

MEDICINSK VETENSKAP & PRAXIS

NYA RAPPORTER Laser vid nacksmärta | 8 Insulinpumpar & glukosmätning | 14



Uppdrag: förbättra för sjuka äldre

En procent av alla äldre står för 30 procent av alla vårddagar, men resurserna används ineffektivt. Sveriges äldresamordnare menar att insatserna för de sköraste äldre måste komma tidigare och samverkan bli bättre.

Hur ska vården för gamla sköra människor bli bättre? En som bör ha svar på frågan är Eva Nilsson Bågenholm, nationell äldresamordnare. Hon är sjuksköterska, läkare och sedan 2011 regeringens samordnare för äldre frågor som har 4,3 miljarder kronor till sitt förfogande för att förbättra läget. Som nationell äldresamordnare har hon tillsammans med experter formulerat mål och satt i gång förbättringsarbete på fem områden.

Det första området är palliativ vård, ett begrepp som har vidgats till "vård i livets slut". Som grund för arbetet finns

DElight

SBU – KUNSKAPSCENTRUM FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Sjukaste äldre | 1 Skör | 2 Salt & blodtryck | 4 Etisk utvärdering | 6
Laser mot nacksmärta | 8 Motiverande samtal, kost & motion | 9 Åtgärds paket | 10
Kylbehandling | 12 Progesteron | 13 Insulinpumpar & glukosmätning | 14

Hundraåringen som blev skör

Många av oss älskar att höra historier om hurtiga hundraåringar. Geronter som har strålade fysik, klart intellekt, minne som en elefant och som bjuder barnbarnsbarnen på saft och reser jorden runt. På mitt eget sängbord låg för en tid sedan Jonas Jonassons Hundraåringen som klev ut genom fönstret och försvann, den kioskvältande skrän om Allan Karlsson vars hälsa "vägrar att ge vika", som det heter i reklamtexten.

Kan det vara så att vi slukar historier om stålfarfar och mirakelmormor för att de ger ett löfte om att vi inte bara kan bli hundra år gamla utan att vi dessutom, ända till slutet, kommer att orka vara i full gång?

Att medellivslängden ökar i de flesta industrialiserade länder är ju sant. I dag är de flesta i Sverige över 80 år när de dör, och vårt land ligger i topp avseende ökningstakten av antalet 100-åringar. Men hälsan hos verklighetens Allan Karlsson kan faktiskt ge vika. Och när den gör det, sker det kanske gradvis under lång tid.

Faktum är att de flesta av oss tyvärr inte kommer att dö knall och fall under en polarexpedition. I stället kommer en majoritet av oss att behöva palliativ vård mot slutet. Och nästan alla lär förr eller senare, på grund av sin egen eller någon närståendes sviktande hälsa, få känna på hur värden av sköra äldre fungerar – eller inte fungerar.

Den dag som verklighetens Allan Karlsson (det vill säga någon som du och jag, bara lite äldre och skröpligare) har hunnit dra på sig flera sjukdomar, med åtföljande läkemedel, kanske smärta, förvirring och allmänt nedsatt kroppsfunction, så räcker en banal liten infektion för att han snabbt ska bli så dålig att han behöver vård direkt.

Den verkliga Allan Karlsson kommer in till sjukhuset med blåljus, men på akuten får han vänta många timmar. Akutsjukvården är nämligen inte planerad för sådana som Allan. Eftersom hans symtom är diffusa, och trycket på akutmottagningen är högt, går andra hela tiden före. Under timmarna av väntan blir Allan förstas ännu sämre på grund av vätskebrist. När han efter fyra timmar trots sin yrsel måste ta sig till toaletten faller han handlöst och slår skallen i handfatet.

Väl inne på vårdavdelningen, som egentligen är överbelagd, blir Allan hemskickad igen efter ett par, tre dygn. Personalen tycker att det är fruktansvärt att han måste åka ut och in som en jojo på akuten under det som sannolikt är hans sista tid i livet, och bli ännu mer medtagen för varje gång, i stället för att få anpassad vård och omsorg.

En utvärdering från SBU visade nyligen att tvärprofessionella geriatriskteam som sköter akutvård innebär fördelar för patienter som Allan. När teamet inte bara gör en akut bedömning utan också har det direkta patientansvaret i den fortsatta vården, får de äldre bättre grundläggande personlig funktionsförmåga än med vanlig vård. Möjligheterna att bo kvar i eget hem efter sjukhusvistelsen blir också bättre. Metoden är minst lika bra som vanlig vård när det gäller att undvika återinläggning. Ett evidensbaserat sätt att hjälpa den verkliga Allan Karlsson, 100 år.



RAGNAR LEVI, REDAKTÖR



Alistair Berg

ett nationellt vårdprogram, ett nationellt kunskapsstöd och ett kvalitetsregister som följer upp hur vården varit – till exempel hur många som dör ensamma eller som har allvarliga trycksår när de dör.

FÖLJA UPP

– Ungefär 80 procent av oss kommer att behöva palliativ vård när livet snart ska ta slut, säger Eva Nilsson Bågenholm. En av mina uppgifter har varit att se till att vårdkvaliteten mäts och följs upp.

När vården för en person i livets slutskede ändrar inriktning från bot till lindring ska läkaren ha haft ett samtal med patienten och de närstående, ett så kallat brytpunktssamtal. Läkaren ska ha informerat om att vården nu inriktas på lindring.

– Andra indikatorer på kvalitet är att patientens smärtnivå har skattats med en tillförlitlig och godkänd metod, att det finns en ordination om att vid behov kunna injicera läkemedel mot ångest och att individens munhälsa har bedömts.

DEMENS

Det andra förbättringsområdet gäller demens. Även här ska kvalitetsregister och ett nationellt vårdprogram användas som verktyg för förbättring. Enligt Eva Nilsson Bågenholm är ett av grundproblemen att

alldeles för många inte har fått en specifik diagnos.

– Primärvården måste utreda fler som har nedsatt minnesfunktion, och ställa rätt diagnos tidigare. Då kan man få möjlighet att pröva till exempel läkemedel mot demens, och man kan få tillgång till dagverksamhet eller avlastningsplats så att ens anhöriga kan vila och så att man kan klara sig längre i sitt ordinarie boende.

Viktigt för personer med demens är också att undvika läkemedel mot psykos, som fortfarande använts ofta.

FÖREBYGGA

Ett tredje förbättringsområde är insatser för att förebygga fallolyckor, undernäring, trycksår, munhälsoproblem och urininkontinens. Här kommer bland annat SBU-rapporter att ligga till grund för förbättringsarbetet.

– Alla delar hänger ihop och går att åtgärda – är man undernärd ökar risken för fallolyckor, faller man och är undernärd så ökar risken för trycksår. Dålig munhälsa ökar risken för undernäring, och så vidare. Urininkontinens är ett stort problem som minskar livskvaliteten och som bevisligen kan behandlas.

