

MEDICINSK VETENSKAP & PRAXIS

NYA RAPPORTER Blödande magsår | 4 Dabigatran vid förmaksflimmer | 8
Vertebro- & kyfoplastik | 11 Datortomografi av kranskärl | 12



Kan vården skräddarsys efter genetik?

Många hoppas att tester av patienters arvs massa ska leda till individuellt anpassad, och därmed effektivare behandling. Men innan människor börjar genestas som utgångspunkt för vårdbeslut måste nyttan visas i kliniska studier.

Förväntningarna är skyhöga. Under det senaste årtiondet har nya gentester tagits fram i rask takt, och i dag finns det mer än 1000 tester som gäller 1200 sjukdomar. Det handlar inte enbart om sällsynta rubbningar i enstaka gener. Allt oftare påvisas komplicerade samband mellan människors genuppsättning och olika folksjukdomar.

Men även om fältet uppfattas som vetenskapligt banbrytande och löftesrikt i största allmänhet, måste vården och patienterna ställa kritiska frågor om nyttan.

Togga/Getty

SBU – KUNSKAPSCENTRUM FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Gentester | 1 Blödande magsår | 4 Tandvårdsforskning | 7 Förmaksflimmer | 8
Kotfraktur | 11 CT kranskärl | 12 SBU-app | 14 Psykisk ohälsa | 14 Statistik | 16

Anlag är ingen sjukdom

Gränsen mellan sjuk och friskt är flytande. Och just i det gränslandet är det många som gör anspråk på territorium. Sjukvården, industrin som tillverkar läkemedel och medicinteknik, myndigheter, forskare, journalister och intressegrupper – alla är med och formar bilden av vad som ska räknas som hälsa respektive ohälsa.

Idéhistoriska och antropologiska studier visar att medicinska diagnoser delvis är sociala konstruktioner, gemensamma överenskommelser om vilka människor som behöver hjälp och behandling, och vilka som får acceptera sitt öde. Vad som betraktas som sjukligt och nödvändigt att åtgärda varierar över tid och mellan kulturer. Sjukdomar är hälsoproblem som avviker från den hälsa som vi förväntar oss.

Och förväntningar är tånjbara. I marknadsföring och på symposier utmålas ålderstecken som medicinska problem som kan hävas med olika piller. Kvinnans menopaus lanseras som ett "hormonbristtillstånd", och avtagande testosteronnivåer hos den äldre mannen förvandlas till en behandlingsbar diagnos, "andropaus". När män blir tunnhåriga har de drabbats av håravfall och behandling bör övervägas. Personer som har blivit glömska anses lida av mild kognitiv svikt som kan medicineras. Lätt minskad bentäthet och lätt förhöjt blodtryck, som vi inte märker och som ännu inte innebär någon hälsofara, men som kan uppmätas genom särskilda undersökningar, presenteras som behandlingskrävande risktillstånd. Gradvis tånjs gränserna för vad vi betraktar som sjukligt.

Det lönar sig att sjukförklara människor genom att lansera nya diagnoser eller tånja på befintliga diagnoskriterier: industrin får nya marknader, forskare får nya karriärmöjligheter och medierna får nyheter att sälja.

Även teknikutvecklingen skapar nya behov. Det behandlingsbara blir lätt det behandlingskrävande. Nya läkemedel, som gör det möjligt att förändra och styra kroppens funktioner, påverkar vår syn på vad som bör styras och ändras. Undersökningsmetoder som visar vilka arvsanlag som kanske ökar känsligheten för sjukdom, leder till förslag om screening och förebyggande, långvarig medicinering och andra åtgärder. Vilka av dessa anlagstester som gör mer nytta än skada är mestadels höljt i dunkel.

Men de är på väg in i vårt medvetande och i samhället. Sedan ett antal år marknadsförs gentester till den friska befolkningen. Lanseringen har ifrågasatts i den offentliga debatten, och nyligen väcktes förslag om lagändring på området.

Min misstanke är att de unga, friska individer som önskar gentesta sig egentligen bara vill höra att de saknar riskmarkörerna. De räknar inte med att kanske få besked om det motsatta.

Helt säkert är i alla fall att oron för att i framtiden drabbas av en sjukdom kan göra oss till värdrkonsumenter, med allt vad det innebär. Så medikaliserar livets grundstenar.



RAGNAR LEVI, REDAKTÖR



I motsats till de många företag världen över som marknadsför DNA-tester som vår tids medicinska kristallkula, förmedlar en färsk artikel i tidskriften *Science* en betydligt mer behärskad entusiasm.

Inte ens när dussintals genetiska riskmarkörer för sjukdomar kombineras, ger dessa någon väsentlig klinisk vägledning, framhåller författarna. Det beror på att folksjukdomar – som de flesta cancerformer och hjärt-kärlsjukdom – ofta orsakas av många samtidiga faktorer. De genetiska markörer som hittills har upptäckts förbleknar vid sidan av risker som har med levnadsvanor att göra.

MÅNGA DRABBAS

Risken att drabbas av en folksjukdom är definitionsmässigt hög – det är med andra ord många människor som drabbas. Därför påverkas individens sjukdomsrisk bara marginellt av särdragen i den egna arvsmassan. Att börja screena genetiska riskmarkörer i hela befolkningsgrupper, exempelvis för att se vilka personer som borde gå igenom ytterligare undersökningar för cancer i bröst eller tjocktarm, skulle göra mer skada än nytta.

– Ett decennium efter de

första publicerade fynden från HUGO-projektet, är förväntningarna våldsamt överdrivna när det gäller den kliniska nyttan av att testa människors genuppsättning, kommenterar professor Hans-Olov Adami vid Harvard School of Public Health, USA, sedan länge verksam vid Karolinska institutet och tidigare ledamot av SBU:s råd.

VILL SÄLJA TESTER

– Enligt min mening handlar det om en gigantisk bubbla. Den har blåsts upp av forskare som försöker dra till sig resurser, få omvärldens erkännande och marknadsföra kommersiella tillämpningar av sina upptäckter.

– De får benäget bistånd både av okritiska journalister som hungrar efter nyheter och av företag som först vill sälja gentester till så många som möjligt och sedan gärna livslång förebyggande medicinering till oroliga människor med olika riskmarkörer.

Adami har själv publicerat studier av riskmarkörer för prostatacancer, men han är nog med att påpeka att patienterna inte har nytta av tester, även om resultaten är vetenskapligt intressanta.

– På många sätt påminner hajpen kring *personalized med-*

icine om "war on cancer", som USA:s president Nixon förklarade 1971. Så här 40 år senare kan vi knappast säga att slaget mot cancer är vunnet, säger han lakoniskt.

RIKTAS FÖR SNÄVT

När förväntningarna piskas upp, riskerar resurserna att satsas för snävt, menar Hans-Olov Adami. Då hämmas andra insatser som kunde göra nytta direkt.

– Faktum är att vi redan har en massa kunskap om mycket effektiva sjukdomsförebyggande åtgärder. Det stora problemet är att vi inte använder den.

Författarna till artikeln i *Science* är inne på samma linje. Mycket talar för att välkända åtgärder som bevisligen kan minska risken, ofta gör nytta för alla individer oavsett genetisk risknivå. Exempel är att sluta röka, undvika överkonsumtion av alkohol, äta bättre och röra sig mer.

Ändå marknadsförs DNA-

tester sedan flera år direkt till allmänheten, även i Sverige. Den som är beredd att spendera tusenlappar kan få ett helt paket av besked om sitt DNA – exempelvis de små skillnaderna i risk för högt blodtryck, hjärtinfarkt, diabetes och prostatacancer. Och frågan är vad testsvaren leder till.

ÄNDRA BETEENDE

För att en sjukdom ska kunna förebyggas effektivt, krävs det ofta beteendeförändringar. Många tycker att det är svårt att ändra sina levnadsvanor. Men det finns inga belägg för att enbart information om ärftlig benägenhet för exempelvis hjärtsjukdom sporrar människor att långsiktigt vares sig äta bättre eller röra sig mer, skriver James Evans och hans medarbetare i *Science*. Även om så vore, skulle beskedet till dem som saknar dessa genetiska riskmarkörer kunna få precis motsatt effekt – att de invaggas i falsk säker-

het och väljer en skadligare livsstil.

