

MEDICINSK VETENSKAP & PRAXIS

NYA RAPPORTER Rehabilitering efter stroke | 4
Rehabilitering efter höftfraktur | 8 Depression hos äldre | 10



Vårdteam är avgörande för de sköra

Lidande och dödsfall skulle förebyggas och sköra äldre skulle klara av sin vardag bättre om man i vården samarbetade över professionsgränser och vårdnivåer. Efter exempelvis stroke och höftfraktur kan samordning och struktur göra stor nytta och minska onödiga utgifter.

Tre forskningsöversikter från SBU pekar åt samma håll. Samarbete i vårdteam räddar liv, minskar onödigt lidande och leder till att fler sköra äldre människor klarar sina dagliga behov bättre – utan att kostnaderna ökar. Men de flesta sjukhus i landet jobbar inte så.

Dimitri Vervitsiotis / Getty

SBU – KUNSKAPSCENTRUM FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Vårdteam | 1 Rehab efter stroke | 4 Bräck på aorta | 6 Rehab efter höftfraktur | 8
Depression hos äldre | 10 Beslutsstöd | 12 Mindfulness vid ohälsa | 13
Bättre behandling | 14 Screening: livmoderhals | 14 Evidens om adhd | 16

Ryktet om expertens död är överdrivet

En gång kände jag en åldrad doktor, skrynklig som ett russin men knivskarp i öga, tanke och tunga. Det var decennier av patientarbete, problemlösning och lärande som hade fårat hans ansikte och som gav honom ett vänligt men lätt bekymrat uttryck, något som många patienter kunde uppfatta som medkänsla. Jag visste att han just genomgått en större canceroperation, och när vi stötte ihop en dag och han såg hur förvånad och glad jag blev över att han redan var på benen, utbrast han med ett skratt: Ryktet om min död är betydligt överdrivet!

Jag tänker på de där orden när jag i olika sammanhang hör människor förkunna att varje patient i dag är specialist på sin egen sjukdom. Patienterna är så oerhört pålästa, sägs det, att de vet mer än doktorn. Läkaren är bara en konsult, inte alls någon expert, nehejdå. För patienten har ju läst på och är inte längre bara expert på sina symtom och sina preferenser – utan kan själv väga nytta mot risker med de behandlingsmetoder som står till buds.

Jag är inte övertygad. Visst finns det många patienter som kan mycket. Visst har det blivit lättare för oss alla att hitta information om olika symtom, diagnoser och behandlingar. Men att värdera informationen, att bedöma om det som påstås är sant och relevant, det är fortfarande lika svårt. Jag tror att ryktet om professionernas död är betydligt överdrivet. Alla kan inte vara experter på allt.

Det är ett stort steg från att vara påläst till att vara professionell. Det finns skäl till att det tar många år att bli en kunnig läkare, sjuksköterska eller fysioterapeut, och att det kan ta ännu fler år av erfarenhet för att dessutom bli skicklig. Grunden för samverkan mellan patient och profession – eller för den delen mellan olika vårdprofessioner – är inte att de har samma kunskaper utan att deras olika kunskaper kan vara lika värdefulla.

När en patient söker hjälp för problem med hälsan, finns det i samspelet med personalen något som psykiatern Jan-Otto Ottosson kallar grundläggande asymmetri. Patienten är mer eller mindre tyngd av sina problem och kommer till en ovan miljö. Personalen har kunskap och erfarenhet och får betalt för att vara där. Även om patienten är expert på sin egen situation, och kan ha lång erfarenhet, handlar det knappast om en relation på lika villkor.

Det är bland annat därför vi behöver den nya patientlag som trädde i kraft vid årsskiftet. Den slår fast att patienter måste få information om de metoder som finns för undersökning, vård och behandling, om väsentliga risker för komplikationer och biverkningar, och om möjligheten att välja behandlingsalternativ.

Och det är egentligen av samma skäl som SBU har tagit fram en svensk version av webbplatsen och boken *Testing treatments*, på svenska kallad *Bättre behandling*, <http://se.testingtreatments.org>. Den handlar om hur man som patient eller närstående kan lära sig ställa bättre frågor om grunden för alla behandlingsråd och hälsolarm som cirkulerar i massmedierna och inte minst på nätet. Då kan man också föra en bättre dialog med vården.



RAGNAR LEVI, REDAKTÖR

A stylized, handwritten signature of Ragnar Levi in black ink.



Denise Breaux / Getty

Två av rapporterna gäller rehabilitering efter stroke respektive höftfraktur. I Sverige drabbas varje år 25 000 personer av stroke och 17 000 personer, främst kvinnor, av höftfraktur. Stroke är den vanligaste orsaken till funktionshinder hos vuxna.

Den forskning som SBU har samlat och granskat visar att samordningen är avgörande i vården av dessa äldre och sköra äldre och ger tydlig vägledning för konkreta förbättringar.

ÖVERBRYGGAR

Samordning kan ske i vårdteam som överbryggar gränserna mellan olika professioner, huvudmän och vårdnivåer. Teamet omfattar flera yrkeskategorier med olika kompetens – exempelvis sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator, logoped och läkare, ibland även biståndshandläggare. Och det kan omfatta personal från både sjukhus, primärvård och hemsjukvård. Genom att arbeta i team blir det tydligare vilka behov patienten har, och arbetet blir mer strukturerat.

Efter stroke kan det vara

direkt livräddande att samma team som ansvarar för patientens rehabilitering på sjukhuset även fortsätter rehabiliteringen i hemmet. Med ett sådant arbetssätt är det inte bara fler som överlever stroke utan fler som också kan klara sina dagliga behov (ADL) utan hjälp. Att rehabiliteringen sker tidigt och i hemmiljö är också viktigt.

Det finns även tydliga belegg för att äldre patienter som har opererats för höftfraktur och som fått rehabilitering med sådana team har bättre aktivitets- och funktionsförmåga och mindre svårt att förflytta sig än de som rehabiliteras på vanligt sätt.