På det fjärde förbättringsområdet för sköra äldre, läkemedel, är målen att minska

på vissa olämpliga mediciner, att inte ge antipsykotiska medel som allmänt lugnande utan enbart vid psykos och att ersätta antiinflammatoriska medel av typen NSAID med andra preparat.

– Här måste alla personalgrupper vara med för att det ska bli en förändring. Det räcker inte att läkare forskriver annorlunda; jag tycker att sjuksköterskor och undersköterskor också måste få utbildning om läkemedel.

SAMMANHÅLLEN

Det femte och sista området inom äldresatsningen är det svåraste: att åstadkomma en sammanhållen vård och omsorg. Här menar Eva Nilsson Bågenholm att det återstår mycket arbete.

– Bristen på samordning är välkänd för alla som har arbetat inom sjukvård och omsorg. Det är fortfarande ett stort problem att ingen håller ihop hela vård- och omsorgskedjan för den här gruppen.

En äldre person med skör hälsa kan sammanlagt ha tiotals olika vård- och omsorgskontakter – hemtjänst, hemsjukvård, primärvård, sjukhus, rehabiliteringspersonal och så vidare.

BÄTTRE STRUKTURER

– Vi har pratat i många år om samverkan mellan landsting och kommuner och mellan primärvård och slutenvård – men oftast brister det. Att till exempel ha en fast vårdkontakt när det behövs är lagstadgat, men det fungerar sällan i praktiken.

– Så en av mina ambitioner har varit att skapa strukturer på tvären: länsvis gemensamma styrgrupper för landstingens och kommunernas vård

och omsorg för de mest sjuka äldre, lokala eller regionala handlingsplaner, och utvecklingsledare som ska fungera som ett slags samordnare.

– Det är i alla fall en början, säger hon.

AKUTA PROBLEM

Men det är långt kvar. Problemen med splittrade insatser för de sjukaste äldre framstår allt tydligare för varje dag, inte minst inom akutsjukvården.

– Akutvården är uppbyggd för personer med en sjukdom i taget som kräver specialiserad vård, säger hon.

– Men många sköra äldre kommer in akut av andra skäl: för att de fått svårt att andas, för att de har en urinvägsinfektion, yrsel, nedsatt allmäntillstånd och har svårt att klara sig hemma – ofta en kombination av symtom.

– De har egentligen inte behov av akutsjukvårdens resurser men har inte fått hjälp i tid.

– Målen som vi mäter är att minska undvikbar slutenvård och återinläggning inom 30 dagar efter senaste utskrivning från sjukhus.

GEMENSAM JOURNAL

Eva Nilsson Bågenholm får frågan om en gemensam patientjournal inte är ett viktigt verktyg i sammanhanget.

– Jo det är angeläget, men det finns både tekniska och juridiska hinder, svarar hon.

– Det är olika lagstiftningar som styr, det går inte att ha en helt gemensam journal eller dokumentation för all personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Läsbar dokumentation för all hälso- och sjukvårdspersonal är något som de flesta landsting och kommuner arbetar med.

Verkligheten för många

sköra äldre är att de tvingas åka in och ut för korta sjukhusvistelser samtidigt som akutvården ofta har långa väntetider och sjukhusen kämpar med överbeläggning. Vårdtiden på akutsjukhusen är endast några dygn.

Vården måste ge bättre hjälp tidigare, men någon enhetlig nationell lösning har Eva Nilsson Bågenholm inte.

OLIKA LÖSNINGAR

– Lösningarna måste nog se olika ut beroende på lokala förutsättningar: utbyggd primärvård – kanske med allmänläkare som gör hembesök – förstärkt hemsjukvård eller öppen specialistvård. I Lidköping har en geriatriker anställts i öppenvård, och i Ljungby tar en mobil allmänläkare hand om hemsjukvårdspatienter. I Uddevalla finns en särskild äldrevårdsavdelning där distriktsläkare kan lägga in patienter direkt så att de slipper akuten.

BRA INITIATIV

Andra exempel är systemet Multi7 i Västerbotten, mobila närvårdsteam i Skaraborg och kommunprojektet Trygg hemgång i Blekinge, med extra stöd de första veckorna efter hemgång från sjukhus.

– Det finns alltså många bra initiativ i olika landsändar – initiativ som måste följas upp systematiskt.

Gruppen mest sjuka äldre anses omfatta drygt 300 000 personer med omfattande sjukvård och/eller omsorg. Ska dessa kunna tas om hand på ett bättre sätt måste primärvården, sjukhusen och omsorgen inte bara bidra var och en med sin del utan också samverka. Och vällovliga försök att samverka måste utvärderas. [RL]

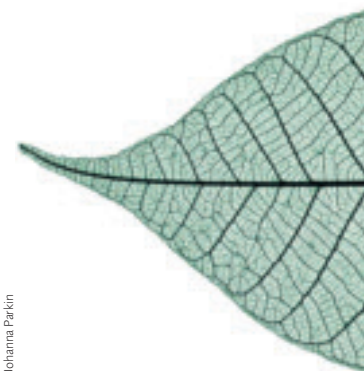
Lästips

Bättre liv för sjuka äldre. Analysrapport (två delar). Sammanhållen vård och omsorg 2013. SKL 2013.

Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: SBU, 2013. SBU-rapport nr 219.

Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus – med fokus på sköra äldre. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: SBU, 2013. SBU-rapport nr 221.

Svårsläkt sår hos äldre. En systematisk litteraturoversikt. Pågående SBU-projekt med planerad publicering i augusti 2014.



Johanna Parkin



Mindre salt sänker trycket – mer ovisst med hjärtinfarkt och stroke

Blodtrycket sjunker betydligt när man äter mindre salt – redan efter en månad. Ju mindre salt man får i sig, desto lägre blir trycket. Det visar en sammanställning som SBU har granskat.

En systematisk litteraturöversikt från Cochrane-nätverket visar att ett minskat intag av salt under en månad eller mer sänker blodtrycket betydligt. Detta gäller både för personer med högt tryck och för dem som har normalt blodtryck, för män och kvinnor och oberoende av etnisk bakgrund.

De blodtrycksreglerande hormonerna renin, aldosteron och noradrenalin ökar bara en aning av saltrestriktionen.

Minskar intaget med 4,4 gram per dygn under minst en månad, sjunker det övre systoliska blodtrycket med

4 mm Hg och det undre diastoliska trycket med 2 mm Hg. Drar man ner ännu mer på saltet blir trycket ännu lägre. Blodtryckssänkningen är större hos personer med högt blodtryck.

BRA FÖR HÄLSAN

Att äta mindre salt kan alltså vara bra för hälsan, visar den systematiska litteraturöversikten. Den omfattar 30 randomiserade studier av totalt 3 230 vuxna från 18 år och uppåt. En begränsning i resultaten är att de bygger på studier av ganska friska medelålders personer och att uppföljningstiden var ganska kort.

SURROGAT

De effekter som översikten gäller, blodtryck och blodfetter, är så kallade surrogatmått. Det allra bästa vore om man också

hade kunnat visa att mindre salt också minskar risken för hjärtinfarkt och stroke, men detta har inte studerats. Stora randomiserade studier av sådana sjukdomsmått är svårt att genomföra.