Men det finns också kunskaper på området som ligger nära klinisk praxis. En sådan tillämpning gäller omsättning och effekt av läkemedel, så kallad farmakogenetik. Genetiska variationer som exempelvis gör att en person har antingen för mycket eller för lite av ett enzym, eller saknar det helt, kan leda till utebliven behandlingseffekt eller biverkningar. Det kan finnas situationer där sådana gentest gör nytta. Ett helt annat och mer etablerat användningsområde är gentypering av tumörceller.

I fråga om sjukdomsmarkörer i vår medfödda arvs-massa är dock många bedömare ense om att de kliniska framgångarna hittills inte har matchat förväntningarna.

När förslagen om gentester kommer, måste de därför åtföljas av bevis för att nyttan är större än skadan och att de är värda sitt pris. [RL]



Scott Tyack/Cerity

Lästips

- Evans JP, et al. Deflating the genomic bubble. *Science* 2011;331:861-2.
- Teutsch, SM, et. al. The Evaluation of Genomic Applications in Practice and Prevention (EGAPP) Initiative ... *Genet Med* 2009;11:3-14.
- Eichelbaum M, et al. Pharmacogenomics and individualized drug therapy. *Annu Rev Med* 2006;57:119-37.
- Ingelman-Sundberg M. Genetic polymorphisms of cytochrome P450D6 ... *The Pharmacogenomics Journal* 2005;5:6-13.
- Lilly Zheng S, et al. Cumulative association of five genetic variants with prostate cancer. *N Engl J Med* 2008; 358:910-19.
- Allander S. Gentester vill ge oss känslan av kontroll. *Vetenskap & praxis* 2008 (2):14.

GÖR GENTESTET KLINISK NYTTA? | BELÄGG SOM BÖR EFTERFRÅGAS

Föreslagen användning

Diagnostik (av personer som behöver utredas)

Påvisat samband

En genetisk markör är vanligare hos dem som redan har sjukdomssymtom

Dokumentation som bör efterfrågas

Finns det evidens för snabbare/säkrare diagnostik? Bli behandlingsresultatet därmed bevisat bättre i termer av överlevnad, symtomlindring eller livskvalitet? Har informationen betydelse för några vårdbeslut?

Screening (av personer som saknar symtom)

En genetisk markör är vanligare hos dem som senare kommer att få sjukdomssymtom

Bidrar testet bevisligen till bättre hälsa hos dem som screenas? Leder testet plus tidigare insatt behandling till bättre överlevnad, symtomlindring eller högre livskvalitet? Är metoden tillräckligt känslig och träffsäker: kan den påvisa sjukdomen tillförlitligt och utan att ge falskt alarm?

Bedöma risk att insjukna

En genetisk markör är vanligare hos dem som kanske utvecklar sjukdomssymtom senare

Kan sjukdomen bevisligen förebyggas effektivare hos personer där markören tyder på ökad sjukdomsbenägenhet? Leder testet plus de påföljande förebyggande insatserna till att färre individer insjuknar?

Bedöma sjukdomsprognos

Koppling har påvisats mellan markören och ett visst sjukdomsförlopp

Leder informationen till andra beslut eller annan handläggning som ger patienterna bättre överlevnad, symtomlindring eller högre livskvalitet?

Skräddarsy behandling

Koppling har påvisats mellan markören och nyttan av olika behandlingsmetoder

Leder informationen till effektivare behandling och därmed till bättre överlevnad, symtomlindring eller högre livskvalitet för dem som undersöks?

Tabellen bygger på Teutsch et al 2009, m fl

MAGSÅR

Att bättre förebygga akut blödning skulle rädda liv

Dödligheten är hög bland patienter som har vårdats för blödande magsår. Överlevnaden skulle öka om fler fick behandling mot magsårsbakterier – två antibiotika plus läkemedel som minskar mängden syra i magsäcken, så kallade protonpumpshämmare. Det visar SBU:s nya utvärdering av den samlade forskningen.

Bättre förebyggande åtgärder mot blödande magsår skulle sannolikt kunna rädda liv.

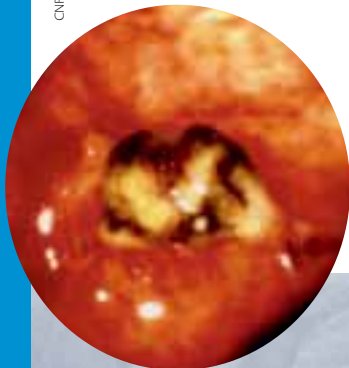
Hos personer som redan har haft magblödning, minskar risken för återfall om de får en kombinerad behandling mot magsårsbakterien *H. pylori*: två antibiotika plus så

kallade protonpumpshämmare som minskar mängden saltsyra i magsäcken. Registeruppgifter tyder på att fler borde få sådan behandling.

En grupp som löper högre risk för blödande magsår är de som behandlas med acetylsalicylsyra (ASA), en behand-

ling som kan vara viktig för att förebygga blodproppar som kan leda till hjärtinfarkt och stroke.

Personer som har drabbats av magblödning och som behöver fortsätta att ta ASA (till exempel Trombyl) för att förebygga blodproppar, kan få



CNR/SPL

Blödande magsår är ett akut livshotande tillstånd, men det finns flera effektiva behandlingsmetoder. Nära en fjärdedel av patienterna dör inom ett år efter att de har vårdats för blödande magsår. Sannolikt finns det möjligheter att undvika en del av dessa dödsfall genom bättre förebyggande åtgärder.

► Behandling mot bakterien *H. pylori*, med två antibiotika kombinerat med protonpumpshämmare, minskar risken för återfall i blödande magsår. Detta gäller för personer som inte samtidigt tar läkemedel som genom biverkningar skadar slemhinnan i magsäck och tarm. De vetenskapliga beläggen är starka, men

registeruppgifter tyder på att många patienter inte får sådan behandling i dag.

► Hos personer som har haft blödande magsår och som behöver fortsatt behandling med lågdos-ASA, minskar risken för ny blödning om de behandlas mot *H. pylori* följt av protonpumpshämmare i förebyggande syfte.

► Personer som har haft blödande magsår bör om möjligt undvika läkemedel ur gruppen NSAID, inklusive så kallade coxiber. När behandling med sådana läkemedel ändå krävs, kan behandling mot *H. pylori* följt av protonpumpshämmare i förebyggande syfte minska risken för ny blödning.

► Personer som inte har haft blödande magsår men har kända riskfaktorer för detta och behöver långtidsbehandling med NSAID eller lågdos-ASA, kan få en minskad risk för blödande magsår om förebyggande behandling ges med protonpumpshämmare.

► Endoskopisk undersökning (ibland kallad kikarundersökning) blir lättare att genomföra hos patienter med blödande magsår som har förbehandlats med en engångsdos erytromycin, eftersom undersökaren får bättre sikt.

► Hos patienter som har en pågående blödning eller ett blodkärl i sårboten som inte blöder, minskar risken för för-

nyad blödning och behovet av operation om de får endoskopisk behandling med injektion av adrenalin kombinerad med mekaniska metoder eller värmebehandling.

► Att behandla med protonpumpshämmare efter endoskopisk behandling av blödande magsår minskar risken ytterligare för ny blödning och behovet av operation.

► Systematiska endoskopiska kontroller efter endoskopisk behandling av blödande magsår, och eventuell ny behandling, minskar risken för förnyad blödning.

SBU:S SLUTSATSER | BLÖDANDE MAGSÅR



Rick Hebenstreif/Getty

ett skydd mot nya blödningar med hjälp av antibiotika plus protonpumpshämmare.

SKYDDAR PATIENTER

Samma förebyggande behandling skyddar patienter som har haft magsårsblödning och som under långa perioder måste ta smärtstillande och inflammationshämmande läkemedel av typen NSAID, till exempel diklofenak, ibuprofen eller så kallade coxiber. Men personer som har haft mag-

sårsblödning bör om möjligt undvika NSAID. I stället kan andra åtgärder mot värken och dess orsaker bli mer angelägna.

