processen, men de är fortfarande övertygande om att de har slagit in på rätt väg.

BÄTTRE SAMSPEL

Själv har Per Carlsson dragit slutsatsen att öppna prioriteringar kräver tydliga roller och bättre samspel mellan politiker och vårdföreträdare.

– Politikerna ska sätta övergripande mål, fastställa ekonomiska ramar och fördela resurser till olika verksamhetsområden. Men de allra flesta prioriteringar ska göras av sjukvårdspersonal.

– Undantag är när sjukvårdspersonalen behöver

förankra sina värderingar på något sätt. Politiker behöver delta i principiella beslut som har "politisk dimension" och som kan få stora konsekvenser – till exempel om man vill införa screeningprogram eller börja ta betalt för en åtgärd som hittills har varit kostnadsfri för patienten.

RELEVANTA FAKTA

Komplicerade frågor kan inte besvaras direkt utan måste prövas i offentlig debatt. Det måste också finnas fungerande system som kan ge beslutsfattarna relevanta fakta, poängterar Per Carlsson.

Här får han medhåll av SBU:s chef, professor Måns Rosén, som menar att debatten måste ta avstamp i forskningsresultat om nyttan med olika åtgärder.

– All diskussion om prioriteringar måste börja med frågan: "Vad vet vi om nyttan och riskerna?" Nästa fråga måste vara: "Vad kostar det?" och sedan "Är det här värt pengarna, jämfört med andra vårdinsatser?", säger Måns Rosén.

– Människors krav och förväntningar på sjukvården växer i takt med de tekniska möjligheterna, och i samma

takt ökar efterfrågan på vetenskapliga beslutsunderlag. Prioriteringsfrågorna blir allt mer akuta eftersom gapet mellan vad som är medicinskt möjligt och vad som är ekonomiskt genomförbart hela tiden ökar.

– Andelen äldre som överlever trots behandlingskrävan- de kroniska sjukdomar ökar hela tiden, fortsätter Måns Rosén. Exempelvis ökade fem- årsöverlevnaden för hjärtinfarktpatienter från 30 procent år 1987 till 44 procent år 1999. Cancerpatienter lever sju år längre i dag än på 1960-talet. Det är viktiga framgångar som ställer nya krav på vården.

SLÖSERI FÖREKOMMER

Samtidigt som vården får allt större problem med att möta nya krav på effektiv men kostsam behandling, förekommer resursslöseri och ineffektiva behandlingsmetoder.

– Oavsett hur politikerna väljer att hantera de ökade behoven och förväntningarna, är det helt klart att vården inte längre har råd med ineffektiva eller verkningslösa metoder.

– Den typen av insatser är de första vi borde välja bort, och det är fortfarande gott om dem, säger Måns Rosén. [RL]

Lästips

Vårdens alltför svåra val? Kartläggning av prioriteringsarbete och analys av riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården. Linköping: Prioriteringscentrum, 2007. Rapport 2007:2.

FAKTORER SOM KAN ÖKA VÅRDENS KOSTNADER

Ökade medicinska behov. Vi lever längre och allt fler hinner vara sjuka allt längre.

Nyhetens behag. Exempel: nya och dyrare läkemedel väljs trots att de inte är bättre än de äldre; ny apparatur som snart blir omodern.

Enkla metoder glöms bort. Exempel: icke-farmakologiska metoder, som enkla råd som hjälp till rökstopp eller för att dämpa storkonsumtion av alkohol; underbehandling.

Vidgade indikationsgränser. Riskfaktorer och förstadiet till riskfaktorer lanseras som behandlingskrävande sjukdomar (t ex pre-osteoporos, prehypertoni); överbehandling.

Indikationsglidning. Tillstånd som liknar varandra behandlas lika trots att evidens saknas; överbehandling.

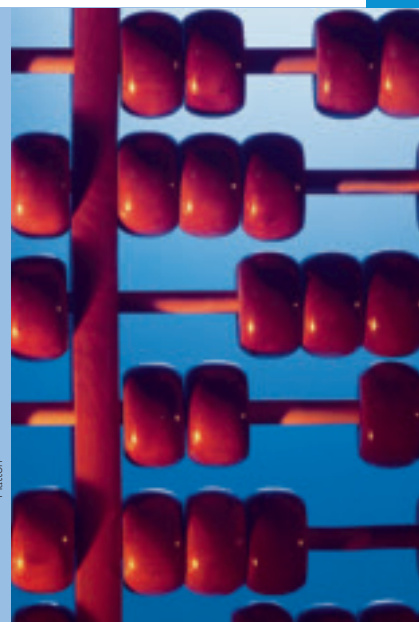
Marknadsföring av ineffektiva metoder. Efterfrågan skapas med irrationella argument.

Det teknologiska imperativet. Det tekniskt möjliga blir snart det önskvärda/nödvändiga.

Läkemedel kasseras. Varje år kastas läkemedel för uppskattningsvis 1 miljard SEK (Socialstyrelsen 2004).

Ineffektiv prissättning. Konkurrens saknas när det gäller nya läkemedel.

Ökade förväntningar/krav. Det är inte "normalt" att åldras; strävan efter perfekt hälsa.



GULA FLÄCKEN

Vass men dyr behandling sätter kostnaden i blickfånget

Det finns starkt vetenskapligt stöd för att läkemedlet ranibizumab kraftigt bromsar förlusten av synskärpa hos patienter med åldersförändringar i ögats gula fläck. Behandlingen kan även förbättra synen hos vissa patienter. Men den kan kosta upp till 1,3 miljarder kronor per år.

Patienter med åldersförändringar i gula fläcken, närmare bestämt våt makuladegeneration, förlorar delar av eller hela sin centrala synskärpa och lässyn. Det kan ta mindre än sex månader. Båda ögonen drabbas ofta, även om det sker med fördröjning och synen försämras olika mycket.

