

Vetenskap & Praxis

Information från SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering



Hur mår de sämst ställda?

Människors sociala och ekonomiska förhållanden avspeglas i deras hälsa. De som har kortare utbildning anger ett sämre allmänt hälsotillstånd och dör oftare i förtid av hjärtsjukdom, stroke, cancer, olyckor, självmord och alkoholrelaterade tillstånd. Nu ska en statlig kommitté ge förslag på vilka åtgärder som kan minska hälsoklyftan i samhället.

Läs vidare på sidan 2 ►

SBU – KUNSKAPSCENTRUM FÖR VÅRDEN OCH SOCIALTJÄNSTEN

Nya rapporter Upplevelser vid självskada 4 • Skolprogram mot suicidförsök 6

Fosterdiagnostik av trisomi 8 • Bedömningsformulär för suicidrisk 10

Arbetsmiljö & hjärt-kärlsjuka 12 • Nyare läkemedel vid bipolär sjukdom 14

LÄS OCKSÅ HÄLSOKLYFTAN 1 • ÖVERMÄKTIGA KRAV 2 • KUNSKAP FÖR SOCIALT ARBETE 16 • EKONOMIN I SOCIALT ARBETE 18 • CTG NÄR BARNET FÖDS 19 • IBS 21 • D-VITAMIN + KALCIUM MOT FRAKTUR 22 • ALKOHOLSKADOR HOS BARN 22 • LÅNGVARIG RYGGSMÄRTA 24

När kraven blir övermäktiga

FÖRVÄNTNINGARNA PÅ VÅRD- och omsorgspersonal är höga. Deras uppdrag är att hjälpa människor till en god hälsa och en skälig levnadsnivå, som det heter i lagen. Men vad händer med den som ständigt känner sig otillräcklig i ett sådant yrke – till exempel om verksamheten är underbemannad? Han eller hon blir inte bara stressad utan får också dåligt samvete – en sten på bördan, som spår på stressen ytterligare. Forskare har myntat begreppet samvetsstress, på engelska *stress of conscience* eller *moral distress*.

Fenomenet är nog alltför välkänt för många som arbetar i hälso- och välfärdssektorn. Till exempel visar en färsk avhandling vid Umeå universitet att vårdpersonal inom äldreomsorgen ofta plågas av dåligt samvete för att de inte lyckas leva upp till förväntningarna i jobbet, sina egna och andras. Ett annat exempel skulle kunna vara vårdens svårigheter att möta personer med självskadebeteende. Läs mer på sidan 4 i detta nummer av SBU:s tidning (som förresten fått en uppräskad form).

Problemet har beskrivits även inom socialtjänsten. Häromdagen läste jag en intervjuundersökning av socialsekreterare. Det är en liten studie – 32 intervjuer hade genomförts enskilt eller i grupp – och intervjufrågor har ju alltid sina svagheter. Men som tankeväckare och diskussionsämne är den ändå klart intressant.

»Samvetsstress
drabbar också
dem som man är
satt att hjälpa.«

FRÅGORNA GÄLLDE intervjupersonernas erfarenheter av stressande situationer och perioder i arbetet och hur de hanterade dem. Med hjälp av en metod där två av varandra oberoende forskare tolkade svaren i flera steg, gick det att urskilja ett mönster.

Samtliga stressande situationer som socialsekreterarna beskrev kunde tolkas som obalans mellan arbetskrav och resurser. Enligt forskarna använde socialsekreterarna fem huvudstrategier att klara läget: försöka arbeta ännu hårdare (något som kan gå ut över hälsan), sänka kvalitetskraven (vilket går ut över dem man ska hjälpa), minska sitt engagemang (något som kan leda till cynism), påtala problemen (vilket kanske är det bästa eftersom det kan leda till förändring) eller bestämma sig för att lämna sin anställning (vilket kan vara svårt, samtidigt som verksamheten förlorar kunskap och kontinuitet). De intervjuade använde flera strategier samtidigt och kunde växla mellan dem.

Precis som annan skadlig stress – där det ofta handlar om för höga krav i arbetet kombinerat med för små möjligheter att påverka (se sidan 12) – drabbar samvetsstress inte bara individen själv utan också de människor som man är satt att hjälpa. Inom vård och omsorg riskerar detta att bli en ond cirkel.

Den avgörande frågan är hur beslutsfattarna hanterar läget. Kunskapsstöd hjälper föga om personalen aldrig hinner ta till sig dem och inte orkar jobba kvar. När arbetet inom vård, omsorg och socialt arbete blir så tungt att personalen dränkas på kunskap och medkänsla är välfärdssektorn inte längre värd sitt namn.