Förebyggande behandling med protonpumpshämmare kan skydda mot magsårsblödning även hos personer som inte har blött tidigare, men som tar NSAID eller ASA under en längre tid. Det gäller i synnerhet äldre människor, rökare och storkonsumenter av alkohol – och antagligen

också patienter som behandlas med kortisonpreparat eller antidepressiva medel (SSRI).

ÖKAR RÖRELSER

SBU har också utvärderat behandlingar som ges via gastrokop (endoskopiskt) i samband med att magsäcken undersöks. En slutsats är att magsäckens yta syns bättre om patienten i förväg fått en dos erytromycin som ökar mag-tarmkanalens rörelser.

Att ge en injektion av adre-

nalin via gastroskopet i samband med att såret dras ihop mekaniskt eller värmebehandlas den vägen har visats förebygga nya blödningar. Det gör också att färre patienter senare behöver opereras. Risken för ny blödning minskar också om patienten efteråt tar protonpumpshämmare.

DÅLIG INSIKT

Men frågan är om blödningens risk tas på tillräckligt allvar. I dag får bara fyra av tio patienter med blödande magsår behandling mot *H. pylori* inom det första kvartalet efter vårdtillfället. Det visar en registerstudie för åren 2006 och 2007 som SBU har gjort inom ramen för projektet.

– Vi befarar nog att detta beror på vårdens dåliga insikt om hur viktigt det är att ta bort den här bakterien efter blödande magsår, säger docent Christer Staël von Holstein, kirurg och ordförande för SBU:s projektgrupp.

– Fast vi kan inte utesluta

att orsaken är låg förekomst av *H. pylori* bland magsårspatienterna, tillägger han.

Var femte patient som drabbas av blödande magsår hade under kvartalet före blödningen pågående behandling för att minska saltsyran i magsäcken – vanligen protonpumpshämmare.

– Att det är så pass många som ändå får blödande magsår är ytterligare ett tecken på att behandling mot saltsyra ofta inte räcker, säger Christer Staël von Holstein.

– Även magsårsbakterierna måste åtgärdas. Dödligheten är betydligt högre bland dem som inte har fått recept på läkemedel mot bakterierna.

LIVSHOTANDE

Blödande magsår är vanligt och akut livshotande, även om själva blödningen sällan är den direkta dödsorsaken. Den instabila blodcirkulationen kan skada hjärtat eller andra livsviktiga organfunktioner, och den som får blödande

magsår behöver snabbt få vård på sjukhus.

I Sverige avlider en person i sjukdomen varannan till var tredje dag. Risken att få en blödning är störst för äldre personer. I befolkningen som helhet drabbas 38 personer per 100 000, men över 75 års ålder är motsvarande siffra 170. [RL]

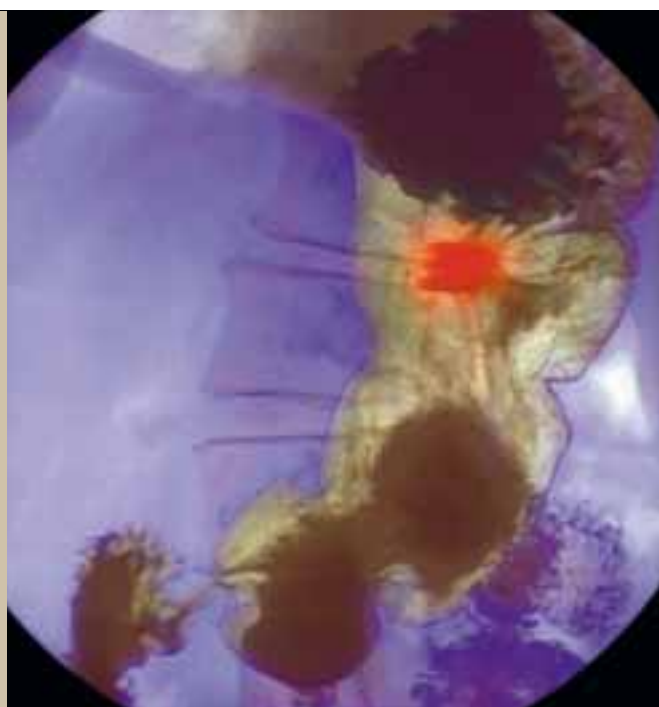
Om rapporten

Blödande magsår – en systematisk litteraturöversikt (2011). Ordförande: docent Christer Staël von Holstein, Lund. Projektledare, SBU: Susanne Vilhelmsdotter Allander, allander@sbu.se. Hela rapporten med fullständig sammanfattning finns på www.sbu.se.

FAKTA | SYRAN GYNNAR BLÖDNING

Magsaften i magsäck och tolvfingertarm är kraftigt sur, vilket försämrar blodets förmåga att levra sig. Blödningar från övre mag-tarmkanalen är allvarigare än blödningar från tunn- eller tjocktarm.

Läkemedel som minskar utsöndringen av saltsyra – H₂-blockerare eller protonpumpshämmare – höjer pH-värdet i magsäcken och förbättrar förutsättningarna för att blodet ska levra sig vid en blödning.





Nystart för forskning på tandvårdens område

Nyligen samlades ett antal tunga aktörer på en nationell konferens för att ta ut riktmärken för svensk odontologisk forskning. Ett förslag var att skapa en delegation som prioriterar hittills obesvarade kliniska frågor.

En känsla av allvar lägrar sig i salen när Mats Ulfendahl, huvudsekreterare för Vetenskapsrådets ämnesråd för medicin och hälsa, inleder konferensdagen "Nystart för svensk odontologisk forskning" i Stockholm.

– Nu behövs några som tar på sig ledartröjan och pekar framåt. Ord måste leda till handling, säger han.

Ett hundratal tandläkare, tandhygienister och andra tandvårdssengagerade har kommit för att tillsammans sätta fingret på hur svensk odontologi bäst kan utvecklas.

Tandläkekonsten har en

mycket lång tradition av gediget hantverkskunnande och praktisk erfarenhet.

Vad gäller det vetenskapliga stödet har SBU:s senaste utvärderingar på tandvårdens område visat på omfattande kunskapsluckor. Det är svårt att i studier jämföra metodernas medicinska effekt. Eftersom många ingrepp görs för att hålla i tiotals år, måste studierna pågå mycket länge eller möjligen utgå från data som lagras i olika typer av register.

KNÄCKFRÅGOR

Under dagens diskussioner lyfts flera knäckfrågor fram om hur tandvården ska kunna ta fram studier av tillräckligt många försökspersoner, som följs under tillräckligt lång tid, för att ge säkra svar som man kan bygga vidare på.

Hur skapar vi goda samarbeten över regions- och institutionsgränserna? Hur stärker

vi forskarens roll i arbetsgivarens, yrkeskårens och studenternas ögon? Går det att utnyttja det statliga tandvårdstödet (omkring 5 miljarder kronor per år) bättre än i dag? Hur kan SBU:s databas över kunskapsluckor stimulera ny forskning? Finns det kvalitetsregister som kan utnyttjas mer? Hur kan tandvården samverka med näringslivet?

NATIONELLT RÅD

Ett konkret förslag som framkommer är att skapa ett nationellt råd som prioriterar kunskapsluckorna och samordnar alla kvalitetsregister. Detta tas väl emot av organisationerna för både offentlig- och privatfinansierad tandvård och även av Sveriges Kommuner och Landstings representant Sabina Wikgren Orstam.

– Landstingen vill gärna vara med i en sådan delegation, säger hon.

För att påminna en extra gång om hur viktigt det är att ord faktiskt leder till handling avslutas konferensen med en symbolisk utdelning av bollar. Två av dem som fått en boll att sätta i rullning är Björn Klinge, Karolinska Institutet, och Gunilla Klingberg som är ordförande för Sveriges Tandläkarförbund. De kommer bland annat att se till att det bildas en arbetsgrupp som bygger vidare efter dagens diskussioner.

– Ett viktigt resultat av dagen är att man har tydliggjort behovet av strategisk klinisk forskning inom hela tandvården. Kåren har nu ett stort ansvar att föra arbetet vidare. Jag vill gärna fortsätta föra en dialog, säger Gunilla Klingberg. [1]

Symposiet arrangerades av SBU, Vetenskapsrådet, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting och Sveriges Tandläkarförbund.



