

MEDICINSK VETENSKAP & PRAXIS

NYA RAPPORTER Arbetsmiljö & rygg | 4 Blodförtunning hos äldre | 9
Stadier av prostatacancer | 10 Svårläkta sår | 14 Dyslexi | 16 Kosttillägg | 24



Konsten att avstå

Överflödiga eller överdrivna insatser i vården måste minska. De riskerar att orsaka skada och drar resurser från bevisat effektiva åtgärder.

Patienter och vårdpersonal är ofta inriktade på vilka undersökningar som bör göras och vilken behandling som ska ges. Men många gånger är det lika viktigt att veta vad man *inte* ska göra.

I flera länder pågår initiativ för att lista onödiga åtgärder som vården borde sluta att erbjuda. Ett av de mest omtalade exemplen är den amerikanska kampanjen *Choosing Wisely*, som startade år 2009 och där nu ett sextiotal specialistföreningar har föreslagit fem åtgärder vardera som de anser bör tas bort.

Listorna på ineffektiva och olämpliga åtgärder har rönt stor uppmärksamhet, och liknande initiativ har tagits i flera

Posterjori / Getty

SBU – KUNSKAPSCENTRUM FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Avstå | 1 Rygg & arbetsmiljö | 4 Fall hos äldre | 6 Blodförtunning & äldre | 8
Prostatacancer | 10 SBU-chef | 11 Risker | 13 Sårläggning | 14 Dyslexi | 16
Socialtjänst | 18 Depression & förlossning | 20 Tarmtest | 21 Kosttillägg för äldre | 24

Tyckandets olidliga lätthet

Det sägs att vi lever i ett informationssamhälle, men ofta undrar jag om vi inte snarare lever i ett tyckarsamhälle. Åsikter först, fakta sen.

I tyckarsamhället betraktas fakta som överkurs. Däremot förväntas alla alltid ta ställning, och det blixtnsnabbt. Genast ska tummen upp eller ner – fria eller fälla. Resultatet blir en störtflod av förhastade slutsatser, och detta gäller inte minst hälsofrågor. Jag säger bara: dieter, självtester, screeningprogram och psykiska sjukdomar. Visa mig den som inte har en åsikt.

I sin bok *Tänka, snabbt och långsamt* beskriver den Nobelprisbelönade psykologen Daniel Kahneman den mänskliga tendensen att dra förhastade slutsatser. Går vi bara på vårt första intryck är vi betydligt mer lättlurade än vi tror. Mänskligt tänkande, enligt Kahneman, sker nämligen enligt två olika principer som han kallar system 1 och 2. Ettan står för ett snabbt, mer eller mindre automatiskt tänkande, medan tvåan är långsammare och mer analytiskt. System 1 är alltid i farten. Som ett raster över verkligheten gör det ständiga snabbtolkningar. Fort och fel – forskningsresultat är alldeles för krångligt. System 2, däremot, både förstår statistik och kan ifrågasätta ettans tolkningar, men kräver både tid och medveten reflektion. Därför är tvåan ofta avstängd. Vi kör på ettans autopilot.

Att upptäcka detta är inte alltid så lätt. För när system 1 intuitivt tror på något, är vi benägna att tro att det också finns bevis för det. Ett medicinskt exempel: Åtgärder mot diabetes är viktigt för att förebygga hjärt-kärlsjukdomar, synförändringar, njurskador och försämrad nervfunktion i fötter och ben. System 1 säger "bra, det behövs". Men när *American Diabetes Association* år 2010 tänjde på begreppen genom att lansera ett tillstånd som kallas prediabetes fanns risken att system 1 snabbt skulle dra slutsatsen "japp, åtgärder mot prediabetes är också bra för de är också förebyggande". Det är då vi behöver system 2. Som professor emeritus John Yudkin nyligen påpekade (BMJ 2014;349:g4485) är det inte alls säkert att åtgärder mot prediabetes minskar dödlighet och sjuklighet. "Detta återstår att bevisa", säger system 2. Ändå har begreppet prediabetes fått internationell spridning.

Kahnemans modell är viktig även om förekomsten av två så distinkta system kanske kan ifrågasättas. Han påminner oss om att vi alla, och inte minst experter, älskar att förstärka våra första intryck och sadla våra käpphåstar. I vården sker det ofta under den beprövade erfarenhetens flagg. Inte ens när vi möter fakta som motsäger bilden är det säkert att vi ändrar uppfattning. På psykologspråk kallas detta för *confirmation bias*, benägenheten att bara se den information som stöder våra antaganden och att blunda för det motsatta.

Att den evidens som finns numera dränks i en flod av tvärsäkert tyckande, gör inte saken lättare. I sociala medier går det ju lätt att hitta meningsfränder till vilken ogrundad åsikt som helst. Men medhåll är inte evidens. SBU hejar på system 2.



RAGNAR LEVI, REDAKTÖR



Maciej Nockowski / Getty

länder, som Kanada och Spanien. I Sverige finns sedan länge så kallade "icke-göra"-listor i nationella riktlinjer, som anger vilka åtgärder som inte bör utföras rutinmässigt eller som borde utmönstras helt.

En styrka (bland flera) i *Choosing Wisely* och liknande initiativ är att det är kolleget inom den egna specialiteten som har gjort urvalet av olämpliga åtgärder. Att målgruppen för budskapet finns representerad hos avsändaren ger en legitimitet bland specialisterna, och ökar kanske benägenheten att tillämpa råden.

FAKTAUNDERLAG

En minst lika viktig förutsättning för legitimitet är att faktaunderlaget är korrekt.

Här måste vetenskaplig utvärdering vägleda valen, det vill säga den typ av systematiska granskningar som SBU gör, annars finns det stor risk för godtycke. Detta gäller inte bara när man gör satsningar i vården, utan också när man väljer bort.

Men på den här punkten har *Choosing Wisely* ifrågasatts. Det är oklart hur listorna på onödiga åtgärder egent-

ligen har tagits fram, och för vissa av specialistföreningarna tycks egenintresset ha tagit över, menar kritiker.

Docent Nancy Morden vid amerikanska *Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice* kritiserar exempelvis landets ortopedförening för att som fyra av fem tvevelaktiga metoder bara våga ange en receptfri behandling, två enkla medicinska hjälpmedel samt ett mindre omfattande, ovanligt ingrepp. Föreningen undviker nogsamt att nämna större ingrepp som genererar inkomster till amerikanska ortopedier, påpekar Morden.

VÅGAR IFRÅGASÄTTA

Däremot, konstaterar hon, vågar de amerikanska allmänläkarna ifrågasätta allmänna årliga hälsokontroller – trots att dessa utgör en betydande del av medlemmarnas verksamhet.

I Sverige har ett liknande initiativ tagits av en grupp inom Svensk förening för allmänmedicin. Ett av förslagen har väckt debatt eftersom det inom kåren finns olika tolkningar av det underlag som till exempel SBU publicerade år 2007, och som bland annat

visade att rådgivning till patienter i klinisk vardagsmiljö leder till att de ökar sin fysiska aktivitet.

SBU överväger nu att återkomma i ämnet och granska nya studier eller översikter som kan ha tillkommit. Frågan är om en åtgärd som fysisk aktivitet på recept är kostnads-effektiv och etiskt acceptabel för olika parter.

INTE BÄTTRE

Det som har väckt internationellt intresse hos *Choosing Wisely* är att allt fler läkare ser ett behov av att avstå från onödiga insatser, och att frigöra resurser för andra som är bättre och viktigare. Till och med i ett åtgärdsinriktat sjukvårdssystem som det amerikanska inser allt fler att mer vård inte behöver ge bättre hälsa.

Samtidigt är det inte helt klart vad de olika listorna egentligen avspeglar. Ibland är argumentet för att lista en åtgärd att den gör mer skada än nytta, i andra fall att den inte är värd sitt pris. Och ibland handlar det om att vården inte tillräckligt har beaktat patienternas egna önskemål.

Att rensa bort olämpliga åtgärder borde stå högt på dagordningen inom alla yrkesgrupper i vården – ytterst för patienternas skull. *Choosing*

Wisely och liknande initiativ från läkare i några länder kommer att följas av många andra professioner och specialiteter på andra håll. Förslagen om att utmönstra olika vårdåtgärder måste då bygga på tillförlitlig kunskap, och olika slags argument måste vara urskiljbara.

PRIORITERING

– Att ta bort föråldrade och onödiga metoder ur vården ska ses som ett slags stortvätt, säger Susanne Waldau som är strateg i Västerbottens läns landsting och som har drivit ett lokalt prioriteringsarbete vid två tillfällen, 2008 och 2011.

Syftet var att skapa utrymme för utveckling av verksamheten genom att omfördela befintliga resurser. Processen var betydligt mer öppen än *Choosing Wisely*.

– Vi började med att be varje verksamhetschef att, tillsammans med egna ämnesexperter, lista de åtgärder som var lägst prioriterade i respektive verksamhet och som tillsammans motsvarade 10 procent av den egna budgeten.

– Sedan bad vi verksamhetsföreträdarna granska varandras listor, kalibrera åtgärdernas rang och gemensamt välja ut de 5 procent som skulle kunna skäras bort.

Först i ett tredje steg kopplades även politiker in. Det politiska målet år 2011 var att omfördela 3 procent av budgeten, över 160 miljoner kronor. Efter en bitvis ganska svår process lyckades man enligt Susanne Waldau faktiskt frigöra omkring 29 miljoner som kunde satsas på angelägna områden enligt nationella riktlinjer och kunskapsunderlag. I den tidigare prioriteringsomgången år 2008 hade man omfördelat 47 miljoner kronor.

VÄNTA MED ATT INFÖRA

SBU driver just nu ett arbete med att ta fram prioriteringsstöd som bygger på vetenskapliga utvärderingar av vårdens metoder. Målet är att ge vården vägledning när det gäller möjligheterna att utmönstra metoder som är bevisat ineffektiva, skadliga eller av andra skäl olämpliga till förmån för effektiva metoder. Till exempel kanske man väntar med att införa en ny metod där nyttan och riskerna är oklara samtidigt som kostnaden är hög.

En av de viktigaste utgångspunkterna måste vara hur kunskapsläget ser ut. Godtycke duger inte som grund, vare sig för att vidta en åtgärd eller för att avstå från den. [RL]

Lästips

<http://www.choosingwisely.org>

Morden NE, et al. Choosing Wisely – The Politics and Economics of Labeling Low-Value Services. *N Engl J Med* 2014; 370:589–592.

Lipitz–Snyderman A, et al. Overuse: when less is more ... more or less. *JAMA Intern Med* 2013;173:1277–1278.