En stor del av vårt saltintag kommer från färdiglagade livsmedel. Därför kan det vara svårt att minska på saltet utan att lägga om kostvanorna. [RL]

Kommentaren om salt och blodtryck finns på www.sbu.se. Kontaktpersoner SBU: Marie Österberg, osterberg@sbu.se och Karin Stenström, stenstrom@sbu.se Sakkunnig: doc Karin Manhem, Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Den systematiska översikt som kommenteras är: He FJ, et al. Effect of longer-term modest salt reduction on blood Pressure. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4.

HÖGT BLODTRYCK

Drygt var fjärde svensk som är 20 år eller äldre – omkring 2 miljoner människor – har högt blodtryck, hypertoni, det vill säga från 140 mm Hg systoliskt tryck och/eller 90 mm Hg diastoliskt och uppåt. Tillståndet är lika vanligt hos båda könen. Förekomsten ökar med åldern, och vid 65 års ålder har mer än varannan svensk hypertoni.

Det förhöjda blodtrycket ökar risken för slaganfall, kranskärlssjukdom och hjärt- eller njursvikt. Blodtryckssänkande behandling minskar risken.

Hälsosammare livsstil är grunden i behandlingen – råd om rökstopp, ökad fysisk aktivitet, viktnedgång, kostförändring (minskning av högt alkoholintag och salt) och stresshantering. De åtgärder som är mest välundersökta när det gäller att minska åderförkalkning är rökstopp, ökad fysisk aktivitet och viktnedgång.

Förutom blodtrycksnivån är det patientens sammanlagda risk för hjärt-kärlsjukdom som avgör om läkemedelsbehandling erbjuds eller inte. Vid behandling med ett enda läkemedel ger olika grupper av blodtryckssänkande läkemedel en likartad trycksänkning, med cirka 10/5 mm Hg. Ofta behövs det en kombination av flera läkemedel för att nå målblodtrycket.



Etiska följder måste förutses bättre

Sedan 2010 är det lag på att nya metoder bedöms etiskt innan de införs i vården. Men i dag diskuteras etiska frågor för sällan och för ytligt, enligt en utvärdering som riksdagens socialutskott har gjort. SBU arbetar aktivt med att utveckla metodiken.

Behovet att analysera etiska frågor om nya diagnos- och behandlingsmetoder är understarkt. Det framhåller en utredning från oktober 2013 som riksdagens socialutskott har låtit göra.

Vid en första anblick missar kanske vårdgivaren att en ny metod kan leda till motsättningar mellan flera eftersträvarvärda principer eller intressen.

I många fall behövs det en mer allsidig etisk analys – något som i sin tur kräver både tid och specialkunskaper i etik. Med ett fylligare etiskt underlag kan besluten bli mer genomtänkta, konsekventa och bättre.

ETIK PÅ KLINIKNIVÅ

Bakgrunden till utredningen är en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen som beslutades av riksdagen år 2010. Här anges att vårdgivaren ska göra en etisk bedömning innan nya diagnos- eller behandlingsmetoder som kan ha betydelse för människovärde och integritet börjar tillämpas i hälso- och sjukvården.

Socialutskottet ville un-

dersöka hur vanligt det är att etiska frågeställningar haft betydelse när en ny metod har införts på kliniknivå.

Utredarna valde åtta metoder som hade börjat användas inom kirurgi respektive ögonsjukvård och som skulle kunna inrymma etiska frågor, men som ändå inte var uppenbart etiskt problematiska.

För varje metod kartlades behandlingspraxis och etiska resonemang vid 4–7 kliniker i fyra landsting, totalt ett fyrtiotal introduktioner.

INTE ENLIGT LAGEN

Enligt uppföljningen gör landstingen inte etiska bedömningar så som det är tänkt enligt lagen. Bara hälften har funktioner för att utvärdera nya metoder, och endast ett fåtal har i praktiken med etiska aspekter i bedömningen av metodens nytta och risker.

I många landsting är det få som känner till lagen, och kravet på etisk bedömning har av olika skäl givits lägre prioritet. Vårdgivarna riskerar alltså att införa metoder som kan vara etiskt kontroversiella.

”De etiska reflektioner som görs är få, varierande och sällan heltäckande.” Så sammanfattar Barbro Westerholm och Catharina Bråkenhielm utredningen i *Läkartidningen*, och fortsätter: ”Detta har lett till att man dragit olika slutsatser och i flera fall infört olika behandlingsrekommendationer.”

Som ett exempel nämns valet mellan ögondroppar, laser

och kirurgi för patienter med grön starr som håller på att försämrats.

SAMMA RÄTT

Enligt utredarna lyckas vården till exempel inte alltid lyfta fram människovärde framför kostnadseffektivitet. Men människovärdesprincipen – att alla människor har lika värde och samma rätt, oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället – ska enligt vårdens etiska plattform gå före principen om kostnadseffektivitet, som gäller balansen mellan kostnader och nytta vid prioritering mellan olika insatser.

Författarna tar exemplet åderbråcksskivurgi, där de menar att patienter i dag riskerar olika behandling beroende på kön och social ställning.

Ett annat exempel som nämns är valet av läkemedel vid åldersförändringar i gula fläcken, där olika landsting – trots den gemensamma etiska plattformen – har lagt olika vikt vid behandlingens effekter respektive kostnader.

BESLUTSUNDERLAG

Eftersom etisk analys innefattar värderingar, måste man göra det tydligt hur analysen har gått till och vad som egentligen har vägts in. Detta är särskilt viktigt när analysen ska vara beslutsunderlag, som SBU:s rapporter.

– Det är därför vi arbetar med att utveckla SBU:s metodik för utvärdering av etiska

Lästips

Westerholm B, et al. Etisk analys av nya metoder behöver utvecklas. *Läkartidningen*. 2014;111:CMFY.

Etisk bedömning av nya metoder i vården – en uppföljning av landstingens och statens insatser. Rapport från riksdagen 2013/14:RFR1. Kan laddas ner från www.riksdagen.se

Hofmann B. Toward a procedure for integrating moral issues in health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care* 2005;21:312-318.

Burris A, et al. Tackling ethical issues in health technology assessment: a proposed framework. *Int J Tech Ass Health Care* 2011;3:230-7.

Saami SI, et al. Different methods for ethical analysis in health technology assessment: an empirical study. *Int J Tech Ass Health Care* 2011;27:305-12.

Hofmann B, et al. Harmonization of ethics in health technology assessment: a revision of the Socratic approach. *Int J Technol Assess Health Care* 2014;5:1-7.

Sandman S, et al. SBU:s vägledning för identifiering av etiska aspekter vid utvärdering av interventioner inom hälso- och sjukvård. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2014.

Mer information: Emelie Heintz, heintz@sbu.se



aspekter, säger Emelie Heintz, hälsoekonom på SBU.