ÄVEN AKUTVÅRD

Vinsterna gäller inte bara vid stroke och höftfraktur. SBU har tidigare visat att äldre personer som har kommit till sjukhus för akutvård klarar sig bättre efter sjukhusvistelsen när hela omhändertagandet har skötts av arbetslag som omfattar flera yrkesgrupper, så kallade interdisciplinära team. Den grundläggande personliga funktionsförmågan blir

bättre, och fler kan bo kvar i eget hem efter sjukhusvistelsen. Behovet av återinläggning kan eventuellt också minska.

Sammantaget är det mycket som talar för att vårdteam där flera yrkesgrupper ingår är kostnadseffektivt för både kommuner och landsting. Men i dag ser verkligheten annorlunda ut.

Även om begreppet "team" används flitigt i vården, handlar det mer sällan om ett genuint samarbete med tydlig struktur. Efter stroke är det en minoritet som erbjuds någon form av rehabilitering i hemmiljö, och praxis varierar kraftigt mellan landsting. Enligt det nationella kvalitetsregistret är det i vissa landsting bara ett fåtal procent av patienterna som har fått någon form av rehabilitering i hemmet.

SVAG LÄNK

Bristen på samordning är också något som påtalas av patienterna. Enligt den senaste större enkäten bland äldre personer, publicerad av Myndigheten för vårdanalys och den amerikanska sjukvårdsstiftelsen Commonwealth Fund, upplever många att vården inte är samordnad. Information måste ges om och om igen. Länken mellan sjukhusvård och primärvård

är svag – ordinarie läkare eller mottagning får inte nödvändig information om vilken vård patienten har fått på sjukhuset. Jämfört med andra länder ger äldre personer i Sverige ett betydligt sämre betyg än andra på den här punkten.

Läkemedelsbehandling av äldre och information till dem om deras medicinering är fortfarande ett större problem i vårt land än på andra håll. Trots att detta har uppmärksamats i svensk sjukvård under flera år, anger knappt hälften av deltagarna som är 75 år eller äldre och som har minst två receptbelagda läkemedel att de aktivt har informerats om sina läkemedel, och bara var fjärde att de blivit upplysta om möjliga biverkningar.

En av fyra i den här åldersgruppen uppger också att de saknar en skriftlig lista över sin medicinering.

Och bara 50 procent av samtliga tillfrågade har gått igenom sina läkemedel med vården, jämfört med 80 procent i Kanada, Nya Zeeland och USA.

ENGAGEMANG?

Även om SBU-rapporterna tydligt visar att lagarbete fungerar bättre i flera sammanhang, är det svårare för forskarna att exakt förklara varför.

Kanske är det inte bara en fråga om bättre struktur och organisation, eller att få en tydligare helhetsbild av individens behov, utan också om ett gemensamt engagemang i teamet – något som i sin tur kanske ökar den äldres delaktighet och motivation. Men här handlar det om tolkningar, och några säkra svar finns inte.

Vad som däremot är uppenbart är att det krävs samverkan mellan vårdnivåer, mellan kommun och landsting och också över professionsgränserna för att förverkliga visionerna om en vård som utgår från patientens behov och önskemål. SBU:s utvärderingar av all tillgänglig forskning visar att detta i längden skulle minska både människors lidande och onödiga utgifter.

PRIORITERADE GRUPPER

Kortsiktigt kan det uppstå kostnader när organisationen ska förändras, något som givetvis försvårar en omställning.

Men det handlar om att rädda liv, förebygga onödigt lidande och stärka oberoendet i utsatta grupper – just de grupper som enligt riksdagsbeslut ska ha högsta prioritet.

Priset för att fortsätta som i dag, med dålig eller obefintlig samordning, är alltför högt. [RL]

Lästips

Osborn R, et al. International survey of older adults finds shortcomings ... Health Aff 2014;33:2247-55.

Myndigheten för Vårdanalys. Vården ur patienternas perspektiv – jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder. Rapport 2014:11. Stockholm: Vårdanalys, 2014.

Stroke. Webbrapport från Riksstroke. Riksstrokes årsrapport 2013 (publicerad juni 2014). Se www.riksstroke.org

Socialstyrelsen. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

SBU. Tidig koordinerad utskrivning och fortsatt rehabilitering i hemmiljö för äldre efter stroke. Rapport nr 234. Stockholm: SBU, 2015.

SBU. Rehabilitering av äldre personer med höftfrakturer – interdisciplinära team. Rapport nr 235. Stockholm: SBU, 2015.

SBU. Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus – med fokus på sköra äldre. Rapport nr 221. Stockholm: SBU, 2013.

VAD TYCKER PATIENTERNA?

Olika patientundersökningar tyder på klara förbättringsmöjligheter i vården när det gäller kontakt och kommunikation.

- Bland äldre personer är det färre i Sverige än i andra länder som anser att läkaren ägnar dem tillräckligt med tid.
- Bland äldre patienter med hemtjänst eller i särskilt boende är det drygt hälften

som tycker att det är lätt att få träffa läkare vid behov.

- Färre än hälften som är 75 år eller äldre och som har minst två receptbelagda läkemedel menar att de aktivt har informerats om sina läkemedel.
- Bland personer med kronisk sjukdom (oavsett ålder) har endast var tredje haft en dialog om målsättningen med sin

vård. I Storbritannien och USA är det cirka 70 procent.

- I Sverige upplever betydligt färre patienter (oavsett ålder) än i andra länder att deras läkare känner till viktig information om deras sjukdomshistoria.

Källa: Vårdanalys och Socialstyrelsen, se lästips ovan.