Ragnar Levi Chefredaktör

SOCIALA OCH EKONOMISKA

förhållanden har stor betydelse för hälsan, även i ett jämförelsevis rikt land som Sverige. Samtidigt som medellivslängden i landet ökar, är skillnaderna i hälsa tydliga och i vissa fall ökande mellan de bäst ställda och dem som har det sämst.

Klyftan är tydlig nästan oavsett vilket hälsoproblem det gäller. Några exempel:

- Att dö i förtid är vanligare i lägre samhällsklasser än i högre. Den återstående medellivslängden vid trettio års ålder är fem år kortare bland personer med kort utbildning än bland dem med lång utbildning*.
- De vanligaste dödsorsakerna bland personer med kort utbildning är till exempel hjärtsjukdom, stroke, cancer, olyckor, självmord och alkoholrelaterade diagnoser, det vill säga desamma som hos den övriga befolkningen.
- Personer med kort utbildning rapporterar sämre allmänt hälsotillstånd och drabbas mer av psykisk ohälsa.
- Barn som lever i ekonomiskt utsatta familjer löper större risk att av olika skäl bli inskrivna på sjukhus.
- Barn som lever under sämre socioekonomiska förhållanden råkar oftare ut för skador till följd av olyckshändelser.

TANDHÄLSA VISAR EN likartad bild. Både tandhälsan och antalet tandvårdsbesök skiljer sig åt i olika socioekonomiska grupper. De socioekonomiskt svaga avstår oftare från att besöka tandvården trots att de skulle behöva det, och bland personer som säger att de har dålig tandhälsa anges ekonomiska skäl oftare som orsak till att de inte söker tandvård.

Det finns många tänkbara orsaker till hälsoklyftorna. En del av förklaringen

* Människors utbildningsnivå används ofta som ett mått på deras allmänna sociala och ekonomiska status men är inte i sig avgörande för hälsan.

Sociala hälsoklyftor

Studier av samband mellan människors socioekonomiska förhållanden och deras hälsa använder inte experimentella metoder. I stället jämförs befintliga grupper med varandra och utvecklingen över tid studeras. Sådana metoder medför alltid vetenskapliga svårigheter. Olika grupper och tidpunkter är inte helt jämförbara, och resultaten kan därför bli osäkra. Många faktorer kan spela in vid sidan av just den som man vill studera, och det kan vara svårt att dra slutsatser om orsak och verkan.



SBU har i uppdrag att göra vetenskapliga utvärderingar inte bara på hälso- och sjukvårdens område utan sedan 1 juli 2015 även inom socialtjänsten. Det betyder att de systematiska litteraturoversikterna även kan gälla äldreomsorg, stöd till personer med funktionsnedsättning samt individ- och familjeomsorg.

finns i levnadsvanorna. Till exempel är rökning vanligare bland personer med låg utbildning och låga inkomster. Bland dem som har lägst utbildningsnivå är dödsfall med koppling till alkohol mer än tre gånger vanligare än bland dem som har högst utbildning. Andra beteenden som skulle kunna bidra till skillnader i hälsan är fysisk aktivitet och matvanor.

FLER FÖRKLARINGAR FINNS i människors arbetssituation och psykosociala miljö, som i sin tur hänger ihop med sociala och ekonomiska förhållanden. Så till exempel har samband mellan arbetslöshet och olika former av ohälsa påvisats i många studier. Även om inte alla undersökningar kan visa vad som är orsak och vad som är verkan, hur hälsoriskerna påverkas av andra samtidiga förhållanden eller vilka sjukdomsmekanismer som ligger bakom, så är sambandet mellan arbetslöshet och sjukdom välkänt.

FÖR DEM SOM HAR ett arbete har möjligheterna att påverka och kontrollera arbetsmiljön betydelse för hälsan.

Till exempel visar SBU i en aktuell forskningsöversikt att hjärt-kärlsjukdom oftare utvecklas hos personer som upplever att arbetssituationen innebär små möjligheter att påverka i kombination med alltför höga krav. Detsamma gäller för personer som upplever sig ha låg kontroll över sitt arbete eller att arbetet är pressande och

för dem som upplever obalans mellan ansträngning och belöning.

Detsamma gäller personer som känner att de har dåligt stöd i arbetet, att de utsätts för orättvisor, att de har liten möjlighet att utvecklas i arbetet eller att anställningen är osäker, till exempel med oro för att arbetsplatsen ska läggas ner.