SBU:S SLUTSATSER | DABIGATRAN

Slutsatserna bygger på att mycket god kvalitet i styrningen av warfarinbehandlingen upprätthålls i Sverige även i framtiden. Uppföljning och kontroll av kvaliteten på warfarinbehandlingen är därför av stor betydelse.

► En samlad bedömning av medicinsk nytta och risk för patientgruppen som helhet i Sverige visar inte att dabigatranbehandling är bättre än warfarinbehandling vid förmaksflimmer och ökad risk för stroke. Under förutsättning att warfarinbehandlingen styrs väl, vilket är det vanliga i Sverige, finns det ingen betydelsefull skillnad mellan dabigatran och warfarin i risk för vare sig stroke och blodpropp av annat slag, för allvarlig blödning totalt sett eller för död oavsett orsak. Den specifika risken för hjärnblödning förefaller lägre med dabigatran än med warfarin, även om behandlingen med warfarin styrs väl, men detta måste ställas mot möjliga nackdelar med dabigatran.

► Slutsatser från kliniska prövningar baseras på jämförelser på gruppnivå. Trots slutsatsen i första punkten (ovan), finns det antagligen enskilda individer för vilka dabigatran ger en bättre balans mellan risk och nytta än warfarin. Det kan till exempel gälla patienter som har provat warfarin och hos vilka dosen inte kunnat ställas in väl.

► För patienter där warfarinbehandling redan från början bedöms vara olämplig (kontraindicerad), saknas underlag för att avgöra nytta och risker med dabigatran.

► Med dagens dabigatranpris är warfarinbehandling det mest kostnadseffektiva alternativet. Eftersom den hälsoekonomiska analysen är känslig för kostnader i samband med provtagningsbesök kan det dock finnas individer för vilka dabigatranbehandling av olika skäl är mer kostnadseffektiv än warfarinbehandling.

FLIMMER

Nytt medel kräver färre tester men väl kontrollerat warfarin står sig

Enligt SBU:s samlade bedömning av medicinsk nytta och risk är det nya läkemedlet dabigatran inte generellt bättre än warfarin för att förebygga stroke vid förmaksflimmer. När warfarin doseras noggrant, skiljer sig inte de båda läkemedlen i fråga om risk för stroke, annan blodpropp, allvarlig blödning eller död oavsett orsak.

Förmaksflimmer är den vanligaste formen av rubbning i hjärtats rytm, och medför 3–5 procents årlig risk för stroke.

För att minska blodets leveringsförmåga, och därmed förebygga stroke, används ofta läkemedel av typen vitamin K-antagonister – vanligen warfarin. Behandlingen medför dock risk för allvarliga och livshotande blödningar. Därför krävs det att patienten går på regelbundna kontroller och att dosen justeras för att ge bästa möjliga skyddseffekt och samtidigt minsta möjliga risk för biverkningar.

NYTT LÄKEMEDEL

Dabigatran är en ny typ av läkemedel som motverkar blodets levering genom en annan verkningsmekanism, så kallad direkt trombinhämning. Biverkningsprofilen är olik warfarinets.

Enligt SBU:s utvärdering av de båda alternativen står sig warfarin vid en samlad jämförelse av medicinsk nytta och risk. Förutsättningen är att

warfarinbehandlingen styrs väl, vilket är det vanliga i Sverige.

RISKEN FÖR STROKE

Ingen betydelsefull skillnad har visats mellan läkemedlen i fråga om risken för stroke eller blodpropp av annat slag, allvarlig blödning totalt sett eller dödlighet oavsett orsak. Den specifika risken för hjärnblödning förefaller lägre med dabigatran än med warfarin, även om behandlingen med warfarin styrs väl. Men detta måste ställas mot möjliga nackdelar med dabigatran. Programchef Jan Liliemark, SBU, kommenterar:

– Enligt befintlig forskning har dabigatran till exempel en mer eller mindre tydlig tendens att öka risken för allvarliga magblödningar och hjärtinfarkt. Resultaten är osäkra men gäller sådana tillstånd att det motiverar extra uppmärksamhet.

Samtidigt påpekar SBU att det antagligen finns enskilda individer för vilka dabigatran

ger bättre balans mellan nytta och risk än warfarin. Det kan till exempel gälla patienter där warfarindosen inte har kunnat fininställas.

Alla patienter med förmaksflimmer och förhöjd risk för stroke kan inte heller behandlas med warfarin. Riskerna för blödning kan vara för stora eller det kan vara praktiskt svårt att sköta behandlingen noggrant. I dessa fall skulle dabigatran eventuellt vara ett alternativ. SBU:s granskning visar dock att det saknas underlag för att avgöra nytta och risker med dabigatran för patienter där warfarinbehandling redan från början bedömts vara olämpligt.

SÄMRE SKYDD

Ett alternativ till warfarin vid förmaksflimmer är behandling med acetylsalicylsyra (ASA). Behandlingen är främst aktuell när risken för blodproppar är låg eller warfarin är olämpligt. Skyddet blir sämre än med warfarin. ASA minskar risken för blodpropp i



Naruaki Onishi/Getty

Om rapporten

Dabigatran för att förebygga stroke vid förmaksflimmer (2011). Sakkunniga: Gerd Lärfars, docent, verksamhetschef, internmedicin, Södersjukhuset, Stockholm; Magnus von Arbin, docent, överläkare, medicinkliniken, Danderyds sjukhus. Kontakt, SBU: Jan Liliemark, programchef, liliemark@sbu.se

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

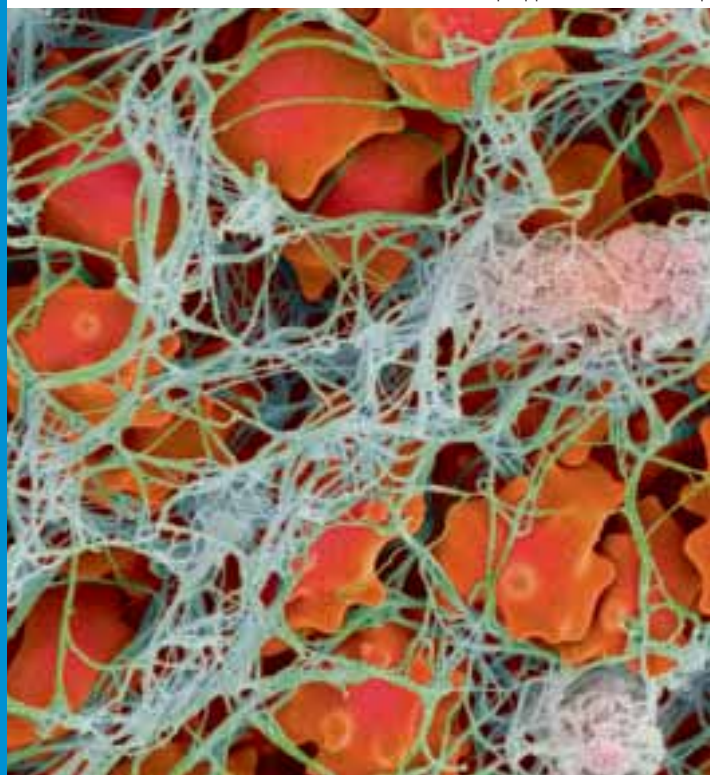
hjärnan med cirka 20 procent, jämfört med 50–70 procent vid välinställd warfarinbehandling. ASA ökar också blödningensrisken, även vid en så låg dos som 75 mg dagligen.

Även klopidogrel (i kombination med ASA) har nyligen fått denna indikation.

Warfarin är mer kostnadseffektivt än dabigatran, enligt en analys som utgår dels från aktuella priser, dels från slut-

satsen att ingendera behandlingen generellt sett är medicinskt överlägsen den andra. Men jämförelsen är känslig för skillnader i exempelvis resekostnader och tidsåtgång för patienten. Dabigatran kan vara mer kostnadseffektivt för personer i glesbygd som skulle behöva resa långt och vara borta mycket från arbetet för att gå på kontroller. [RL]

Blodpropp i elektronmikroskop



Steve Gsch/Meissner/Science Photo Library

FAKTA | MYNDIGHETERNA GER KUNSKAP OCH RIKTLINJER

SBU | Har granskat det vetenskapliga underlaget rörande dabigatran och gjort en samlad utvärdering av medicinska, ekonomiska, etiska och sociala aspekter.