Dennis Macdonald / Getty



SBU:S SLUTSATSER | TIDIG REHABILITERING I HEMMET

Följande gäller vid tidig koordinerad utskrivning och fortsatt rehabilitering i hemmiljö för äldre patienter med milda till måttliga funktionshinder efter stroke:

- När det interdisciplinära teamet även ansvarar för den fortsatta rehabiliteringen i hemmiljön leder detta till att färre avlider eller måste ha hjälp med vardagliga behov (personlig ADL). Men i dag används inte den här specifika metoden på merparten av sjukhusen i landet.
- Det vetenskapliga underlaget räcker inte för att bedöma effekterna av metoden, när det interdisciplinära teamet endast ansvarar för utskrivningen men inte för den fortsatta rehabiliteringen.
- Metoden leder till att det första vårdtillfället blir kortare än vid sedvanlig rehabilitering. Detta gäller oavsett om det är teamet eller den kommunala vården/primärvården som ansvarar för den fortsatta rehabiliteringen i hemmiljö.
- När det interdisciplinära teamet även ansvarar för den fortsatta rehabiliteringen i hemmiljön avlider färre och andelen minskar som är beroende av hjälp med sina personliga aktiviteter utan att kostnaden ökar på kort sikt. Detta betyder att metoden sannolikt är kostnadseffektiv.

STROKE

Klart bättre med tidig och samordnad utskrivning med rehabilitering hemma

Efter stroke är det bästa alternativet att komma hem snabbt från sjukhus och få fortsatt samordnad rehabilitering av ett och samma interdisciplinära team. Då klarar fler sina vardagliga behov utan hjälp, och även överlevnaden förbättras. I dag används metoden bara på enstaka håll i landet.

Efter stroke är rehabilitering avgörande för att den som drabbats ska få tillbaka olika kroppsfunktioner och ett normalt socialt liv. I dag är det vanliga att rehabiliteringen sker på vårdinstitutioner i öppen- eller slutenvården.

Men SBU:s granskning visar att tidig hemgång plus fortsatt strukturerad och samordnad rehabilitering i hemmiljö, av ett team med olika yrkeskompetenser, ger betydligt bättre resultat. Dödsfall- en blir färre och behovet av hjälp med vardagliga behov minskar, utan att kostnaderna ökar.

SAMMA TEAM

Metoden kräver ett interdisciplinärt team som har specialkunskaper om strokevård och som samordnar vården, både genom täta regelbundna möten och nära samarbete mellan disciplinerna.

Nytan av metoden har enbart påvisats i studier där ett och samma team ansvarar för den fortsatta rehabiliteringen i hemmet, efter utskrivning. Det är oklart hur resultatet

ser ut om teamet bara håller i rehabiliteringen fram till utskrivning och den kommunala vården eller primärvården sedan tar över. Här finns det inte tillräckligt underlag för att dra någon slutsats, visar rapporten.

UTNYTTJAR RESURSER

Modellen innebär att vårdens resurser utnyttjas bättre – enligt SBU:s analys är den sannolikt kostnadseffektiv jämfört med sedvanlig vård.

Med tidig koordinerad utskrivning och fortsatt rehabilitering hemma blir det första vårdtillfället på sjukhus kortare, utan att behovet av öppenvård, hemtjänst, bostadsanpassning, tekniska hjälpmedel eller hjälp från närstående ökar. Hur resursförbrukningen påverkas på längre sikt än ett år har dock forskningen inte visat ännu.

INTE VANLIGT

Rehabilitering i hemmet är inte vanligt och förekommer ojämnt inom landet. Det är också oklart hur ofta ett interdisciplinärt team ansvarar för

hela rehabiliteringen, även efter utskrivning.

Patienter som vårdas efter en stroke är den patientgrupp som kräver flest vård dagar i Sverige. Fyra av fem är över 65 år. [RL]

Om rapporten

Tidig koordinerad utskrivning och fortsatt rehabilitering i hemmiljö för äldre efter stroke (2015). Projektledare SBU: Jenny Odeberg, odeberg@sbu.se. Ordförande: prof Lotta Widén Holmqvist, Institutionen för Neurobiologi, Karolinska institutet, Stockholm.

Hela rapporten med fullständig sammanfattning finns på www.sbu.se/234.





Olika ingrepp vid aortabråck är likvärdiga på sikt

Att sätta in en kärlprotes via lumsken vid aortabråck innebär i början mindre risker än öppen operation, men efter fyra år ses ingen skillnad i överlevnad eller allvarliga komplikationer.

Efter fyra år är de båda metoderna jämförbara när det gäller antalet dödsfall respektive allvarliga komplikationer som hjärtinfarkt, stroke, njursvikt och lungkomplikationer.

Det visar en systematisk litteraturöversikt från Cochrane-nätverket som SBU har granskat och kommenterat utifrån svenska förhållanden.

LÄNGRE PERSPEKTIV

Att operera in kärlprotesen via lumsken (EVAR) är visserli-

gen mindre riskfyllt än öppen operation den första månaden. I Sverige är 30-dagars-dödligheten 3 procent efter öppen kirurgi och 0,5 procent efter EVAR. Men kärlprotesen kräver efter hand betydligt fler behandlingar på grund av komplikationer, och i ett längre perspektiv blir behandlingsresultaten jämförbara.

KLARAR INGREPPET

I kommentaren skriver SBU att öppen operation kan vara fördelaktigt för yngre patienter som klarar sådana ingrepp bättre, men för att veta mer om vilken metod som lämpar sig bäst i en viss patientkategori behövs ytterligare studier av nytta och risker för olika riskgrupper.

EVAR medför högre kost-

nader än öppen kirurgi, och enligt en brittisk hälsoekonomisk analys av de fyra studier från olika länder som ingick i Cochrane-översikten är EVAR inte kostnadseffektivt på lång sikt. Men SBU:s kommentar framhåller att det är svårt att översätta kostnadsanalyser från länder som har helt andra sjukvårdssystem – en av studierna har gjorts i USA. [RL]

Kommentaren om endovaskulär behandling av bukaortaaneurysm finns på www.sbu.se. Sakkunnig: Prof Anders Wanhainen, kärlkirurgi, Uppsala universitet. Projektledare SBU: Anna Mattsson och Mikael Nilsson. Kontakt: nilsson@sbu.se

De rapporter som kommenteras är:

- Paravastu SC, et al. Endovascular repair of abdominal aortic aneurysm. Cochrane Database Syst Rev 2014 Jan 23;1:CD004178.

