

# MEDICINSK VETENSKAP & PRAXIS

**NYA RAPPORTER** Prostatacancer | 4 Aromatashämmare | 6 Borrelia | 7  
Cancerupptäckt | 10 Arbetsmiljö & depression | 12

**SBU**  
2014



## Även det lovande bör ifrågasättas

Enstaka små studier visar sig ofta vara felaktiga, och även lovande resultat måste ifrågasättas. Kritiskt tänkande kan förebygga felsatsningar som drabbar människors hälsa och slösar med vårdens resurser.

En lärdom som kan dras inom nästan alla områden som SBU utvärderar är att man måste förhålla sig kritisk till nya forskningsrön. Många studier av hälsorisker och behandlingsmetoder drar alldeles för stora växlar på ett fåtal observationer och ett svagt underlag. Forskarnas slutsatser saknar täckning i deras eget material, och nya studier läggs upp på ett sätt som är anpassat för att bekräfta den egna forskargruppens tidigare hypoteser.

En av de hårdaste kritikerna är John Ioannidis, professor i hälso- och sjukvårdsforskning vid Stanford School of

Gary Waters

### SBU – KUNSKAPSCENTRUM FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Ifrågasätt | 1 Datajournaler | 2 Magnetkamera & prostata | 4 Bröstcancer | 6  
Borrelia | 7 Klinisk forskning | 8 Fysisk aktivitet hos unga | 9 Tidig cancer | 10  
Arbetsmiljö & depression | 12 Informationssökning | 14 Benskörhet | 16

## När datorn själv får välja

Stanley Kubricks suggestiva film "2001 – ett rymdäventyr" har rymdskeppets dator HAL 9000 en alldeles egen agenda. När den artificiella intelligensen börjar spåra ur vill astronauten David Bowman stänga ner HAL:s kognitiva kretsar. Men Bowman avvisas av en kusligt mjuk stämma från maskinens innanmäte: *I'm sorry Dave, I'm afraid I can't do that*. Iskallt och metodiskt försöker datorn sedan ta livet av dem som kämpar för att återta kontrollen. Tekniken har tagit makten över sina användare.

David Bowman dyker upp för mitt inre när jag läser att regeringen har tillsatt en utredning för bättre och säkrare samordning av it-tjänster inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Mellan raderna i utredningsdirektiven anar man en frustration över dagens it-stöd. Bland vårdpersonal – och ibland även patienter och anhöriga – är frustrationen mindre återhållen. Många känner sig förtvivlade, uppgivna och vanmäktiga inför snåriga och ineffektiva datasystem.

När det gäller till exempel datajournaler klagar läkare på dålig överskådlighet, dålig läsbarhet, svårigheter att orientera sig i menyer och flikar, avsaknad av sökfunktioner, osäkerhet kring innebörd av begrepp och termer och dålig intuitivitet. Hur blev det så här?

Ur ett internationellt perspektiv var Sverige tidigt ute med it i vården. Detta verkar dock inte ha gett oss något försprång när det gäller att frigöra tid för patientkontakter eller möjligheter att anpassa vården efter den enskilda patientens behov. Många skulle säga precis tvärtom. Vi rusade i väg och lyssnade för mycket på leverantörerna.

En populär förklaringsmodell är annars att det är själva tekniken som styr utvecklingen, precis som HAL styrde astronauterna. En av dem som bestämt värjer sig mot den bilden är den norske medicinetikern Bjørn Hofmann. Vi kan aldrig smita från vårt ansvar, säger han, för det är människor som utvecklar, konstruerar, kommersialiserar och använder maskinerna. Människan kan vare sig förklara eller försvara sina handlingar med att det är tekniken som tvingat fram dessa. Tänker vi så, menar Hofmann, får vi en självuppfyllande profetia. I samma stund som vi förnekar mänskligt ansvar för tekniken, har vi gjort oss till dess lydiga slavar.

Förklaringen till ineffektiva, kortlivade och svåröfrenliga it-lösningar ligger nog snarare i beslutsprocesser på olika nivåer, med varierande beställarkompetens, dålig samordning och oklar ansvarsfördelning. Man kan misstänka att några ansvariga har ansett att just deras landsting eller vårdenhet måste ligga i framkant och har då glömt helheten. Och framför allt har de glömt vanliga användare.

Som en expert på området, professor Göran Petersson, har uttryckt det: Systemen har införts på ett bakvänt sätt. Först visade teknikerna vad som var möjligt, sedan sa ekonomerna vad som gick att mäta – och så fick vårdens professioner ta hand om resultatet. Jag tror att han har rätt. Tekniken ska anpassas till människan, inte tvärtom.

RAGNAR LEVI, REDAKTÖR



PunchStock

Medicine, USA. Han går så långt att han hävdar att majoriteten av alla publicerade fynd inom biomedicinen är felaktiga. Det gäller såväl i modern molekylärmedicinsk forskning som i kliniska studier och epidemiologiska undersökningar.

### MISSVISANDE

I en ofta citerad artikel i tidskriften *PLoS Medicine* beskriver John Ioannidis varför missvisande slutsatser är vanligare när studierna är små, när den påvisade effekten är liten och när enstaka statistiska kopplingar uppträder bland en stor mängd variabler där olika samband eftersöks.

Med hjälp av statistiska simuleringar visar han vad som händer när man drar slutsatser på grundval av enstaka studier och enbart beaktar deras statistiska signifikans (t ex ett så kallat p-värde under 0,05). Liksom många andra, framhåller han att enbart signifikans inte innebär att ett resultat är korrekt.

Sannolikheten att ett fynd är riktigt beror också på forskningsområdets karaktär och undersökningens statistiska styrka (eng *power*), det vill säga om studien är tillräckligt

stor för sitt ändamål, eller inte. Den statistiska styrkan anger hur stor chansen är att en undersökning med rimlig säkerhet ska kunna upptäcka en skillnad mellan grupper som jämförs.

När forskare planerar en ny studie bör de beräkna hur många deltagare som studien behöver för att kunna påvisa en skillnad av en viss storlek. I beräkningen ska ingå önskad signifikansnivå, resultatens förmodade variabilitet och hur stor skillnaden kan komma att bli – eller hur liten skillnad som är relevant att påvisa.

En undersökning med för litet deltagarantal har för låg statistisk styrka och ger alltför osäkra resultat. Ju större en effekt är, desto färre deltagare behövs i studien för att uppnå tillräcklig statistisk styrka.

### HETA OMRÅDEN

På nya och heta forskningsområden, till exempel genforskning, inbjuder ämnet till en rik flora av hypoteser. När bara en bråkdel av dem är riktiga, och när effekten av varje enskild genetisk faktor är liten, är risken för felaktiga slutsatser stor, menar John Ioannidis.

Risken för fel är också stör-

re på forskningsområden där det finns stort utrymme att variera upplägg, definitioner, effektmått och analysmetoder, och där det finns betydande kommersiella eller andra särintressen.

#### VRIDER SNETT

Snedvridningar kan uppstå – avsiktligt eller oavsiktligt – när studier läggs upp, genomförs och avrapporteras, det vill säga när man väljer försöksdeltagare och hanterar bortfallet, liksom när man samlar in data och gör analyser. John Ioannidis påpekar att felaktigheter i studiernas upplägg kan ge upphov till skenbara samband och effekter som upphöjs till fakta.

Urvalsfel innebär att försökspersonerna har valts på ett sätt som inte är representativt för den grupp som man vill dra slutsatser om. Sådana fel undviks bäst genom att deltagarna lottas fram ur gruppen.

#### BORTFALL

Bortfallsfel, till exempel, uppstår när en viss kategori av försökspersoner inte kan eller vill delta i hela undersökningen, något som kan förvränga undersökningsresultatet. Noggrann uppföljning och analys av bortfallet är viktigt. Om bortfallet är alltför stort, kan man inte dra generella slutsatser.