– Med hjälp av sakkunni- ga på området har vi formu- lerat tolv grundläggande frå- gor som ska ringa in relevanta etiska aspekter i våra utvärde- ringar.

MISSAR INTE

– På det sättet undviker vi att missa väsentliga etikfrågor när nya metoder utvärderas, be- rättar hon.

Frågorna finns i tabellen här intill, men en betydligt fylligare version kommer att publiceras i en vetenskaplig tidskrift. Listan bygger på ar- beten av den norske filosofen Bjørn Hofmann, men SBU har också tagit med frågor som kommit upp i internationella nätverk för utvärdering, och har anpassat listan till svenska förhållanden och SBU:s ar- betsmetod. [RL]

TOLV GRUNDFRÅGOR

Mål för vården

1. Hälsa: Hur påverkar åtgärden patienters hälsa i termer av livskvalitet och livslängd?
2. Kunskapsluckor: Om det saknas vetenskapligt underlag om åtgärdens effekt, finns det etiska och/eller metodologiska problem med att bedri- va fortsatt forskning för att förbättra det vetenskapliga underlaget?
3. Svårighetsgrad: Hur svårt är till- ståndet som åtgärden gäller?
4. Tredje part: Hur påverkar åtgärden tredje parts hälsa?

Sammantaget, hur ser interventionens risk/nytta-profil ut?

Etiskt förenlig

5. Jämlikhet och rättvisa: Finns det risk för att tillgång till åtgärden strider mot principen om människors lika värde eller gällande diskriminerings- lagstiftning?
6. Autonomi: Kan åtgärden påverka patienters och närståendes delaktighet i beslut och deras möjlighet att fatta informerade och relevanta beslut?
7. Integritet: Hur påverkas patienters och närståendes fysiska och person- liga integritet?
8. Kostnadseffektivitet: Är balansen mellan åtgärdens kostnader och effekter rimlig?

Sammantaget, är användningen av interventionen förenlig med gällande etiska värden?

Strukturella faktorer

9. Resurser och organisation: Finns det resursmässiga och organisatoriska begränsningar som kan påverka vilka som får tillgång till åtgärden eller som kan leda till att annan vård får mindre utrymme om åtgärden används?
 10. Professionella värderingar: Kan värderingar inom berörda vårdpro- fessioner påverka användningen av interventionen och leda till ojämlig tillgång?
 11. Särintressen: Finns det särintres- sen som kan påverka åtgärdens an- vändning och leda till ojämlig tillgång?
- Sammantaget, finns det skäl att tro att jämlik tillgång till denna eller andra åtgärder försvåras om åtgärden används?

Etiska följder på sikt

12. Kan användningen av åtgärden få mer långsiktiga etiska konsekvenser?

Läs mer på www.sbu.se

SMÄRTA

Laser kan lindra nacksmärta i månader

En serie på ett tiotal behandlingar med så kallad lågeffektlaser kan minska nacksmärta. Behandlingen är bättre än placebo för personer med långvariga besvär. Men det är oklart hur bra laser står sig mot andra verksamma behandlingar, eftersom det är brist på jämförande studier.

Om rapporten

Laserbehandling vid nacksmärta (2014). Rapporten har tagits fram i samarbete med Centrum för evidensbaserad medicin och utvärdering av medicinska metoder i Örebro läns landsting, CAMTÖ.

Projektledare SBU: Mikael Nilsson, nilsson@sbu.se. Hela rapporten med fullständig sammanfattning finns på www.sbu.se.

Laser används ibland för att behandla nacksmärta, där utredning inte har visat någon specifik förklaring.

SBU:s granskning av metoden visar att den kan minska nacksmärta. En sammanvägning av elva randomiserade studier av totalt 542 patienter visar att effekten är betydligt bättre än placebo. På en smärtskala där 0 betyder ingen smärta och 10 värsta tänkbara smärta, ger laser en

genomsnittlig minskning med 1,8 skalsteg. Även vid uppföljning efter 2–6 månader hade patienterna som fått laser mindre smärta än dem som hade fått placebo. I studierna beskrivs inga allvarliga komplikationer eller biverkningar.

Experter på området är inte eniga om hur behandling med laser ska ges för att fungera som bäst. I studierna har forskarna använt så kallad lågeffektlaser på 5–500 mW från

en givare som riktas mot extra ömma punkter (triggerpunkter), lokala akupunkturpunkter eller en led i nacken. Laserns våglängd och frekvens har varierat i olika undersökningar.

TAR EN HALVTIMME

Varje behandling har tagit omkring en halvtimme och har vanligen upprepats vid ett tiotal tillfällen under ett antal veckor.

Behandlingen kan utföras av personal inom olika yrkeskategorier. I studierna har det oftast varit läkare, men i Sverige är det ofta sjukgymnaster.

Exempel på andra behandlingar som inriktas mot själva smärtan är värme och kyla, akupunktur, ultraljud och transkutan elektrisk nervstimulering (TENS). Andra metoder är träning, mobilisering och töjning. [RL]

SLUTSATSER | LASER

- Vid långvarig nacksmärta kan lågeffektlaser ge smärtlindring 2–6 månader efter avslutad behandling.
- Studierna har inte särskilt inriktats på biverkningar, men inga allvarliga komplikationer eller biverkningar har upptäckts.
- En behandlingsomgång om tio behandlingar med lågeffektlaser kostar mellan 2200 och 4600 kronor, beroende på om behandlingen utförs av sjukgymnast eller läkare. Det saknas dock studier för att avgöra om metoden är kostnadseffektiv jämfört med annan behandling.
- Fler välgjorda studier behövs för att säkert avgöra effekten av behandling med lågeffektlaser jämfört med placebo och andra metoder, framför allt när det gäller akuta smärttillstånd och effekt på lång sikt.



Laura Doss / Corbis

Kommentaren om motiverande samtal för att förändra kostvanor eller fysisk aktivitet finns på www.sbu.se.

Sakkunniga: med dr Patrik Wennberg, Umeå universitet, och prof em Karin Wikblad, Uppsala universitet. Kontaktperson SBU: Thomas Davidson, davidson@sbu.se

Den systematiska översikt som kommenteras är:

Hollis JL, et al. Effectiveness of interventions using Motivational Interviewing for dietary and physical activity modification in adults: a systematic review. JBI Database of systematic reviews & implementation reports JBL0LL585 2013;11:1-27.

SBU kommenterar



Ovisst om motiverande samtal påverkar vuxnas kost och motion

Det finns inte tillräckligt underlag för att avgöra om motiverande samtal kan förändra kostvanor eller fysisk aktivitet hos vuxna. Det visar en systematisk översikt som SBU har granskat.

Motiverande samtal, *motivational interviewing*, MI, har blivit en populär metod, men effekten måste jämföras med andra alternativ och kan variera beroende på användningsområde och patienternas beredskap för att ändra beteende. Det är viktigt att metoden gör nytta där den används.

HAR JÄMFÖRTS

SBU har granskat en systematisk översikt från Joanna Briggs Institute vid University of Adelaide, Australien. Sam-

manställningen omfattar åtta randomiserade studier där MI har jämförts med så kallad *attention control* hos vuxna med fetma, diabetes typ 2 eller ryggproblem.