Läkemedelsverket | Har arbetat med en monografi som gäller en ny indikation för dabigatran vid förmaksflimmer.

Socialstyrelsen | Uppdaterar sina nationella riktlinjer för hjärtsjukvården, där förebyggande av stroke vid förmaksflimmer ingår.

TLV | Ska besluta om nya användningsområden för dabigatran ska ingå i läkemedelsförmånen. I dag gäller förmånen endast blodproppsförebyggande inför knä- och höftledsoperation.

SLUTSATSER BENCEMENT I KOTOR

► Det går inte att avgöra om perkutan vertebroplastik respektive ballongkyfoplastik vid symtomgivande kotfrakturer beroende på benskörhet leder till bättre behandlingsresultat än icke-kirurgisk behandling respektive "sham-operation". Studier som prövat perkutan vertebroplastik gentemot "sham-operation" tyder på att behandlingarna ger jämförbara resultat.

► Cementläckage är vanligt förekommande vid genomförandet av båda metoderna. Det ger oftast inga symtom men den kliniska betydelsen av sådant läckage är ofullständigt känd.

► Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt avseende kostnadseffektiviteten för ballongkyfoplastik och perkutan vertebroplastik.

► Randomiserade och blindade prövningar bör utföras, men dessa är förenade med avsevärda metodologiska problem. Bedömning av metodens effekter och risker på längre sikt förutsätter systematisk uppföljning, t ex genom ett nationellt kvalitetsregister.

Dr P. Marazzi/Science Photo Library



KOTFRAKTUR

Ovisst om cementfyllning hjälper bensköra bättre än gängse vård

Det går inte att säga om behandling med cementinjektion är bättre än placebo eller sedvanlig behandling för patienter som har fått fraktur i ryggkotor till följd av benskörhet. Cement läcker ofta under behandlingen, men det är oklart hur detta påverkar hälsan.

Frakturerade och hoptryckta ryggkotor kan fyllas med cement för att göras mer stabila. Syftet är att de ska orsaka mindre smärta. I en aktuell rapport granskar SBU den samlade forskningen om metoden, som kallas perkutan vertebroplastik. Granskningen omfattar även en variant på ingreppet, ballongkyfoplastik, där kotans höjd återställs med hjälp av en liten ballong innan cement sprutas in.

RÄCKER INTE

Sammantaget räcker det vetenskapliga underlaget inte för att avgöra om vertebro- och ballongkyfoplastik ger mindre smärta, bättre funktion och högre livskvalitet än simulerad operation (placebo) eller sedvanlig behandling, det vill säga smärtlindring, omvårdnad och gradvis rörelseträning, ofta med hjälp av en sjukgymnast. Placebogruppen får lokalbedövning mot den skadade ryggkotan, men ingen cementfyllning.

Eftersom det saknas kunskap om hälsoeffekterna, går det inte heller att avgöra om

metoderna är kostnadseffektiva. För att kunna bedöma metodernas nytta och risker behövs systematisk uppföljning, till exempel i ett nationellt kvalitetsregister.

LÄCKER OFTA

Flera studier visar att det är vanligt att cement läcker under både vertebroplastik och ballongkyfoplastik. Patienten känner sällan av läckaget, och dess betydelse för hälsan är oklar. Om ett cementfragment kommer in i blodet och ger en propp i lungkärnen kan det vara farligt.

I Sverige drabbas 15 000 personer varje år av kotkompression. Orsaken är ofta benskörhet. Smärtan kan bli så svår att den som drabbas blir sängbunden under en längre tid. Det ger i sin tur stor risk för fler benskörhetsfrakturer och även andra komplikationer som lunginflammation och blodproppar.

Rapporten är en uppdatering av SBU:s rapport från 2007. Sedan dess har nya forskningsresultat tillkommit.

[JT, RL]



Science Photo Library

Om rapporten

"Perkutan vertebroplastik och ballongkyfoplastik vid ryggsmärta på grund av kotkompression som orsakats av osteoporos" finns med sammanfattning och slutsatser på www.sbu.se.

Sakkunniga: Peter Frizell, docent och överläkare vid Ortopedkliniken, Falu lasarett, och Miriam Rodriguez-Catarino, med dr och överläkare vid Neurokirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping. Projektledare, SBU: Susanna Axelsson, axelsson@sbu.se.

HJÄRTA

Rätt använd kan datortomografi utesluta förträngda kranskärl

Det går att använda datortomografi för att utesluta sjuka kranskärl hos vissa patienter som utreds för så kallad stabil, det vill säga icke-akut, kranskärlsjukdom. Mest nytta gör metoden om utrustningen är modern och personalen särskilt utbildad. Undersökningen är känslig men har samtidigt nackdelen att även fånga upp vissa förändringar som saknar betydelse för hälsan.

Om rapporten

Datortomografi för misstänkt kranskärlsjukdom (2011). Sakkunniga: Marcus Carlsson, docent, specialistläkare, Klinisk fysiologi, Skånes universitetssjukhus, Lund; Anders Persson, docent, överläkare, Centrum för medicinsk bildvetenskap och visualisering, Universitetssjukhuset, Linköping. Projektledare, SBU: Susanna Kjellander, kjellander@sbu.se. Hela rapporten med fullständig sammanfattning finns på www.sbu.se.

Undersökning med datortomografi kan avbilda förträngningar i hjärtats kranskärl. Andra metoder att undersöka hjärtat utan att göra något ingrepp är scintigravi av hjärtmuskeln eller stress-ekografi.

I en ny utvärdering har

SBU jämfört datortomografi med konventionell kranskärlsröntgen, som ger de säkraste svaren men som också är invasiv – innebär ett större ingrepp.

Utvärderingen visar att datortomografi har hög känslighet. Metoden kan användas

för att slå fast att kranskärlen är friska – de patienter som har normala fynd behöver ingen fortsatt utredning.

Undersökningen är mest användbar bland patienter där sannolikheten för stabil kranskärlsjukdom vare sig är riktigt hög eller riktigt låg

SBU:S SLUTSATSER | DATORTOMOGRAFI AV KRANSKÄRL

Syftet med datortomografisk koronarangiografi (DTKA) är att utreda misstänkt kranskärlsjukdom. Metoden lanseras som en möjlig triagemetod för att avgöra vilka patienter som inte behöver utredas vidare med invasiv koronarangiografi (IKA).

► För personer med intermediär* sannolikhet för stabil kranskärlsjukdom är DTKA-undersökningen känslig. Detta innebär att den missar få kliniskt betydelsefulla förträngningar. Däremot är den mindre specifik, dvs den indikerar ibland stenoser – förträngningar – trots att det inte finns någon kliniskt betydelsefull sådan. I studier av personer med intermediär sannolikhet för kranskärlsjukdom är sensitiviteten 94–100 procent och specificiteten 63–94 procent.

► För att optimera metodens diagnostiska tillförlitlighet och för att minska stråldoser-

na skulle en satsning på modern utrustning och utbildning av personal krävas.