Observationsfel härrör från själva insamlandet av data. Helst ska både försökspersoner och försöksledare vara omedvetna om vilka deltagare som tillhör experiment- respektive kontrollgrupp, annars kan förväntningseffekter påverka resultatet.

Analysfel uppstår när forskarna inte analyserar samt-

liga faktorer som kan tänkas påverka resultatet, utan bara vissa.

Effektmåtten i en studie måste också väljas så att de avspeglar sådant som verkligen är viktigt för patienterna – dödlighet, sjuklighet och livskvalitet. Många kliniska studier inriktas i stället på så kallade surrogatmått, till exempel ett laboratorievärde vars innebörd för människors hälsa är högst oklar.

#### UDDA METODER

I andra undersökningar används udda, hemsnickrade mätmetoder. Det kan vara skattningsskalor som inte har utprovats tillräckligt eller sammanslagna effektmått, där inte alla ingående delar är väsentliga och där effekten på de viktigaste delarna i själva verket är sämst.

På forskningsområden med starka ekonomiska och andra särintressen är risken större för missvisande forskningsresultat. Inom biomedicinen uppstår ofta konflikter mellan å ena sidan forskarnas eller finansierarnas egenintressen, och å andra sidan vetenskapens krav på objektivitet.

Men det handlar inte bara om ekonomiska fördelar. Förutfattade meningar och jakten på makt och status inom forskarvärlden kan leda till sned-

vidna resultat och tolkningar.

Situationen kan förvärras om varje forskarlag bara ägnar sig åt att försöka bekräfta sin egen favorithypotes. I stället för att testa om det första fyndet verkligen håller, genomför och publicerar de små och vinklade studier som ska stärka deras nya hypotes.

När rönen publiceras i någon ansedd tidskrift och får hög status, ser andra forskare ett egenintresse i att kullkasta konkurrenternas hypotes, och vinklar studierna åt motsatt håll. En sådan kunskapsutveckling blir ineffektiv, och tidskrifterna fylls av extrema hypoteser och små missvisande studier. Enligt John Ioannidis förekommer detta bland annat i molekylärgenetisk forskning.

Sammantaget hävdar han att de flesta vetenskapliga studier inom medicinen är för små eller dåligt upplagda, och att de flesta forskningsresultat som publiceras är överdrivna eller missvisande.

Även om läget inte skulle vara fullt så allvarligt, finns det starka skäl att tänka kritiskt när lovande forskningsrön ska omsättas i praktisk sjukvård.

Det är av samma skäl som SBU inte tillmäter enstaka små studier så stor vikt, utan ofta lägger tonvikten vid det samlade kunskapsläget. [RL]

#### Lästips

Ioannidis JP. Why Most Published Research Findings Are False. PLoS Med 2005;2: e124. doi:10.1371/journal.pmed.0020124

Ioannidis JP. Why most discovered true associations are inflated. Epidemiology 2008;19:640-8.

Cordoba G, et al. Definition, reporting, and interpretation of composite outcomes in clinical trials: systematic review. BMJ 2010;341:c3920.

SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok. Version 2013-05-16 Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Hämtad från [www.sbu.se/metod-bok](http://www.sbu.se/metod-bok) 2014-02-01.

### FORSKNING SLÅR OFTARE FEL NÄR...

... studierna är små  
... de förväntade effekterna är små  
... väldigt många hypoteser är tänkbare men bara ett fåtal undersöks  
... möjligheterna är stora att variera studiernas upplägg,

definitioner, effektmått och analysmetoder  
... det finns starka ekonomiska och andra särintressen eller dogmer på området  
... många forskarteam försöker bekräfta sin egen hypotes







Leonardo da Vinci / Bridgeman Art Library

## SLUTSATSER | BILDDIAGNOSTIK

► Dagens kunskapsläge motiverar inte att mer avancerade metoder för bilddiagnostik används i stället för ultraljudsledda vävnadsprov vid utredning av misstänkt prostatacancer.

► Det behövs välgjorda studier som undersöker tillförlitligheten hos olika bilddiagnostiska tekniker. Sådan teknisk informa-

tion krävs för att i fortsatta studier kunna värdera nyttan i ett kliniskt sammanhang. Tänkbar nytta skulle till exempel kunna vara att vävnadsprov blir mer välriktade eller kan undvikas.

► För att kunna bedöma patienternas överlevnad och livskvalitet samt de bilddiagnostiska metodernas kostnadseffektivitet

behövs det långvariga studier som innefattar både diagnostik och behandling.

### Om rapporten

Bilddiagnostik vid misstänkt prostatacancer (2014). Projektledare SBU: med dr Monica Hultcrantz, hultcrantz@sbu.se, och prof em Ingegerd Mejäre. Ordförande: Lennart Blomqvist, adj prof, överläkare, Karolinska universitetssjukhuset. Hela rapporten med fullständig sammanfattning finns på [www.sbu.se](http://www.sbu.se).

# PROSTATA

## Magnetkamerans roll inom cancerdiagnostik bör klargöras

**Misstänkt prostatacancer utreds bland annat med ultraljud plus vävnadsprov. Mervärdet för patienternas hälsa av nyare bildundersökningar, som magnetkamera, är inte klarlagt ännu. Grundläggande fakta om antalet falska alarm och missade fall krävs för att veta hur man bäst drar nytta av den nya bildtekniken.**

Vid förhöjda PSA-värden i blodet, misstänkta symtom eller fynd vid klinisk undersökning, utreder man om det kan finnas en cancer i prostatan. Bland annat tas vävnadsprover från prostata med vägledning av ultraljud. Metoden kan ge viktig information, men har begränsningar, eftersom man inte säkert vet att proverna har tagits på exakt rätt ställe. De kan ha missat en tumör.

### NY BILDTEKNIK

Därför knyts stora förhoppningar till ny bildteknik, som magnetkamera och avancerade tillämpningar av ultraljudsteknik. Men det går inte att bedöma känsligheten och träffsäkerheten hos sådana tekniker, och därmed inte heller deras tillförlitlighet. Det vetenskapliga underlaget räcker inte, konstaterar SBU efter att ha granskat den samlade forskningen på området.

De rent statistiska uppgifterna om hur många falska alarm och missade tumörer som metoderna leder till behövs för att kunna undersöka

nyttan i ett kliniskt sammanhang. Tänkbar nytta skulle till exempel kunna vara att vävnadsprov blir mer välriktade eller kan undvikas – provtagningen innebär smärta, obehag och vissa risker.

### BEGRÄNSAD TILLGÅNG

Men i dag är slutsatsen att det fortfarande är oklart hur tillförlitliga de bilddiagnostiska metoderna är vid misstänkt prostatacancer. Dagens kunskapsläge motiverar inte att mer avancerade metoder för bilddiagnostik än enbart ultraljud används rutinmässigt vid utredning av misstänkt prostatacancer.

SBU:s rapport diskuterar också kostnader. Om den nya tekniken används på en så stor grupp som män med misstänkt prostatacancer finns det risk för att resurserna för avancerad bilddiagnostik inte räcker till annat. Undersökningarna är ganska kostsamma, och tillgången till utrustning och kompetens är begränsad.

För att få en uppfattning

om hur metoderna används i dag, genomförde SBU en enkät bland verksamhetsansvariga vid länsjukhus och universitetssjukhus. Resultatet visar att praxis varierar, och riktlinjer saknas oftast.

Hösten 2014 publicerar SBU ytterligare en utvärdering av diagnostik av prostatacancer. Där ställs frågan om huruvida bilddiagnostiska metoder kan bidra till att fastställa olika stadier av prostatacancer, något som är avgörande för valet av behandling. [RL]



Science Photo Library

## CANCER

Prostatacancer är den vanligaste cancerrelaterade dödsorsaken hos svenska män. Svenska män löper 16 procents risk att någon gång i livet få diagnosen och sex procent dör av sjukdomen. Orsakerna till prostatacancer är till stora delar okända, men både ärftlighet och livsstil har betydelse.