Författarna har inte vägt samman studierna statistiskt med metaanalys, eftersom undersökningarna var av skiftande kvalitet och gällde så olika patientgrupper och utfall i fråga om både kost och fysisk aktivitet.

RÄCKER INTE

I två av de studier som ingår i översikten kunde deltagarnas intag av fett påverkas, men det övriga materialet kunde inte visa positiva effekter. Sammantaget finns det fortfarande inte tillräckligt underlag för att avgöra om MI förändrar kostvanor eller fysisk aktivitet mer

än annan rådgivning som är av liknande typ eller intensitet men som inte använder motiverande samtalsteknik.

SPECIFIK METOD

MI är en specifik samtalsmetod och ett förhållnings-sätt som ska öka människors motivation att ändra sitt beteende. Det finns en allmänt accepterad beskrivning av metoden, men i de studier som görs på området framgår det inte alltid hur denna har följts. Därför är det svårt att avgöra om resultatet beror på att metoden i sig är ineffektiv eller om den har använts på fel sätt.

I Sverige är det vanligt att MI används tillsammans med andra metoder, som recept på fysisk aktivitet. Sådana kombinationer ingår inte i den australiska översikten. [RL]

OM METODEN

MI bygger på fyra principer: att visa empati, uttrycka ambivalens, stärka förmågan att genomföra förändringar och minska motståndet mot förändring. MI kan innebära korta enskilda samtal, vanligtvis 1–4 sessioner, men kan även kombineras med andra insatser och benämnas då AMI, *adaptations of motivational interviewing*, eller med individuell återkoppling och benämnas då MET, *motivational enhancement therapy*.

Att granska ett helt paket av åtgärder

Att vetenskapligt testa en enskild, välavgränsad vårdåtgärd behöver inte vara svårt. Att testa ett helt åtgärdsprogram, och avgöra om effekten kan bli densamma i andra miljöer, är betydligt svårare – men inte omöjligt.

När en klinik med framgång har infört ett åtgärdsprogram och vetenskapligt visat att patienterna har nytta av insatsen, vill andra kliniker naturligtvis ta efter. Men hur ska de veta att programmet kommer att fungera lika väl hos dem? Om vissa delar av åtgärdspackage

tet måste anpassas till den nya miljön, hur kan man då säkerställa att effekten blir lika bra som hos föregångarna?

Den frågan blev aktuell när så kallade stroke-enheter infördes i Sverige – en organiserad slutenvårdsavdelning med ett multidisciplinärt team. Teamet är specialkunnigt i strokevård och sköter i princip hela omhändertagandet.

VÄLUNDERBYGGD

En av dem som har verkat intensivt för att organisera vården av stroke på det sättet är professor emeritus Kjell Asplund, ordförande i SBU:s råd.

– En strokeenhet är ett exempel på en sammansatt åtgärd som är vetenskapligt väldigt välunderbyggd, säger han.

Sverige har lett utvecklingen på det här området. Den första stroke-enheten infördes på 1970-talet på Serafimerlasarettet, och det gjordes ganska tidigt randomiserade studier.

Efter hand gjordes nya randomiserade studier i andra länder, och i slutet av 1990-talet inleddes ett forskningssamarbete inom Cochrane-nätverket, berättar Kjell Asplund.

– I det tidiga skedet, innan man visste vilka delar av modellen som krävs för att den ska ha effekt, var det naturligt att man anpassade insatserna efter sitt eget sjukhus och följde upp vårdresultatet i nya studier.

Så småningom fick man så

mycket data att det var möjligt att lägga samman uppgifterna och analysera dem tillsammans. Då kunde man använda särskilda statistiska metoder för att se mönster.

ÖVERRASKADE

– När analyserna kom blev det klart att det inte räckte med att inrätta ett stroke-team på sjukhuset utan det behövdes också en speciell avdelning där all personal hade särskilda kunskaper om stroke, annars såg man ingen effekt.

Resultatet överraskade, minns Kjell Asplund.

– Vi hade nog trott att läkarnas och rehab-personalens specialkompetens var det viktigaste, och att det inte behövdes några egna lokaler eller någon bred personalutbildning. Det hade ju varit så mycket enklare – och dessutom mer praktiskt. Men så var det alltså inte.

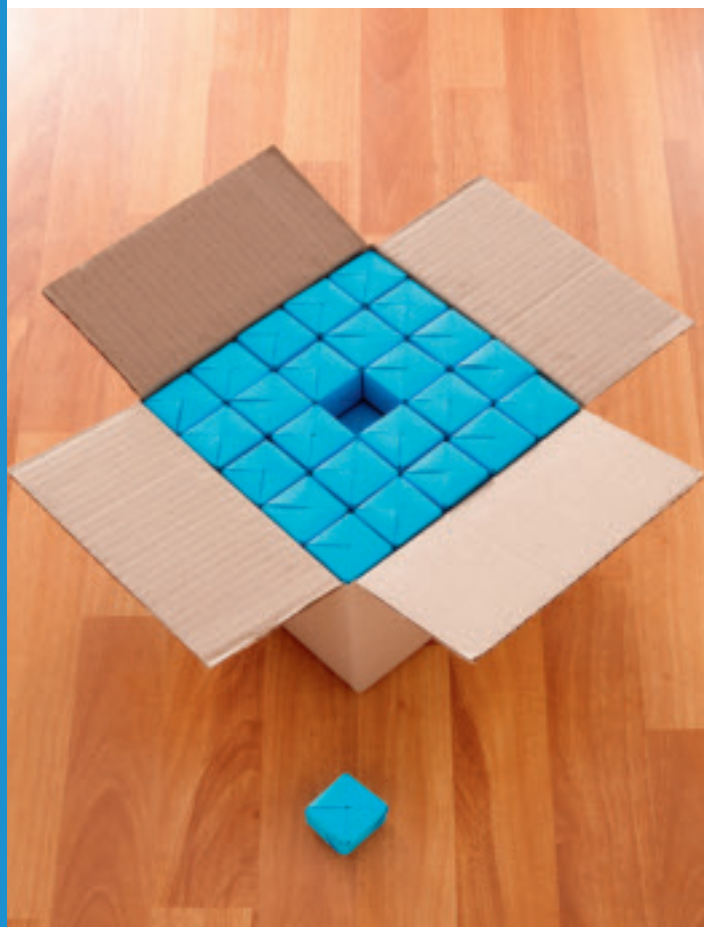
DE FLESTA

I dag vårdas de allra flesta strokepatienter i Sverige på särskilda enheter. Riksgenomsnittet ligger på 90 procent, och på många sjukhus är siffran ännu högre.

– Tyvärr befinner sig fortfarande ett par sjukhus i landet på 75 procent, säger Kjell Asplund. Men internationellt sett ligger Sverige som helhet väldigt bra till.