Ett nytt läkemedel, ranibizumab (Lucentis®), som injiceras i ögats glaskropp, bromsar försämringen. Patienten får behålla sin synskärpa i större utsträckning än vid behandling med så kallad fotodynamisk terapi eller placebo i form av simulerade injektioner. Det finns starkt

vetenskapligt stöd för detta, visar en ny rapport som SBU har gjort i samarbete med docenterna Christina Frennesson vid Ögonkliniken, Universitetssjukhuset i Linköping, Magnus Gjötterberg och Anders Kvanta, båda vid S:t Eriks ögonsjukhus i Stockholm. Det finns också starkt



SBU:S SLUTSATSER RANIBIZUMAB FÖR "GULA FLÄCKEN-SJUKAN"

► Månatlig behandling med ranibizumab har en kraftigt uppbromsande effekt på sjukdomsförloppet jämfört med fotodynamisk behandling (PDT) eller simulerad injektion hos patienter med neovaskulär åldersrelaterad förändring i näthinnsans gula fläck (neovaskulär AMD) vid uppföljning upp till två år (I)*.

► Månatlig behandling ger i betydligt högre grad en synförbättring hos de patienter som behandlats med ranibizumab jämfört med dem som behandlats med PDT eller simulerad injektion vid uppföljning upp till två år (I)*.

► Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt* om effekterna av behandlingen då denna ges

mindre ofta än en gång i månaden eller under längre tid än två år.

► Det är oklart om påbörjad behandling kan avslutas eller om det krävs fortsatta behandlingsomgångar för att effekten ska bestå (otillräckligt vetenskapligt underlag)*.

► Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt* för att bedöma metodens kostnadseffektivitet.

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

stöd för att vissa patienter får bättre syn av behandlingen. Effekten gäller vid injektioner i det drabbade ögat en gång i månaden och vid uppföljning upp till två år.

GES AV ÖGONLÄKARE

Men behandlingen är dyr. Varje spruta måste ges sterilt av en ögonläkare och kostar drygt 13 000 kronor varav 10 000 är själva läkemedelskostnaden. Om vården skulle behandla alla patienter med våt makuladegeneration med en spruta per månad, och förutsatt att det går att sluta med behandlingen efter två år, skulle det kosta 1,3 miljarder kronor per år. Att erbjuda läkemedlet till alla som skulle kunna dra nytta av det skulle också kräva fler ögonläkare och specialutbildade ögonsjuksköterskor.

Rapporten visar också att det saknas kunskap om huruvida patienten kan avsluta påbörjad behandling eller om injektionerna måste fortsätta längre, kanske till och med

livet ut, för att den bromsande effekten ska bestå. Det är inte heller klart om injektioner som ges mer sällan än en gång i månaden ger resultat. Därför kan SBU inte säga någonting om metoden är kostnadseffektiv på längre sikt eller inte.

PRAXIS VARIERAR

Läkemedlet har redan börjat användas i flera landsting, men hur det används varierar över landet. Det visar en enkätundersökning till verksamhetschefer på ögonklinikerna i Sverige som SBU också redovisar i rapporten. Flera kliniker hade börjat ge behandlingen vid frågetillfälle, trots att det inte var klart hur den skulle finansieras. Vid några kliniker behandlades patienter som ännu endast drabbats i det ena ögat. Vid andra behandlades patienten först när synen på andra ögat blivit sämre. Några kliniker gav läkemedlet till alla behandlingsbara patienter. [17]

Synfältsförlust till följd av "gula fläck-sjukan", makuladegeneration. Så här kan synfältet te sig för patienten.

Om rapporten

Ranibizumab för behandling av åldersförändringar i näthinnans gula fläck. SBU Alert-rapport 2008-03. Kontaktperson: Ingemar Eckerlund, eckerlund@sbu.se. Rapporten har tagits fram av SBU i samarbete med docent Christina Frennesson vid Ögonkliniken, Universitetssjukhuset i Linköping och docenterna Magnus Gjötterberg och Anders Kvantå vid S:t Eriks ögonsjukhus i Stockholm. För rapport och sammanfattning, se www.sbu.se

ÅLDERSFÖRÄNDRINGAR I NÄTHINNAN

Åldersrelaterad makuladegeneration, AMD, är den vanligaste orsaken till allvarligt försämrad syn hos personer över 60 år i industrialiserade länder.

Det finns flera former av AMD. Neovaskulär, våt, AMD är den enda form som kan behandlas. Vid våt AMD kan den centrala synskärpan och lättsynen försvinna. Däremot finns ofta ledsynen kvar.

Vid våt AMD bildas nya blodkärl under och i näthinnan eller dess pigmentepitel. Kärlen är sköra och kan läcka vätska, proteiner och blod. När kärlen läker bildas ärr vilket leder till att synskärpan försämrats.

Tidiga sjukdomstecken är att raka linjer ser krokiga ut eller att man ser en mörk fläck mitt i synfältet.

Läkemedlet hindrar att nya kärl bildas genom att påverka den kärlstimulerande tillväxtfaktorn VEGF, vascular endothelial growth factor. Behandlingen bör sättas in så snart som möjligt efter att patienten fått sin diagnos.

Omkring 30 000 personer beräknas ha våt AMD i Sverige. Sjukdomen upptäcks hos cirka 3 500 personer varje år. Båda ögonen drabbas ofta.

Ytterligare information: Läkemedelsverkets beslut om ranibizumab finns på www.lakemedelsverket.se/Tpl/MonographyPage_5766.aspx

NARKOS

Nyttan av EEG-övervakning inte belagd men utrustningen inköpt

Med hjälp av speciell EEG-övervakning kan patienter som sövts med injektion vakna ur narkosen några minuter tidigare. Men inget talar för att den tidsvinsten har klinisk eller ekonomisk betydelse. Nyttan av metoden vid akuta operationer eller för patienter som löper hög risk att vakna till kan inte bedömas.

Ingen vet om EEG-baserad övervakning vid narkos gör nytta – det vetenskapliga underlaget är motsäggande eller otillräckligt. Ändå har utrustningen köpts in på många håll. Det visar SBU:s nya utvärdering.

Alla regionsjukhus, nära 70 procent av länsjukhusen och vart fjärde länsdelssjukhus har skaffat apparaturen. Men det finns inga uppgifter om hur mycket den används.