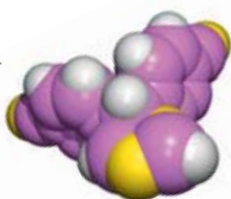


# BRÖSTCANCER

## Aromatashämmare som tillägg ökar överlevnad även långsiktigt

Efter operation av en tidigt upptäckt, hormonkänslig bröstcancer kan läkemedel förhindra spridning. För kvinnor som har passerat klimakteriet är aromatashämmande medel effektivare än tamoxifen. Överlevnaden totalt och antalet sjukdomsfria år ökar – även på längre sikt än fem år. Biverkningarna är delvis olika.

Science Photo Library



### Om rapporten

Aromatashämmande läkemedel vid tidig bröstcancer (2014). Rapporten har tagits fram av SBU i samarbete med Johan Ahlgren, överläkare, docent i onkologi, Örebro, och Lisa Rydén, överläkare och docent i kirurgi, Kirurgkliniken Lund, Skånes universitetssjukhus. Projektledare SBU: Marianne Heibert Arnlin, heibert.arnlin@sbu.se. Hela rapporten med fullständig sammanfattning finns på [www.sbu.se](http://www.sbu.se).

Även om en bröstcancer har opererats bort i sin helhet, finns det en viss risk för återfall. Om tumörcellerna har receptorer för östrogen ges därför tilläggsbehandling i minst fem år med läkemedel som påverkar hormonsystemet.

År 2005 visade SBU:s utvärdering att aromatashämmande läkemedel som första linjens behandling vid framskriden bröstcancer bromsar sjukdomen jämfört med tamoxifen, och att tilläggsbehandling med aromatashämmare ger färre återfall, i studier upp

till fem år. Däremot kunde inte överlevnad och biverkningar bedömas i ett längre perspektiv, och kunskapen om läkemedlens kostnadseffektivitet var begränsad.

### ÖVER FEM ÅR

I en ny rapport visar SBU att resultaten för sjukdomsfri överlevnad vid tidigt upptäckt cancer gäller även på längre sikt än fem år. Det gäller både när enbart aromatashämmare ges, och när dessa varvas med tamoxifen, så kallad sekvensbehandling.

Det går dock inte att bedöma om aromatashämmare och tamoxifen skiljer sig åt i fråga om effekten på livskvalitet.

Biverkningarna är delvis olika. Aromatashämmarna medför högre risk för frakturer medan tamoxifen ger högre risk för livmodercancer och blodproppar i venerna.

Hormonella läkemedel ges varje år till 4500 kvinnor som har passerat klimakteriet och som opererats för tidigt upptäckt, hormonkänslig bröstcancer. Före klimakteriet är tamoxifen standardterapi. [RL]

## SLUTSATSER | AROMATASHÄMMARE VID TIDIG BRÖSTCANCER

► Aromatashämmare (AI) som så kallad monoterapi vid sidan av operation, eller sekvensbehandling (som varvar AI och tamoxifen, TAM), förlänger den sjukdomsfria överlevnaden jämfört med TAM. Även förlängd behandling med AI efter fem års TAM-behandling förlänger den sjukdomsfria överlevnaden jämfört med placebo.

► AI som monoterapi ökar även den totala överlevnaden,

men man kan inte avgöra om det finns kliniskt betydelsefulla skillnader i total överlevnad vid sekvensbehandling eller förlängd behandling.

► Behandling med AI ökar frakturens risk jämfört med TAM, men minskar risken för livmodercancer och blodproppar i venerna.

► Inga väsentliga skillnader kan påvisas mellan AI och TAM avseende biverkningar i blodkärnen i hjärt- och kärlsystemet,

hjärnans kärlsystem eller död utan återfall. Det går inte att avgöra om AI och TAM skiljer sig åt i fråga om effekter på tanke- och minnesfunktioner.

► Inga väsentliga skillnader kan påvisas i hälsorelaterad livskvalitet mellan AI och TAM.

► Effekten av AI och TAM beror på om tumören har östrogenreceptorer, men förekomst av dessa kan inte användas för att förutsäga skillnader i effekt mellan AI och TAM. Inte

heller förekomst av progesteronreceptorer, proliferationsmarkörer eller överuttryck av HER2 kan användas för sådana förutsägelser.

► Redan innan patenttiden gick ut kostade behandling med AI under 430 000 kronor per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår. Eftersom priset numera är väsentligt lägre är AI-behandling med stor sannolikhet kostnadseffektivt.

# BORRELIA

## Oviss bästa behandlingstid vid kvarstående symtom

Forskningen ger inga klara besked om hur länge behandling med antibiotika ska pågå för att vara så effektiv som möjligt. Längre tids behandling innebär viss risk för allvarliga komplikationer som blodpropp.

Vid borreliainfektion med typiska ringformade hudutslag rekommenderar Läkemedelsverket 10 dagars behandling med fenoximetyl-penicillin. Om nervsystemet eller lederna har påverkats rekommenderas i stället doxycyklin eller ceftriaxon i 14 dagar, och för gravida och barn finns särskilda anvisningar.

Men rekommendationerna har inte varit helt okontroversiella. Det finns bland annat förslag om längre tids behandling, ibland upp till månader och år.

och risker med längre behandlingstid.

Granskningen visar att det behövs bättre studier, både för barn och vuxna, innan det går att avgöra om längre behandling ger bättre resultat. Det gäller både vid den typiska cirkelformade hudrodnaden, *erythema migrans*, och vid de mer ovanliga formerna som ger nerv- eller ledpåverkan.

### KOMPLIKATIONER

Längre tids behandling med antibiotika kan medföra vissa risker, enligt rapporten. Detta

hänger samman med att antibiotika ges via en kateter som läggs in i en ven för daglig dosering. Här finns risk för allvarliga komplikationer som blodpropp. Bakteriefloren i tarmen kan också rubbas. Dessutom finns det risk för att bakterier som är resistenta mot antibiotika ökar i befolkningen. [RL]

Science Photo Library



### Om rapporten

Behandlingstid vid borreliainfektion (2013). Projektledare SBU: Ingegerd Mejäre, mejare@sbu.se. Hela rapporten med fullständig sammanfattning finns på [www.sbu.se](http://www.sbu.se).

### KVARSTÅENDE

Diskussionen gäller framför allt personer som fortfarande har symtom efter sedvanliga kurer, något som förekommer hos mellan 5 och 20 procent. Vanligast i sådana fall är trötthet, ledvärk, muskelsmärter och koncentrationssvårigheter.

En del av patienterna har sökt sig till särskilda kliniker i exempelvis Norge och Tyskland, där längre medicinering erbjuds.

SBU har gått igenom den forskning som finns på området för att undersöka nytta

SBU VETENSKAP & PRAXIS 1/2014

## SLUTSATSER | BEHANDLINGSTID

► Det behövs bättre forskning om lämplig behandlingstid. Nyttan och riskerna måste jämföras i välgjorda studier. I dag går det inte att avgöra om antibiotika i mer än 10–14 dagar förbättrar behandlingsresultatet för patienter med *erythema migrans*.

► Inte heller vid neuroborrelios, borreliartrit eller kvarstående symtom efter borreliainfektion är det

möjligt att avgöra om längre tids antibiotikabehandling har betydelse.

► Vid längre tids behandling (>21 dagar) med antibiotika (ceftriaxon) via central venös infart finns en inte oväsentlig risk för allvarliga och potentiellt livshotande komplikationer.