Den nya SBU-rapporten (som presenteras på sidan 12) visar också att stroke oftare drabbar personer som har låg kontroll över sitt arbete, personer som arbetar skift och personer som utsätts för buller i sitt arbete.

De sociala och ekonomiska skillnaderna i samhället avspeglas också i var man bor. Enligt Socialstyrelsens lägesrapport 2015 om tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvården och socialtjänsten varierar andelen personer som får försörjningsstöd mellan kommunerna (och stadsdelarna i storstäder) från 0,5 till 18,8 procent.

ATT DET FINNS ETT SAMBAND mellan människors ställning i samhället och deras hälsa är långt ifrån en ny insikt. I dag finns det betydande vetenskaplig kunskap om sambanden mellan välfärd och hälsa, och problemen med hälsoklyftor har fått större uppmärksamhet internationellt, både av Världshälsoorganisationen WHO och EU. Den särskilda kommission som WHO tillsatte för tio år sedan utfärdade tre rekommendationer för att utjämna skillnaderna i hälsa:

- förbättra förutsättningarna för människors dagliga liv
- motverka den orättvisa fördelningen av makt, pengar och resurser
- mät och förstå problemet och bedöm effekterna av olika åtgärder.

I Sverige har regeringen i år tillsatt en kommission för jämlik hälsa, och även där betonas att förväntade förslag ska bygga på befintlig, vetenskapligt grundad kunskap om riskfaktorer och åtgärder. Förslaget ska vara klart i maj 2017.

FRÅN DEN 1 JULI 2015 kommer SBU att inte enbart granska hälso- och sjukvårdens metoder, utan också utvärdera forskningsresultat om socialt arbete, åtgärder som direkt påverkar människors sociala situation. (Se även artikeln på sidan 16.) Regeringen har alltså utökat myndighetens uppdrag. Det är en naturlig utveckling, bland annat för att kopplingen mellan sociala förhållanden och hälsa är så tydlig. Både socialt arbete och hälso- och sjukvård ska leda till att människor får det bättre.

Verksamheterna påverkar dessutom varandra – vårdens effekter på människors hälsotillstånd har följder för deras sociala och ekonomiska situation, som i sin tur påverkar hälsan, bland annat via arbetsmiljö, hemförhållanden och levnadsvanor. Socialtjänstens klienter har ofta hälsoproblem, och sjukdom kan få följder för människors sociala och ekonomiska situation.

Ska man få en tydlig helhetsbild av hur människor har det, hur de mår och vilken hjälp de behöver, kan deras socioekonomiska och medicinska status inte betraktas var för sig utan måste ofta bedömas tillsammans. ♦ **RL**

Lästips

Socialdepartementet. Kommittédirektiv. En kommission för jämlik hälsa. Dir 2015:60. Finns på www.regeringen.se

SBU. Arbetsmiljöns betydelse för hjärt-kärlsjukdom. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: SBU, 2015. Finns på www.sbu.se

Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2015. Finns på www.socialstyrelsen.se

WHO. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Genève, Schweiz: WHO, 2008.

EU-kommissionen. Solidaritet i hälsa: att minska ojämlikhet i hälsa i EU. Meddelande från kommissionen till Europaparlamentet, rådet, Europeiska ekonomiska och sociala kommittén samt Regionkommittén. KOM (2009) 567. Finns på <http://eur-lex.europa.eu>

Självskada Ändrad attityd i vården kan vara första steget mot bättre hjälp

Många med självskadebeteende har svårt att söka hjälp. De känner sig varken sedda eller kunnigt och respektfullt bemötta av personal som egentligen skulle kunna vara ett stöd. Om vården i stället lyckas skapa ett förtroendefullt samarbete kan det bli möjligt att komma ifrån självskador som ett sätt att reglera plågsamma känslor och straffa sig själv.

Personer med självskadebeteende efterlyser ett stödjande och lyssnande förhållningssätt från vården. I dag upplever många ett helt annat bemötande, enligt SBU:s genomgång av forskningen på området.

Studier i olika europeiska länder, däribland Sverige, visar att vuxna som kommer till vården uppfattar att personalen dömer, inte lyssnar och inte har tillräckliga kunskaper i psykiatri och om självskadebeteende.

PERSONER MED SJÄLVSKADEBETEENDE uttrycker att de sällan erbjuds möjlighet att delta i vårdplaneringen, att kontinuiteten brister i fråga om behandlingsplaner och bemanning samt att vården saknar meningsfullt innehåll.