När ett nytt åtgärdspackage har visat sig vara effektivt och införs på olika håll utan att föl-

SBU VETENSKAP & PRAXIS 2/2014



Fotografia Basica



jas upp vetenskapligt, finns det en uppenbar risk. Det kan urvattnas och förändras – i värsta fall så mycket att effekten helt försvinner och bara namnet blir kvar. Ofta är det legitima försök att förenkla och spara som ligger bakom, men förändringarna följs inte upp i studier.

– Just när det gäller sammansatta åtgärder är det nog extra viktigt att göra upprepade studier.

Sannolikheten att man måste modifiera insatserna är större när det handlar om åtgärdsprogram än när det gäller enkla åtgärder. Enligt Kjell Asplund är detta vad som kanske håller på att hända med metoden hemrehabilitering efter tidig utskrivning – så kallad *early supported discharge*, ESD.

– Det finns bra underlag för att rehabilitering i hemmet har minst lika bra effekter på återhämtningen efter måttligt svår stroke som rehabilitering på sjukhus. Men nu börjar man utveckla så kallade neuroteam som i hemmet rehabiliterar patienter med en rad olika neurologiska tillstånd (som Parkinson och multipel skleros).

– Det borde betraktas som nya användningsområden och som en ny metod som borde utvärderas i nya studier.

HYPOTESER

Han tar ytterligare ett exempel på en sammansatt åtgärd

som han har varit med om att granska i ett aktuellt SBU-projekt – mat vid fetma.

– Även när det gäller kost finns det exempel på att man kan använda stora mängder av data för att försöka ta reda på vilka komponenter i till exempel medelhavskosten som är gynnsamma för personer med fetma. Det blir åtminstone hypoteser som kan prövas vidare. Och det kanske hindrar oss från att kalla allt som låter spanskt för medelhavskosten.

– Samtidigt, tillägger han, är det nog mindre viktigt att veta exakt om det är nötterna eller olivoljan som är viktigast. Huvudsaken i det fallet är måhända att vi vet att helheten är bra. [RL]

HUR UTVÄRDERA ÅTGÄRDSPAKET?

Sammansatta åtgärder, så kallade komplexa interventioner eller åtgärdsprogram, är insatser som innehåller flera delar som kan vara verksamma och som kanske förstärker varandra.

Det kan till exempel handla om program för att minska spridning av multiresistenta bakterier på ett sjukhus eller metoder för att främja fysisk aktivitet hos barn och unga.

Att utvärdera åtgärds paket är en utmaning. Även om man ser effekten av alla åtgärderna tillsammans, är det svårt att veta vilka delar som egentligen är verksamma. Det behövs extra stora studier för att kunna dra slutsatser om de enskilda delarna i programmet. Varje komponent i programmet måste beskrivas noggrant.

Många gånger är det svårt att återskapa samma åtgärds paket i nya forskningsmiljöer, och att bekräfta

resultat i nya studier. Att standardisera programmet kanske inte heller är önskvärt – ibland är det naturligt att anpassa vissa delar till nya sammanhang. Detta ökar dock risken att effekten förändras. Därför är det viktigt att dokumentera precis vilka anpassningar som görs – annars blir resultatet svårtolkat.

Förändringarna bör utgå från teorier om tänkbara verkningsmekanismer, så att man vet vad man gör när programmet modifieras.

När det är svårt att lotta enskilda individer till åtgärdsprogram respektive kontrollgrupp så kan man överväga kluster-randomisering, där det i stället är enheter med grupper av individer som fördelas slumpmässigt (som vårdcentraler, skolklasser eller kliniker). Slutsatser dras då bara på klusternivå, inte på individnivå.

Lästips

Craig P, et al. Developing and Evaluating Complex Interventions: New Guidance. London: Medical Research Council, 2008.

Fearon P, et al. Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 9. Art. No.: CD000443.

Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 9. Art. No.: CD000197.

Langhorne P, et al. What are the components of effective stroke unit care? Age and Ageing 2002;31:365-71.

Langhorne P, et al. Is stroke unit care portable? A systematic review of the clinical trials. Age and Ageing 2005;34:324-30.

Riks-Stroke. Årsrapport 2012. Nedladdad från <http://www.riks-stroke.org>

Nasjonalt registersekretariat, Seksjon for medisinske kvalitetsregister, St Olavs hospital. Norsk hjerneslagregister. Årsrapport 2012. Se <http://www.stolav.no/>

Hall R, et al. Ontario Stroke Evaluation Report 2011: Improving System Efficiency by Implementing Stroke Best Practices. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2011.



SBU kommenterar



Kyla räddar liv och minskar skada hos nyfödda med syrebrist

Kommentaren om kylbehandling av nyfödda med syrebrist finns på www.sbu.se. Sakkunnig: Prof Mats Blennow, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge. Kontaktperson SBU: Mikael Nilsson, nilsson@sbu.se

Den systematiska översikt som kommenteras är: Jacobs SE, et al. Cooling for newborns with hypoxic ischaemic encephalopathy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 1. Art. No.: CD003311.

Kylbehandling gör nytta för nyfödda som under förlossningen drabbas av dålig blodcirkulation och syrebrist, asfyxi. En forskningsöversikt från Cochrane-nätverket stärker tidigare slutsatser.

Sannolikt skulle fler barn överleva och färre drabbas av funktionshinder om alla svenska sjukhus där barn föds hade rutiner för att bedöma behov av kylbehandling, inleda behandling och ha beredskap för transport till särskilda kylbehandlingscenter. Det skriver SBU i en kommentar till en ny systematisk översikt från forskarnätverket Cochrane Collaboration.

RISKEN MINSKAR

I dag erbjuds kylbehandling vid alla sju regionsjukhus och 3–4 länssjukhus i landet. Redan 2009 visade en SBU-rapport att kylbehandling räddar

liv och minskar risken för svåra funktionshinder hos nyfödda som till följd av syrebrist har tecken på hjärnpåverkan.

Den nya forskningsöversikten visar att behandling minskar risken för att barnet under sina första 18 månader antingen dör eller får svåra funktionshinder.

Behandlingen minskar också risken för svår försening av den neurologiska utvecklingen, annat slags utvecklingsförsening och cerebral pares.

STORT GENOMSLAG

På senare år har nedkylning, oftast med kylmadrass, fått stort genomslag i många länder. Men SBU påpekar att de sjukhus som erbjuder kylbehandling bör ha full neonatal intensivvård och ett tillräckligt stort patientunderlag för att utveckla och upprätthålla kompetensen. Detta framhåller även Cochrane-översikten.

Hittills har bara en enda undersökning rapporterat långsiktiga effekter av metoden, men ytterligare resultat väntas komma under 2014.

Nästan hälften av barnen kommer trots kylbehandling att dö eller få neurologiska funktionshinder, enligt forskningsöversikten. Men det pågår studier som bland annat undersöker om resultatet kan förbättras med längre tids nedkylning eller lägre temperatur.