Science Photo Library



# "Vi borde forska mest där vi är minst säkra"

## VAD INNEBÄR EN KUNSKAPSLUCKA?

- En vetenskaplig kunskapslucka innebär att systematiska översikter visar på osäker medicinsk effekt eller att det saknas en systematisk översikt. Det kan alltså finnas studier på området men ingen sammanvägd analys har gjorts.
- SBU:s databas över kunskapsluckor omfattar medicinska metoder (behandling eller diagnostik) och deras effekt på patientnära utfallsmått som dödlighet, sjuklighet och livskvalitet.

Att undvika metoder där nyttan är osäker är en bra tumregel inom vården. I klinisk forskning bör man tänka precis tvärtom. Där bör fokus ligga på åtgärder där frågetecknen är som störst, skriver Stella Jacobson på SBU.

När nyttan av en metod som används i vården är oviss, föreligger det en kunskapslucka. Vi vet inte om metoden är effektiv.

Detta kan vara en viktig upplysning både för vården och för kliniska forskare, fast på olika sätt. Medan vårdpersonal bör undvika metoder där nytta och risker är oklara, är det just sådana områden som forskare kan behöva ge sig i kast med – med studier som ger användbara svar.

Men så ser inte forskning-  
en ut i dag. Det sker ett stort slöseri med forskningsresurser, samtidigt som viktiga frågor lämnas därhän.<sup>1</sup>

SBU har ett särskilt regeringsuppdrag att identifiera vetenskapliga kunskapsluckor och samla dem i en databas på SBU:s webbplats. Informationen har förstås inget egenvärde. Någon måste ta över stafettpinnen och fylla luckorna.

### NY INSTRUKTION

Parallellt med SBU:s arbete med att ringa in kunskapsluckor fick Vetenskapsrådet (VR) en ny instruktion att satsa mer på klinisk forskning.<sup>2</sup> Som resultat av detta har VR tre år i rad utlyst medel till forskning som kan fylla kunskapsluckor.

Det gemensamma intresset ledde också till ett samarbete mellan SBU och VR vid den senaste utlysningen. Syftet var att tydligare beskriva vad en kunskapslucka i vården egentligen innebär – en fråga som berör både forskare och finansierare.

### OBESVARAD FRÅGA

Det blev ett formellt krav att nya studier antingen skulle beröra en hittills obesvarad fråga som SBU eller den brittiska databasen DUETs<sup>3</sup> redan hade pekat på, eller beskriva luckan för SBU så att vi kunde utreda kunskapsläget närmare.

SBU:s utlåtande utgjorde en del av beredningsgruppens helhetsbedömning av ansökningskvalitet och kliniska relevans. SBU hade inget beslutsmandat men deltog vid

beredningsgruppens möte och fanns till hands för diskussion.

Totalt 25 forskningsprojekt beviljades medel och kommer att dela på 75 miljoner kronor som ska fördelas under tre år.

### NY FOND

Trots det stora behovet av mer forskning beslöt ämnesrådet för medicin och hälsa vid VR att inte fortsätta dela ut medel till den här forskningen under 2014. Men området kommer förhoppningsvis att få stöd genom en helt ny behandlingsforskningsfond, som föreslås av VR och Vinnova<sup>4</sup>, och som ska finansieras gemensamt av staten och landstingen. En första utlysning är planerad till sommaren 2014.

SBU hoppas kunna genomföra fler samarbeten med andra, offentliga eller privata forskningsfinansiärer som stöder behandlingsforskning.

Vår vision är att mer forskning kan ägnas åt att ta fram kunskap som besvarar vårdens frågor och gynnar patienterna.

*Stella Jacobson  
projektledare, SBU  
jacobson@sbu.se*



PearlEye

1. Chalmers I, et al. Avoidable waste ... Lancet 2009;374:86-89.

2. Ulfendahl M, et al. Det behövs en gemensam svensk finansieringskälla ... Läkartidningen 2010; 107:1281

3. UK Database of Uncertainties about the Effects of Treatments.

<http://www.library.nhs.uk/duets/>

4. Svensk behandlingsforskning, SBF – Ett förslag för ökad samverkan inom den kliniska forskningen. [http://www.vinnova.se/PageFiles/38481/Svensk\\_behandlingsforskning110815.pdf](http://www.vinnova.se/PageFiles/38481/Svensk_behandlingsforskning110815.pdf)





Image Source

## SBU kommenterar



# Trögt att få barn och unga att röra på sig mer

Många barn rör på sig för lite i dag. Hittills utformade åtgärdsprogram för att få igång unga har ofta haft blygsam effekt på aktiviteten, enligt litteraturöversikter som SBU har granskat.

Många program för att barn och ungdomar ska bli mer fysiskt aktiva i skolan eller på fritiden har liten effekt på den totala aktiviteten. Den slutsatsen dras i två nya systematiska litteraturöversikter, en från *Cochrane Collaboration* och en i *British Medical Journal*.

I en kommentar till dessa påpekar SBU att även korta program på någon eller några månader ingick. Innan man slår fast att programmen överlag saknar betydelsefull effekt på aktiviteten borde mer långvariga insatser undersökas.

Effekten skulle kanske också kunna skilja sig för unga som redan har utvecklat fetma

och för dem som är normalviktiga. Översikternas analyser gör inte tillräcklig åtskillnad mellan de här grupperna, framhåller SBU.

Det kan finnas många förklaringar till bristande effekt. En hypotes är att de som deltar i organiserad fysisk aktivitet i stället har mindre spontan aktivitet.

### UNDER SKOLDAGEN

SBU:s utvärdering från 2007 visar att utveckling av skolämnet idrott och hälsa leder till ökad fysisk aktivitet under idrottslektioner. Skolprogram som omfattar flera delar, som utbildning av lärare, förändring av läroplan, extra aktivitetspass under lektionstid eller raster, stöd för beteendeförändring, förstärkt hälsoundervisning och involvering av föräldrar, har positiv effekt på barns och ungdomars fysiska aktivitet under skoldagen och

i vissa fall även på fritiden.

Rapporten bygger på studier som publicerades före år 2006. Cochrane- och BMJ-rapporterna bygger huvudsakligen på senare studier.

Fysisk aktivitet som motion och idrott leder till många hälsofördelar. För yngre barn är lek den bästa formen. Rekommendationen för barn är 60 minuter fysisk aktivitet varje dag, både måttlig och hård aktivitet. Den svenska grundskolan har i snitt 1–2 idrottstimmar per vecka. [RL]

Kommentaren om metoder för att främja fysisk aktivitet hos barn finns på [www.sbu.se](http://www.sbu.se). Sakkunnig: Carl-Erik Flodmark, docent, överläkare, Barnöverviktsenheten Region Skåne, Skånes universitetssjukhus.

De systematiska översikter som kommenteras är: Dobbins M, et al. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness... *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2:CD007651.

Metcalfe B, et al. Effectiveness of intervention on physical activity of children. *Brit Med J* 2012;345:e5888.