Waldau S, et al. Priority setting in practice: participants opinions on vertical and horizontal priority setting for reallocation. *Health Policy* 2010;96:245–254.

Heintz E, et al. Glöm inte etiken. Om etisk vägledning och prioriteringsstöd. *Allmänmedicin* nr 3, 2014. (in press). Se www.sfam.se/allmanmedicin

Läs mer om SBU:s prioriteringsstöd på www.sbu.se

METODER SOM KAN BEHÖVA IFRÅGASÄTTAS

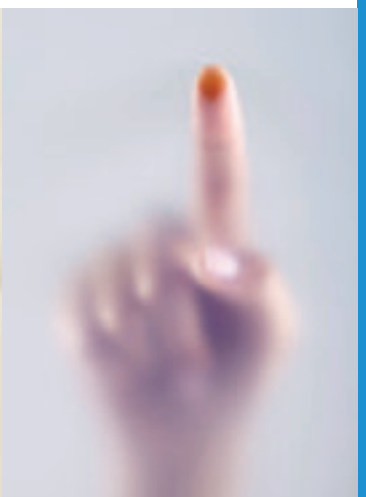
SBU arbetar just nu med att ta fram prioriteringsstöd för vården som bygger på vetenskapliga utvärderingar. Exempel på metoder som kan behöva ifrågasättas inom vården är:

- antihistaminer och avsvällande läkemedel vid vätskande mellanöreinflammation (sekretorisk mediaotit) hos barn

- p-piller vid funktionella cyster på äggstockar
- kombinationscytotatika vid lokalt avancerad ändtarmscancer.

Det amerikanska projektet *Choosing Wisely* har ifrågasatt många metoder, exempelvis:

- antimikrobiella läkemedel mot bakterier i urinen hos äldre utan specifika urinvägssymtom
- antipsykotiska läkemedel mot symtom på demens (i psyke eller beteende) hos demenssjuka där orsaken till symtomen inte har bedömts.





UR SBU:S SLUTSATSER | ARBETSMILJÖ & RYGGPROBLEM*

► Följande grupper utvecklar mer ryggbesvär* än andra:

- Personer som arbetar med manuell hantering (t ex lyft), eller med böjd eller vriden rygg
- Personer som arbetar på knä eller på huk, eller har ett fysiskt ansträngande arbete

- Personer som utsätts för helkroppsvibrationer i sitt arbete

- Personer som upplever att deras arbetssituation innebär små möjligheter att påverka i kombination med alltför höga krav, som upplever pressande arbete eller liten utveckling

- Personer som arbetar utanför vanlig arbetstid (t ex skift).

- I vissa arbetsmiljöer har människor mindre besvär. Personer som upplever goda möjligheter att påverka det egna arbetet, de som upplever att de får stöd i sitt arbete och de som har hög arbetstillfreds-

ställelse utvecklar mindre ryggbesvär än andra.

- Kvinnor och män med likartade arbetsvillkor utvecklar i lika hög grad ryggbesvär.

- När det gäller andra ryggproblem utvecklar personer som arbetar med framåtböjd

RYGGPROBLEM

Ryggont kan kopplas till både psykisk och fysisk arbetsmiljö

Hur arbetsmiljön upplevs är viktigt. Personer som är nöjda med sitt jobb, som känner att de kan påverka sitt arbete och att de får stöd från omgivningen utvecklar mindre ryggbesvär än andra. Dessutom finns det en rad faktorer i den fysiska arbetsmiljön som har samband med ryggproblem.

SBU har systematiskt granskat den samlade forskningen om kopplingar mellan arbetsmiljö och ryggproblem.

Många samband rör den fysiska arbetsmiljön – arbete som är fysiskt ansträngande, som kräver böjd eller vriden rygg och som utförs på knä, på huk eller med lyft. Ryggproblem förekommer också oftare i arbete som innebär att hela kroppen utsätts för vibrationer.

Den psykosociala arbetsmiljön har också visats vara betydelsefull. Problem med ryggen är vanligare hos personer som upplever att arbetet

innebär för höga krav i kombination med för små möjligheter att påverka eller dåligt arbetsklimat. Detsamma gäller vid arbete utanför vanlig arbetstid, till exempel skift.

LIKA BESVÄR

Däremot verkar inte kön påverka – kvinnor och män som har likartade arbetsvillkor utvecklar lika mycket ryggbesvär. Kartläggningar som visar att kvinnor oftare drabbas av besvär med muskler och leder kan därför behöva diskuteras i termer av skillnader mellan mäns och kvinnors arbetsförhållanden.

SBU:s experter ville angripa ämnet brett och förutsättningslöst. Därför granskade de allt från fysisk belastning, organisatoriska och psykosociala faktorer, kemiska och biologiska faktorer, buller, vibrationer och temperatur till förekomst av smittämnen.

Granskningen visar att det redan finns stor kunskap om faktorer i arbetet som har samband med ryggproblem. Framtida studier bör undersöka om vetenskapligt underbyggda insatser i arbetsmiljön kan minska problemen. [RL]

rygg eller utsätts för vibrationer i sitt arbete mer ischiassymtom än andra; de som upplever hög arbetstillfredsställelse utvecklar dock mindre sådana symtom. Personer som arbetar med manuell hantering utvecklar mer diskförändringar än andra.

► Den systematiska litteraturoversikten visar att vi i dag vet mycket om samband mellan arbetsmiljö och ryggproblem. Framtidens forskning bör bli inriktas mot interventionsstudier, dvs studier som följer långtidseffekterna av vetenskapligt underbyggda arbetsmiljöinsatser.

*Begreppet ryggproblem innefattar ryggbesvär (smärta, värk, obehag, ohälsa och liknande), ischiassymtom, diskförändringar och ryggsjukdom.

Om rapporten

Arbetsmiljöns betydelse för ryggproblem (2014). Projektledare SBU: Charlotta Hall, hall@sbu.se. Ordförande: prof Karin Harms-Ringdahl

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



Träning mot fall skulle rädda många äldres liv och hälsa

Balans- och gångträning samt en kombination av åtgärder för att förebygga fallolyckor hemma hos äldre kan rädda liv. Men i Sverige är det svårt att få fallförebyggande träning.

Att förhindra fallolyckor är viktigt för både individ och samhälle. Fallskador kan vara livshotande och påverkar ofta hela tillvaron för äldre personer – boendet, rörligheten och livskvaliteten.

SBU har granskat en systematisk litteraturöversikt från *Cochrane Collaboration* och konstaterar att fysisk träning som inriktas på balans minskar fall och frakturer med i snitt 25–30 procent, även om resultatet varierar kraftigt mellan studier.

Enbart styrketräning minskar inte fallen utan balansträ-

ning måste ingå. Träningen kan ske enskilt eller i grupp.

Tidigare undersökningar har visat att det kan vara svårt för äldre personer att börja träna, så det kan behövas anpassning till vars och ens förutsättningar och önskemål.

OVANLIGT I SVERIGE

I dag är fallförebyggande träning ovanligt i Sverige. Sådan verksamhet skulle kunna utvecklas både inom vården och andra organisationer som pensionärsorganisationer eller gymnastik- och idrottsföreningar, skriver SBU i sin kommentar.

Andra åtgärder som har visats minska fall bland äldre är anpassningar av hemmiljön, särskilt för personer med hög fallrisk och när anpassningarna görs av en arbetsterapeut.

Broddar på skorna vintertid minskar också fallfrekvensen.

Andra förebyggande åtgärder som kan minska antalet fall i specifika grupper är ögonoperation vid grå starr, gradvis minskning av psykofarmaka, kombinerade åtgärder för personer med omfattande fotbetsvär och smärta samt personlig utbildning och uppföljning för läkare inom primärvård om läkemedel som kan ge ökad fallrisk. [RL]

Kommentaren om att förhindra fall och frakturer hos äldre finns på www.sbu.se. Kontaktpersoner SBU: Jenny Odeberg, odeberg@sbu.se. Sak-kunnig: Prof Lillemor Lundin-Olsson, leg sjukgymnast, Umeå universitet.

Den systematiska översikt som kommenteras är: Gillespie LD, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 9.

ÄLDRE DRABBAS HÅRT AV FALLOLYCKOR

I Sverige dör minst 1 500 äldre personer varje år till följd av fallolyckor. Omkring 17 000 drabbas av höftfrakturer, och efteråt klarar sig 40 procent inte längre i sitt tidigare boende.

Det är inte bara kroppen som tar skada. Många blir så rädda att falla igen och så osäkra på sin balansförmåga att det går ut över hela tillvaron: aktivitetsnivå, hälsa och livskvalitet.

Samhällets kostnader för fallolyckor bland äldre uppskattas till ungefär 14 miljarder kronor per år.

Risikfaktorer för fall brukar syfta på egenskaper både hos individen och i miljö. Den vetenskapliga litteraturen brukar

inbegripa faktorer som har samband med de skador som uppstår även om de inte direkt orsakar skadorna. Det finns många olika typer av riskfaktorer för fall, exempelvis motoriska, sensoriska och kognitiva faktorer, sjukdomar, läkemedel och omgivningsfaktorer.

I exempelvis Storbritannien finns "fallmottagningar" inom hälso- och sjukvården där personer med hög fallrisk kan träffa personal för fallförebyggande åtgärder.