Syftet med metoden är tydligt – sömnen, smärtlindringen och orörligheten, ska ligga på lagom nivå. Är anes-

tesin för djup, hämmas blodcirkulationen så att viktiga organ kan drabbas, och patienten återhämtar sig långsamt. Är den för ytlig, riskerar patienten att uppfatta vad som händer under operationen. Sådan varseblivning är visserligen ovanligt – kanske drabbas 1–2 patienter av 1 000. Men när det inträffar är det inte bara obehagligt utan kan i svåra fall leda till post-traumatiskt stressyndrom.

Effekten av narkosgas eller injektioner varierar från individ till individ. Traditionellt övervakas därför både mäng-

den anestesimedel som finns i kroppen och patientens cirkulation, andning, ögonreaktioner, reflexer och rörelser.

Men detta räcker inte alltid. Till exempel kan det vara svårt att skilja smärtsignaler från tecken på vakenhet.

Tanken med att komplettera övervakningen med EEG är att hela tiden kunna hålla en lagom nivå av anestesimedel. Men frågan om huruvida EEG-övervakning hjälper patienterna återstår att besvara – det saknas vetenskapligt stöd för att använda metoden rutinmässigt i det syftet. [RL]

Om rapporten

EEG-baserad anestesidjupsmonitorering vid kirurgi. Projektledare: Johan Wallin, wallin@sbu.se. Rapporten har tagits fram av SBU i samarbete med med dr Lennart Christiansson, Akademiska sjukhuset, Uppsala, och med dr Per Gannedahl, Karolinska universitetssjukhuset Solna. För rapport och sammanfattning, se www.sbu.se

SBU:S SLUTSATSER EEG-ÖVERVAKNING AV NARKOSDJUP

► EEG-baserad anestesidjupsmonitorering förkortar den tidiga återhämtningen efter intravenös anestesi med några minuter (3)*. Någon klinisk eller ekonomisk betydelse av denna tidsvinst kan inte visas. Det går inte att avgöra om anestesidjupsmonitorering påverkar den tidiga fasen av återhämtning efter gasanestesi (motsäggande vetenskapligt underlag)*.

► För den senare fasen av återhämtning (t ex tid till utskrivning) är det vetenskapliga underlaget motsäggande* oavsett anestesimedel.

► Det går inte att bedöma om EEG-baserad anestesidjupsmonitorering minskar risken för varseblivning under anestesi, har någon effekt på patienttillfredsställelse eller påverkar före-

komst av illamående/kräkning efter anestesi (motsäggande vetenskapligt underlag)*.

► Det går inte heller att avgöra om EEG-baserad anestesidjupsmonitorering medför positiva effekter på återhämtning efter anestesi eller minskad risk för varseblivning under anestesi för patienter med hög risk för varseblivning under anestesi

eller vid akut kirurgi (otillräckligt eller motsäggande vetenskapligt underlag)*.

► Det saknas vetenskapligt stöd för att använda metoden rutinmässigt mot varseblivning under narkos eller för att i avgörande omfattning underlätta patientens återhämtning efteråt.

*Anger evidensstyrka. Se www.sbu.se

Ta observerade risker på större allvar!

Är bra observationsstudier bättre än randomiserade prövningar när det gäller att bedöma risk? SBU:s chef Måns Rosén undersöker frågan utifrån ett läkemedel som kan ha kostat tusentals människor livet.

Aprotinin är ett preparat som använts för att minska blodförlusterna vid bypasskirurgi. Det amerikanska läkemedelsverket Food and Drug Administration (FDA) godkände användningen av aprotinin redan 1993. Det finns alternativa läkemedel för att minska blodförluster.

År 2005 tog *Lancet* i en kommentar upp problemet med onödig forskning.¹ Där hänvisades till en systematisk genomgång av 64 randomiserade studier av aprotinin där man redan efter den tolfte studien kunde visa att aprotinin effektivt minskade blodförlusterna vid kirurgi.² De följande 52 studierna ansågs därför ha varit onödiga. Där emot hade man inte tittat på risker och biverkningar.

I januari 2006 publicerades en observationsstudie som visade högre dödlighetsrisk för patienter som fått detta medel jämfört med alternativ.³ Ytterligare en observationsstudie som publicerades i mars 2006 pekade på ökad risk för nedsatt njurfunktion vid användning av aprotinin.⁴

FDA fann fortfarande inte anledning att ge någon varningssignal eftersom studier inte var randomiserade, men beslutade att göra en säkerhetsgranskning.

I september 2006 rapporterade läkemedelsföretaget att man låtit göra en observationsstudie som preliminärt visade på ökad risk för död och allvarliga njurskador. FDA rekommenderade då läkare som gav aprotinin att noggrant följa hur det gick för patienterna och begränsa användningen till operationer där det var särskilt angeläget att minska blodförlusterna. På FDA var man fortfarande osäker på om resultaten kunde bero på att de som fick aprotinin var sjukare än de som fick andra alternativ.

VISADE INGEN RISK

I december 2006 stärkte FDA varningstexterna för aprotinin, som dock fortfarande fick användas. I oktober 2007 publicerades Cochrane Collaboration en omfattande rapport med bland annat en metaanalys av 52 små randomiserade studier som inte visade någon ökad dödlighetsrisk.⁵ De flesta av studierna använde inte risk som primärt utfall och hade inte lagts upp för detta ändamål. Många beskrev inte på vilket sätt eller hur länge patienterna hade följts upp.

Kort därefter fick FDA veta att en randomiserad studie

(BART) om aprotinin stoppats i förtid eftersom den pekade på att aprotinin gav ökad dödlighet jämfört med andra läkemedelsalternativ. Temporärt drogs aprotinin in i november 2007. I februari 2008 kom två välgjorda observationsstudier som visade ökad dödlighet vid användning av aprotinin jämfört med alternativa läkemedel.^{6,7} BART publicerades i maj 2008.⁸

Redaktören på *NEJM* pekar på flera viktiga lärdomar. Bland annat innebär det problem att slå samman data från små studier, och vi behöver fler studier som jämför behandling sida vid sida.⁹

TV-kanalen CBS:s *60 minutes* sände ett längre reportage om aprotinin i februari 2008. Forskaren från den första publicerade studien var besviken på att FDA inte dragit in läkemedlet redan 2006 och hävdade att detta kostat 1 000 människoliv per månad eller sammantaget cirka 22 000 liv. Hur det än är med denna skattning så väcker detta ett antal viktiga principfrågor.