- Epstein D, et al. Long-term cost-effectiveness analysis of endovascular versus open repair ... Br J Surg 2014;101:623-31.

SÅ ÅTGÄRDAS AORTABRÅCK

Bråck på kroppspulsådern betyder att kärlväggen är svag och innebär stor risk för dödsfall till följd av att aorta så småningom brister. Därför opereras bråck i förebyggande syfte när risken för livshotande blödning anses överväga riskerna med själva ingreppet. Detta brukar gälla bråck som är från 55 mm i diameter, för kvinnor och yngre män ibland från 50 mm.

Bråcket kan repareras på två sätt: antingen öppnar man bukväggen, tar bort den vidgade delen och ersätter denna med ett konstgjort kärl som sys fast, eller så går man in med en kateter via lumsken och placerar en kärlprotes som är förstärkt med ett rör av metallnät (stent) inuti bråcket, så kallad *endovascular aortic repair*, EVAR.

Vid öppen operation sövs patienten och vårdtiden är normalt 4–6 dagar. Med EVAR räcker det oftast med lokalbedövning och vårdtiden brukar vara 3–4 dagar. I Sverige opereras drygt hälften av patienterna via lumsken.

Hos personer som inte enbart har ett bråck på aorta utan också allvarligt sviktande hjärta, lungor eller njurar kan det hända att riskerna med ett ingrepp är större än nyttan. Då brukar man avstå från operation eller erbjuda operation om aneurysmet växer ytterligare. Man eftersträvar god blodtryckskontroll.



HÖFTFRAKTUR

Bättre och billigare att samarbeta i team när äldre rehabiliteras

Om ett sammansatt så kallat interdisciplinärt team ansvarar för rehabiliteringen, får den äldre bättre aktivitets- och funktionsförmåga efter operationen. Patienten får också mindre svårt att förflytta sig. Det handlar om förmågor som kan göra stor skillnad i vardagen.

Om rapporten

Rehabilitering av äldre personer med höftfrakturer – interdisciplinära team (2015). Projektledare SBU: Sten Anttila, anttila@sbu.se. Ordförande: prof Karl-Göran Thorngren, Ortopediska kliniken, Skånes Universitetssjukhus, Lund.

Hela rapporten med fullständig sammanfattning finns på www.sbu.se/235

Sköra äldre personer med många hälsoproblem får sällan samordnad hjälp när de har råkat ut för en höftfraktur och opererats. Olika vårdprofessioner kopplas in när något problem blir uppenbart, men utan att någon grundlig geriatrisk bedömning av behoven har gjorts och utan gemensam planering, samordning och uppföljning av insatserna.

SBU:s sammanställning av all tillgänglig forskning visar att rehabilitering som sköts av interdisciplinära team gör att sköra äldre kan fungera bättre och förflytta sig bättre. De blir mindre beroende av hjälp i vardagen.

KLARAR SIG BÄTTRE

De äldre blir bättre på att klara personlig vård, klä sig,

sköta sin hygien och göra toalettbesök utan hjälp. De har lättare att gå på olika underlag, hålla balansen och resa sig från sittande. Däremot påverkas inte överlevnaden eller möjligheten att bo i eget hem efter utskrivning.

–Vi vet inte säkert varför interdisciplinära team ger bättre resultat än vanlig vård, men en tänkbar förklaring

SBU:S SLUTSATSER INTERDISCIPLINÄRA TEAM

► Vid rehabilitering av äldre patienter efter operation av höftfraktur ger interdisciplinära team bättre fysisk aktivitets- och funktionsförmåga än konventionell rehabilitering. Detsamma gäller förflyttningsförmåga.

Det saknas underlag för att lyfta fram något specifikt interdisciplinärt program som bättre än något annat.

► Möjligheten att bo i eget hem efter utskrivning påverkas däremot inte av att det är ett interdisciplinärt team som ansvarar för rehabiliteringen. Inte heller överlevnaden påverkas.

► Det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma effekten på livskvalitet, kognitiv funktion, depression och komplikationer. Det går inte heller att bedöma hälsoekonomiska effekter eller konsekvenser för närstående.





skulle kanske kunna vara att det minskar risken att missa något viktigt i bedömningen eller uppföljningen, säger Sten Anttila, sociolog och projektledare.

ENGAGERAR

– Andra förklaringar skulle vara att vårdkedjan hålls ihop bättre – och att vårdpersonalen blir gemensamt engagerad på ett sätt som också motiverar den äldre att delta mer aktivt i rehabiliteringen.

I ett interdisciplinärt team ingår det ofta läkare med geriatrisk eller ortopedisk kompetens, sjukgymnast, arbetsterapeut, sjuksköterska och kurator. Även dietister och socialarbetare kan ingå.

– Men det som skiljer ar-

betssättet från annan rehabilitering är inte så mycket vad som erbjuds utan hur. Interdisciplinära team bygger på samarbete, samordning och struktur.

– Detta fungerar bättre för sköra äldre personer med höftfraktur än vanlig vård på ortopedisk eller geriatrisk avdelning, säger Sten Anttila.

Alla i teamet arbetar mot ett gemensamt mål och möts regelbundet. Man gör en grundlig geratrisk bedömning och en individuell vårdplanering som omfattar nutrition, smärtbehandling och att patienten ska komma upp så snart som möjligt efter operationen. Man tränar vardagliga aktiviteter och muskelstyrka. En utskrivningsplan och upp-

följning är också väsentliga delar.