Alex Belominski / Getty

Tomas Rodriguez / Getty



Djup ventrombos och lungemboli

Experiment	Kontroll	Indikation	Effekt	Blödningsrisk	Nytta–riskbalans
ASA	Placebo	Tromboembolisk profylax eller höftkirurgi	Bättre ⊕⊕⊕⊕	Ökad ⊕⊕⊕⊕	Neutral
Apixaban	Placebo	Förlängd behandling efter djup ventrombos/ lungemboli	Bättre ⊕⊕⊕○	För att risk för blödning inte är ökad hos äldre ⊕○○○	Positiv <75 års ålder Oklar >75 års ålder

Förebygga stroke vid förmaksflimmer

Experiment	Kontroll	Indikation	Effekt	Blödningsrisk	Nytta–riskbalans
Warfarin	Placebo	Förmaksflimmer	Bättre ⊕⊕⊕⊕	Ökad ⊕⊕⊕○	Positiv (upp till 90 års ålder)
ASA	Placebo	Förmaksflimmer	Bättre ⊕⊕⊕○	Ingen riskökning ⊕⊕⊕○	Positiv (men sämre än för warfarin)
Warfarin	ASA	Förmaksflimmer	Bättre ⊕⊕⊕⊕	Ökad med warfarin ⊕⊕⊕⊕	Positiv
Apixaban	ASA	Förmaksflimmer (pat. olämpliga för warfarin)	Bättre ⊕⊕⊕⊕	Ingen riskökning ⊕⊕⊕○	Positiv
Apixaban	Warfarin	Förmaksflimmer	Bättre ⊕⊕○○	Minskad risk med apixaban ⊕⊕⊕○	Positiv
Rivaroxaban	Warfarin	Förmaksflimmer	För ingen skillnad ⊕⊕⊕○	För ingen skillnad ⊕⊕⊕○	Neutral
Dabigatran	Warfarin	Förmaksflimmer	Bättre ⊕⊕○○	Ökad blödningsrisk ⊕⊕⊕⊕	Neutral eller negativ
Klopidogrel + ASA	ASA	Förmaksflimmer (patienter olämpliga för warfarin)	Kombination bättre ⊕⊕○○	Ökad blödningsrisk ⊕⊕⊕○	Neutral eller negativ (blödningsrisk ökad i hela studiepopulationen)

Förebygga återinsjuknande i hjärninfarkt (ischemisk stroke)

Experiment	Kontroll	Indikation	Effekt	Blödningsrisk	Nytta–riskbalans
ASA	Placebo	Profylax, återinsjuknande ischemisk stroke	Bättre ⊕⊕⊕⊕	Ökad ⊕⊕⊕○	Positiv
ASA + dipyridol	Placebo	=	Bättre ⊕⊕⊕⊕	*	Positiv
Klopidogrel + ASA	ASA	=	Bättre ⊕⊕⊕○	Ökad ⊕○○○	Oklar hos äldre pga blödningsrisk

Akuta koronara syndrom

Experiment	Kontroll	Indikation	Effekt	Blödningsrisk	Nytta–riskbalans
ASA	Placebo	Misstänkt hjärtinfarkt	Bättre ⊕⊕⊕○	Ingen säkert ökad blödningsrisk ⊕○○○	Positiv
Klopidogrel + ASA	ASA	Akut koronarsyndrom	Bättre ⊕⊕⊕⊕	Ökad blödningsrisk ⊕⊕⊕○	Oklar, ökad blödningsrisk i hela studiepopulationen
Tikagrelor + ASA	Klopidogrel + ASA	=	Tikagrelor bättre ⊕⊕⊕○	Ökad blödningsrisk med tikagrelor ⊕⊕○○	Oklar pga ökad blödningsrisk i hela studiepopulationen
Prasugrel + ASA	Klopidogrel + ASA	=	Bättre ⊕⊕○○	Ökad blödningsrisk med prasugrel ⊕⊕○○	Oklar pga ökad blödningsrisk i hela studiepopulationen
Rivaroxaban + ASA + klopidogrel/ tiklopidin	ASA + klopidogrel/ tiklopidin	=	Rivaroxaban bättre ⊕⊕○○	Ökad blödningsrisk med rivaroxaban ⊕⊕⊕⊕	Oklar eller negativ, ökad blödningsrisk äldre

Förebygga hjärt-kärlsjukdom

Experiment	Kontroll	Indikation	Effekt	Blödningsrisk	Nytta–riskbalans
ASA	Placebo	Primärprevention kardiovaskulär sjukdom	Bättre ⊕⊕⊕○	Ökad ⊕⊕⊕○	Neutral, ökad blödningsrisk tar ut positiv effekt
ASA	Placebo	Sekundärprevention kardiovaskulär sjukdom	Bättre ⊕⊕⊕○	Ökad ⊕⊕⊕○	Positiv, åldersdata saknas för blödning hos äldre men absolut riskökning för blödning marginell i hela studiepopulationen

* Utfallsmåttet var totalt antal döda + slaganfall (blödningar ej särredovisade)

Om rapporten

Nytta–riskbalans för vanliga läkemedel hos äldre. Del 1 – Perorala antikoagulantia inklusive trombocythämmare. (2014). Projektledare SBU: Sigurd Vitols, vitols@sbu.se. Ordförande: Prof Johan Fastbom.

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

Se även:

Förmaksflimmer. Förekomst och risk för stroke. Stockholm: SBU, 2013. Finns på www.sbu.se

Symbolerna med fyllda och ofyllda cirklor i tabellen visar styrkan i det vetenskapliga underlaget för en angiven effekt eller risk.

Björn Lundkvist

LÄKEMEDEL

Blodförtunning minst lika värdefullt för äldre som för yngre

Enbart hög ålder är inget skäl att avstå från blodförtunnande läkemedel, visar SBU:s granskning. Balansen mellan nytta och risk är minst lika bra hos äldre som hos yngre. Däremot måste den ansvariga läkaren väga nytta mot risker med läkemedlen för varje tillstånd och hos varje enskild patient.

Blodförtunnande medel be- hövs bland annat efter för- maksflimmer, stroke och hjärtinfarkt, tillstånd som of- tare inträffar i den senare de- len av livet. Ibland framhålls blödningsrisken som ett all- mänt hinder för att förtunna blodet hos äldre.

Men behandling med så kallade antikoagulantia och trombocythämmare är minst lika värdefullt för äldre som för yngre, visar SBU:s utvär- dering av den samlade forsk- ningen. Även om riskerna är större hos äldre är även nyttan större, och balansen däremel- lan blir snarast bättre.

BEDÖMS INDIVIDUELLT

När dessa läkemedel övervägs är det dock viktigt att den be-

handlande läkaren i varje en- skilt fall bedömer individens riskfaktorer för blödning.

Blödningsrisken är större till exempel hos personer med obehandlat högt blodtryck, nedsatt njurfunktion och ti- digare allvarlig blödning. Be- handling med warfarin och nya blodförtunnande medel kan också störas av annan på- gående läkemedelsbehand- ling.

Läkaren bör dessutom ta hänsyn till vilken organisation som håller i patientens vård och hur sannolikt det är pa- tienten kan följa behandlings- planen.

SBU har tidigare konstate- rat att koagulationshämman- de mediciner verkar använ- das för lite hos äldre med känt

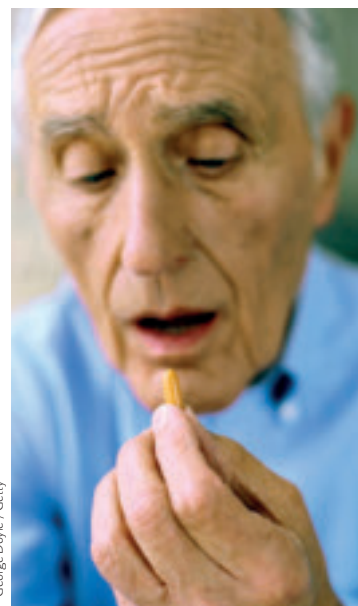
förmaksflimmer, särskilt hos kvinnor och personer över 80 år. Samtidigt verkar det före- komma överbehandling med warfarin bland lågriskpatien- ter.

SKA ÖVERVÄGAS

Professor Sigurd Vitols, som har lett det nya projektet på SBU, kommenterar:

– Rapporten visar att man vid vissa sjukdomstillstånd ska överväga blodförtunnan- de behandling, även för de äldsta och även för personer som till exempel lider av kog- nitiv svikt.

– Det viktiga är att före- bygga nya problem som för- sämrar individens livskvalitet ytterligare. [RL]



George Doyle / Getty

SLUTSATSER | NYTTA & RISK

► Det finns inga vetenskapligt underbyggda skäl att enbart på grund av patientens höga ålder avstå från att behandla med blodförtunnande läkemedel (perorala antikoagulantia eller trombocythämmare). Balansen mellan nytta och risk är överlag minst lika bra hos äldre personer som hos yngre. Detta gäller för de flesta av de studerade indikationerna som förmaksflimmer, stroke och hjärtinfarkt.

SBU VETENSKAP & PRAXIS 3–4/2014

► Studier på det här området omfattar sällan uttalat sjuka äldre personer med många samtidiga läkemedelsbehandlingar. Den ansvarige läkaren måste därför alltid bedöma den enskilda individens risk för blödning och ta hänsyn till annan läkemedelsbehandling som kan störa och påverka risker, i synnerhet vid behandling med warfarin eller nya blodförtunnande medel.

PROSTATA

Ovisst om MR och PET ger rätt bild av cancers utbredning

Det är oklart om magnetkamera (MR) eller positronkamera (PET) ger en korrekt bild av spridningen av prostatacancer. I dag vet ingen hur tillförlitliga metoderna är, och om de visar sig vara otillförlitliga kan det leda till olämpliga beslut. Det är ett problem om metoderna används rutinmässigt utan vetenskaplig uppföljning.

Om rapporten

Bilddiagnostik vid stadiindelning av prostatacancer (2014). Projektledare SBU: Monica Hultcrantz, hultcrantz@sbu.se. Ordförande: Doc Ove Andrén, Universitetssjukhuset Örebro

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

SBU har utvärderat olika bilddiagnostiska metoder – magnetkamera eller positronkamera med eller utan datortomografi – för att bedöma den lokala utbredningen av prostatacancer. Syftet med metoderna är att bland annat ta reda på om tumören finns enbart i prostatakörteln, eller om den även växer utanför (T-stadium), och om canceren har spridit sig till närliggande lymfkörtlar (N-stadium).

Men det är ovisst hur tillförlitliga metoderna är i fråga

om stadiindelning. För att få säkra besked om metodernas prestanda – känslighet och träffsäkerhet – krävs fler och bättre studier som följer patienter framåt i tiden (prospektivt). Flera oberoende granskare måste också göra sin bedömning utan att i förväg se någon annans utlåtande (blindning).

OKLART VÄRDE

SBU konstaterar också att värdet av undersökningarna för patienternas överlevnad

och livskvalitet är oklart. För att få säkra svar på frågor om hur patientens hälsa påverkas, krävs det randomiserade studier av de olika diagnosmetoderna, där överlevnad, symtom och livskvalitet följs under mycket lång tid efter behandling.

I den mån som metoderna prövas för stadiindelning är det viktigt att följa upp detta vetenskapligt. Systematiskt dokumenterade erfarenheter bidrar till att kontinuerligt utveckla dem. [RL]

UR SBU:S SLUTSATSER | BILDDIAGNOSTIK

- Det saknas vetenskapligt underlag rörande nyttan av bilddiagnostik för stadiindelning av prostatacancer. Det finns inte stöd för att använda metoderna rutinmässigt, utan samtidig vetenskaplig uppföljning. Systematiskt dokumenterad erfarenhet av att använda dem kliniskt bidrar till att utveckla dem.
- Bilddiagnostik används på flera håll i landet för att bestämma sjukdomsstadium. Men i dag går det inte att

bedöma om detta leder till ökad överlevnad eller bättre livskvalitet.