FÖR SMÅ

En gäller värdet av observationsstudier vid riskbedömning. Många inser fördelarna med sådana studier när det gäller att långsiktigt bedöma risker av läkemedel eller annan behandling. Randomiserade studier är ofta begränsade till speciellt utvalda pati-

Lästips

1. Young C, et al. Putting clinical trials into context. *Lancet* 2005;366:107-8.
2. Fergusson D, et al. Randomized controlled trials of aprotinin... *Clin Trials* 2005;2:218-32.
3. Mangano DT, et al. The risk associated with aprotinin in cardiac surgery. *NEJM* 2006;354:353-65.
4. Karkouti K, et al. A propensity score case-control comparison of aprotinin and tranexamic... *Transfusion* 2006;46:32-38.
5. Henry DA, et al. Anti-fibrinolytic use for minimising perioperative... *Cochrane Database Syst Rev* 2007;4:CD001886.
6. Schneeweiss S, et al. Aprotinin during coronary-artery bypass grafting and risk of death. *NEJM* 2008;358:771-83.
7. Shaw AD, et al. The effect of aprotinin on outcome after coronary-artery bypass grafting. *NEJM* 2008;358:784-93.
8. Fergusson D, et al. A comparison of aprotinin and lysine analogues in high-risk cardiac surgery. *NEJM* 2008;358:840-2.
9. Ray WA. Learning from aprotinin – mandatory trials of comparative efficacy and safety needed. *NEJM* 2008;358:840-2.
10. Miettinen OS. The need for randomization in the study of intended effects. *Stat Med* 1983;2:267-71.
11. Vandembroucke JP. When are observational studies as credible as randomised trials? *Lancet* 2004;363:1728-31.
12. Papanicolaou PN, et al. Comparisons of evidence on harms... *CMAJ* 2006;174:635-41.

entgrupper, har kortare uppföljningstid och är ofta för små för att kunna utesluta sällsynta risker.

Man kan aldrig helt utesluta urvalsfel i observationsstudier, men när det gäller okända biverkningar så är den typen av fel mindre sannolika.^{10,11} När läkare inte har kunskap om riskerna kan detta inte påverka beslut om vilka som erbjuds läkemedlet.

BORDE TAS PÅ ALLVAR

Även om många inser värdet av observationsstudier vid riskbedömning så tas denna kunskap i praktiken inte på tillräckligt stort allvar. Detta belyses tydligt i fallet med aprotinin. Cochrane-rapporten tar enbart med randomiserade studier. Resultaten från observationsstudierna tas bara upp översiktligt i diskus-

sionsavsnittet. De observationsstudier som visade på riskerna med aprotinin är mycket välgjorda med kontroll för en mängd bakgrundsfaktorer. De borde ha tagits på större allvar.

Metodologiska skäl talar också för att riskerna snarast har underskattats i dessa studier. Om felklassificeringen är oberoende av utfallet så underskattas alltid sambandets styrka. Ett förhållande som till exempel alltid gäller för kohortstudier där information om exponering samlas in före observationsperioden. Sannolikt klassificeras även data mer noggrant i randomiserade studier än i observationsstudier. Detta innebär teoretiskt att observationsstudier ofta ger mer konservativa riskuppskattningar än randomiserade studier. Empiriska

studier pekar också på detta.¹²

Tillförlitligheten i små randomiserade studier borde nog ifrågasättas mer, även då de analyseras tillsammans i en metaanalys. Risken är stor att små studier håller sämre kvalitet och oftare är behäftade med systematiska fel.

VISS SKEPTICISM

Cochrane-rapportens metaanalys av risker ger anledning till viss skepticism. Ingen av studierna var tillräckligt stor för att påvisa en skillnad i dödlighet, vilket inte heller var studiernas primära utfallsmått.

En annan nyckelfråga gäller försiktighetsprincipen. I detta fall fanns alternativ som också minskar blödningen vid bypassoperationer, om än inte lika effektivt som aprotinin.

Dessa medel har inte visat på ökade risker. Sannolikt hade fler liv räddats om man enligt försiktighetsprincipen hade dragit in aprotinin tidigare, eller åtminstone kraftigt begränsat dess användningsområde, i stället för att som nu dröja med beslutet.

Jag tycker att man kan dra en del slutsatser av exemplet aprotinin. Ta större hänsyn till observationsstudier, inte minst vid studier av risker. Var särskilt försiktig med små studier – oavsett design – och metaanalyser som bara baseras på sådana.

Måns Rosén, direktör SBU



Gary S Chapman / Getty

Ibland ger kohortstudier de bästa bevisen

Välgjorda randomiserade studier ger ofta säkra resultat. Men de kan gälla snävt utvalda patienter och effekter. Kohortstudier blir mer osäkra men är bättre på att fånga upp exempelvis ovanliga och sena biverkningar.

Kohortstudier är undersökningar som följer en avgränsad och noggrant beskriven grupp, en kohort, under längre tid. Ofta jämförs undergrupper i kohorten som (utan

forskarnas medverkan) har fått olika behandling eller utsatts för olika hälsorisker.

För att jämförelsen ska bli rättvisande bör grupperna vara så lika som möjligt utom just i det avseende som ska studeras. I en randomiserad studie lottas deltagarna till försöks- eller jämförelsegrupp. Då är sannolikheten stor att kända och okända störfaktorer, eller förväxlingsfaktorer, *confounders*, fördelar sig någorlunda jämnt mellan grupperna. Detta är en styrka hos randomiserade studier.

Men lottning är inte alltid möjligt eller lämpligt. Det är till exempel oetiskt att avsiktligt utsätta försöksdeltagare för misstänkta eller kända hälsorisker. När skadeverkningar ska studeras vetenskapligt kan i stället kohortstudier vara det bästa alternativet.