## PÅGÅNG

### EXEMPEL PÅ SBU-PROJEKT

#### ARBETSMILJÖ & RYGGPROBLEM

Kontakt: hall@sbu.se  
Planerad publ: höst 2014

#### ARBETSMILJÖ & HJÄRT-KÄRLSJKDOM

Kontakt: hall@sbu.se  
Planerad publ: 2015

#### BEDÖMNING AV SUICIDRISK

Kontakt: odeberg@sbu.se  
Planerad publ: vinter 2015

#### BIPOLÄR SJUKDOM

Kontakt: nilsson@sbu.se  
Planerad publ: vår 2014

#### DEPRESSION HOS ÄLDRE

Kontakt: ulf.jonsson@sbu.se  
Planerad publ: vinter 2014/15

#### DYSLEXI HOS BARN & UNGA

Kontakt: stenstrom@sbu.se  
Planerad publ: sommar 2014

#### FÖREBYGGA MISSBRUK HOS BARN & UNGA

Kontakt: pettersson@sbu.se  
Planerad publ: 2017

#### ICKE-INVASIV FOSTERDIAGNOSTIK TRISOMI 21, 18, 13

Kontakt: arnlind@sbu.se  
Planerad publ: vår 2014

#### INDIKATORER FÖR ÄLDRES LÄKEMEDELSANVÄNDNING

Kontakt: vitols@sbu.se  
Planerad publ: vår 2014

#### KOSTTILLÄGG FÖR UNDERNÄRDA ÄLDRE

Kontakt: anttila@sbu.se  
Planerad publ: vår 2014

#### LÅGEFFEKTLASER VID SMÄRTA I NACKEN

Kontakt: nilsson@sbu.se  
Planerad publ: vår 2014

#### SVÅRLÄKTA SÅR HOS ÄLDRE

Kontakt: odeberg@sbu.se  
Planerad publ: vår 2014

#### VIRTUELL OBDUKTION

Kontakt: hultcrantz@sbu.se  
Planerad publ: höst 2014

# CANCER

## Kampanjer ökar kunskap och foton sparar tid vid hudförändring

**Misstänkta hudförändringar handläggs effektivare när foton bifogas remissen. Personligt anpassad cancerupplysning ökar människors medvetenhet om tidiga symtom, men det är ovisst om detta ger snabbare diagnos och ökad överlevnad.**

I dag vet ingen hur många människor som har symtom som kan bero på cancer men som inte utreds. Därför vet man inte heller hur vanligt det är att cancerdiagnoser fördröjs och vilka följder detta får för sjukdomen och patientens livskvalitet. Men vid vissa tumörformer som brukar ha ett snabbt förlopp, som huvud- och halscancer, kan man anta att även små tidsvinster skulle kunna ha betydelse för patienternas överlevnad.

En konkret möjlig förbättring som SBU-rapporten pekar på är att om fotografier av misstänkta hudförändringar bifogas remissen kan diagnos av hudcancer ske snabbare. Specialistvården kan då också planera omhändertagandet på ett bättre sätt, något som kan spara resurser. Hur många remissfall det handlar om vet man inte, men hudtumörer konstateras hos 50000 personer varje år.

I princip kan fördröjd upp-

täckt av cancer bero på vårdens organisation, på vårdpersonalen eller på patienten själv. Exempelvis kan tillgängligheten i vården – hur enkelt eller svårt det är att få kontakt – vara avgörande för om en person som har fått symtom uppsöker vården.

### BÄTTRE KUNSKAP

Det kan också finnas andra skäl till att patienten väntar med att söka läkare eller skju- ter upp undersökningar och behandling. Ibland handlar det om bristande kunskap.

Men allmänhetens kunskapsnivå verkar vara möjlig att förbättra. SBU:s granskning visar att det finns ett visst stöd för att information och utbildningsinsatser i befolkningen ökar människors medvetenhet om cancer och typiska symtom, särskilt om informationen är personligt utformad.

Däremot finns det inte tillräckligt underlag för att avgöra om detta också leder till att cancer upptäcks tidigare och att dödligheten minskar. Sådana studier är svåra att genomföra – de måste vara



Science Photo Library

långvariga och ta hänsyn till en rad andra faktorer som påverkar beteende, behandling och hälsa.

#### SPARAR VECKOR

Fördröjning kan också bero på att läkare inte uppmärksammar eller utreder viktiga symptom tillräckligt snabbt, eller att de väntar med remiss för utredning hos en annan specialist. Och om vården är dåligt organiserad, kan detta fördröja alla led i vårdkedjan: både tiden från första symptom till första kontakt, och tiden från första kontakt till utredning och diagnos i primärvården eller hos organspecialist.

SBU:s utvärdering visar att så kallade snabbspår för utredning kan spara ett par veckor (0–34 dagar, median 15 dagar) för dem som utreds. Men det är oklart vilken betydelse den tidsvinsten har. Om man inrättar snabbspår är det därför viktigt att de många patienter som handläggs utanför snabbspåren inte trängs undan så att utredningstiden totalt tvärtom blir längre.

#### GÄLLER PRIMÄRVÅRD

SBU:s granskning gäller främst åtgärder som kan ge snabbare diagnos inom primärvården eller snabbare remiss till organspecialist. Det är den vägen som allra flesta patienter med cancer kommer till vården, även om man i vissa delar av landet kan söka vård hos organspecialister direkt.

Cancer är en av de vanligaste dödsorsakerna i västvärlden. I Sverige dör 23 procent av kvinnorna och 27 procent av män i cancer. [RL]

## UR SLUTSATSERNA | TIDIG UPPTÄCKT AV SYMTOMGIVANDE CANCER

- När fotografi(er) av misstänkta hudförändringar bifogas remiss till specialistsjukvården förkortas tiden till omhändertagande och diagnosbesked med några veckor. Specialistvården kan också planera omhändertagandet på ett bättre sätt, vilket kan spara resurser.
- Informations- och utbildningsinsatser till befolkningen ökar medvetenheten och kunskapen om cancer och tidiga symptom. Detta gäller upp till två år efter insatsen och särskilt om den är personligt anpassad. Studier med längre uppföljningstid saknas.
- I den litteratur som identifierats går det inte att avgöra om information och utbildning till befolkningen och vidareutbildning av vårdens professioner leder till att cancerdiagnosen kan ställas i ett tidigare sjukdomsskede eller om det minskar dödligheten. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.
- Snabbspår och särskilda mottagningsar för att utreda misstänkta cancersymtom leder till att diagnosbesked kan ges tidigare till dem som utreds i snabbspåret. Tidsvinsten är några veckor. Betydelsen av detta för sjukdomsförloppet är oklart.
- Kampanjer med rekommendation till kvinnor att själva undersöka sina bröst som screeningmetod påverkar inte dödligheten i bröstcancer. Dock ökar antalet diagnostiska och kirurgiska ingrepp.
- Det går inte att bedöma förhållandet mellan nytta och kostnad för metoder för tidig upptäckt av symptomgivande cancer i den litteratur som identifierats.
- Förekomsten av symptom som kan tyda på cancer i den svenska befolkningen är inte känd. Det är okänt hur många som utreds för misstänkt cancer och hur många som skulle ha kunnat få en tidigare diagnos. Omfattningen av fördröjning av cancerdiagnoser är med andra ord ökand.
- Fler och bättre studier behövs för att kunna bedöma effekterna av införande av snabbspår för patienter som utreds inom respektive utanför dessa.
- För den etiska bedömningen av åtgärder som syftar till tidigare diagnostik behövs bättre kunskap om de psykologiska och sociala effekterna. Detta gäller även för dem som sedan inte får en cancerdiagnos.

## OM SNABBSPÅR

Trots inrättande av snabbspår får de flesta patienter sin cancerdiagnos genom utredning inom ordinarie sjukvård på grund av att de inte har uppfyllt kriterierna för utredning i snabbspår. Det finns tecken på att skapandet av sådana snabbspår kan ta resurser från personer som utreds i den ordinarie sjukvården och att utredningstiden därmed blir längre för dessa efter det att snabbspår har införts. Sådan undanträngning måste beaktas om snabbspår införs och när de utvärderas.

#### Om rapporten

Tidig upptäckt av symptomgivande cancer. En systematisk litteraturoversikt. (2014).

Projektledare SBU: Jan Adolfsson, [adolfsson@sbu.se](mailto:adolfsson@sbu.se). Ordförande: Björn Cedermark.

Hela rapporten med fullständig sammanfattning finns på [www.sbu.se](http://www.sbu.se).