Upplevelserna är inte bara ett kort-siktigt problem – de kan också fortsättningsvis ha betydelse. En bra kontakt som präglas av medinflytande, kontinuitet och respekt kan vara avgörande för personer med den här typen av problem, konstaterar SBU i sin granskning.

I TILLSPETSDE SITUATIONER där omgivningen måste sätta gränser eller vidta tvångsåtgärder för att förhindra ännu värre skador krävs det en förtroendefull kontakt för att åtgärderna inte ska uppfattas som straff. Det är viktigt att den typen av åtgärder förklaras av personalen på ett respektfullt sätt.

Forskningen visar att ungdomar som skadar sig själva ofta upplever att det är svårt att söka hjälp och berätta om problemen för personer som skulle kunna ge stöd. Unga vänder sig oftast till kamrater, samtidigt som de känner att de behöver stöd från vuxna.

OMGIVNINGEN KAN Å SIN SIDA ha svårt att förhålla sig till beteendet, som väcker känslor av misslyckande och maktlöshet. Närstående, som föräldrar och syskon, kan behöva stöd och handledning. Bland personal inom vård, socialtjänst och skola krävs både kunskap om beteendet och ett medvetet stödjande förhållningssätt.

Orsakerna till självskadebeteende kan vara olika och tolkningsmöjligheterna är många. Både vuxna och unga beskriver det som ett sätt att reglera plågsam vrede, ångest, sorg och frustration. Andra ser beteendet som ett slags självbestraffning, och några upplever att det sätter stopp för deras självmordstankar eller -handlingar.

SBU:s granskning är ett regeringsuppdrag som har genomförts på förfrågan av det nationella självskadeprojektet. ♦ **RL**

Om rapporten

Erfarenheter och upplevelser av bemötande och hjälp bland personer med självskadebeteende (2015). Projektledare SBU: Sophie Werkö, sophie.werko@sbu.se. Hela rapporten med fullständig sammanfattning finns på www.sbu.se



Självskadebeteende

Den här rapporten gäller icke-suicidalt självskadebeteende, på engelska *non-suicidal self-injury* (NSSI), dvs handlingar där individen avsiktligt skadar sig själv fysiskt men utan avsikt att ta sitt liv. Problemet är utbrett – i svenska skolor anger 15–20 procent av alla ungdomar att de vid minst fem tillfällen utfört sådana handlingar – och är vanligare bland flickor än bland pojkar. Beteendet börjar vanligen i 12–14 årsåldern.



SBU:S SLUTSATSER UPPLEVT BEMÖTANDE

► Vårdens omhändertagande av personer med självskadebeteende och attityderna bland vårdpersonal kan förbättras betydligt. God kontakt mellan vårdpersonal och vuxna personer* med självskadebeteende, som också innehåller medinflytande, kontinuitet och respekt kan vara avgörande för det fortsatta omhändertagandet. I dag upplever många vuxna att vårdpersonal är dömande, inte lyssnar och saknar tillräcklig kunskap både i psykiatri och om självskadebeteende. De uttrycker att de sällan erbjuds möjlighet att vara delaktiga i vårdplaneringen, att kontinuiteten brister i fråga om behandlingsplaner och bemanning samt att vården saknar meningsfullt innehåll.

► I de fall som gränssättning eller tvångsåtgärder används är det särskilt viktigt att det genomförs på ett respektfullt sätt. En god vårdkontakt, där en förklaring till genomförd tvångsåtgärd/gränssättning kommuniceras och förstås, krävs för att undvika att vuxna personer* med självskadebeteende upplever att åtgärderna används som straff eller konsekvens.

► Det är viktigt att ungdomar med självskadebeteende kan berätta om detta för personer i sin omgivning som kan ge stöd. I dag upplever många av ungdomarna svårigheter att berätta och söka hjälp. Vården och skolan har ett ansvar för att unga ska veta var hjälpen finns och följa upp att de faktiskt får hjälp.

► Det finns en risk att ansvaret för att hjälpa personer med självskadebeteende hamnar mellan stolarna. Ibland finns det orealistiska förväntningar i samhället på att skolan och föräldrarna eller andra närstående ska hjälpa och stödja de här personerna, utan att dessa kanske har möjlighet eller resurser att ta detta ansvar. Ur ett jämlikhetsperspektiv är det problematiskt och oetiskt om detta innebär att förutsättningarna för hjälp blir väldigt olika.