Medan randomiserade studier ofta gäller positiva behandlingseffekter i en snävt utvald patientkategori, är kohortstudier bättre när det gäller att undersöka hälsorisker. Stora och långvariga

kohortstudier kan till exempel påvisa ovanliga och sena skador till följd av behandlingar eller beteenden. Ett känt exempel är en brittisk kohortstudie på 1950-talet som bevisade sambandet mellan rökning, sjukdomar och död.

KAN SNEDVRIDAS

Men en svaghet hos kohortstudier är att resultaten kan snedvridas av så kallade urvalsfel och ojämnt fördelade förutsättningar i grupperna som jämförs. De grupper som ska jämföras kan skilja sig åt redan innan de har utsatts för någon hälsorisk. Om utgångsläget är olika, störs jämförelsen – grupperna är inte jämförbara.

Urvalsfel uppstår till exempel om läkare medvetet eller omedvetet oftare erbjuder en ny behandling till de friskaste patienterna. När patienter som har fått den nya behandlingen sedan jämförs med övriga patienter, kan det se ut som om den nya metoden har lett till bättre hälsa.

Jämförbarheten mellan

grupperna i kohortstudier störs ofta av sociala och ekonomiska skillnader som påverkar hälsan. Trots att socioekonomiska faktorer spelar stor roll vid många sjukdomar, ignoreras de ofta i analyserna. Ett känt exempel är de studier som felaktigt gav intryck av att östrogenbehandling skyddar mot hjärt-kärlsjukdom. Först när forskare tog hänsyn till sociala och ekonomiska skillnader mellan de kvinnor som tog östrogen och dem som inte gjorde det, stod det klart att östrogenet inte alls skyddade hjärtat.

MÄT ALLA FAKTORER

Utmaningen i kohortstudier är att mäta och hantera alla faktorer som kan påverka resultatet. Om sådana faktorer visar sig vara ojämnt fördelade mellan grupperna så kan forskarna försöka kompensera för detta i sin statistiska analys. Annars blir resultatet missvisande.

Kruxet är att en sådan justering bara kan göras för kända förväxlingsfaktorer.

Därför är kohortstudier särskilt känsliga för hittills okända confounders, alltså risk- eller friskfaktorer som fortfarande är outforskade. En annan stötesten är att det kan vara svårt att få fram tillförlitliga uppgifter om alla viktiga förväxlingsfaktorer.

FÖRSÖKER RÄTTA TILL

Två vanliga matematiska metoder att försöka rätta till en snedvridning på grund av kända confounders är regression och stratifiering.

Regression bygger på att inverkan av alla uppmätta förväxlingsfaktorer beräknas, så att resultatet kan justeras i motsvarande grad. Stratifiering betyder att kohorten delas in i mindre grupper, så att de egenskaper som anses påverka resultatet är jämnare fördelade. Ofta måste metoderna kombineras.

Kohortstudier är värdefulla men ställer stora krav på kritisk granskning. Osäkerheten i dem kan minskas – men den försvinner inte helt. [RL]

KOHORTSTUDIER FALLGROPAR

- Rekryterades de studerade grupperna på rätt sätt? Risk för snedvridet urval?
- Är valet av jämförelsegrupp kliniskt relevant?
- Mättes exponeringen på ett adekvat sätt?
- Mättes de viktiga utfallen på ett adekvat sätt?
- Har alla viktiga förväxlingsfaktorer identifierats, till exempel socioekonomiska faktorer?
- Är förväxlingsfaktorerna lika vanliga i de grupper som jämförs?
- Har dessa förväxlingsfaktorer beaktats i den statistiska analysen?

Lästips

- Rochon PA, et al. Reader's guide to critical appraisal of cohort studies: 1. Role and design. *BMJ* 2005;330:895-7.
- Mamdani M, et al. Reader's guide to...: 2. Assessing potential for confounding. *BMJ* 2005;330:960-2.
- Mamdani M, et al. Reader's guide to...: 3. Analytical strategies to reduce confounding. *BMJ* 2005;330:1021-3.

EXEMPEL

ANTIBIOTIKAPROFYLAX

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

BELASTNINGSSKADOR

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

DOPAMIN-AGONISTER VID RESTLESS LEGS

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

KYFOPLASTIK VID KOTKOMPRESSION

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

KYLBEHANDLING AV NYFÖDDA MED ASFYXI

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

LEUKOCYTAFERES VID INFLAMMATORISK TARM SJUKDOM

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

LÄKEMEDEL & ÄLDRE

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

NO-MÄTNING & ASTMA

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

PROSTATAFÖRSTÖRING

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

SÖMNBESVÄR

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

TANDEFÖRLUSTER

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

TANDROTBEHANDLING

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

TMS VID DEPRESSION

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

VACCINATION AV BARN

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

GLAUKOM

Sänkt ögontryck kan spara synfältet

Det finns ett visst stöd för att behandling som sänker ögontrycket vid grön starr, glaukom, kan bromsa synfältsförlusten. Personer med stegrat ögontryck löper mindre risk att utveckla glaukom om trycket sänks tillräckligt.

Att sänka trycket i ögat kan bromsa förlusten av synfält hos patienter som har konstaterad grön starr, glaukom. Ögontryckssänkande behandling kan också minska risken för att patienter med förhöjt ögontryck ska utveckla glaukom, men då krävs en sänkning med 20 procent. Vid mindre sänkning har ingen effekt kunnat visas. För dessa båda samband finns begränsat vetenskapligt underlag, visar en ny rapport från SBU.

Däremot går det inte att säga om en viss typ av

ögontryckssänkande behandling – läkemedel, laser eller kirurgi – är effektivare än någon annan, eftersom studierna som ingår i granskningen visar motsägande resultat. Frågan om vilken typ av behandling som passar vilken grupp patienter är ofullständigt studerad, visar rapporten.