# ARBETSMILJÖ

## Depressionssymtom hänger ihop med ofrihet, utsatthet och press

När de anställda har goda möjligheter till kontroll i arbetet och behandlas rättvist är symtom på depression och utmattningssyndrom mindre vanliga. Det visar SBU:s granskning av forskningen på området.

### Om rapporten

Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom (2014). Projektledare SBU: Charlotte Hall, hall@sbu.se. Ordförande: prof em Töres Theorell.

Hela rapporten med fullständig sammanfattning finns på [www.sbu.se](http://www.sbu.se).

Det finns ett samband mellan arbetsmiljö – vissa typer av krav, bristfälligt stöd, pressande arbete och osäkerhet i anställningen – och depressions-symtom. Det kan handla om nedstämdhet, ångest, minskat engagemang, depressiva tankar, livsleda, passivitet, störd sömn och minskad aptit.

De som upplever mobbing eller konflikter i sitt arbete utvecklar mer av sådana symtom än andra.

Det finns även ett samband mellan bristande medmänskligt stöd på arbetet och sådant som kan tyda på utmattningssyndrom, till exempel att man har en påtaglig brist på energi, blir mindre företagsam och uthållig och behöver längre tid för att återhämta sig.

### LIKA OFTA

Forskningen visar också att kvinnor och män, under förutsättning att de har likartade

arbetsvillkor, lika ofta utvecklar symtom på depression eller utmattningssyndrom.

Att forska om samband mellan arbetsmiljö och hälsa är en utmaning, eftersom det finns så mycket både på jobbet och på fritiden som har betydelse för hur man mår. Att skilja ut vad som hänger samman med vad i arbetsmiljön är knepigt, och detta har också framgått när SBU:s experter har sovrat bland tusentals artiklar och sållat fram ett hundratal som sedan detaljgranskats.

### MÅNGA MILJÖER

Forskningsresultaten är hämtade från många olika miljöer, huvudsakligen i Europa och Nordamerika. SBU bygger rapporten på resultat som har bedömts giltiga för kvinnor och män som arbetar under svenska förhållanden. I de flesta av studierna har forskarna följt personer i olika yrken under minst ett års tid, och har utgått från dessa personers egen beskrivning av sin arbetsmiljö och sina symtom. Forskarna har oftast inte ställt regelrätta diagnoser utan har



Halldark

analyserat svar på olika frågeformulär.

#### OMVÄND ORSAK

En svårighet med den metoden är att människors symtom i sig kan färga deras svar på frågor om arbetsmiljön. Personer som har fått symtom på depression eller utmattningssyndrom kan uppleva sin arbetsmiljö som sämre än tidigare, så kallad omvänd kausalitet. Därför har SBU:s projektgrupp bara tagit med sådana studier som följer människor över tid och som analyserar förändringar.

#### TILLFÖRLITLIGHET

En viktig del i SBU-experternas granskning har varit att bedöma om forskarna har undersökt och vägt in så kallade förväxlingsfaktorer – det vill säga annan påverkan som kan förväxlas med de förhållanden i arbetsmiljön som studien egentligen gäller.

För att kunna dra tillförlitliga slutsatser om samband som rör symtom på depression och utmattningssyndrom måste studierna ha tagit hänsyn till kön och ålder. De flesta av studierna har också beaktat andra förväxlingsfaktorer: sociala och ekonomiska förhållanden (som utbildning och inkomst), individfaktorer (som samtida sjukdomar) och livsstil (som motions- och alkoholvanor).

SBU framhåller att det – liksom i andra sammanhang – finns individuella variationer och att generella slutsatser kan ge ledtrådar men aldrig ersätta en individuell bedömning. [RL]

## SLUTSATSER | DEPRESSIONSSYMTOM OCH UTMATTNINGSSYNDROM

SBU har gått igenom forskningsläget för samband mellan en lång rad faktorer i arbetsmiljön och depressionssymtom, respektive symtom på utmattningssyndrom. Det visar sig att forskningen främst varit inriktad på betydelsen av organisatoriska och psykosociala faktorer. Det finns vetenskapligt underlag för att följande gäller på gruppnivå:

- ▶ Personer som upplever en arbetssituation med små möjligheter att påverka, i kombination med alltför höga krav, utvecklar mer depressionssymtom.
- ▶ Personer som upplever bristande medmänskligt stöd i arbetsmiljön utvecklar mer symtom på depression och utmattningssyndrom än andra. De som upplever mobbning eller konflikter i sitt arbete utvecklar mer depressionssymtom än andra, men det går inte att avgöra om det finns något motsvarande samband för symtom på utmattningssyndrom.
- ▶ Personer som upplever att de har pressande arbete eller en arbetssituation där belöningen upplevs som liten i förhållande till ansträngningen utvecklar mer symtom

på depression och utmattningssyndrom än andra. Detta gäller även för dem som upplever osäkerhet i anställningen, till exempel en oro för att arbetsplatsen ska läggas ner.

- ▶ I vissa arbetsmiljöer har människor mindre besvär. Personer som upplever goda möjligheter till kontroll i det egna arbetet och de som upplever att de behandlas rättvist utvecklar mindre symtom på depression och utmattningssyndrom än andra.
- ▶ Kvinnor och män med likartade arbetsvillkor utvecklar i lika hög grad depressionssymtom respektive symtom på utmattningssyndrom.
- ▶ Kunskapssammanställningen visar att vi i dag vet mycket om samband mellan arbetsmiljö och symtom på depression respektive utmattningssyndrom. Framtidens forskning bör framför allt inriktas mot interventionsstudier, det vill säga studier som följer långtidseffekter på denna typ av ohälsa efter att vetenskapligt underbyggda arbetsmiljöinsatser har vidtagits.



Getty

## SYM TOM KONTRA DIAGNOS

SBU-rapporten gäller främst **depressionssymtom**, inte kliniskt diagnostiserad depression. Depressiva symtom kan vara nedstämdhet, ångest, minskat känsломässigt engagemang, depressiva tankar, livsleda och självmordstankar, passivitet, störd sömn och minskad aptit. Dessutom förekommer koncentrations- och minnessvårigheter och olika kroppsliga symtom. Depressiva symtom är vanligt och behöver inte tyda på sjukdom. Däremot leder de till lidande och ökar risken för sjukskrivning, produktionsbortfall och kvalitetsförsämring i arbetet.

SBU-rapporten använder begreppet **utmattningssyndrom** där den engelskspråkiga litteraturen använder termen *burnout*, på svenska ofta kallat utmattningsdepression eller stressutlöst utmattning. *Burnout* beskrivs ofta i ett antal dimensioner; emotionell utmattning, distansering och cynism samt otillräcklighet i form av minskad effektivitet.

Depression och utmattningssyndrom är tillstånd som delvis går in i varandra. De ska

dock ses som olika tillstånd och har skilda diagnoser. I Sverige accepterades utmattningssyndrom som diagnos av Socialstyrelsen år 2005. I kriterierna ingår bland annat att symtomen utvecklats under lång tid till följd av en eller flera identifierbara orsaker. Utmattningssyndromet har en ofta dramatisk akutfas följt av en återhämningsfas som kan pågå i årtal, medan depression i högre utsträckning förekommer i perioder.

Begreppet utmattningssyndrom används för att skilja något annat än allmän trötthet. En tidig beskrivning skildrar utmattade individer med uttömda resurser, medan senare forskare har betonat kopplingen till arbetslivet (särskilt yrken med mycket kontakt med människor). Utmattningssyndromet karakteriseras av påtaglig brist på energi, minskad företagsamhet och uthållighet samt förlängd återhämnings-tid. Vanliga symtom är värk, sömnstörning samt koncentrations- och minnessvårigheter. Dessutom förekommer även påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller göra saker under tidspress.