- Det går inte att avgöra hur tillförlitliga metoderna är när det gäller att korrekt stadiindela prostatacancer. Det begränsade underlag som finns i dag visar att positronkamera plus datortomografi med ett av spårämnen (11C-kolin) ger ganska god eller god träffsäkerhet (spec 84–98 procent), medan metodens känslighet är sämre och mer osäker (sens

45–84 procent) vid bedömning av N-stadium hos personer med prostatacancer av intermediär och hög risk.

- Att metodernas tillförlitlighet fortfarande är osäker kan leda till felaktiga beslut som påverkar patienternas hälsa negativt. Den som tolkar bilderna och den behandlande läkaren måste känna till att tillförlitligheten inte är fastställd. De patienter som undersöks måste också informeras om detta.

"SBU:s styrka kommer ur fakta, inte tyckanden"

På SBU är det kunskapen som ska styra, säger Olivia Wigzell, som nu tar över ledningen för SBU.

Engagemanget i sakfrågorna är Olivia Wigzells personliga drivkraft. Det går som en röd tråd genom hennes yrkesliv – först i kommun- och landstingspolitiken, sedan som utredare på Utrikesdepartementet, på Vårdförbundet, i Ansvarskommitten, på Socialstyrelsen och Socialdepartementet. Och från 1 november 2014 som ny generaldirektör för SBU.

– Om någon undrar varför jag ville just till SBU? Återigen: sakfrågan. Myndigheten bidrar till effektivitet, säkerhet och hög kvalitet i vården, och det är just sådana viktiga funktioner som gör att jag tycker det ska bli så roligt.

SITTER INTE I KNÄET

Politiker och forskare brukar inte vilja sitta i knät på varandra. När Olivia Wigzell nu blir generaldirektör för en vetenskapligt inriktad verksamhet har hon lämnat partipolitiken för länge sedan. Men hon understryker att det ändå blir ett stort kliv från det nuvarande jobbet på Regeringskansliet som chef för Enheten för folk-

hälsa och sjukvård. Kansliet är en i grunden politiskt präglad organisation, även på ämbetsmannasidan.

– Nu får jag en ny roll. SBU är, och ska fortsätta att vara, en fristående och oberoende expertorganisation. Även om jag har arbetat för *evidence-based policy-making* på Regeringskansliet så är det i grunden alltid den demokratiskt underbyggda politiska viljan som styr där. På SBU är det kunskap som ska styra.

Hon påpekar samtidigt att det finns värderingsfrågor som måste finnas med i båda organisationerna.

– Etik är ju en viktig dimension för både SBU och för Regeringskansliet. Likaså rättssäkerhet och öppenhet.

GER FRAMGÅNG

Olivia Wigzell ser tre framgångsfaktorer för SBU: trovärdigheten, som ligger i systematik och vetenskaplig metod, relevansen för målgrupperna samt tillgängligheten, det vill säga att SBU:s kunskap måste vara synlig och användarvänlig.

Hon antyder att SBU kan behöva diskutera hur man ska välja de mest angelägna frågorna att utvärdera.

– Jag kan tycka att det är viktigt att SBU kompletterar det vårdprofessionella per-



Johanna Norin

Från den 1 november 2014 är Olivia Wigzell SBU:s generaldirektör.

spektivet med ett systemperspektiv.

Som exempel nämner hon att om vårdrutinerna varierar på ett sådant sätt att alla patienter inte får lika bra och säker vård, då kan detta vara ett tillräckligt skäl för SBU att granska området – även om professionerna inte alltid har sett variationen i praxis som ett problem.

MELLAN LÄNDER

– Den ämneskunskap som jag själv har med mig gäller bland annat kunskapstillämpning och ledningsfrågor i vården.

På internationell nivå har Olivia Wigzell arbetat med att jämföra vårdssystem, och hon



leder en arbetsgrupp där EU:s 28 medlemsstater ska driva utvecklingen av öppna jämförelser i hälso- och sjukvården.

– Varierande praxis och utfall handlar inte bara om skillnader mellan landsändar utan också mellan länder. Ser man att Sverige i jämförelse med andra länder kan förbättra sina resultat på ett visst fält, så kanske det finns anledning för SBU att granska frågan.

– Och vi kanske också oftare ska välja nya projekt utifrån patienternas eller allmänhetens frågor om kvalitet och jämlikhet. Ökande kostnader kan vara ännu ett skäl att granska ett område.

UTMANING

Utvärderingar på socialtjänstens område kan bli en annan utmaning för SBU, säger Olivia Wigzell. Något beslut om detta finns inte ännu, men det är ett förslag som varit ute på remiss.

– Liksom sjukvården strävar professionerna inom socialtjänsten efter att bygga sina insatser på kunskap om förväntade effekter. Men ett intensivare arbete för att stödja evidensbaserad praktik tror jag är välkommet. Till exempel kan strukturen och nätverken utvecklas ytterligare.

En annan utmaning blir att hitta tillräckligt mycket vetenskaplig kunskap som kan användas som vägledning. Åtgärder inom socialtjänsten är hittills inte lika välstuderade som exempelvis läkemedel.

Olivia Wigzell vill också jobba för att andra myndigheter oftare ska använda SBU:s systematiska översikter. Hon tycker att en renodling av de olika myndigheternas olika uppgifter är bra och att SBU:s sätt att sammanställa fakta bör vara det som gäller.

– Från Regeringskansliet har jag med mig en uppfattning om att "staten är ett", att myndigheterna dels ska försöka jobba på ett enhetligt sätt med evidens och kunskapsunderlag, dels ska samarbeta. Men det finns ju en del imperiebyggare som vill växa och göra allt – även i myndighetsvärlden. Konkurrens mellan myndigheter, som kanske har funnits ibland, är jag inte så intresserad av. Myndigheter ska samarbeta.

FÄRDRIKTNING

När hon blir intervjuad talar hon snabbt och engagerat, med tydligt fokus på ämnet. Flera månader innan hon tillträder på SBU har Olivia Wigzell börjat sätta upp mål för vad hon vill åstadkomma under de närmaste sex åren på SBU.

– Jo, jag är nog en strukturerad person, och det känns viktigt att ha klart för sig vad man vill uppnå för att det dagliga arbetet ska bidra till de mål och övergripande ambitioner som myndigheten ska ha.

Men hon tillägger att hon är mycket angelägen om att lyssna för att få ett bra under-

lag innan färdriktningen bestäms.

– När jag börjar skulle jag faktiskt vilja ha synpunkter och önskemål från alla berörda, inte minst från patienter och allmänhet. Jag vill veta vad de förväntar sig av SBU – det är en bra utgångspunkt.

Olivia Wigzell medger att det också fanns en del privata skäl för att anta utmaningen på SBU.

VILL LÄRA NYTT

– Som person är jag sådan att jag hela tiden vill lära mig nytt. Det känns kreativt och det blir ofta spännande och produktiva diskussioner. Det lockar mig.

– SBU är ju en utpräglad kunskapsmyndighet som ligger nära forskningen, med högutbildad personal. Och att jobba med kunskapsfrågor tycker jag är jätteroligt.

– Dessutom vet jag att SBU sedan länge har ett väldigt bra samtalsklimat där det är högt i tak, och det är viktigt för saksfrågorna. [RL]

Riskerna syns sällan i Cochranes översikter

Studier som läggs upp för att visa nytta är sällan tillräckligt stora för att undersöka biverkningar. Systematiska översikter av biverkningar är också ovanligt.

Trots att nyttan av en åtgärd alltid måste vägas mot riskerna, saknas det ofta information om möjliga skadeverkningar.

En viktig orsak är att studier av behandlingsmetoder oftast läggs upp för kunna påvisa fördelar med metoderna, det vill säga metodernas hu-

vudsakliga syfte. Nackdelarna däremot, som förhoppningsvis förekommer mer sällan och som därför kräver större studier, fångas upp betydligt sämre.

Även välgjorda studier kan därför ge en obalanserad bild av nyttan och riskerna med en åtgärd. Detsamma gäller systematiska översikter av dessa studier.

En aktuell granskning visar att inte ens var tionde systematisk översikt inriktas specifikt på biverkningar. Av totalt 4 644 systematiska översikter i *Cochrane Library* och data-

basen *DARE*, var det bara 309 som primärt gällde skadeverkningar.

För att få bättre balans mellan nytta och risk i metaanalyser och systematiska översikter arbetar en kanadensisk forskargrupp med riktlinjer på området. SBU:s utvärderingar ska alltid omfatta både nytta och risk. [RL]

Lästips

Zorzela L, et al. Quality of reporting in systematic ... *BMJ* 2014;348:f7668

Rosén M. The aprotinin saga... *BMC Health Services Research* 2009;9:34.

Jonsson U. Undersök även baksidan... *Vetenskap & praxis* 2012, nr 3–4, s 10–11.



GER ÖVERSIKTEN KUNSKAP OM BIVERKNINGAR?

Övergripande

- Anges "biverkningar" eller liknande begrepp i rubrik och abstrakt – eller är huvudtemat egentligen något annat?
- Gäller översikten både nytta och skada eller bara det ena?
- Gäller översikten någon specifik skada eller biverkan?
- Vilken typ av data har sökts, tagits med och granskats?

Inriktning

- Vilka biverkningar är tänkbara?
- Varför inriktas översikten på vissa biverkningar, tillstånd och patientgrupper (t ex för att formulera eller testa en hypotes)?
- Varför är just denna typ av studier eller källor relevanta för att undersöka detta?
- Vilka specifika frågor om risker/skadeverkningar ska översikten belysa?

Metod

- Har projektplanen (protokoll) för översikten utarbetats i samarbete med klinisk expertis på området?
- Vilka händelser eller effekter ska räknas som biverkningar?
- Vilken typ av studier och data ska ingå – och varför?
- Vilka övriga källor som gäller tänkbara skadeverkningar kan användas (t ex läkemedelsmyndigheter, industri)? Har sökningar gjorts i dessa källor, och i så fall hur och när?
- Har studierna gallrats på grundval av att "biverkningar" nämns eller inte nämns i studiernas rubrik och abstrakt?
- Hur har studiernas kvalitet bedömts?
- Hur har uppgifterna tagits ut från olika studier/rapporter?
- Vilka uppgifter har översikten beaktat om behandlingsmetoderna, patienternas riskprofil, behandlarnas utbildningsnivå och kompetens, risker?

- Har orsakssamband mellan behandling och misstänkt biverkan belagts och i så fall hur?
- Har risken för snedvridning beskrivits i översikten när studierna har rapporterat biverkningar ofullständigt eller selektivt?
- Hur har sällsynta biverkningar registrerats i studierna eller rapporterna?
- Hur har översikten statistiskt hanterat studier där inga biverkningsfall alls har påvisats?
- Särskiljs studier av sämre kvalitet där resultaten kan vara snedvridna?