Både kostnaden för läkemedel, antalet laserbehandlingar och antalet kirurgiska behandlingar har ökat under de senaste åren, enligt en undersökning av hur vården ser ut i dag som SBU också

gjort i samband med granskningen. Här framgår också att det landsting som gjorde flest ögontryckssänkande operationer per 100 000 invånare över 70 år under 2006 gjorde nästan 40 gånger så många operationer som det landsting som opererade minst.

Användningen av läkemedel och laser varierar också mellan landstingen. SBU har inte undersökt om detta innebär att patienter under- eller överbehandlas, men frågan är viktig att undersöka vidare. [17]

Om rapporten

Diagnostik, uppföljning och behandling av öppenvinkelglaukom. Projektordförande: Prof Anders Heijl. Projektleddare: Ingemar Eckerlund, eckerlund@sbu.se. För rapport och sammanfattning, se www.sbu.se

UR SBU:S SLUTSATSER GRÖN STARR

► Nya tester* har hög diagnostisk träffsäkerhet och tar ungefär hälften så lång tid (3). Bedömning av papillen på mono- eller stereofotografier har låg till måttlig diagnostisk träffsäkerhet (3). Scanninglasertomografi är i nivå med, eller bättre än, expertbedömning när det gäller att skilja mellan normala och glaukompåverkade papiller (3). Undersökning av näthinnans nervfibrer med scanninglaserpolarimetri respektive optisk koherenstomografi har måttlig och ungefär likvärdig diagnostisk träffsäkerhet (3).

► Behandling som sänker ögontrycket fördröjer synfältsförlusten vid manifest glaukom (3).

Trycksänkning med 20 procent eller mer minskar risken för manifest glaukom på det behandlade ögat (3). Ingen sådan effekt har påvisats vid mindre trycksänkning.

► Det vetenskapliga underlaget är motsägande när det gäller frågan om huruvida kirurgi eller laserbehandling är effektivare än ögondroppar.

► På grund av sjukdomens långsamma förlopp och patienternas relativt höga ålder, finns risken att undersökning och behandling ges låg prioritet. Det är viktigt att säkerställa diagnostik, uppföljning och behandling av dessa patienter.

GLAUKOM

Glaukom är en skada på synnerven som kan leda till blindhet och som främst drabbar äldre. Symtomen kommer smygande, och patienten märker oftast inte att synen har blivit sämre förrän sjukdomen är långt framskriden.

Det finns olika behandlingsmetoder – läkemedel, laser och kirurgi. Alla metoder syftar till att sänka ögontrycket.

Siffrorna inom parentes anger evidensstyrka, se www.sbu.se * SITA-testerna för Humphreyperimetern

Gentester vill ge oss känslan av kontroll

Vad gentestföretagen försöker sälja till oss är en modern kristallkula, skriver Susanne Vilhelmsdotter Allander, projektledare på SBU och specialistläkare i klinisk genetik.

Vilket behov är det som de kommersiella gentesterna försöker fylla? Kanske vill de inbilla oss att vi kan få maximal kontroll över våra liv och vår framtid – att vi kan skåda in i framtiden och styra den.

I dag erbjuds gentester direkt till allmänheten via internet. Provtagningen är enkel. Man skrapar med en bomullspinne på munnens slemhinna. Tillräckligt många celler fastnar då för att arvsmassan ska kunna undersökas. Provet skickas per post till företaget.

I den allmänna upphetsningen över alla möjligheter som detta kan innebära i framtiden, är det vissa fakta som inte kommer fram.

FÖR FORSKNING

För det första: De tester som erbjuds allmänheten har utvecklats för forskning – inte för riskbedömning hos enskilda personer.

Det finns miljontals unika platser i arvsmassan, så kallade SNP eller snippar, där skillnaden mellan olika individer kan utgöras av en enda byggsten. För att bättre förstå hur sjukdomar uppkommer använder forskarna gentester som kan analysera miljontals SNP samtidigt hos en enskild individ. Men i forskningen



Getty

undersöks tusentals individer, både friska och sjuka, med syfte att försöka fastställa om vissa kombinationer av SNP är vanligare vid en viss sjukdom. Resultaten kan då visa att vissa SNP är vanligare hos patientgruppen och därmed signalerar en risk för att utveckla sjukdomen.

NYTTA ELLER SKADA

Men det är viktigt att veta att personer som har en viss kombination av SNP gemensamt faktiskt inte behöver få sjukdomen. Det finns friska som har samma SNP-uppsättning, och det finns sjuka som inte har den. Och det är inte alls säkert att förebyggande behandling av personer med ett visst anlag gör mer nytta än skada. Detta måste utvärderas vetenskapligt.

För det andra: Vanliga folksjukdomar, som hjärtinfarkt, diabetes och astma, beror på både arv och miljö. Dessutom är de polygena, vilket innebär att flera gener är inblandade. I de flesta fall kommer ett löst genetiskt labsvar att ge mycket osäkert besked om huruvida individen kommer att bli sjuk eller inte.

FÖRVÄNTAS TOLKA

För det tredje: Företagen marknadsför testerna som en personlig riskbedömning när det gäller ett antal vanliga sjukdomar. De som väljer att testa sig förväntas själva tolka resultaten. Men för att kunna förstå genetiska testsvar på rätt sätt bör man ha tillgång till en ämneskunnig person som i ett personligt samtal kan ge mer information, sätta

in provsvaren i ett individuellt sammanhang och svara på frågor. Detta är också tradition inom svensk sjukvård, där det också finns kunskap om personens hälsa och eventuella sjukdomar i familjen. På nätet saknas den möjligheten.

SVAGT REGELVERK

För det fjärde: Inom EU är regelverket svagt på det här området – något som också har kritiserats i flera medicinska tidskrifter. Det gäller både hur genetiska tester får marknadsföras och vem som har rätt att ta del av testsvaren. Här behövs ett internationellt samarbete.

De flesta av oss bär på anlag för en eller flera vanliga sjukdomar. Sannolikt skulle de flesta av oss få mer information om våra nedärva egenskaper genom att studera vår egen släkt. Brukar mina släktingar leva länge? Är det någon sjukdom som har drabbat flera av dem?