Begreppet asfyxi används för att beskriva en kombination av dålig blodförsörjning och syresättning hos det nyfödda barnet. Det kan till exempel bero på att moderkakan lossnar. Andra orsaker är problem med navelsträngen, havandeskapsförgiftning, missbildningar hos barnet och infektioner. I många fall är dock orsaken okänd. [RL]





Hormon minskar risken att föda för tidigt en gång till

Hos kvinnor som tidigare har fött i förtid kan progesteron minska risken att även nästa förlossning inträffar före graviditetsvecka 34. Det visar en systematisk översikt som SBU har kommenterat.

Kvinnor som har fött för tidigt löper mindre risk för förlossning före vecka 34 om de får gulkroppshormon, progesteron. Detta slås fast i en systematisk litteraturoversikt som har publicerats inom det internationella forskarnätverket Cochrane Collaboration. Översikten har granskats och kommenterats av SBU i samarbete med Metodrådet Stockholm–Gotland.

SNEDVRIDNING

Det är osäkert om behandlingen även minskar risken

att föda för tidigt bland andra grupper av kvinnor, till exempel bland dem som har förkort livmoderhals, påpekar SBU. Man kan heller inte avgöra om behandling med progesteron minskar risken för dödlighet hos barnet.

Att föda i förtid är betydligt vanligare i de länder där studierna har gjorts än i Sverige. Det innebär att överförbarheten till svenska förhållanden kan ifrågasättas.

PÅVERKA BARNET

Hur behandling med progesteron kan påverka barnet på längre sikt är hittills bristfälligt studerat, och det behövs också fler studier för att utvärdera när och på vilket sätt som hormonet i så fall ska ges.

Frågan är viktig. För tidig förlossning, det vill säga födsel före 37 graviditetsveckor,

är den vanligaste orsaken till död och funktionshinder hos nyfödda och barn. Mellan 5 och 6 procent av alla förlossningar är förtida. Ändå saknar Sverige en enhetlig praxis för att förebygga detta. [RL]

Kommentaren om progesteron för att hindra för tidig förlossning finns på www.sbu.se.

Metodrådet SLL–Gotland är en regional funktion för evidensbaserad utvärdering inom vården.

Sakkunnig: Elisabeth Persson, docent, medicinsk rådgivare, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting. Kontaktperson SBU: Pernilla Östlund, ostlund@sbu.se

Den systematiska översikt som kommenteras är: Dodd JM, et al. Prenatal administration of progesterone for preventing preterm birth in women considered to be at risk of preterm birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD004947.

EXEMPEL PÅ SBU-PROJEKT

ARBETSMILJÖ & RYGGPROBLEM

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

ARBETSMILJÖ & HJÄRT-KÄRLSJKDOM

Kontakt: hall@sbu.se
Planerad publ: höst 2015

BEDÖMNING AV SUICIDRISK

Kontakt: odeberg@sbu.se
Planerad publ: vår 2016

BIPOLÄR SJUKDOM

Kontakt: nilsson@sbu.se
Planerad publ: vinter 2013/14

DEPRESSION HOS ÄLDRE

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

DYSLEXI HOS BARN & UNGA

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

FÖREBYGGA LÅNGVARIG SMÄRTA

Kontakt: axelsson@sbu.se
Planerad publ: vinter 2013

FÖREBYGGA MISSBRUK HOS BARN & UNGA

Kontakt: petersson@sbu.se
Planerad publ: vinter 2015/16

ICKE-INVASIV FOSTERDIAGNOSTIK TRISOMI 21, 18, 13

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

KOSTTILLÄGG FÖR UNDERNÄRDA ÄLDRE

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

LÄKEMEDELSSTENTAR I HJÄRTATS KRANSKÄRL

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

NYTTA/RISK FÖR VANLIGA LÄKEMEDEL HOS ÄLDRE

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

PROSTATACANCER: BILD-DIAGNOSTIK & STADIER

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

SVÄRLÄKTA SÅR HOS ÄLDRE

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

VIRTUELL OBDUKTION

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





Design Pics/Matton

KAN BETEENDERAPI HJÄLPA ÄVEN UNGA ATT SOVA?

Kan de kanske ha hjälp av sådan behandling?

SBU fann tre systematiska översikter, fyra randomiserade studier och två observationsstudier av olika psykologiska behandlingar av framför allt insomningssvårigheter, ibland i kombination med andra tillstånd.

De olika behandlingarna – beteendeterapi, KBT, sömnhygien, sömnutbildning och sömnprogram – beskrivs ganska dåligt i studierna, men innehållet verkar vara likartat.

Flera studier är små, med ett fåtal deltagare. Insatserna pågick olika länge (olika antal sessioner), riktade sig till olika personer (barnet, föräldrarna eller bådadera), och urvalet av

deltagare varierade. Eventuella problem med exempelvis avbrutet deltagande under studien eller ofullständiga resultat redovisas sällan. Blindning var inte möjligt. Studierna omfattar ett stort antal och varierande utfallsmått. Uppföljningstiden är olika lång.

Eventuella negativa psykologiska effekter på barnet rapporteras eller diskuteras oftast inte.

I en av de systematiska översikterna har även en evidensgradering gjorts och där dras slutsatsen att bevisläget är osäkert. [RL]

Läs hela svaret om psykologiska behandlingar av sömnbesvär hos barn och unga på www.sbu.se.

Kognitiv beteendeterapi (KBT) eller annan beteendeterapi kan hjälpa vuxna med sömnbesvär. Man somnar snabbare, är inte vaken lika länge under natten och sömnkvaliteten blir bättre. Den slutsatsen drog SBU i en rapport från 2010.

SBU:s upplysningstjänst fick frågan hur evidensläget ser ut för psykologisk behandling av barn och unga som har svårt att somna (insomni).

MODERN TEKNIK POPULÄRT VID DIABETES – MEN NYTTAN FÖR HÄLSAN ÅTERSTÅR ATT VISA

Personer med diabetes är mer nöjda med kontinuerlig glukosmätning, framför allt i kombination med insulinpump, än med teststickor och injektioner av insulin. Däremot vet man ganska lite om huruvida metoderna gör skillnad för hälsan och livskvaliteten.

SBU har utvärderat två medicintekniska produkter för personer med diabetes – dels mätare som övervakar blodglukos, dels pumpar som tillför insulin i ett jämnt flöde. Insulinpumpar används i dag mest bland barn och ungdomar med typ 1-diabetes och hos vuxna med diabetes som är svår att reglera. För småbarn kan insulinpump och kontinuerlig glukosmätning vara enklare, bland annat eftersom barn har större svängningar i blodglukos. Dessutom slipper barnet många stick.

Den samlade forskningen visar att många barn och vuxna med diabetes är betydligt mer nöjda med dessa metoder än med teststickor och flera insulininjektioner per

dag. Men det råder fortfarande brist på välgjorda studier som kan avgöra om produkterna minskar svåra blodsockerfall och ketoacidosis (syraförgiftning), och om de förbättrar livskvaliteten.

Den kliniska nyttan på sikt är inte heller känd. För att ta reda på hur hälsan påverkas långsiktigt – följsjukdomar och dödlighet – krävs stora och långvariga studier.