Resultat

- Beskrivs resultaten från varje ingående studie och redovisas skälen tydligt till varför resultaten från var och en av de uteslutna studierna inte har tagits med?
- Beskrivs för varje studie allt som man vet kan påverka biverkningsrisken, t ex egenska-

per hos försöksdeltagarna eller hur länge dessa följdes?

- Anges det för varje studie på vilket sätt biverkningarna har upptäckts, t ex genom spontan rapportering från patienter och sjukvård eller genom att biverkningar aktivt efterfrågats?
- Anges det för varje studie vilka undersökningsmetoder som har använts när biverkningarna har bedömts och dokumenterats?

Slutsatser

- Diskuteras positiva och negativa effekter av behandlingen på ett balanserat sätt, med särskild tonvikt på studiernas begränsningar, möjligheterna att generalisera och andra kunskapskällor när det gäller biverkningar?

Läs mer på www.sbu.se

SÅRLÄKNING

Bara två metoder har belagd effekt mot svårläkta sår hos äldre

Att operera åderbräck skyddar bättre mot återfall av svårläkta venösa bensår än enbart kompression. Och förband med kalciumalginat kan läka trycksår snabbare. Det är vad forskningen visar om sår som inte vill läka hos äldre personer.

Ett sår räknas som svårläkt om det inte läker på sex veckor. Ingen vet hur många äldre som drabbas, men det är många – och det kommer att bli fler. År 2030 beräknas var fjärde svensk vara 65 år eller äldre. Dessutom blir en av de bakomliggande orsakerna, diabetes, allt vanligare.

Priset är högt. För den enskilde är de envisa såren plågsamma och sänker livskvaliteten, och för vården innebär de

höga kostnader. I industriländer går kanske 2–4 procent av hälso- och sjukvårdens budget till problem som hänger ihop med sår.

SAMLAT OCH GRANSKAT

I dag ger forskningen föga besked om vilka åtgärder som fungerar bäst hos äldre för att förebygga och behandla. SBU har samlat in och granskat det som finns. Bara ett par metoder har visats ge effekt, och stödet för dessa är begränsat:

- Trycksår kan läka bättre med hjälp av förband med kalciumalginat.

- Åderbräckssår (venösa bensår) förhindras bättre när kompressionsbehandling kompletteras med operation av åderbräcket.

FLER STUDIER BEHÖVS

Den övergripande slutsatsen blir att det behövs fler studier av god kvalitet, och SBU-rapporten ger exempel på vad som måste förbättras.

SLUTSATSER | SVÅRLÄKTA SÅR

SBU har samlat och granskat forskningen om metoder för att behandla trycksår, bensår och fotsår hos äldre. Förebyggande åtgärder mot ben- och fotsår vid diabetes har också granskats.*

► Det vetenskapliga underlaget för behandling av svårläkta sår hos äldre är mycket begränsat. För majoriteten av åtgärderna behövs det mer forskning av god vetenskaplig kvalitet. Gruppen äldre/sköra äldre har ofta flera sjukdomar

och läkemedel samtidigt, något som kan inverka på sårläggningen.

► Det saknas data om hur svensk praxis ser ut i dag och i vilken utsträckning som olika åtgärder för att förebygga och behandla svårläkta sår används. Kvalitetsregister med representativa data för vissa patientgrupper finns, men nationellt heltäckande data saknas i nuläget.

► Det finns ett begränsat vetenskapligt underlag för

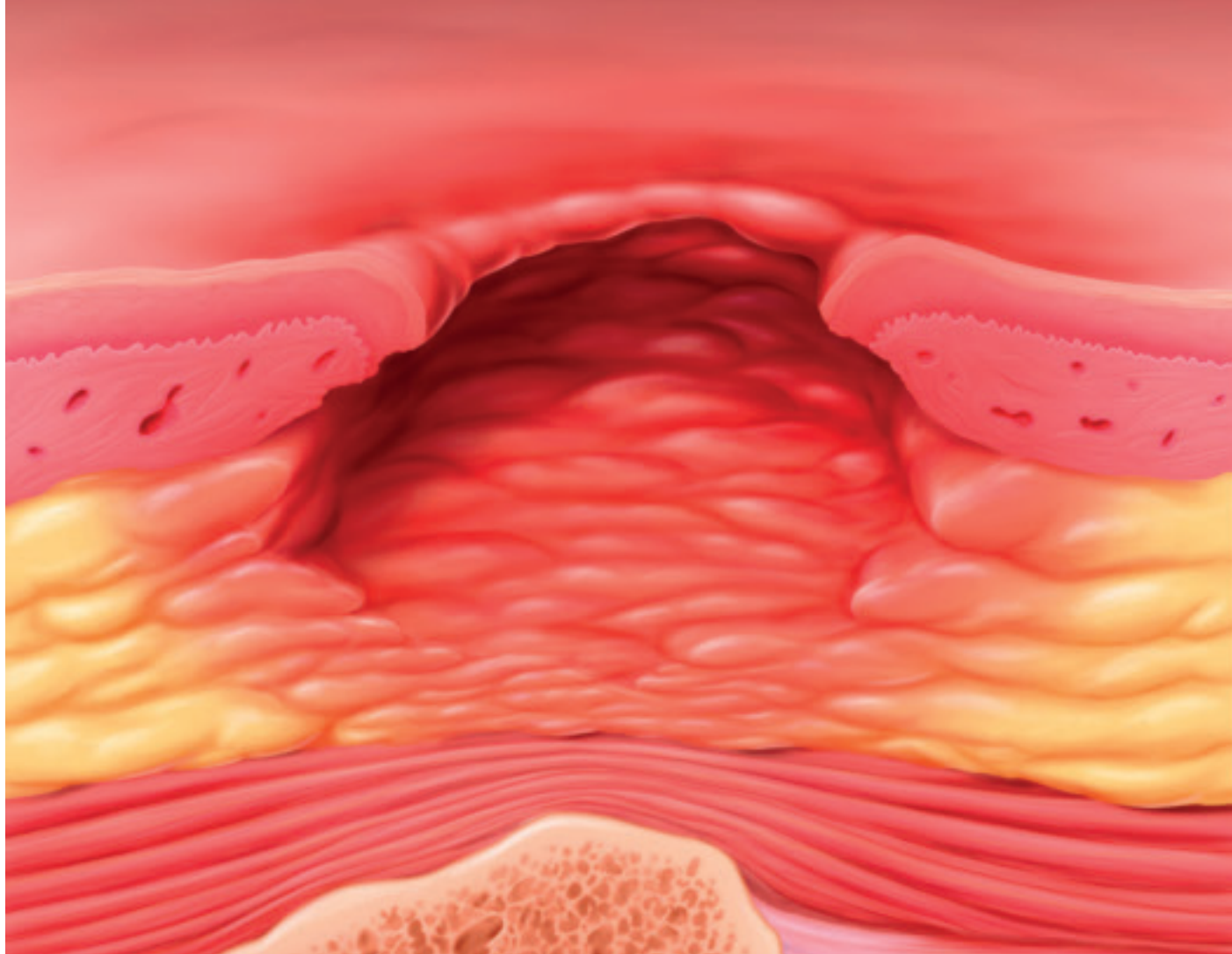
att operation av åderbräck kan minska återfall av venösa bensår hos äldre. Det finns också ett begränsat stöd för att förband som innehåller kalciumalginat kan leda till kortare läkningstid av trycksår hos äldre. Läkningseffekten av övriga förband kan inte uppskattas då studier saknas.

► Det finns stora kunskapsluckor när det gäller vårdorganisationens betydelse för patienter med svårläkta sår. Det gäller t ex betydelsen av

specialistmottagningar, utbildning, kommunikation, samordning och kontinuitet.

► Åderbräcksskirurgi som behandling av venösa bensår är sannolikt kostnadseffektivt. Kostnadseffektiviteten av övriga insatser är svår att bedöma.

* Metoder för att förebygga trycksår ingår inte i SBU-rapporten eftersom det pågår ett europeiskt arbete på det området.



Hittills har forskarna som testat åtgärder mot bensår sällan tagit hänsyn till vad såren beror på. Många äldre och sköra har flera sjukdomar och läkemedel samtidigt, något som kan leda till att sår läker sämre. Det kan handla om kärlsjukdom, diabetes, reumatoid artrit, cancer eller någon annan kronisk sjukdom som försämrar individens allmäntillstånd, funktioner och näringstillstånd. Detta måste studierna beakta.

Rapporten efterlyser också studier som inte enbart undersöker sårhäkning utan samtidigt studerar risken för återfall.

En viktig fråga för SBU-projektet var hur vårdens organisation påverkar möjligheterna att förebygga och behandla såren. Här finns det så få studier att det är omöj-

ligt att dra några vetenskapligt underbyggda slutsatser. Det behövs forskning om betydelsen av specialistmottagningar, utbildning, kommunikation, samordning och kontinuitet.

FASTSTÄLLA ORSAK

Svårläkta bensår kan uppstå av olika skäl, och det är viktigt att en läkare fastställer orsaken eftersom detta styr den fortsatta behandlingen. SBU:s sakkunniga framhåller vikten av att undersöka bensår med ultraljud, att ge kompression vid sådana sår och att inte enbart lokalt behandla dem utan också behandla underliggande sjukdomar.

I dag spretar rutinerna för vård av bensår – vården är inte jämlik i landet. Utbildnings- och kompetensnivå varierar men också lokala traditioner.

Dessutom påverkas val av omläggingsmaterial och förbrukningsartiklar av regionala upphandlingar.

Även ekonomiska styrmedel och regelverk kring tekniska hjälpmedel varierar mellan regioner. [RL]

Om rapporten

Svårläkta sår hos äldre – prevention och behandling. En systematisk litteraturoversikt. (2014). Projektledare SBU: Jenny Odeberg, odeberg@sbu.se. Ordförande: med dr Rut Öien, distriktsläkare, Sårcentrum Blekinge, Karlskrona. Hela rapporten med fullständig sammanfattning finns på www.sbu.se

OM SÅREN

Svårläkta sår indelas efter orsak i venösa bensår (åderbräckssår), arteriella sår (åderförkalkningssår), sår som har flera orsaker samtidigt, fotsår hos personer med diabetes samt trycksår.

Den vanligaste orsaken är dålig blodcirkulation i venerna, men bensår kan också bero på problem med cirkulationen i artärerna, inflammations-sjukdom (vaskulit) eller diabetes.