KOSTNADSBESPARANDE

Ur ekonomiskt perspektiv kan interdisciplinära rehabiliteringsteam visserligen leda till något högre personalkostnader på kort sikt än konventionell rehabilitering. Personalutbildning och kostnader för nödvändiga förändringar av arbetsorganisationen kan tillkomma. Samtidigt får de äldre bättre förmåga att fungera fysiskt, vara aktiva och förflytta sig, vilket kan minska kostnaderna för stöd i hemmet. Sammantaget skulle interdisciplinära rehabiliteringsteam efter operation av höftfraktur kunna vara kostnadsbesparande för samhället. [RL]

BAKGRUND

Rikshöft, det nationella kvalitetsregistret över hela vårdkedjan för patienter med höftfrakturer, kan ge en uppfattning om hur den vanliga rehabiliteringen fungerar i dag.

Före frakturen klarar 61 procent att gå ensam utomhus utan hjälp. Fyra månader efter operationen är siffran 40 procent.

Före frakturen lever 71 procent i eget boende, och fyra månader efter frakturen gäller detta 57 procent.



SBU:S SLUTSATSER | DEPRESSION HOS ÄLDRE

► Många äldre med depression blir inte tillräckligt hjälpta av antidepressiva läkemedel. I korttidsstudier har selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) inte haft påtagligt bättre effekt än placebo för äldre med depression. Men för dem som förbättras under

SSRI-behandling kan underhållsbehandling upp till ett år förebygga återinsjuknande.

► Den selektiva serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmaren duloxetin har utvärderats specifikt vid återkommande depression hos äldre och har en något bättre

effekt än placebo på kort sikt, men ger ofta biverkningar som kan innebära särskilda problem för äldre.

► Psykologisk behandling i form av problemlösningsterapi kan minska depressionssymtom hos personer över 65 år med sviktande hälsa, men

tillgången till sådan behandling är begränsad. Effekter av övrig psykologisk behandling behöver undersökas i fler och större studier som avser både nytta och risk; detsamma gäller för fysisk aktivitet vid depression hos äldre.

DEPRESSION

Att ompröva behandlingsförsök är viktigt för deprimerade äldre

Det är angeläget att försöka behandla depression hos äldre, att följa upp effekten noggrant och att vara observant på att många inte blir tillräckligt bra med läkemedel. Det kan behövas andra metoder, och kunskapen om dessa måste bli bättre.

Även om några äldre patienter kan ha nytta av SSRI-läkemedel, är effekten sällan tillräcklig. Och läkemedlet duloxetine, som har en viss effekt på kort sikt, ger ofta biverkningar som kan innebära särskilda problem för äldre, till exempel muntorrhet, yrsel och förstopning eller diarré.

Samtidigt är det magert med forskningsresultat om icke-farmakologiska metoder.

MINDRE SYMPTOM

Problemlösningsterapi, en enklare form av kognitiv beteendeterapi (KBT), kan minska depressionssymtom hos personer över 65 år med sviktande hälsa. Men tillgången till sådan terapi är begränsad.

Effekten av fysisk aktivitet, som kanske skulle kunna vara ett komplement, är också oklar. De studier som har gjorts är för små, och många försöksdeltagare har inte fullföljt programmet.

Inte heller effekten av elbehandling (ECT) har studerats särskilt hos äldre. Vid svår depression är ECT generellt ett viktigt behandlingsalternativ. Enligt det nationella kvalitetsregistret för elbehandling verkar metoden åtminstone inte ha sämre effekt för personer över 50 år.

LÅG LIVSKVALITET

Depression hos äldre leder till ett stort lidande och betydande kostnader för samhället.

De genomsnittliga vårdkostnaderna ökar till minst det dubbla, och för några blir livskvaliteten mycket låg. Den informella vård och omsorg som ges av anhöriga ökar kraftigt.

DISKRIMINERING

Kartläggningar av psykiatrisk vård för äldre tyder på att gruppen i praktiken ofta nedprioriteras på ett sätt som inte stämmer med riksdagens etiska plattform för prioriteringar. Det är viktigt att personliga, professionella eller politiska särintressen inte tillåts påverka prioriteringar och klinisk praxis på ett sätt som innebär att äldre diskrimineras, skriver SBU i rapportens sammanfattning. [RL]

► De behandlingar som enligt denna rapport har dokumenterad effekt har ännu inte utvärderats i hälsoekonomiska studier. Eftersom behandlingskostnaderna per individ ofta är relativt låga, är det dock sannolikt att effektiv behandling också är kostnadseffektivt.

► Nyta och risk med depressionsbehandling är otillräckligt studerat för sköra äldre över 65 års ålder. Det behövs kunskap om hur depressionsbehandling ska anpassas till dessa individers behov.

► I väntan på mer kunskap om hur depressionsbehandling på bästa sätt ska utformas för äldre är det särskilt viktigt att följa upp behandlingsresultatet noggrant och att ompröva behandlingsstrategin om patienten inte tillfrisknar.

Om rapporten

Behandling av depression hos äldre (2015). Projektledare SBU: Ulf Jonsson, bitr projektledare Göran Bertilsson, bertilsson@sbu.se

Hela rapporten med fullständig sammanfattning finns på www.sbu.se/233



Chris F.

Alex Slobodkin / Getty

SBU kommenterar



Beslutsstöd fungerar bättre om de även riktas till patienter

De beslutsstöd som verkar fungera bäst är system som inbegriper patienten, som markerar viktiga avvikelser och som frågar om orsaken när behandlingsråd inte följs. Samtidigt får inte sådana varningar stoppa upp arbetet, skriver SBU i en kommentar.

Kliniska beslutsstöd är datorstödda system som ger patientspecifika råd, det vill säga råd som utgår från uppgifter om en enskild patient.

Kunskapsunderlaget för råden varierar men de kan på olika sätt – och mer eller mindre tydligt – innefatta evidens, riktlinjer och rekommendationer.

Systemen kan rikta sig till läkare, annan hälso- och sjukvårdspersonal och patienter.

Vissa system integreras i journalen, medan andra är särskilda programvaror som används vid sidan av.