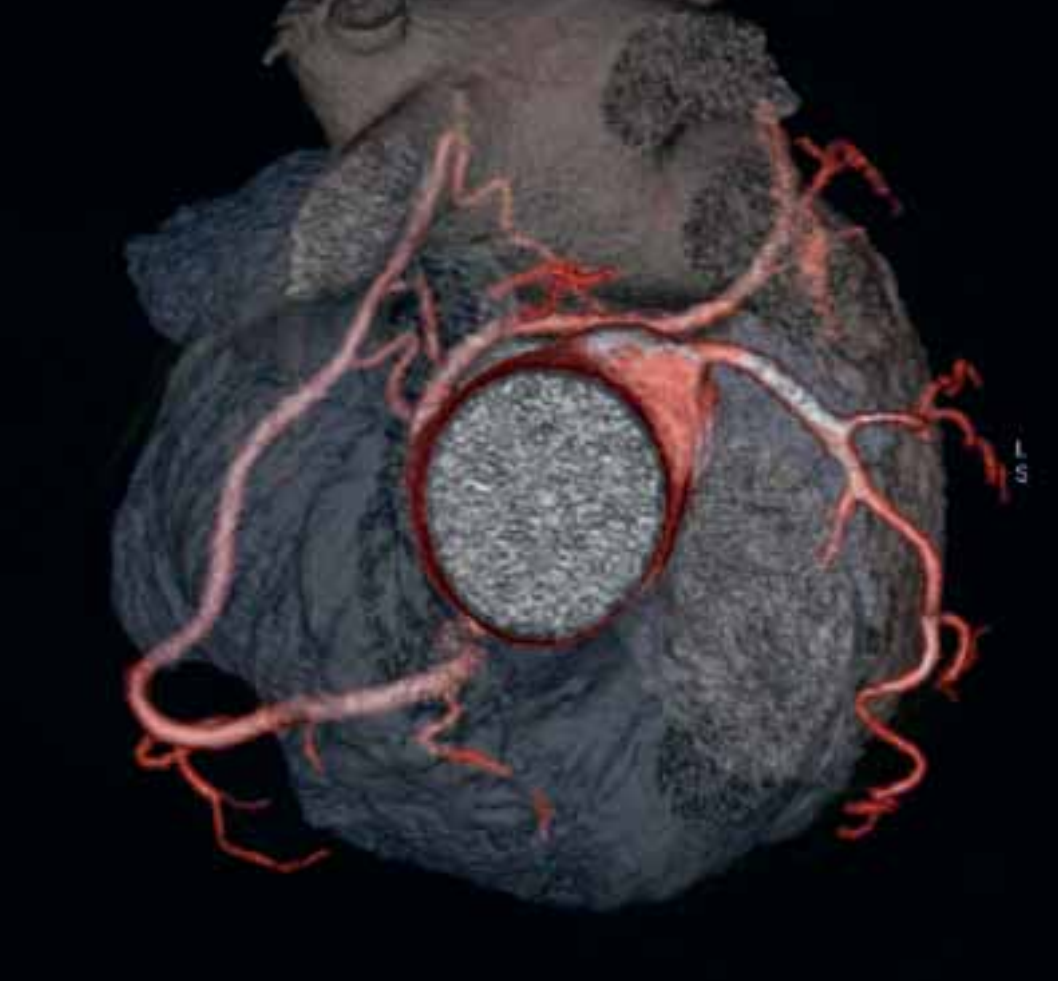
► För patientgruppen som helhet beräknas en strategi med inledande DTKA i dagsläget leda till en högre stråldos än om enbart IKA används, om man antar att förekomsten av kliniskt betydelsefulla stenoser är 55 procent. Ju lägre förekomst av kliniskt betydelsefulla stenoser, desto lägre blir den totala stråldosen på gruppnivå med DTKA-strategin. Detta beror på att fler patienter klarar sig med enbart DTKA-undersökning.

► Nya datortomografer kan ge lägre effektiv stråldos jämfört med snittdosen från motsvarande IKA-undersökning. I dagsläget medför en DTKA-undersökning med modern utrustning en effektiv stråldos i samma storleksordning som den naturliga bakgrundsstrålningen under ett år.

► I Sverige kostar en DTKA-undersökning ungefär hälften så mycket som en IKA-undersökning. Totalkostnaden för DTKA-strategin beror på hur många som måste undersökas med både DTKA och IKA. Om man antar en förekomst av kliniskt betydelsefulla stenoser på 55 procent beräknas DTKA-strategin vara något dyrare än om enbart IKA används. Ju lägre förekomst av kliniskt betydelsefulla stenoser, desto lägre blir den totala kostnaden med DTKA-strategin.

► Kontrollerade studier behövs för att kunna utvärdera DTKA som prognostiskt och behandlingsstyrande verktyg för kranskärlsjukdom.

* Begreppet "intermediär sannolikhet" hos en individ som har stabil kranskärlsjukdom betyder att sannolikheten ligger mellan 10 och 85 procent.



Tredimensionell datortomografi av hjärtats kranskärl, uppifrån

SANNOLIKHET & UTREDNING

Förträngda kranskärl kan ge kärlkramp och hjärtinfarkt. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård bör personer med misstänkt kranskärlssjukdom i första hand utredas med arbetsprov. Sannolikheten för kranskärlssjukdom hos en individ bedöms som låg, intermediär eller hög, beroende på exempelvis personens ålder, kön, symtom, sjukdomshistoria, kliniska undersökningsfynd samt resultaten från EKG och laboratorieprover, inklusive arbetsprovet.

Exempel: En kvinna som har typiska symtom på kranskärlssjukdom och är under 60 år har intermediär sannolikhet för sjuka kranskärl. Detsamma gäller alla patienter som har svårvärderade symtom och är över 50 år.

Misstänkta fynd vid datortomografi måste utredas vidare, ofta med konventionell kranskärlsröntgen. Metoden kallas invasiv eftersom en mjuk plastslang förs in i en pulsåder i ljumsken eller handleden, vidare upp genom stora kroppspulsådern och fram till hjärtat, där kontrastmedel sprutas in för att kunna ta bilder. Detta anses vara den mest tillförlitliga av diagnosmetoderna.

Invasiv kranskärlsröntgen genomförs utan föregående datortomografi när sannolikheten är hög för att en person har sjuka kranskärl. Det finns möjlighet att vid samma tillfälle behandla patienten med ballongvidning via katetern. Invasiv undersökning genomförs också inför bypass-operation av kranskärlen.

– en bedömning som bland annat beror på ålder, kön, symtom och resultat av ett arbetsprov. Syns det ingen förträngning på datortomografin så finns det oftast ingen. Där emot måste en del fynd utredas vidare innan det går att säga om de har någon klinisk betydelse.

PÅVERKAR STRÅLDOS

Metoden fungerar bäst när utrustningen är modern och den som genomför undersökningen har rätt kompetens. Typen av datortomograf och hur undersökningen genomförs påverkar bland annat den stråldos som patienten får. Modern apparatur ger ungefär samma dos som den naturliga bakgrundsstrålningen under ett år.

Även vanlig kranskärlsröntgen, som används i den fortsatta utredningen, utsätter kroppen för strålning. Både på grund av detta och av re-

sursskäl är det viktigt att så få patienter som möjligt undersöks i onödan med båda metoderna.

FÖREKOMST AVGÖR

Datortomografi kostar ungefär hälften av en konventionell kranskärlsröntgen. Totalkostnaden för strategin att datortomografera patienterna innan några går vidare till invasiv undersökning beror på förekomsten av kranskärlssjukdom och hur många som måste undersökas med båda metoderna. Om man antar att kliniskt betydelsefulla förträngningar finns hos 55 procent av dem som undersöks, blir det något dyrare att inleda med datortomografi, trots att en del patienter slipper genomgå invasiv undersökning. Det visar SBU:s analys.

Möjligheten att använda metoden för screening har diskuterats främst i USA. På grund av cancerrisker, kost-

nader och risk för oväntade bifynd är det inte lämpligt att använda datortomografi för att screena patienter där sannolikheten för sjuka kranskärl är låg, konstaterar SBU.

OKLAR PROGNOIS

Hur datortomografi fungerar som prognosmetod är oklart. Det finns inget enkelt samband mellan graden av förträngning och graden av kärlkramp eller risken för hjärtinfarkt.

Fler studier behövs innan det är möjligt att avgöra om tekniken kan användas för att förutsäga risken för allvarlig hjärtsjukdom eller död, eller för att vägleda valet av behandlingsmetod. [RL]

EXEMPEL PÅ SBU-PROJEKT

ADHD/AUTISM

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

ARBETSMILJÖ & BESVÄR I NACKE, AXLAR OCH ARMAR

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

BLODPROV FÖR ALZHEIMER

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

DATORSTÖDD TOLKNING VID MAMMOGRAFI

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

DEPRESSIONSDIAGNOSTIK

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

ELASTOGRAFI VID FIBROS I LEVERN

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

FOSTERDIAGNOSTIK MED BLODPROV FRÅN MODERN

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

LÄKEMEDELSSTENTAR I HJÄRTATS KRANSKÄRL

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

MAT VID FETMA

Kontakt: lindblom@sbu.se
Planerad publ: vår 2013

MOLEKYLÄR DIAGNOSTIK AV PROSTATACANCER

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

SKATTA NJURFUNKTION

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

PERIFERT INLAGD CVK

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

PROSTATAFÖRSTÖRING

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

PSYKOS/SCHIZOFRENI

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

VAKUUM PÅ OPERATIONSSÅR

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

NU FINNS SBU ÄVEN I SMARTA MOBILER

Nu är det möjligt att få enkel och snabb tillgång till SBU-material, inte bara via www.sbu.se utan även om man har en så kallad smarttelefon (pekskärmobil). Applikationerna uppdateras löpande och innehåller material från 2006: artiklar ur Vetenskap & praxis, slutsatser från SBU:s utvärderingar samt kommentarer till utvärderingar från andra länder. Dessutom finns det möjligheter att dela artiklar med andra via till exempelvis Facebook och Twitter. På www.sbu.se/app finns länkar för nerladdning till både iPhone och Android-telefoner. Applikationen, som är kostnadsfri, är också tillgänglig via App Store och Android Market. Kostnader för internettrafik tillkommer för den som inte har ett mobilabonnemang med fri nätsurfing. [RL]

På www.sbu.se/app finns länkar för nerladdning.