Att ha ett svårläkt sår kan vara riskfyllt. Bland personer med diabetes är dödligheten dubbelt så hög hos dem som också har fotsår. Bland dem som har tvingats amputera någon del av benet eller foten är dödligheten fyra gånger högre.

DYSLEXI

Strukturerad träning hjälper barnen men testerna är dåligt utprovade

Om barn och unga med dyslexi övar kopplingen mellan språkljud och bokstäver på ett strukturerat sätt, förbättras deras förmåga att läsa, stava och förstå texter. Däremot finns det alltför få studier för att avgöra hur annan träning, tester och hjälpmedel fungerar. Det visar SBU:s unika litteraturöversikt.

Om rapporten

Dyslexi hos barn och ungdomar. Tester och insatser. En systematisk litteraturöversikt (2014). Projektledare SBU: Karin Stenström, stenstrom@sbu.se. Ordförande: prof Stefan Samuelsson, IBL, Linköpings Univ.

Hela rapporten med fullständig sammanfattning finns på www.sbu.se/225. Där finns även ett faktablad för lärare.

I den första systematiska litteraturöversikt som någonsin har gjorts på området, har SBU granskat forskningen om tester och insatser för barn och ungdomar med dyslexi.

Utvärderingen gäller tre huvudfrågor. Den första är om

det finns metoder som kan förutsäga dyslexi redan innan barnet har fått någon formell läs- och skrivträning – vanligen före sex års ålder.

Svaret är ja, det går att förutsäga dyslexi redan innan barnet har börjat skolan. Me-

toder som mäter medvetenhet om språkljud, automatiserad benämningsförmåga och bokstavskänedom hos barnet verkar kunna ge besked. Däremot finns det ingen utvärdering av nytta och eventuella risker med detta eller av att sätta in insatser för barn innan de får lästräning i skolan.

SLUTSATSER | DYSLEXI

- Om barn med dyslexi får öva kopplingen mellan språkljud (fonem) och bokstäver (grafem) på ett strukturerat sätt, förbättras deras läsförmåga, stavning, läsförståelse, läshastighet och förmåga att uppmärksamma språkets ljudmässiga uppbyggnad (fonologisk medvetenhet).
- Det går inte att uttala sig om nyttan av andra former av läs- och skrivträning eller av alternativa verktyg (hjälpmedel för att stödja, kompensera och utveckla läsförmåga som t ex appar i mobiltelefonen). Metoderna är otillräckligt utvärderade.
- Det finns tester som kan förutsäga dyslexi redan innan barnen har fått undervisning i att läsa och skriva i skolan. Brister i fonologisk medvetenhet, snabb automatiserad benämningsförmåga samt bokstavskänedom har ett samband med dyslexi. Nyttan och eventuella risker med sådana tidiga testförfaranden har inte utvärderats i denna rapport. Insatser som riktas mot barn med sådana bristande förmågor innan de får lästräning har inte utvärderats i rapporten.
- I Sverige används mer än 50 olika tester för att upptäcka och utreda barn med dyslexi. Inget av testerna är vetenskapligt utvärderat, dvs det saknas studier som undersöker om de är tillförlitliga och mäter det som avses.

OVISST OM TESTER

Den andra frågan är hur tillförlitliga de tester är som används för att upptäcka och utreda dyslexi hos barn och ungdomar från 6 till 20 år.

SBU konstaterar att inget av det femtiotal olika tester som förekommer i Sverige har prövats vetenskapligt. Därför går det inte att avgöra om de verkligen mäter det som avses på ett tillförlitligt sätt. Här behövs det mer forskning.

LÄSER BÄTTRE

Fråga nummer tre gäller effekten av olika insatser för barn och ungdomar med dyslexi. Den samlade forskningen visar att barn som på ett strukturerat sätt tränar på att koppla ihop språkljud och



Andrew Rubtsov



bokstäver – på engelska kallat *phonics* – får bättre förmåga att läsa och förstå text, liksom att stava och uppmärksamma hur olika språkljud är uppbyggda. Ofta börjar träningen på en mycket grundläggande nivå och blir gradvis mer avancerad.

OKLAR NYTTA

När det gäller de flesta andra åtgärder – som annan slags träning, musikterapi, tekniska hjälpmedel och alternativa metoder – saknas det tillräckligt vetenskapligt underlag för att avgöra om de gör nytta eller inte.

Frågan om nyttan av olika insatser är viktig. Dyslexi kan ha betydelse för tillvaron även utanför skolan, till exempel för

kamratrelationer och fritidsaktiviteter och på längre sikt även för utbildning, arbetsliv och samhällsliv.

I dag råder det brist på studier av olika insatsers effekt både på livskvalitet (bland annat självförtroende, självständighet och självbild) och på kunskapsutveckling.

ETISKA FRÅGOR

SBU-rapporten tar också upp etiska frågor kring utredning och insatser.

Eftersom en utredning skapar förväntningar om att få hjälp, kan det bli problem om förväntningarna inte infrias snabbt, till exempel i skolor som saknar resurser eller kompetens på området. Detta är en rättvisefråga.

Föräldrar och lärare kan också ha olika uppfattning om lämplig tidpunkt för utredning.

För många barn är en dyslexiutredning påfrestande, och värdet av omfattande tester som kanske innebär obehag måste ställas mot barnets rätt till integritet.

Rätten till självbestämmande innebär att det är eleven och föräldrarna som ska avgöra när diagnosen ska vara privat eller offentlig, men deras uppfattningar kan givetvis gå isär. Dessutom kan eleven och föräldrarna ha olika uppfattning om risken för stigmatisering. [RL]

BAKGRUND

Dyslexi, även kallat specifika läs- och skrivsvårigheter, är en funktionsnedsättning som i regel är medfödd.

Man har svårigheter med att koda av ord och stava, vilket i sin tur kan leda till minskad läsförståelse.

En uppskattning är att 5–8 procent av befolkningen har dyslexi, men det beror också på hur gränserna sätts. Många studier har angett gränsen till de 10 procent som har mest läs- och skrivsvårigheter i den grupp barn och unga som undersökts.

Även sociala metoder kan utvärderas av SBU

Lästips

Metodguide för socialt arbete: www.socialstyrelsen.se/evidensbaserad-praktik/metodguide

Vetenskaplig kvalitet i publicerade effektutvärderingar, rapport från Socialstyrelsen, går att läsa här: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19452/2014-5-18.pdf>

Colorado blueprints, Center for the Study and Prevention of Violence. Här finns utvärderingar av interventioner och behandling av ungdomar: www.colorado.edu/cspv/blueprints/

Amerikanska The National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP) är en sökbar databas för interventioner inom psykisk hälsa och vid droganvändning. Se www.nrepp.samhsa.gov

I ett regeringsförslag föreslås SBU få ett samlat ansvar för systematiska översikter inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Om förslaget antas kommer SBU att från andra halvan av 2015 ansvara för utvärdering av metoder inom socialt arbete.

Inte bara i vården utan också inom socialtjänsten har det vuxit fram en allt tydligare strävan att utveckla och pröva ut metoder på vetenskaplig grund. Kajsa Svanevie, socionom och filosofie doktor i socialt arbete, har i sin avhandling undersökt vad som lett fram till sådana ambitioner.

– Många inom socialtjänsten kände sig missnöjda med den situation som då rådde och efterlyste bättre verktyg i sitt arbete, säger hon.

I boken *Socialt arbete som evidensbaserad praktik* (Studentlitteratur, 2013) beskriver hon hur en rad studier från 1990-talet och framåt synliggör det växande antalet bristfälligt utprovade metoder i praktiskt socialt arbete.

SPRETADE

– Det fanns en spretighet vad gällde metoder och en rik flora av teorier men inte tydliga effektmått, säger hon.

Metoderna byggde mest på värderingar och erfarenhet, medan forskningens och uppföljningens roller var marginella.

Även internationellt höjdes kritiska röster. Exempelvis påtalade den amerikanska organisationen *Task Force on Social Work Research* bristen på validering av handlingsstrategier i socialt arbete. I Sverige kunde forskare konstatera att det saknades traditioner och rutiner inom socialtjänsten för att systematiskt granska vilka metoder som använts samt resultatet av dem.

KUNDE INTE UTTALA SIG

År 1999 publicerades svaren i en nationell enkät där hälften av de tillfrågade socialcheferna uppgav att de inte kunde uttala sig om huruvida deras insatser gjorde nytta eller ej, något som väckte stor uppmärksamhet i medierna.

Året därpå lanserades satsningen på ett svenskt program för en evidensbaserad

socialtjänst: Nationellt stöd för en kunskapsutveckling inom socialtjänsten. Programmet byggde på elva projekt, där det största innefattade lokala försök i full skala med inriktning på samverkan mellan lärosäten och kommuner. Efter hand har nationella beslutsfattare övertygats om vikten av att praktiken bygger på evidens.

– I dag har intresset vaknat på allvar hos professionen, och det finns en tydlig förändring i perspektiv: fokus har flyttats från själva hjälparprocessen till dess mål och effekter, säger Kajsa Svanevie.

HAR INSPIRERATS

Sten Anttila, sociolog och projektledare vid SBU, menar att socialtjänsten har inspirerats av evidensbaserad medicin och de utvärderingar som exempelvis SBU gör av metoder inom hälso- och sjukvården. Han vill peka på likheterna mellan områdena.

– Inom socialt arbete handlar det om sammansatta åtgärder, som anses svåra att granska och utvärdera eftersom de innefattar många delar och som dessutom ofta är beroende av sammanhanget.

SAMMA UTMANING

– Men detta är egentligen inget unikt för socialtjänsten. Vi möter samma utmaning när vi ska utvärdera exempelvis ett vårdprogram inom hälso- och sjukvården eller organisatoriska flöden. Jag skulle säga att



Ivan Jekic



vi har den metodologiska erfarenhet som krävs, säger han.

Ett av argumenten för att SBU skulle få ansvar även för socialtjänstens metoder är att många problem berör mer än en sektor – individen kan behöva insatser både från hälso- och sjukvård och socialtjänsten. När ett barn far illa kan det krävas både sociala insatser och kontakt med barn- och ungdomspsykiatri. Och när en äldre person ska hem från sjukhuset efter ett lårbensbrott behövs kontakt med kommunen för att se över hjälpbehovet.

MINDRE FORSKNING

En utmaning som Sten Anttila ser är att socialt arbete har haft betydligt mindre forskningsresurser än hälso- och sjukvården i stort. Många gånger saknas det tillförlitliga forskningsresultat att bygga på. En annan utmaning är att mäta effekter i ett sammanhang. Sten Anttila jämför här med utvärderingar som SBU bedriver inom äldreområdet.