En analys av beslutsstödens egenskaper som SBU har granskat visar att dessa oftare är effektiva när de även riktar sig till patienter. Det kan till exempel gälla påminnelser om uppföljning eller målvärden som ges skriftligt under läkarbesöket eller vid ett senare tillfälle – elektroniskt, per telefon eller i ett brev.

Analysen har publicerats i tidskriften BMJ och bygger på 162 randomiserade kontrollerade studier.

BEGÄR FÖRKLARING

System som ber om en förklaring när användaren gör avsteg från olika råd är oftare effektiva. Samtidigt vill man undvika att arbetet stoppas

upp av påminnelser och varningar som bryter in i arbetsflödet. Därför provas nu system som flaggar utan att kräva omedelbar åtgärd.

FÄRRE FLAGGOR

SBU:s kommentar diskuterar vikten av att hushålla med varningar som kräver en förklaring. Om dessa blir för många och uppfattas som irrelevanta skulle det kunna uppstå ett slags uttröttnings- och vårdpersonalen kanske missar något väsentligt.

I Sverige har systemen efter hand fått allt fler varningsflaggor, till exempel om riskfylld användning och olämpliga kombinationer av läkemedel. Det pågår ett utvecklingsarbete där man försöker begränsa sådana påminnelser till de allra viktigaste. [RL]

Kommentaren om egenskaper hos datorstödda kliniska beslutsstöd finns på www.sbu.se. Sakkunnig: Dick Stockelberg, docent, medicinsk chef, Inera AB. Kontaktperson SBU: Pernilla Östlund, ostlund@sbu.se

Den systematiska översikt som kommenteras är: Roshanov PS, et al. Features of effective computerised clinical decision support systems: meta-regression of 162 randomised trials. BMJ 2013;346:f657.



Mindfulness kan ge viss lindring vid hälsoproblem

Mindfulness kan ge viss lindring av ångest, depression och smärta hos personer med olika slags hälsoproblem, men det går inte att avgöra hur metoden står sig mot specifika terapier.

Meditationsprogram som bygger på mindfulness kan ge något mindre ångest, depression och smärta än ospecifika åtgärder som livsstilsrådgivning för personer med olika slags hälsoproblem.

Det visar en systematisk litteraturoversikt från *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) som SBU har granskat och kommenterat.

SBU påpekar att det inte går att bedöma om mindfulness är bättre eller sämre än andra strukturerade behand-

lingsformer eller terapier, som kognitiv beteendeterapi, KBT. Och trots att mindfulness syftar till att förbättra psykisk funktionsförmåga och välbefinnande, är det få studier som har undersökt just detta.

De studier som finns gäller främst effekter på sinnesstämning, uppmärksamhet, smärta och beteenden som har betydelse för hälsan och som påverkas av stress, till exempel missbruk. Eventuella negativa effekter har sällan undersökts, men hittills har inga sådana observerats.

KORTA OCH VARIERANDE

Många studier har kort uppföljningstid. Både programmens innehåll och omfattning varierar, liksom typen av kontrollgrupp. Eftersom studiedeltagarna alltid vet vilken

behandling de får och resultaten mäts med subjektiva mått finns det en betydande risk för förväntningseffekter.

Mindfulness-teknik bygger på träning i att vara uppmärksam på det som händer i stunden, utan att döma och med en accepterade inställning. Även formella meditationsövningar ingår, ofta med fokus på andningen. I Sverige pågår studier av meditationsträning bland annat för personer med cancer och beroendeproblem. [RL]

Kommentaren finns på www.sbu.se. Sakkunnig: Doc Richard Bränström, leg psykolog, Karolinska institutet. Kontaktperson SBU: Marie Österberg, osterberg@sbu.se

Den systematiska översikt som kommenteras är: AHRQ. Meditation Programs for Psychological ... Comparative Effectiveness Review nr 124, 2014.

EXEMPEL PÅ SBU-PROJEKT

ARBETSMILJÖ & ARTROS

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

ARBETSMILJÖ & HJÄRT-KÄRLSJKDOM

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

BEHANDLING AV ARMFRAKTUR HOS ÄLDRE

Kontakt: stenstrom@sbu.se
Planerad publ: vår 2017

BIPOLÄR SJUKDOM

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

DIAGNOSTIK VID SKAKVÅLD

Kontakt: arnlind@sbu.se
Planerad publ: vinter 2016/17

DJUP TRANSKRANIELL MAGNETSTIMULERING VID DEPRESSION

Kontakt: pettersson@sbu.se
Planerad publ: sommaren 2015

FORMULÄR FÖR ATT BEDÖMA SUICIDRISK

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

FÖREBYGGA LÅNGVARIG SMÄRTA

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

FÖREBYGGA MISSBRUK HOS BARN & UNGA

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

ICKE-INVASIV FOSTERDIAGNOSTIK: TRISOMI 21, 18, 13

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

NYA METODER FÖR FOSTERDIAGNOSTIK

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

OPERATION VID GALLBESVÄR

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

SJÄLVSKADEBETEENDE: FÖREBYGGANDE PROGRAM I SKOLAN

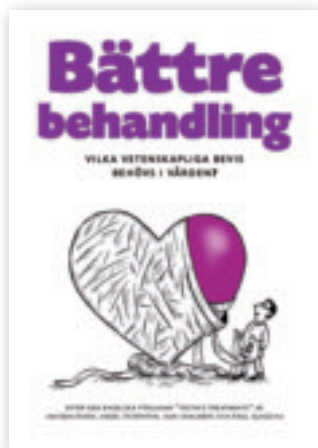
Kontakt: pettersson@sbu.se
Planerad publ: sommar 2015

SJÄLVSKADEBETEENDE: PATIENTUPPLEVELSER

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



NYTT STÖD FÖR PATIENTER ATT ANVÄNDA EVIDENS



En ny webbtjänst och bok ger stöd för en mer vetenskaplig syn på hälsoråd.