## KUNSKAP FÖR VÅRDEN BORDE INNEHÅLLSMÄRKAS

som till exempel anger dokumentets syfte, vem eller vilka som har skrivit det, hur aktuellt det är och vilka hälsotillstånd och åtgärder som det handlar om.

I en särskild utredning föreslår SBU att alla kunskapsdokument som ska vägleda vården förses med en grundläggande innehållsdeklaration så att användarna enkelt kan hitta, bedöma och tillämpa dokumenten som avsett.

Bättre märkning och struktur skulle förbättra sökningar i publika sökmotorer, samlingsportaler och egna webbplatser/intranät hos landsting, regioner eller myndigheter. Informationen blir lättare att avgränsa, sortera och presentera överskådligt.

Som stöd för märkningen

vill SBU utveckla ett webbaserat formulär, som har anpassats till vedertagna standarder och som tar hjälp av standardiserade ordlistor så att innehållsmärkningen blir entydig och korrekt. Ansvaret för att märka dokumenten åligger den organisation som har skapat dem, men ett webbverktyg skulle kunna användas som stöd, enligt utredningen.

Förslaget har utformats på uppdrag av Socialdepartementet – ett följduppdrag efter SBU:s förstudie om ett nationellt hälsobibliotek. [RL]

Läs hela utredningen "Märk väl! Nyttan av bättre innehållsmärkning, taggning och struktur i vårdens kunskapsdokument" på [www.sbu.se](http://www.sbu.se).

**Kunskapsdokument som förväntas vägleda svensk hälso- och sjukvård är ofta dåligt innehållsdeklarerade. SBU föreslår en gemensam märkning som myndigheter, regioner och landsting kan använda.**

I dag saknar många kunskapsdokument viktig, grundläggande innehållsmärkning



## GOOGLE SCHOLAR ÄR TRUBBIGARE OCH MINDRE FLEXIBELT ÄN PUBMED

Kan man använda sökfunktionen Google Scholar i stället för databasen PubMed för att hitta studier till systematiska litteraturoversikter? Nej, inte ännu. Enligt en aktuell analys i tidskriften *Systematic Reviews*<sup>1</sup> har Google Scholar ungefär samma täckning för detta ändamål som databasen PubMed, fast med sämre sökmöjligheter.

Google Scholar hittar många av de studier som behövs i översikterna, men blandar dessa med annat som inte platsar. Bristen på avancerade sökfunktioner gör det svårare att anpassa sökningarnas känslighet och träffsäkerhet till olika behov.

Eftersom Google Scholar inte redovisar vilka källor som avsöks, eller hur rankningen av träffar sker, blir det också svårt att värdera sökresultatet. Träfflistan kan variera från en tidpunkt till en annan.

Författarna till en tidigare artikel<sup>2</sup> hävdade att Google Scholar kunde användas som

enda källa för systematiska översikter, eftersom en stor andel av de relevanta referenserna finns där. Men denna artikel har fått kritik. Andelen relevanta sökträffar blir högre i PubMed om dess sökfunktion används rätt. Google Scholar ger betydligt mer brus, och det är inte säkert att alla relevanta artiklar finns med i den begränsade träfflista som visas.

Det är stor skillnad på att söka rätt på specifika namngivna artiklar och att ta reda på så många relevanta artiklar som möjligt inom ett visst ämne. Behoven är helt olika. [RL]

Läs vidare på <http://careof.kib.ki.se/?p=5195> hos Karolinska institutets bibliotek.

1. Bramer WM, et al. The comparative recall of Google Scholar versus PubMed in identical searches for biomedical systematic reviews ... *Syst Rev*. 2013;2:115.

2. Gehanno J-F, et al. Is the coverage of Google Scholar enough to be used alone for systematic reviews. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2013;13:7.



# MEDICINSK VETENSKAP & PRAXIS

REDAKTÖR: Ragnar Levi, [levi@sbu.se](mailto:levi@sbu.se) • ANSVARIG UTGIVARE: Måns Rosén  
TEXT: Ragnar Levi [RL] • POSTADRESS: Box 3657, 103 59 Stockholm  
TEL: 08 412 32 00 • FAX: 08 411 32 60 • [www.sbu.se](http://www.sbu.se) • [info@sbu.se](mailto:info@sbu.se)  
GRAFISK FORM: Nilla Westin Design • TRYCK: Elanders, Falköping, 2014  
4 NR PER ÅR, 157 000 ex • ISSN 1104-1250



## SBU-nämnden för medicinsk utvärdering

**Nina Rehnqvist (ordf)**  
KAROLINSKA INSTITUTET

**Ingrid Burman**  
HANDIKAPPFÖRBUNDEN

**Ulrika Johansson**  
SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

**Björn Klinge**  
KAROLINSKA INSTITUTET, MALMÖ  
HÖGSKOLA

**Kerstin Nilsson**  
SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET

**Sven Ohlman**  
SOCIALSTYRELSEN

**Jonas Rastad**  
REGION SKÅNE

**Sineva Ribeiro**  
VÄRDFÖRBUNDET

**Måns Rosén**  
SBU

**Håkan Sörman**  
SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

**Mats Ulfendahl**  
VETENSKAPSRÅDET

**Marie Wedin**  
SVERIGES LÄKARFÖRBUND

## Direktör SBU

Måns Rosén

## SBU:s råd

**Kjell Asplund (ordf)**  
Kristina Bengtsson Boström  
BILLINGENS VÄRD CENTRAL, SKÖVDE

**Christina Bergh**  
KVINNOKLIN, SU/SAHLGRENSKA,  
GÖTEBORG

**Anna Ehrenberg**  
AKADEMIN HÄLSA OCH SAMHÄLLE,  
HÖGSKOLAN DALARNA, FALUN

**Nils Feltelius**  
LÄKEMEDELSVERKET, UPPSALA

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

**Sten Landahl**  
AVD F GERIATRIK, SU/SAHLGRENSKA,  
GÖTEBORG

**Margareta Möller**  
VÄRDVET FORSKN CENTR, UNIV SJH,  
ÖREBRO

**Joakim Ramsberg**  
MYNDIGHETEN FÖR VÄRDANALYS,  
STOCKHOLM

**Bo Runeson**  
INST F KLIN NEUROVET, KI, SOLNA

## SBU Alerträdet

**Jan-Erik Johansson (ordf)**  
UROLOGI, UNIV SJH, ÖREBRO

**Christel Bahtsevani**  
HÄLSA & SAMHÄLLE, MALMÖ  
HÖGSKOLA

**Lars Borgquist**  
ALLM MED & HÄLSOEK,  
LINKÖPINGS UNIV

**Per Carlsson**  
CMT, LINKÖPINGS UNIV

**Björn-Erik Erlandsson**  
MED TEKN, KTH, STOCKHOLM

**Mårten Fernö**  
EXP ONKOLOGI, LUNDS UNIV

**Lenmart Iselius**  
LANDSTINGET VÄSTMANLAND

**Eva Lindström**  
PSYK KLIN, AKAD SJUKHUSET, UPPSALA

**Ylva Nilsagård**  
VÄRDVETENSKAP, ÖREBRO UNIV

**Viveca Odland**  
LÄKEMEDELSVERKET, UPPSALA

**Jenny Rehman**  
SOCIALSTYRELSEN

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

**Lars Sandman**  
HÖGSKOLAN I BORÅS

**Svante Twetman**  
PEDODONTI & KARIOLOGI,  
KÖPENHAMNS UNIV, HALLANDS SJH

## SBU AKTUELLT

### HEALTH TECHNOLOGY ASSES- MENT INTERNATIONAL, HTAI, 2014

Tema: Optimizing Patient-Centered  
Care in an Era of Economic Uncer-  
tainty  
Tid och plats: 15–18 juni, 2014,  
Grand Hyatt, Washington, DC, USA  
Information och anmälan:  
<http://www.htai2014.org>