– När en äldre person har vårdats på sjukhus, ligger det nära till hands att bedöma vårdtillfället som lyckat om den äldre återvänder till eget boende. Men om återvändandet innebär en ohälsosam påfrestning för anhöriga, kanske ”boende i eget hem” inte kan ses som enbart positivt. Effekterna kan behöva analyseras på flera olika sätt, säger han.

Sten Anttila betonar att

SBU kommer att behöva hjälp av forskare inom socialt arbete för att kunskapsöversikterna ska bli relevanta och kunna användas inom socialtjänsten. Praktikernas kompetens är också avgörande i utvärderingsarbetet. Han minns ett möte som gällde stödprogram för föräldrar till stökiga barn.

PRAKTISK FÖRANKRING

– En av socionomerna förklarade att ”så där arbetar vi redan, även om vi inte kallar det något speciellt. Programmet kommer inte att ge någon märkbar förbättring hos oss eftersom vi redan jobbar så”.

Sådan viktig information kräver praktisk erfarenhet och förankring, något som många forskare saknar. Det här är ett exempel på att vi måste fortsätta att vara lyhörda för erfarenhetskunskaper, säger han.

MER SAMVERKAN

Bakgrunden till förslaget om SBU:s vidgade uppdrag (Ds 2014:9) är att regeringen vill förbättra och samordna den statliga kunskapsstyrningen av både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Myndigheternas arbete ska också anpassas bättre till de behov och kunskaper som patienter, brukare, olika professioner och huvudmän har. Dessutom vill man stärka samverkan mellan myndigheterna och med kommuner och landsting.

[Lotta Fredholm, frilans]

EVIDENS INOM SOCIALT ARBETE

- Omkring 1880 utvecklade amerikanen Charles Peirce en teori om statistisk slutledning, där han betonade betydelsen av randomisering och maskering. Vid tiden runt förra sekelskiftet inspirerade han andra forskare inom bland annat sociologi och socialt arbete. Minst 26 universitet i USA erbjöd kurser i experimentell sociologi år 1931.¹

- Antalet randomiserade studier av metoder som används i socialt arbete, kriminalvård och skola är betydligt lägre än inom hälso- och sjukvård (8000 jämfört med 200 000 år 1999) men har ökat under de senaste åren.^{2–4}

- Av 169 svenska utvärderingar av effekten av olika psykologiska och sociala interventioner visar hälften statistiskt säkerställd effekt.

- 28 procent av utvärderingarna innehåller uppgifter om huruvida forskaren har någon intressekonflikt.⁵

- Enligt en kartläggning från 2009 använde svensk socialtjänst 103 olika metoder för att förbättra barns och ungas psykiska hälsa. Av dem är tio utvärderade i Sverige på ett sådant sätt

att det går att bedöma deras effekter.⁶

- Vid årsskiftet 2012 hade 319 personer disputerat i socialt arbete. Av dessa hade sex gjort effektutvärderingar.⁷

- Av 839 slumpvis valda chefer från socialtjänstens alla verksamheter uppger var femte att de använder minst en evidensbaserad metod i sin praktik 2013.⁸

1. Oakley A. Experimentation and social interventions. Education and debate 1998;317:1239–1242.

2. Shepherd J. The production and management of evidence for public service reform. Evidence & policy 2006;3:231–251.

3. Svensk och internationell forskning om sociala interventioners effekter. Stockholm: Socialstyrelsen, 2011.

4. Svenska effektutvärderingar av psykosociala interventioner. Stockholm: Socialstyrelsen, 2012.

5. Vetenskaplig kvalitet i publicerade effektutvärderingar. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

6. Socialtjänstens öppna verksamheter för barn och unga. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009.

7. Brunnberg E. Om socionombildningar, forskarutbildningar och samtliga avhandlingar ... Västerås: Mälardalens högskola, 2013.

8. Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2007, 2010 och 2013. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

Kommentaren om postpartumdepression finns på www.sbu.se. Sakkunnig: Doc Ann Josefsson, Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset, Linköping. Kontaktperson SBU: Pernilla Östlund, ostlund@sbu.se

Den systematiska översikt som kommenteras är: Dennis CL, et al. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013:2.



Chris Fering / Getty

SBU kommenterar



Depression efter förlossning kan förebyggas

Hembesök av vårdpersonal, telefonstöd och psykoterapi under den sena graviditeten eller veckorna efter barnets födelse minskar risken för depression hos kvinnan.

Varje år drabbas omkring 10 000 kvinnor i Sverige av depression under de första månaderna efter barnets födelse, så kallad postpartumdepression. Tillståndet påverkar inte bara kvinnan, utan även spädbarnet, partnern och andra närstående. Flera långtidsstudier tyder på att depression efter förlossning har en negativ effekt för barnets utveckling under spädbarnstiden och upp i tonåren.

FUNGERAR BÄST

Psykosociala eller psykologiska insatser kort efter förlossningen kan förebygga depression. Bäst fungerar metoder som är anpassade till den en-

skilda kvinnan. Det visar en systematisk litteraturöversikt från *Cochrane Collaboration* som SBU har granskat och kommenterat.

ANDRA LÄNDER

Det är dock inte säkert att resultaten är helt giltiga för svenska förhållanden. De flesta av studierna har gjorts i Australien, Storbritannien och USA som alla har en annorlunda mödra- och barnhälsovård.

Metoder som har visats effektiva i dessa studier är hembesök av vårdpersonal och lekmanbaserat telefonstöd.

Det behövs mer forskning för att undersöka om lekmanstöd via telefon kan anpassas till svenska förhållanden, skriver SBU i en kommentar. Metoden kanske skulle kunna tillämpas bland kvinnor med ett annat modersmål än svenska som behöver stöd på sitt modersmål.

Även så kallad interpersonell psykoterapi, IPT, har visat dokumenterad effekt. Det är en strukturerad form av psykoterapi som inriktas på hur mänskliga relationer medverkar till psykologisk stress, eller tvärtom, hur psykologiska besvär påverkar våra relationer till andra.

SCREENAS FÖRST

Insatserna är överlag mer effektiva om de riktas till kvinnor som i screening har tecken på depression. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer bör nyblivna mammor screenas 6–8 veckor efter förlossningen. Detta genomförs oftast vid besök i barnhälsovården men kan också ske vid efterkontrollen på mödrahälsovården. [RL]



Enklare att påvisa inflammatorisk tarmsjuka

Ett avföringsprov kan hjälpa primärvården att utesluta inflammatorisk tarmsjukdom utan att göra någon kikarundersökning av tarmen.

En analys av ett protein, så kallat kalprotektin, i avföringsprov är användbart när man utreder patienter som kan ha inflammatorisk tarmsjukdom, som Crohns sjukdom och ulcerös kolit. Det visar en aktuell systematisk litteraturöversikt från brittiska *National Institute for Health Research* som SBU har granskat.

FÄRRE KOLOSKOPIER

Symtomen vid inflammatoriska tarmsjukdomar och funktionella problem som IBS (*irritable bowel syndrome*) kan vara likartade, och innan diagnosen är klar kan det behövas

kikarundersökning med koloskopi. Analys av kalprotektin kan bidra till att färre patienter behöver undersökas på det sättet.

TIDIG DIAGNOS

En förhoppning är också att test av den här typen även kan bidra till att diagnosen ställs tidigare. De två vanligaste formerna av inflammatorisk tarmsjukdom, ulcerös kolit och Crohns sjukdom, kräver ibland kraftig medicinering och operation. Det är viktigt att ställa dessa diagnoser i ett tidigt skede för att ge lämplig behandling.

Om testet bara används i fall som annars skulle ha utretts med koloskopi, kan det också innebära lägre kostnader för vården. Men om det börjar användas även vid måttliga symtom som inte

hade krävt koloskopi, kommer ett införande troligen inte att vara kostnadsbesparande.

GÄLLER HÄLFTEN

De studier som ingick i litteraturöversikten gällde personer under 60 år som hade haft symtom från buken eller tarmarna i minst sex veckor, som saknade så kallade alarmsymtom (t ex blod i avföringen, viktnedgång och feber) och som enligt blodprov inte hade glutenintolerans. I Sverige gäller detta uppskattningsvis hälften av de patienter som söker hjälp för mag-tarmbesvär i primärvården. [RL]

Kommentaren finns på www.sbu.se. Sakkunnig: Prof Sven Almer, Karolinska universitetssjukhuset. Kontaktperson SBU: Anh Thu Nguyen Hoang, hoang@sbu.se

Den systematiska översikt som kommenteras är: Waugh N, et al. Faecal calprotectin testing ... *Health Technol Assess* 2013; 17: xv-xix, 1-211.

EXEMPEL PÅ SBU-PROJEKT

ARBETSMILJÖ & HJÄRT-KÄRLSJKDOM

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

BEHANDLING AV IBS

Kontakt: westlind-johansson@sbu.se
Planerad publ: 2016

BIPOLÄR SJUKDOM

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

ORTOPEDISK BEHANDLING AV BENSKRÄHETSFRAKTUR I ARMEN

Kontakt: stenstrom@sbu.se
Planerad publ: höst 2016

DEPRESSION HOS ÄLDRE

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

FÖREBYGGA KARIES:

ARGININ I TANDKRÄM
Kontakt: ostlund@sbu.se
Planerad publ: höst 2014

FÖREBYGGA LÅNGVARIG SMÄRTA

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

FÖREBYGGA MISSBRUK HOS BARN & UNGA

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

ICKE-INVASIV FOSTERDIAGNOSTIK: TRISOMI 21, 18, 13

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

METODER FÖR ATT BEDÖMA SUICIDRISK

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

SJÄLVSKADEBETEENDE: FÖREBYGGANDE PROGRAM I SKOLAN

Kontakt: petersson@sbu.se
Planerad publ: vår 2015

SJÄLVSKADEBETEENDE: PATIENTUPPLEVELSER

Kontakt: werko@sbu.se
Planerad publ: vår 2015

STROKE: REHABILITERING OCH TIDIG UTSKRIVNING

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

VIRTUELL OBDUKTION

Kontakt: hultcrantz@sbu.se
Planerad publ: vår 2015





Jesus Conde / Getty

En fingerad biomedicinsk forskningsartikel med uppenbara kvalitetsbrister skickades till 304 vetenskapliga nättidskrifter – och godkändes av över hälften.

Enligt journalisten John Bohannon som ligger bakom testet, och som publicerade resultaten i tidskriften *Science*, har de fritt tillgängliga veten-

MÅNGA TIDSKRIFTER MISSADE GRAVA FEL I PÅHITTAD STUDIE

skapliga tidskrifterna på nätet börjat skapa ett vilda västern inom forskningspublicering. I dessa så kallade *open access*-tidskrifter är det författarna och inte läsarna som bekostar publiceringen. Den fria tillgången är viktig eftersom många inte har råd att betala dyra prenumerationer.