David Sades/Cetty



Vilka program har visats förebygga psykisk ohälsa hos barn?

En ny SBU-skrift som heter *Förebygg för barnens skull* tar upp frågor som kan vara viktiga att tänka på i arbetet med att förebygga psykisk ohälsa hos barn. Broschyren bygger på SBU:s rapport från 2010 och riktar sig till personer som själva arbetar med förebyggande program i en skola eller kommun eller som är beslutsfattare på området.

Psykisk ohälsa är ett av de största hälso-problemen bland unga människor i vår del av världen, och det finns tecken på att problemet kan ha ökat under de senaste årtiondena. Statistiken är osäker, men olika undersökningar tyder på att mellan 10 och 25 procent av barnen har sådana problem att de själva eller deras omgivning lider av dem.

Att försöka stoppa den här utvecklingen, och att skapa ett samhälle som främjar ungas psykiska hälsa, är mycket angeläget. Samtidigt som vi måste försöka skapa ett skolsystem, familjeförhållanden och livsvillkor som gagnar unga människor, efterlyser många också konkreta förebyggande åtgärder.

På många håll prövas strukturerade åtgärdsprogram – förebyggande program – som ska hjälpa barn och familjer att bli bättre på att lösa problem, hantera svåra känslor och öka sin sociala förmåga. I dag används ett hundratal sådana program i Sverige, både inom kommunal verksamhet och i hälso- och sjukvården, med syfte att förhindra att barn får psykiska problem.

Insatserna kan rikta sig till barnen, föräldrarna eller skolans personal. De kan erbjudas brett eller till utvalda riskgrupper. De kan också vända sig till enskilda barn som löper risk att utveckla psykisk ohälsa. Programmen är standardiserade och beskrivs ofta i en manual eller liknande.

När SBU med hjälp av svenska experter gjorde en systematisk översikt och kritisk granskning av den samlade forskningen i ämnet, visade det sig att kunskapsluckorna är stora. För att barnen ska få bästa möjliga hjälp, krävs det mer forskning och utvärdering av de förebyggande programmen. Program som redan används behöver utvärderas i kontrollerade svenska studier med minst sex månaders uppföljningstid, för att det ska gå att dra tillförlitliga slutsatser om vilken nytta barnen har av programmen. Det är också viktigt att ta reda på om programmen kan ha negativa effekter.

SBU-rapporten och broschyren finns på www.sbu.se

Bild: Darren Robb / Cetty. Barnet på bilden har ingen koppling till artikelns innehåll.





SBU-nämnden för medicinsk utvärdering

Nina Rehnqvist (ordf)
KAROLINSKA INSTITUTET

Håkan Ceder
SOCIALSTYRELSEN

Anna-Karin Eklund
VÄRDFÖRBUNDET

Björn Klinge
KAROLINSKA INSTITUTET

Måns Rosén
SBU

Karin Strandberg Nöjd
SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

Håkan Sörman
SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

Margareta Troein Töllborn
SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET

Mats Ulfendahl
VETENSKAPSRÅDET

Marie Wedin
SVERIGES LÄKARFÖRBUND

Sabina Wikgren Orstam
SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

Direktör SBU

Måns Rosén

SBU:s råd

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

Kristina Bengtsson Boström
BILLINGENS VÄRD-CENTRAL, SKÖVDE

Christina Bergh
KVINNOKLIN, SAHLGRENSKA UNIV SJH, GÖTEBORG

SBU:s råd (forts)

Nils Feltelius
LÄKEMEDELSVERKET, UPPSALA

Mats G Hansson
INST F FORSKNINGS- OCH BIOETIK, UPPSALA UNIV

Mikael Hellström
AVD F RADIOL, SU/SAHLGRENSKA, GBG

Sten Landahl
AVD F GERIATRIK, SU/SAHLGRENSKA, GBG

Margareta Möller
VÄRDVET FORSKN-CENTR, UNIV SJH, ÖREBRO

Jörgen Nordenström
BRÖST- & ENDOKRINKIR KLIN, KAROLINSKA UNIV SJH, SOLNA

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

Ulf Näslund
HJÄRTCENTR, NORRL UNIV SJH, UMEÅ

Joakim Ramsberg
I3 INNOVUS, STOCKHOLM

Bo Runeson
INST F KLIN NEUROVET, KI, SOLNA

Gunnel Svensäter
ODONT FAKULTET, MALMÖ HÖGSKOLA

Ania Willman
SEKT F HÄLSA, BLEKINGE TEKNISKA HÖGSKOLA, KARLSKRONA

SBU Alerträdet

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

Christel Bahtsevani
HÄLSA & SAMHÄLLE, MALMÖ HÖGSK

SBU Alerträdet (forts)

Lars Borgquist
ALLM MED & HÄLSOEK, LINKÖPINGS UNIV

Bo Carlberg
FOLKHÄLSA & KLIN MED, UMEÅ UNIV

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

Per Carlsson
CMT, LINKÖPINGS UNIV

Björn-Erik Erlandsson
MED TEKN, STHLMS LÄNS LANDSTING

Mårten Fernö
EXP ONKOLOGI, LUNDS UNIV

Stefan Jutterdal
LANDSTINGET I KALMAR LÄN

Viveca Odling
LÄKEMEDELSVERKET, UPPSALA

Anders Rydh
MED RADIOL & NUKLEARMED, NORRL UNIV SJH, UMEÅ

Anders Tegnell
SOCIALSTYRELSEN

Jan Wahlström
KLINISK GENETIK, GBG:S UNIV

Anna Åberg Wistedt
KAROLINSKA INSTITUTET

SBU:s lekmannaråd

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

HTAI 2011

Tid och plats: 25 juni – 29 juni 2011, Rio de Janeiro, Brasilien

Tema: Utvärdering för hållbara hälso- och sjukvårdssystem

Mer info: www.htai2011.org

HÄLSOEKONOMI I SVERIGE: TEORI OCH PRAKTIK

Tid och plats: 12–13 oktober 2011, Radisson Blu Scandinavia Hotel, Göteborg

Den första nationella hälsoekonomiska konferensen arrangerad av Svensk förening för hälsoekonomi, SHEA/SFHE.

Bland föreläsarna: professor Bengt Jönsson och professor Scott Ramsey, USA. Dessutom paneldiskussioner samt parallella sessioner med andra inbjudna föreläsare samt seminarier och föredrag om aktuella forskningsprojekt och studier som knyter an till hälsoekonomiska metoder och synsätt. Konferensspråk: huvudsakligen svenska

Målgrupper: beslutsfattare och administratörer inom vården, verksamhetschefer, hälsoekonomer, myndigheter

Konferensavgift: 1900 SEK om anmälan sker senast den 15 september, 2500 kr om anmälan sker senare.