Allt fler söker information på nätet om sjukdom och behandling. Hälsoråd och behandlingsrekommendationer sprids i olika medier. Fakta blandas med reklam, löften och larm, och det framgår sällan vad som är vad.

Ett brittiskt initiativ kallat *Testing treatments* ger patienter, närstående och en intresserad allmänhet bättre möjlighet att skilja agnarna från vetet. Materialet har nyligen kommit i en svensk utgåva, både som bok och en kost-

nadsfri nätupplaga på <http://se.testingtreatments.org>

Den svenska versionen, som har översatts och bearbetats av SBU, har titeln *Bättre behandling – vilka vetenskapliga bevis behövs i vården?* Den tar upp frågor som:

- Hur kan forskning visa om en viss behandlingsmetod är bättre än en annan?
- Vilka vetenskapliga bevis behövs – och vilka forskningsresultat kan man lita på?
- Varför räcker det sällan med en enda vetenskaplig studie?

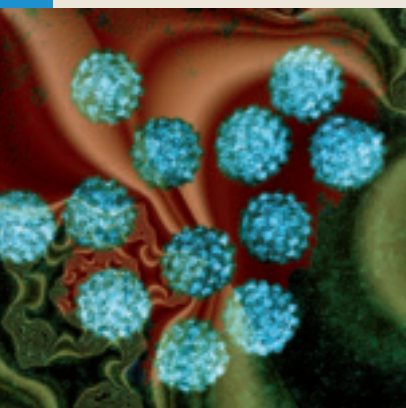
Bakom den engelskspråkiga förlagan står tre läkare och en patientföreträdare:

Iain Chalmers som grundade Cochrane Collaboration, Imogen Evans, Paul Glasziou och Hazel Thornton. Materialet har nu översatts till tio andra språk.

Författarna diskuterar vilka typer av belägg man borde söka efter och hur lekmän kan bli bättre på att avgöra om en studie är rättvisande eller missvisande. De förespråkar också att patienter, närstående och allmänhet engagerar sig för att få viktiga frågor besvarade med välgjorda studier.

Boken finns för gratis nerladdning som pdf på www.sbu.se och i nätversion på <http://se.testingtreatments.org> men kan också köpas som tryckt bok. Se kupongen på nästa sida.

HPV-TEST BÄST SOM FÖRSTA PROV VID CANCERSCREENING AV LIVMODERHALSEN



Hittills har kvinnor bara screenats med cellprover som undersöks i mikroskop. Det är bättre att först göra ett HPV-test och att fortsätta med cellundersökning hos kvinnor som har infektionen.

I dag erbjuds screening för livmoderhalscancer till alla kvinnor mellan 23 och 60 år. Celler från livmoderhalsen undersöks i mikroskop, så kallad cytologisk undersökning.

Ett vetenskapligt underlag som SBU har tagit fram visar att HPV-testet är känsligare än cytologi när det gäller att påvisa förstadium till livmoderhalscancer. Det betyder att HPV-testet mer sällan missar förstadium till cancer, och därför fungerar bättre som första

test vid screening. Däremot har cellundersökningen bättre träffsäkerhet och ger färre falsklarm.

SAMMA PROV

Det mest effektiva är därför att kombinera metoderna – att börja med ett HPV-test och om detta är positivt gå vidare med cytologi. Båda undersökningarna kan utföras på samma cellprov.

Hos kvinnor i den åldersgrupp som screenas i dag uppskattas den nya strategin leda till 40 procent färre fall av livmoderhalscancer – kanske omkring 60 färre fall i den ålderskategorin. Främst körtelcancer skulle minska.

En nackdel med virustestet är att kvinnor kan bli mer oroliga av besked om att de

har en HPV-infektion än av att få veta att de har cellförändringar. I teorin skulle detta kunna leda till att fler avstår från screening, även om inget hittills tyder på detta.

Studier visar också att oron dämpas med tiden, och att det lugnar att få veta att infektionen är mycket vanlig. Det är viktigt att kvinnan ges bra information inför screening.

I dag undersöks kvinnor upp till 60 år. SBU:s granskning visar att även äldre har nytta av screening och att det finns underlag för att höja åldersgränsen.

Den evidens som SBU har tagit fram utgör grund för nya rekommendationer från Socialstyrelsen som väntas bli klara under våren 2015. [RL]

Den systematiska litteraturoversikten Screening för livmoderhalscancer med HPV-test finns på www.sbu.se/231. Projektledare SBU: Jan Adolfsson, adolfsson@sbu.se

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 • registrator@sbu.se
LAYOUT: Alenäs Grafisk Form • TRYCK: Elanders, Falköping, 2015
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 VÅRDANALYS, 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, LINKÖPINGS UNIV

Per Carlsson
CMT, LINKÖPINGS UNIV

Björn-Erik Erlandsson
MED TEKN, KTH, STOCKHOLM

Lennart Iselius
LANDSTINGET VÄSTMANLAND

Eva Lindström
PSYK KLIN, AKAD SJH, UPPSALA

Ylva Nilsagård
HÄLSOVETENSKAP, ÖREBRO UNIV

Lars Sandman
HÖGSKOLAN I BORÅS

Soante Tvetman
PEDODONTI & KARIOLOGI, KÖPENHAMNS UNIV, HALLANDS SJH

SBU AKTUELLT

ARBETS- OCH MILJÖMEDICINSKT VÄRMÖTE

Tid och plats: 22–24 april, 2015, Sheraton, Stockholm

Tema: Årligen återkommande forum för fortbildning, utbyte av information och erfarenheter inom arbets- och miljömedicin. SBU presenterar rapporten *Arbetsmiljöns betydelse för ryggproblem*.