Bohannon fingerade namn på både författare och forskningsinstitutioner, och skickade in olika varianter av en och samma djurstudie om cancerhämmande egenskaper hos en molekyl som utvinns ur en lav. Artikeln innehöll uppenbara brister, till exempel påståenden om ett dos-responsförhållande som helt saknade grund i data. Tidskrifterna som ändå godkände artikeln för

publicering kommer även från välkända förlag som Sage och Elsevier.

I en kommentar påpekar Elizabeth Marincola på nättidskriften *Plos One*, en av de öppna publikationer som refuserade artikeln, att Bohannon inte hade prenumererat på tidskrifter som kontrollgrupp. Han saknar därför stöd för att finansieringsmodellen i sig skulle orsaka kvalitetsproblem. Orsaken är snarare bristande fackgranskning, och detta är inte unikt för tidskrifter med *open access* på nätet, framhåller Marincola. [RL]

Bohannon J. Who's Afraid of Peer Review? *Science* 2013;342:60–65.

Marincola E. Science Communication: Power of Community. *Science* 2013;342:1168–1169.

OKLART OM MOTIVERANDE SAMTAL ÄR BÄSTA HJÄLPEN VID MISSBRUK



PhotoAlto / Alamy

Motiverande samtal vid missbruk har på kort sikt visats vara bättre än ingen åtgärd alls, men det går inte att avgöra om metoden ger bättre eller sämre resultat än andra former av samtal eller behandling, enligt en ny Cochrane-översikt.

Motiverande samtal är en metod som ska motivera individer att ändra beteende. Ofta handlar det om något eller några korta enskilda samtal.

En aktuell litteraturöversikt från Cochrane-nätverket gäller effekter för personer som antingen är i riskzonen för beroende eller som redan har utvecklat ett beroende eller missbruk av alkohol, läkemedel eller narkotika. De 59 studier som vägs samman har

mätt missbrukets omfattning, graden av följsamhet, benägenheten för förändring och antalet återfallsdomar.

Studierna har jämfört motiverande samtal med placebo, annan aktiv åtgärd, väntelista eller ingen åtgärd alls.

I en kommentar till översikten skriver SBU att försökdeltagarna i olika studier hade helt olika livssituation och missbruksproblem. Därför blir resultaten spretiga och svårtolkade.

Till exempel är det oklart om effekten är olika för personer med alkohol- respektive narkotikaproblem. Det finns alltför få studier för att göra sådana jämförelser.

SBU påpekar att det inte heller går att avgöra om det är själva samtalsmetoden som är

verksam eller om effekten på missbruk på kort sikt har att göra med att patienten till exempel uppmärksammas och erbjuds återbesök.

De flesta studier som ingår i översikten har gjorts i USA, men några kommer från Australien, Storbritannien, Nederländerna, Kanada, Tyskland och Nya Zeeland.

Metoden motiverande samtal (på engelska *motivational interviewing, MI*) bygger på fyra principer: visa empati, uttrycka ambivalens, stärka patientens egen förmåga att genomföra förändringar samt reducera patientens eget motstånd till förändring. [RL]

Kommentaren om motiverande samtal vid missbruk finns på www.sbu.se. Kontaktperson SBU: Mikael Nilsson, nilsson@sbu.se

Den systematiska översikt som kommenteras är: Smedslund G, et al. Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 5.

MEDICINSK VETENSKAP & PRAXIS

REDAKTÖR: Ragnar Levi, levi@sbu.se • ANSVARIG UTGIVARE: Olivia Wigzell
TEXT: Ragnar Levi [RL] • POSTADRESS: 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

Åsa Himmelsköld
SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

Björn Klinge
KAROLINSKA INSTITUTET, MALMÖ HÖGSKOLA

Kerstin Nilsson
SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET

Sven Ohlman
SOCIALSTYRELSEN

Sineva Ribeiro
VÄRDFÖRBUNDET

Heidi Stensmyren
SVERIGES LÄKARFÖRBUND

Anders Sylvan
VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING

Håkan Sörman
SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

Mats Ulfendahl
VETENSKAPSRÅDET

Olivia Wigzell
SBU

Generaldirektör SBU

Olivia Wigzell

SBU:s råd

Kjell Asplund (ordf)
Kristina Bengtsson Boström
BILLINGEN VC, 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 FORSKNOCENTR, 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
INST F MED & HÄLSA

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
HÄLSOVETENSKAP, ÖREBRO UNIV

Viveca Odland
LÄKEMEDELSVERKET, UPPSALA

Jenny Rehman
SOCIALSTYRELSEN

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

Lars Sandman
HÖGSKOLAN I BORÅS

Svante Tvetman
PEDODONTI & KARIOLOGI, KÖPENHAMNS UNIV, HALLANDS SJH

SBU AKTUELLT

MEDICINSKA RIKSSTÄMMAN

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

Tema: En rad övergripande ämnen tas upp, som vårdens organisation och styrning, IT i vården, levnadsvanor, missbruk/beroende, förbättringskunskap och organisationslära, äldre och hälsa, klinisk forskning och utveckling, patientsäkerhet, global hälsa, patientbemötande, ledarskap, barn och hälsa, etik, smärta, onkologi och psykiatri

Målgrupp: läkare, forskare, verksamhetschefer, beslutsfattare, och myndigheter

Kongressavgift inkl moms:
SLS-medlem 2 500 kr
Icke medlem 5 000 kr
Pensionär medlem i SLS 1 250 kr
Läkarstudent el AT som är medlem i Kandidatföreningen Fritt Övr läkarstudent 350 kr

Information och anmälan:
www.sls.se

Varmt välkommen till SBU:s monter, nummer 5

EVIDENCE LIVE 2015

Tid och plats: 13–14 april, 2015, Oxford University Examination School, England

Information och anmälan:
www.cebm.net/evidence-live/

HTAI 2015

Tid och plats: 14–17 juni, 2015, Oslo, Norge

Tema: Global Efforts in Knowledge Transfer

Info och anmälan: www.htai.org

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

SAMMANFATTNINGAR 2011–2014

Kostnadsfria*

.....ex Nyttå-risikbalans för vanliga läkemedel hos äldre (2014), nr 501-82

.....ex Kosttillägg för undernärda äldre (2014), nr 501-81

.....ex Arbetets betydelse för ryggproblem (2014), nr 501-80

.....ex Svårläkta sår hos äldre (2014), nr 501-79

.....ex Dyslexi hos barn och ungdomar (2014), nr 501-78

.....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 förståm-n-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

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



Mager kunskap om näringsdryck för undernärda äldre

Undernäring är vanligt bland äldre. Värde av kosttillskott är inte klarlagt, och effekten för den äldre bör följas upp.

Enligt uppskattningar är 10–35 procent av personer i äldreboenden undernärda, liksom 20–40 procent av äldre som vårdas på sjukhus.

Kosttillskott som näringsdryck är ett vanligt sätt att förebygga och behandla tillståndet. Men nyttan av kosttillskott är osäker – trots att det är gott om studier. Det konstaterar SBU efter en systematisk granskning.

Orsaken till osäkerheten

är till exempel att försöksdeltagarna är alltför få och att många faller bort innan studien är avslutad. Urvalet av försöksdeltagare har dessutom inte skett på samma sätt i de olika studierna. Ibland har också urvalskriterierna varit oklara, något som gör resultaten svårtolkade.

Ett fåtal studier antyder att kosttillskott kan göra handgreppet lite starkare och öka kroppsvikten något, men inte ens detta går att säga säkert. Problem med illamående och diarré hos några patienter har noterats.

Att resultaten är osäkra betyder inte att kosttillskott är

verkningslöst. Enligt SBU:s rapport finns det inget som talar för att sluta med kosttillskott – förutsatt att orsaken har bedömts kliniskt och att effekten hos den enskilde följs upp.

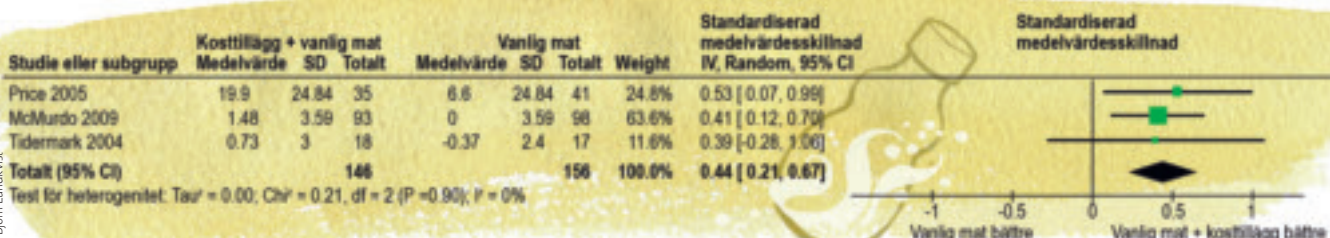
Många som är undernärda eller riskerar att utveckla undernäring kan även behöva ätstödande åtgärder som matning, äthjälpmiddel och assistans vid måltiderna. [RL]

Tabellen och diagrammet jämför handgreppsstyrkan (mätt med en dynamometer) hos äldre som fått vanlig mat med en grupp som även fått kosttillskott. Diagrammet (en så kallad forest plot), visar den standardiserade skillnaden mellan gruppernas medelvärden i varje studie som en liten fylld kvadrat och konfidensintervallet som en vågrät linje. Lodlinjen anger 0 skillnad.

Lästips

SBU. Kosttillskott för undernärda äldre. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: SBU, 2014. SBU-rapport nr 228. Se www.sbu.se

KOSTTILLSKOTT OCH HANDGREPPSSTYRKA



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

SBU-RAPPORTER 2010–2014

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

-ex Nyttariskbalans för vanliga läkemedel hos äldre (2014), nr 229, 150 kr
-ex Kosttillskott för undernärda äldre (2014), nr 228, 150 kr
-ex Arbetets betydelse för ryggproblem (2014), nr 227, 200 kr
-ex Svårläkta sår hos äldre – Prevention och behandling (2014), nr 226, 200 kr
-ex Dyslexi hos barn och ungdomar (2014), nr 225, 200 kr
-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 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 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

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 förädlades av bestämmelserna i personuppgiftslagen, PuL. SBU är skyldig att på din begäran rätta, blockera och utplåna uppgifter enligt § 28 i PuL. Enligt PuL har varje registrerad rätt att en gång per år, efter skriftlig ansökan, erhålla besked om huruvida personuppgifter som rör den sökande behandlas eller ej (§ 26).