Avgiften faktureras efter konferensen. Mer info & anmälan: www.sfhe.se

SBU PÅ MEDICINSKA RIKSSTÄMMAN 2011

Tid och plats: 30 november – 2 december 2011, Stockholmsmässan, Älvsjö

Tema: Läkekost i en säkrare värld
Mer info: www.svls.se

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

SAMMANFATTNINGAR 2007–2011

Kostnadsfria*

-ex Blödande magsår (2011), nr 501-61
-ex Blödarsjuka (2011), nr 501-63
-ex Förebygga sexövergrepp mot barn (2011), nr 501-62
-ex Antibiotikaprofylax, kirurgi (2010), nr 501-56
-ex Tandförluster (2010), nr 501-60
-ex Rotfyllning (2010), nr 501-59
-ex Progr mot psyk ohälsa hos barn (2010), nr 501-58
-ex Mat vid diabetes (2010), nr 501-57
-ex Behandling av sömnbesvär (2010), nr 501-55
-ex Rehabilitering vid långvarig smärta (2010), nr 501-54
-ex Triage och flödesproc på akuten (2010), nr 501-53
-ex Intensiv glukossänk vid diabetes (2009), nr 501-52
-ex Patientutbildning vid diabetes (2009), nr 501-51
-ex Egna mätningar av blodglukos... (2009), nr 501-50
-ex Äldres läkemedelsanvändning (2009), nr 501-49
-ex Vacciner till barn (2008), nr 501-48
-ex Öppenvinkelglaukom (2008), nr 501-47
-ex Rörbehandling i mellanörat (2007), nr 501-45
-ex Karies (2007), nr 501-44
-ex Benartärsjukdom (2007), nr 501-43
-ex Måttligt förhöjt blodtryck, uppdat (2007), nr 501-46
-ex Ljusterapi och årstidsbunden depr (2007), nr 501-42
-ex Dyspepsi och reflux (2007), nr 501-41

*När större antal kostnadsfria trycksaker beställs, debiteras frakt.

PATIENTINFORMATION ETC

Kostnadsfria*

-ex Förebygg för barnens skull, nr 401-16
-ex Glaukom (grön starr)
– Frågor och svar (2009), nr 401-15
-ex Läkemedel på äldre dar
– Frågor och svar (2009), nr 401-14
-ex Till dig som vill veta mer om tidig fosterdiagnostik (2008), nr 401-13
-ex Rör i örat hos barn
– Frågor och svar (2008), nr 401-12
-ex Behandling av långvarig smärta
– Frågor och svar (2006), nr 401-11
-ex Behandling av ångestsjukdomar
– Frågor och svar (2006), nr 401-10
-ex Behandling av depression (2004), nr 401-9
-ex Vad hjälper mot fetma? (2003), nr 401-8
-ex Känner du någon som dricker för mycket?
-ex Akut rygg- och nacksmärta (2001), nr 401-5

Trycksaker och faktura* skickas till:

Namn

Postadress

Frankeras ej.
Mottagaren
betalar portot

SBU

Statens beredning
för medicinsk utvärdering

Svarspost

Kundnr 200 876 34
110 03 Stockholm

Vårdens ledare ger SBU:s utvärderingar högt betyg

SBU-rapporterna håller god kvalitet och kommer till praktisk nytta i det egna arbetet. Det svarar de allra flesta av vårdens ledare i en enkät som Statistiska centralbyrån, SCB, har gjort.

Hösten 2010 genomfördes på SBU:s uppdrag en målgruppsundersökning bland beslutsfattare i vården, bland annat verksamhetschefer,

chefs läkare, landstingsledare och ledamöter i rådgivande expertkommittéer på olika nivåer i vården. Ledare inom tandvården ingick inte i denna undersökning, som leddes av SCB.

Sammanlagt 1833 personer ingick i urvalet. Svaren gavs anonymt och den sammanvägda svarsfrekvensen i undersökningen blev 63 procent. Bortfallet är således relativt

stort, men inte större än vanligt för den här typen av attitydundersökning i ett slumpmässigt urval av upptagna personer.

Kännedomen om SBU är överlag mycket god. Den är sämst bland verksamhetschefer som inte är läkare, där två av tio svarar att de inte känner till verksamheten.

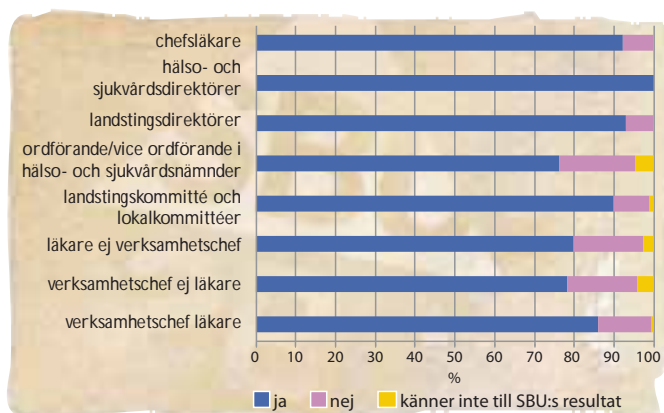
Näst intill samtliga som känner till SBU anser att kvaliteten på arbetet är bra eller mycket bra. Även tidningen *Vetenskap & praxis* får gott betyg.

Åtta av tio svarande i samtliga undersökta målgrupper anger att de har haft praktisk nytta av SBU:s resultat i sitt arbete. [RL]

Svar på frågan "Har du haft någon praktisk nytta av SBU:s resultat i ditt arbete?". Enkäten finns i sin helhet på www.sbu.se



Don Bishop/Getty



Källa: Attityder kring SBU:s arbete. SCB, 2010. Bild: Björn Lundqvist

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

SBU-RAPPORTER 2005-2011

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

-ex Blödande magsår (2011), nr 206, 200 kr
-ex Blödarsjuka (2011), nr 208, 200 kr
-ex Medicinska och psykologiska metoder, förebygga sexövergrepp mot barn (2011), nr 207, 125 kr
-ex Volym och resultat (2011), nr 205, 125 kr
-ex Antibiotikaprofylax, kirurgi (2010), nr 200, 250 kr
-ex Tandförluster (2010), nr 204, 200 kr
-ex Rotfyllning (2010), nr 203, 200 kr
-ex Progr psyk ohälsa hos barn (2010), nr 202, 200 kr
-ex Mat vid diabetes (2010), nr 201, 200 kr
-ex Behandl av sömnbesvär (2010), nr 199, 200 kr
-ex Rehab vid långvarig smärta (2010), nr 198, 200 kr
-ex Triage och flödesprocesser (2010), nr 197, 200 kr
-ex Intensiv glukossänkande behandling vid diabetes (2009), nr 196, 200 kr
-ex Patientutbildn vid diabetes (2009), nr 195, 200 kr
-ex Egna mätningar av blodglukos vid typ 2-diabetes utan insulinbeh (2009), nr 194, 150 kr
-ex Äldres läkemedelsanvändn (2009), nr 193, 200 kr
-ex Vacciner till barn (2008), nr 191, 250 kr
-ex Öppenvinkelglaukom (2008), nr 190, 200 kr

-ex Rörbehandling i mellanörat (2007), nr 189, 200 kr
-ex Karies (2007), nr 188, 200 kr
-ex Benartärsjukdom (2007), nr 187, 250 kr
-ex Mättligt förhöjt blodtryck, uppdaterad (2007), nr 170/1U, 200 kr
-ex Ljusterapi vid depression ... (2007). Publiceras endast i elektronisk version på www.sbu.se.
-ex Dyspepsi och reflux (2007), nr 185, 200 kr
-ex Obstructive Sleep Apnoea (-07), 184E, 200 kr
-ex Nyttan av att berika mjöl med folsyra (2007), nr 183, 125 kr
-ex Met f fatt främja fys aktiv (2007), nr 181, 200 kr
-ex Tidig fosterdiagnostik (2006), nr 182, 200 kr
-ex Hjärnskakning – uppdad (2006), nr 180, 125 kr
-ex Behandling med vitamin D och kalcium (2006) nr 178, gratis!
-ex Metoder för behandling av långvarig smärta (2006), nr 177/1+2, två volymer, 250 kr per volym
-ex Volym och kvalitet (2005), nr 179, gratis!
-ex Bettavvikelser (2005), nr 176, 200 kr
-ex Riskbedömningar inom psykiatri – kan våld i samhället förutsägas? (2005), nr 175, 150 kr
-ex ADHD hos flickor (2005), nr 174, 150 kr
-ex Ångestsyndrom (2005), nr 171/1+2, två volymer, 200 kr per volym

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

Ja tack, jag vill gärna prenumerera kostnadsfritt på:

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

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

Denna information föranleds av bestämmelserna i personuppgiftslagen, PuL. SBU är 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).