Avgift exkl moms: 4 100 SEK

Information och anmälan: <http://varmotet2015.axacoevent.com>

GLOBAL EFFORTS IN KNOWLEDGE TRANSFER HTAI 2015

Tid och plats: 14–17 juni, 2015, The Radisson Blu Plaza Hotel, Oslo, Norge

Årlig konferens om vetenskaplig utvärdering av hälso- och sjukvårdens metoder, organiserad inom Health Technology Assessment International, HTAi

Huvudtema: Global Efforts in Knowledge Transfer: 1. Producing HTA – Knowledge in the 21st century 2. Using HTA – Needs of decision makers, clinicians and patients 3. International collaboration in knowledge synthesis and transfer – Is it worth the effort?

Arr: SBU (Sverige), Kunnskaps-senteret (Norge), THL (Finland), Region Midtjylland (Danmark), Fiohta (Finland)

Avgifter, information och anmälan: www.htai2015.org

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

SAMMANFATTNINGAR 2012–2015

Kostnadsfria*

-ex Rehab, äldre, höftfraktur (2015), nr 501-85
-ex Rehab, äldre, stroke (2015), nr 501-84
-ex Behandl depression, äldre (2015), nr 501-83
-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 förstämm-syndrom (2012), 501-67
-ex Implement psyk evidens primärvård (2012), nr 501-66
-ex Arbetets betydelse. Nacken ... (2012), nr 501-65

PATIENTINFORMATION

.....ex Bättre behandling – vilka vetenskapliga bevis behövs i vården? (2014) nr 1004. Pris 50 kr plus moms och frakt. Pensionärsrabatt: 25 procent. Mängdrabatt vid beställning över 10 exemplar: 25 procent.

För patientversioner av SBU-rapporter, se www.sbu.se

Trycksaker och faktura* skickas till:

Namn

Postadress

E-post

* När större antal kostnadsfria sammanfattningar beställs, debiteras frakt.

Frankeras ej.
Mottagaren
betalar portot

SBU

Statens beredning
för medicinsk utvärdering

Svarspost

Kundnr 200 876 34
110 03 Stockholm



Evidens om adhd efterlyses av de berörda

En arbetsgrupp bestående av personer med adhd, närstående och personal i vård och skola efterlyser svar på tio viktiga forskningsfrågor om insatser vid adhd.

En grupp brukare, närstående och personal från vård, skola och kriminalvård har på SBU:s uppdrag rankat de frågor som de helst vill att forskarna försöker besvara. Gruppens gemensamma lista toppas av frågor om risken för beroende

senare i livet för dem som har fått metylfenidat som barn, effekten av lärarstöd och effekten av så kallad multimodal behandling.

I arbetsgruppen med 13 personer ingick dels personer med adhd och närstående, dels psykologer, psykiater, läkare, kriminalvårdsinspektör, skolkurator och specialpedagog. De använde en stegvis metod som har utvecklats av den brittiska organisationen *James Lind Alliance*.

Av sammanlagt 39 obesvarade forskningsfrågor som SBU tidigare hade identifierat, fick varje deltagare välja de tio viktigaste. Efter den första omgången gick de tjugo högst rankade frågorna vidare till en workshop i smågrupper med hälften brukare och hälften personal. Efter diskussion enades smågrupperna om var sin topp-10-lista, och slutligen träffades samtliga deltagare för att ta fram en gemensam färdig lista. [RL]

Lästips

http://www.sbu.se/upload/Prio_VKL/Behandlingsmetoder_adhd_10_kunskapsluckor.pdf

DE HÖGST RANKADE FORSKNINGSFRÅGORNA

1. Finns det risk för att utveckla beroende senare i livet om man behandlas med metylfenidat som barn?

2. Vilka effekter* har lärarstöd?

3. Vilka effekter* har multimodal behandlingsinsats?

4. Vilket läkemedel ger bäst effekt och minst biverkningar,

atomoxetin eller metylfenidat?

5. Vilka effekter* har metylfenidat vid samtidigt substansmissbruk?

6. Vilka effekter* har föräldrastödsprogram?

7. Vilka effekter* har stöd-samtal?

8. Vilka effekter* har datorstödd arbetsminnesträning?

9. Vilka effekter* har psyko-
edukativ behandling?

10. Vilka effekter har melatonin vid sömnbesvär?

*Avser både positiva och negativa effekter. Positiv effekt av behandling betyder förändring av så kallade kärnsymtom (ouppmärksamhet, hyperaktivitet/impulsivitet).

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

SBU-RAPPORTER 2010–2015

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

-ex Rehab, äldre, höftfraktur (2015), nr 235, 150 kr
-ex Rehab, äldre, stroke (2015), nr 234, 150 kr
-ex Behandl depression, äldre (2015), nr 233, 200 kr
-ex Nytt/risk f läkemedel, äldre (2014), nr 229, 150 kr
-ex Kosttillskott, undernärda äldre (2014), nr 228, 150 kr
-ex Arbetets betydelse för ryggproblem (2014), nr 227, 200 kr
-ex Svårsläktasår 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 & sömnstörning (2013), nr 216, 200 kr
-ex Autismspektrumtillstånd (2013), nr 215, 250 kr
-ex Skattning av njurfunktion (2012), nr 214, 250 kr
-ex Schizofreni. Läkemedel, patientens delaktighet o vårdens organisation (2012), nr 213, 250 kr
-ex Diagnostik och uppföljning av förstärknings-syndrom (2012), nr 212, 250 kr
-ex Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården (2012), nr 211, 150 kr
-ex Arbetets betydelse för besvär och sjukdom: Nacken och övre rörelseapp (2012), nr 210, 250 kr
-ex Godartad prostataförstoring (2011), nr 209, 250 kr
-ex Blödarsjuka (2011), nr 208, 200 kr
-ex Förebygg sexövergrepp, 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 föranleds av bestämmelserna i personuppgiftslagen, PuL. SBU är skyldig att på din begäran rätta, blockera och utplåna uppgifter enligt § 28 i PuL. Enligt PuL har varje registrerad rätt att en gång per år, efter skriftlig ansökan, erhålla besked om huruvida personuppgifter som rör den sökande behandlas eller ej (§ 26).