Kanske skulle de flesta av oss få en bättre bild av våra genetiska förutsättningar genom att fråga våra släktingar än genom att köpa gentester som saluförs på nätet av vinstdrivande företag.

Susanne Vilhelmsdotter
Allander

Lästips

Melzer D, et al. Genetic tests for common diseases: new insights, old concerns. *Brit Med J* 2008;336:590-3.
Wahlström J, et al. Hur ska enskilda kunna värdera sin risk när inte forskarna kan det? *Dagens Medicin* 2008;16:29.
Pennisi E. Breakthrough of the year: Human Genetic Variation. *Science* 2007;318:1842-3.



SBU-nämnden för medicinsk utvärdering

Nina Rehnqvist (ORDF)
KAROLINSKA INSTITUTET

Peter Aspelin
SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET

Håkan Billig
VETENSKAPSRÅDET

Håkan Ceder
SOCIALSTYRELSEN

Anna-Karin Eklund
VÄRDFÖRBUNDET

Ann Hedberg Balkå
SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

Erik Hemmingsson
SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

Björn Klinge
KAROLINSKA INSTITUTET

Eva Nilsson Bågenholm
SVERIGES LÄKARFÖRBUND

Måns Rosén
SBU

Håkan Sörman
SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

Direktör SBU

Måns Rosén

SBU:s råd

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

Anders Anell
EKONOMIHÖGSKOLAN, LUNDS UNIV

Björn Beermann
LÄKEMEDELSVERKET, UPPSALA

Cecilia Björkelund
AVD F ALLMÄNMED, GBG:S UNIV

Lisa Ekselius
INST F NEUROVET/PSYK, UPPSALA UNIV

Mats Eliasson
MED KLIN, SUNDERBY SJUKHUS, LULEÅ

Sölve Elmståhl
GER UTV CENTR, UNIV SJH MAS, MALMÖ

Mikael Hellström
AVD F RADIOL, SU/SAHLGRENSKA, GBG

Kerstin Nilsson
KVINNOKLIN, UNIV SJH, ÖREBRO

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

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

Björn Sjöström
INST F VÅRD & NATUR, HÖGSK I SKÖVDE

Gunnevi Sundelin
SJUKGYMNASTPROGR, SAMHÄLLSMED
OCH REHAB, UMEÅ UNIV

Gunnel Svensäter
ODONT FAKULTET, MALMÖ HÖGSKOLA

Ania Willman
BLEKINGE TEKNISKA HÖGSKOLA,
KARLSKRONA

SBU Alerträdet

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

Christel Bahtsevani
HÄLSA & SAMHÄLLE, MALMÖ HÖGSK

Bo Carlberg
FOLKHÄLSA & KLIN MED, UMEÅ UNIV

Jane Carlsson
INST ARB TER/FYSIOTER, GBG:S UNIV

Per Carlsson
CMT, LINKÖPINGS UNIV

Björn-Erik Erlandsson
MED TEKN, STHLMS LÄNS LANDSTING

Mårten Fernö
EXP ONKOLOGI, LUNDS UNIV

Stefan Jutterdal
LANDSTINGET I KALMAR LÄN

Viveca Odland
LÄKEMEDELSVERKET, UPPSALA

Thomas Tegenfeldt
SOCIALSTYRELSEN, UMEÅ

Jan Wahlström
KLINISK GENETIK, GBG:S UNIV

Katrine Åhlström Riklund
NUKL MED, NORRL UNIV SJUKH, UMEÅ

SBU:s lekmanråd

Victoria Dyring (ORDF)

Ulla Arnberg

Marie-Jeanette Bergvall

Barbro Björkman

Alex Eckerström

Birgitta Karlström

Sam Sandberg

MEDICINSK UTVÄRDERING SOM STÖD FÖR ATT UTVECKLA VÅRDEN

ONSDAG 8 OKTOBER 2008

Plats: Nalen konferenscenter,
Stockholm.

Syftet med konferensen är att stimulera användning av medicinska utvärderingar som beslutsunderlag i vården. Bland föreläsarna finns sjukhusdirektören David Dalton från England och olika nordiska företrädare som ger exempel på utvärderingarnas roll i beslutsprocessen.

Målgrupp: SBU-kollegiet samt administrativa och medicinska ledningar inom landstingen.

Arr: SBU och HTA-nätverket.

Anmälan: engstrom@sbu.se Mer info:
Agnet Pettersson, tel 08-412 32 30

FRAMTIDEN FÖR MEDICISK UTVÄRDERING I EUROPA

TORSdag 20 NOVEMBER 2008

Plats: Pasteur-institutet, Paris.

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

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

Anmälan på www.eunethta.net

Information om konferensen:
allgurin@sbu.se

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

SAMMANFATTNINGAR 2006-2008

Kostnadsfria*

-ex Diagnostik, uppföljning och behandling av öppen-vinkelglaukom (2008), nr 501-47
-ex Rörbehandling vid inflammation i mellanörat (2007), nr 501-45
-ex Karies – diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling (2007), nr 501-44
-ex Benartärsjukdom – diagnostik och behandling (2007), nr 501-43
-ex Måttligt förhöjt blodtryck, uppdat (2007), nr 501-46
-ex Ljusterapi vid depression samt övrig behandling av årstidsbunden depression (2007), nr 501-42
-ex Dyspepsi och reflux (2007), nr 501-41
-ex Obstruktiv sömnapné syndrom – diagnostik och behandling (2007), nr 501-40
-ex Nyttan av att berika mjölk med folsyra i syfte att minska risken för neuralrörsdefekter (2007), nr 501-39
-ex Tidig fosterdiagnostik (2006), nr 501-38
-ex Metoder för att främja fys aktivitet (2006), nr 501-37
-ex Hjärnskakning – uppdatering (2006), nr 501-36
-ex Metoder för behandling av långvarig smärta (2006), nr 501-35
-ex Demenssjukdomar (2006), nr 501-34

PATIENTINFORMATION

Kostnadsfria*

-ex Till dig som vill veta mer om tidig fosterdiagnostik (2008), nr 401-13
-ex Rör i örat hos barn – Frågor och svar (2008), nr 401-12
-ex Behandling av långvarig smärta – Frågor och svar (2006), nr 401-11
-ex Behandling av ångestsjukdomar – Frågor och svar (2006), nr 401-10
-ex Behandling av depression – Frågor och svar (2004), nr 401-9
-ex Vad hjälper mot fetma? (2003), nr 401-8
-ex Känner du någon som dricker för mycket? – Frågor och svar (2002), nr 401-6
-ex Akut rygg- och nacksmärta – Frågor och svar (2001), nr 401-5
-ex Behandling av urininkontinens – Frågor och svar (2001), nr 401-4

Trycksaker och faktura* skickas till:

Namn

Postadress

E-post

* Vid beställning av större antal kostnadsfria trycksaker debiteras frakt.