### COCHRANE COLLOQUIUM 2014

Tema: Evidence-Informed Public  
Health – Opportunities & Challenges  
Tid och plats: 21–26 september,  
2014, Hyderabad International Con-  
vention Centre, Hyderabad, Indien  
Forskarnätverket Cochrane Collabo-  
ration tar fram och sprider aktuella  
systematiska litteraturoversikter om  
hälso- och sjukvård.  
Arr: South Asian Cochrane Centre  
Information och anmälan:  
<http://colloquium.cochrane.org>

### PREVENTING OVERDIAGNOSIS

Tema: Winding Back the Harms of  
Too Much Medicine  
Tid och plats: 15–17 september,  
2014, Centre for Evidence-Based  
Medicine (CEBM), University of  
Oxford, Storbritannien  
Arr: Dartmouth Institute, BMJ, Bond  
University, Consumer Reports och  
CEBM.  
Information och anmälan:  
<http://www.preventingoverdiagnosis.net/>

**BESTÄLL SBU:S PUBLIKATIONER!** Skicka in kupongen, ring 08-779 96 85 eller mejla [sbu@strd.se](mailto:sbu@strd.se)

## SAMMANFATTNINGAR 2010–2014

Kostnadsfria\*

.....ex Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression  
och utmattningssyndrom (2014), nr 501-77

.....ex Tidig upptäckt av symt cancer (2014), nr 501-76

.....ex Akutvård av äldre (2013), nr 501-75

.....ex Urininkontinens hos äldre/sköra (2013), nr 501-74

.....ex Mat vid fetma (2013), nr 501-73

.....ex ADHD (2013), nr 501-72

.....ex Arbetsmiljö & sömnstörningar (2013), nr 501-71

.....ex Autismspektrumtillstånd (2013), nr 501-70

.....ex Skattning av njurfunktion (2012), nr 501-69

.....ex Schizofreni (2012), nr 501-68

.....ex Diagn o uppföljn förståmn-syndrom (2012), 501-67

.....ex Implement psyk evidens primärvård (2012), nr 501-66

.....ex Arbetets betydelse. Nacken ... (2012), nr 501-65

.....ex Godartad prostataförstoring (2011), nr 501-64

.....ex Blödarsjuka (2011), nr 501-63

.....ex Förebygga sexövergrepp mot barn (2011), nr 501-62

.....ex Blödande magsår (2011), nr 501-61

.....ex Progr mot psyk ohälsa hos barn (2010), nr 501-58

.....ex Mat vid diabetes (2010), nr 501-57

.....ex Antibiotikaproxylax, kirurgi (2010), nr 501-56

.....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

## 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

Trycksaker och faktura\* skickas till:

Namn .....  
Postadress .....  
E-post .....

Frankeras ej.  
Mottagaren  
betalar portot

## SBU

Statens beredning  
för medicinsk utvärdering

## Svarspost

Kundnr 200 876 34  
110 03 Stockholm



# Många landsting missar att skydda bensköra mot ny fraktur

Trots att läkemedel har visats minska risken för fler frakturer hos bensköra kvinnor som redan drabbats, har kvinnorna alltför sällan sådan behandling. Många landsting kan göra stora förbättringar.

Det är över 10 år sedan SBU konstaterade att läkemedelsbehandling av äldre med osteoporos och frakturer är väl dokumenterad och att behandlingen minskar risken för fler frakturer.

Särskilt höftfraktur kan vara allvarligt. Risken att dö året efter frakturen är 10–15 procent högre bland dem som drabbas än bland jämnåriga, och många får sämre livskvalitet. Inte alla kan återvända till sitt eget boende. Gångförmågan kan försämrats, och det finns risk för social isolering.

Diagrammet visar andelen frakturdrabbade kvinnor som efter sjukhusvård hämtade ut

förebyggande läkemedel mot benskörhet – bisfosfonater eller hormonbehandling.

I hela landet tog 14 procent av kvinnorna läkemedel, och knappt 10 procent fick bisfosfonater. Det är stora skillnader mellan landstingen. Andelen behandlade varierar mellan 24 och 8 procent. I Socialstyrelsens och SKL:s Öppna jämförelser anges att kanske 60–70 procent av dessa patienter

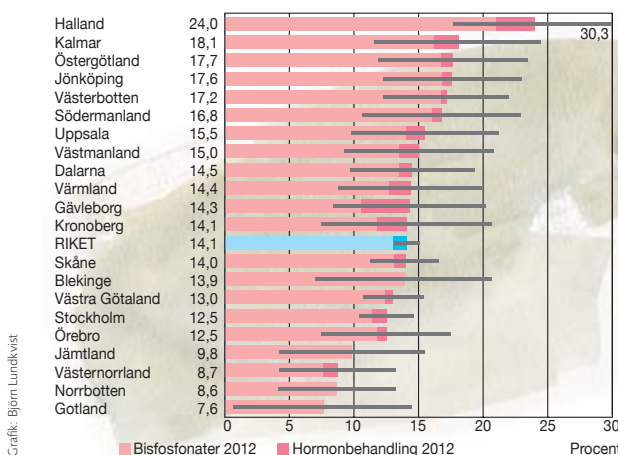
borde ha någon form av osteoporosförebyggande behandling. Benskörhet bedöms vara underdiagnostiserat och underbehandlat.

Osteoporos är ovanligt före 50 års ålder men ökar kraftigt med åldern. Kvinnor som har fått en fraktur löper hög risk att drabbas igen. [RL]

## Lästips

SBU. Osteoporos – prevention, diagnostik och behandling. Rapport nr 165/1 och 165/2. Stockholm: SBU, 2003.

Socialstyrelsen och SKL. Öppna jämförelser 2013. Hälso- och sjukvård. Jämförelser mellan landsting. <http://www.socialstyrelsen.se>



Grafik: Björn Lundkvist

Siffrorna gäller 7 900 kvinnor från 50 år och uppåt som hade vårdats på sjukhus för vissa frakturer under perioden januari-juni 2012, enligt patientregistret på Socialstyrelsen. Uppgifter om deras läkemedelsuttag 6–12 månader efter sjukhusvården togs från läkemedelsregistret. Källa: Socialstyrelsen och SKL. Öppna jämförelser 2013. Hälso- och sjukvård Jämförelser mellan landsting. <http://www.socialstyrelsen.se>

## BESTÄLL TRYCKTA RAPPORTER! Posta kupongen, ring 08-779 96 85 eller mejla [sbu@strd.se](mailto:sbu@strd.se)

### SBU-RAPPORTER 2008–2014

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

- .....ex Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom (2014), nr 223, 250 kr
- .....ex Tidig upptäckt av symtomgivande cancer (2014), nr 222, 150 kr
- .....ex Akutvård av äldre (2013), nr 221, 200 kr
- .....ex Urininkontinens äldre/sköra (2013), nr 219, 200 kr
- .....ex Mat vid fetma (2013), nr 218, 250 kr
- .....ex ADHD (2013), nr 217, 250 kr
- .....ex Arbetsmiljö & sömnstörn (2013), nr 216, 200 kr
- .....ex Autismspektrumtillstånd (2013), nr 215, 250 kr
- .....ex Skattning av njurfunktion (2012), nr 214, 250 kr
- .....ex Schizofreni. Läkemedel, patientens delaktighet o vårdens organisation (2012), nr 213, 250 kr
- .....ex Diagnostik och uppföljning av förstärknings-syndrom (2012), nr 212, 250 kr
- .....ex Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården (2012), nr 211, 150 kr
- .....ex Arbetets betydelse för besvär och sjukdom: Nacken och övre rörelseapp (2012), nr 210, 250 kr
- .....ex Godartad prostataförstoring (2011), nr 209, 250 kr
- .....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 Int glukossänk v 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

Se [www.sbu.se](http://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).