Kontinuerlig glukosmätning förbättrar så kallat långtidssockerprov (HbA_{1c}) på kort sikt om metoden används minst sex dagar per vecka. Om framtida långtidsstudier visar fortsatt lägre värden, kan metoden innebära minskad risk för diabeteskomplikationer.

Kontinuerlig glukosmät-

ning under lång tid kostar per patient och år 28 000 kronor mer än självtest med teststickor. Merkostnaden är betydligt lägre om metoden bara används under en kort period, exempelvis för att ställa in insulindoserna.

Vårdens kostnad för behandling med insulinpump är 11 000 kronor högre per patient och år än för injektionsbehandling.

Kostnaderna bör vägas mot nyttan av att ha god kontroll på blodglukos och värdet av en förenklad vardag för många med diabetes. [RL]

Läs SBU:s rapporter *Insulinpumpar vid diabetes* och *Kontinuerlig subkutan glukosmätning vid diabetes* på www.sbu.se.



Mark Hatfield

MEDICINSK VETENSKAP & PRAXIS

REDAKTÖR: Ragnar Levi, levi@sbu.se • ANSVARIG UTGIVARE: Måns Rosén
TEXT: Ragnar Levi [RL] • POSTADDRESS: Box 3657, 103 59 Stockholm
TEL: 08 412 32 00 • FAX: 08 411 32 60 • www.sbu.se • 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

Lennart Iselius
LANDSTINGET VÄSTMANLAND

Eva Lindström
PSYK KLIN, AKAD SJUKHUSET, UPPSALA

Ylva Nilsagård
VÄRDVETENSKAP, ÖREBRO UNIV

Viveca Odlin
LÄKEMEDELSVERKET, UPPSALA

Jenny Rehnman
SOCIALSTYRELSEN

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

Lars Sandman
HÖGSKOLAN I BORÅS

Svante Tvetman
PEDODONTI & KARIOLOGI,
KÖPENHAMNS UNIV, HALLANDS SJH

SBU AKTUELLT

COCHRANE COLLOQUIUM 2014

Tema: Evidence-Informed Public Health – Opportunities & Challenges

Tid och plats: 21–26 september, 2014, Hyderabad International Convention Centre, Hyderabad, Indien

Cochrane Collaboration tar fram 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: www.preventingoverdiagnosis.net

SJUKSKÖTERSLEDAGARNA

Tid och plats: 19–20 november, 2014, City Conference Centre, Stockholm

Information och anmälan: www.swenurse.se

MEDICINSKA RIKSSTÄMMAN

Tid och plats: 4–5 december, 2014, Stockholm Waterfront Congress

Information och anmälan: www.sls.se

BESTÄLL SBU:S PUBLIKATIONER! Skicka in kupongen, ring 08-779 96 85 eller mejla 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 förstamn-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 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 Antibiotikaprofylax, kirurgi (2010), nr 501-56
-ex Behandling av sömnbesvär (2010), nr 501-55

SBU VETENSKAP & PRAXIS 2/2014

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

* När större antal kostnadsfria trycksaker beställs, debiteras frakt.

Frankeras ej.
Mottagaren
betalar portot

SBU

Statens beredning
för medicinsk utvärdering

Svarspost

Kundnr 200 876 34
110 03 Stockholm



Äldreteam i akutvården gör att fler kan bo kvar hemma

Äldre som har kommit till sjukhus för akutvård klarar sig bättre efter sjukhusvistelsen när omhändertagandet har skötts av tvärprofessionella team.

Fler äldre kan bo kvar i sitt eget hem efter en sjukhusvistelse när det är ett tvärprofessionellt geriatrikteam som både har gjort bedömning-

arna och genomfört vården på ett strukturerat sätt. Att ett äldreteam har skött vården medför också att patienternas funktionsförmåga efter sjukhusvistelsen är bättre än om de hade fått vanlig akutvård.

Skillnaden gäller äldre människor i allmänhet men i synnerhet sköra äldre. För den sköra gruppen är skillnaden 11 procent – i en grupp

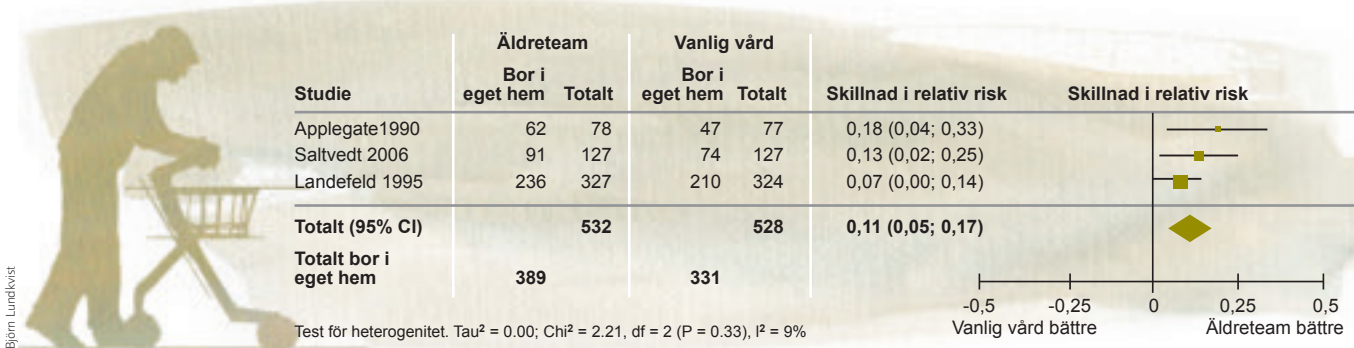
på 1 000 sköra patienter kan 110 fler bo kvar i eget boende, jämfört med om de får vanlig vård.

I en mer blandad grupp av äldre är skillnaden 7 procent, det vill säga på 1 000 patienter kan 70 fler stanna i eget boende. [RL]

Lästips

SBU. Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus – med fokus på sköra äldre. Stockholm: SBU, 2013. SBU-rapport nr 221. Se www.sbu.se

Eget boende efter sjukhuset



Tabellen och diagrammet nedan visar antal äldre som bor i eget hem efter sjukhusvistelsen, i studier med stor andel sköra äldre. Diagrammet är en så kallad forest plot, där medelvärdet i varje studie symboliseras av en liten fylld kvadrat och konfidensintervallet av en vågrät linje. Den lodräta linjen anger 0 skillnad.

BESTÄLL TRYCKTA RAPPORTER! Posta kupongen, ring 08-779 96 85 eller mejla 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 utmattningsyndrom (2014), nr 223, 250 kr
-ex Tidig upptäckt av symtomgivande cancer (2014), nr 222, 150 kr
-ex Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus (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 förstärkningsyndrom (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 Blödarsjuka (2011), nr 208, 200 kr
-ex Metoder för att förebygga sexövergrepp mot barn (2011), nr 207, 200 kr
-ex Blödande magsår (2011), nr 206, 200 kr
-ex Antibiotikaproylax, 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 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 förädlas 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).