Frankeras ej.
Mottagaren
betalar portot.

SBU

Statens beredning för medicinsk utvärdering

Svarspost

Kundnr III 810 800

110 05 Stockholm

Kortvarig psykodynamisk terapi kan dämpa symtom vid depression

Just nu debatteras det flitigt om det är meningsfullt att pröva psykodynamisk psykoterapi i randomiserade studier. Frågan aktualiserar en tidigare översikt från Cochrane-nätverket.

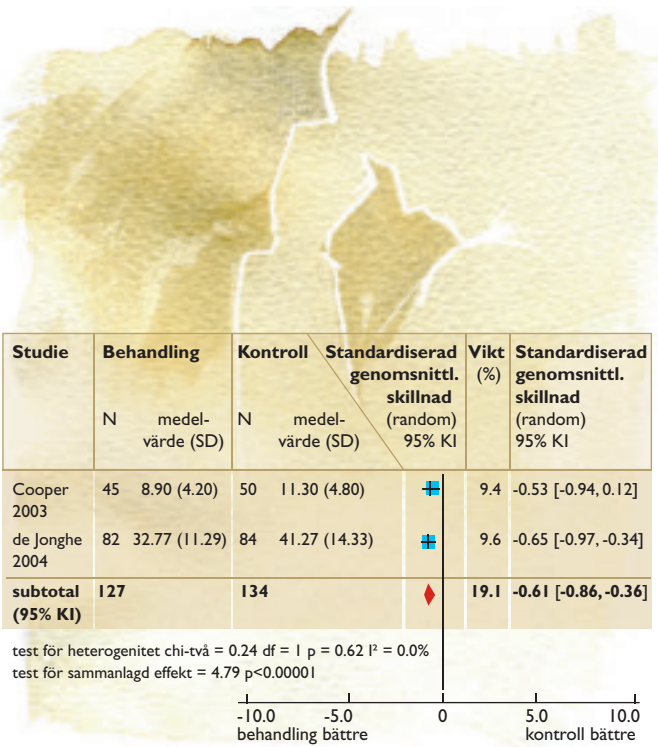
En metaanalys från Cochrane Collaboration pekar på att psykodynamisk korttidsterapi kan lindra symtomen vid flera tillstånd, jämfört med sedvanlig behandling, minimal psykologisk intervention eller väntelista. Författarna påpekar dock att resultaten måste tolkas försiktigt eftersom underlaget är litet och studierna har lagts upp på så olika sätt.

Diagrammet här intill visar ett utdrag som gäller depressionssymtom vid depressiva syndrom. Analysen omfattar bara två studier av depression, som båda har tillkommit efter SBU:s granskning. De visar minskade depressiva

symtom på kort sikt, vilket stämmer med SBU-rapporten. Psykodynamisk korttidsterapi har prövats i randomiserade studier vid olika tillstånd. Men det finns färre sådana studier av psykodynamisk

korttidsterapi än av exempelvis kognitiv beteendeterapi. [RL]

Abbass AA, Hancock JT, Henderson J, Kisely S. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art No CD004687.



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

SBU-RAPPORTER 2004–2008

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

-ex Diagnostik, uppföljning och behandling av öppenvinkelglaukom (2008), nr 190, 200kr
-ex Rörbehandling vid inflammation i mellanörat (2007), nr 189, 200kr
-ex Karies – diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling (2007), nr 188, 200kr
-ex Benartärsjukdom – diagnostik och behandling (2007), nr 187, 250 kr
-ex Måttligt förhöjt blodtryck, uppdaterad (2007), nr 170/1U, 200 kr
-ex Ljusterapi vid depression samt övrig behandling av årstidsbunden depression (2007). Publiceras endast i elektronisk version på www.sbu.se.
-ex Dyspepsi och reflux (2007), nr 185, 200 kr
-ex Obstruktiv Sleep Apnoea Syndrome (-07), 184E, 200 kr
-ex Nyttan av att berika mjölk med folsyra (2007), nr 183, 125 kr
-ex Metoder för att främja fysisk aktivitet (2007), nr 181, 200 kr

-ex Tidig fosterdiagnostik (2006), nr 182, 200 kr
-ex Hjärnskakning – uppdat (2006), nr 180, 125 kr
-ex Behandling med vitamin D och kalcium (2006) nr 178, gratis!
-ex Metoder för behandling av långvarig smärta (2006), nr 177/1+2, två volymer, 250 kr per volym
-ex Volym och kvalitet (2005), nr 179, gratis!
-ex Bettavvikelse, tandreglering (2005), nr 176, 200 kr
-ex Riskbedömningar inom psykiatri – kan våld i samhället förutsägas? (2005), nr 175, 150 kr
-ex ADHD hos flickor (2005), nr 174, 150 kr
-ex Behandling av ångestsyndrom (2005), nr 171/1+2 två volymer, 200 kr per volym
-ex Förebyggande åtgärder mot fetma (2004), nr 173, 150 kr
-ex Måttligt förhöjt blodtryck (2004), nr 170/1+2, två volymer, vol 1: 250 kr, vol 2: 150 kr
-ex Kronisk parodontit (2004), nr 169, 200 kr
-ex Behandling av depressionssjukdomar (2004), nr 166/1+2+3, tre volymer, 200 kr per volym

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

Ja tack, jag vill gärna prenumerera kostnadsfritt på:

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

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

Denna information förädlades 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).