* de flesta deltagare i studierna är kvinnor



SBU:S SLUTSATSER SKOLBASERADE PROGRAM

- ▶ Det finns två skolbaserade program som möjligen kan förebygga suicidförsök. Dessa är dock inte testade på ett vetenskapligt sätt i Sverige. Båda programmen som har visat effekt är universella, dvs riktas till alla elever i klasserna: 1) *Good behavior game* (GBG) ges på lågstadiet under ett till två år. GBG är inte utvecklat för att förebygga självskada utan syftar till att förstärka positiva normer och attityder mellan skolelever och lärare 2) *Youth aware of mental health programme* (YAM) ges på högstadiet och består huvudsakligen av fem timmars interaktiva övningar. YAM är utvecklat specifikt för att förebygga självmord.
- ▶ När det gäller övriga program saknas tillräckligt underlag för att dra slutsatser om effekt på suicidförsök.
- ▶ Studier av program som förebygger andra former av självskadebeteende har enbart undersökt effekter på attityder eller har saknat uppföljningstid.
- ▶ Det går inte att dra några slutsatser om eventuella negativa effekter av de skolbaserade programmen eftersom det finns få studier på området.

Suicidförsök Två program i skolan verkar hindra unga att försöka ta sitt liv

Två förebyggande program som kan användas i skolan har gett lovande resultat i studier. Båda programmen är universella, det vill säga riktar sig till samtliga elever i klasserna. Effekterna på suicidförsök av andra program går inte att bedöma eftersom de inte har studerats tillräckligt.

Två skolprogram verkar kunna förebygga självskadebeteende inklusive suicidförsök. Det visar SBU:s samlade utvärdering av forskningen på området.

Det ena programmet, *Good behavior game*, GBG, utformades egentligen för att främja barns sociala anpassning i skolan. Det andra, *Youth aware of mental mealth*, YAM, utvecklades särskilt för att förebygga självmord.

De övriga programmen som SBU har granskat har inte följts under tillräckligt lång tid i studierna för att man ska kunna bedöma effekten.

Vare sig GBG eller YAM har undersökts vetenskapligt i Sverige. SBU påpekar i en allmän diskussion att det inte är säkert att program som har utvecklats i andra länder lämpar sig för svenska förhållanden. Man måste ta hänsyn till kulturella skillnader, olikheter i lagstiftning, strukturer för skola, vård och omsorg samt försäkringssystem.

PROGRAM SOM UTVECKLAS lokalt, eller som anpassas, tycks ha starkare effekt än program som importeras och tillämpas direkt. Samtidigt finns det en del belägg för att vissa typer av insatser, som föräldraträningsprogram, kanske kan fungera oavsett kulturella och etniska skillnader.

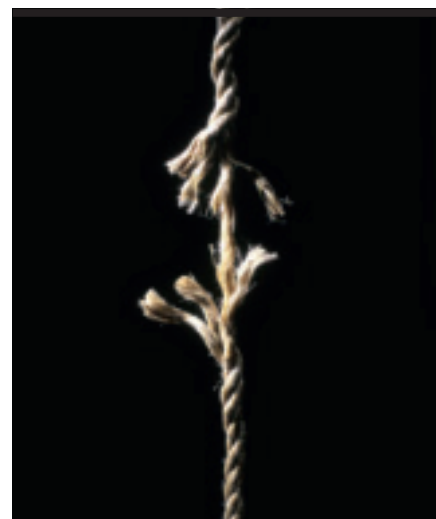
I Sverige har många skolor livskunskap på schemat men det är ofta lokalt framtagna initiativ och inte regelrätta program som inriktas på självskadebeteende.

Bland program som bygger på manualer satsar svenska skollärare mest på DISA (*Depression in Swedish adolescents* eller Din inre styrka aktiveras) och SET (Social och emotionell träning). DISA används i Sverige som insats för alla tonårsflickor i en klass och syftar till att förebygga stress och depression. SET är ett livskunskapsprogram som ska lära elever att hantera och förstå sina känslor med syftet att förebygga senare psykisk ohälsa. I en granskning som SBU gjorde år 2010 drogs slutsatsen att det vetenskapliga underlaget inte räckte för att bedöma effekten av DISA och SET.

PROGRAM I SKOLAN För att förebygga psykisk ohälsa efterfrågas alltmer eftersom insatserna når alla barn. Socialstyrelsens dokument *Vägledning för elevhälsan*, understryker att åtgärder som främjar elevernas psykiska hälsa bör prioriteras och nämner självskadebeteende som ett särskilt problemområde. ♦ RL

Om rapporten

Skolbaserade program för att förebygga självskadebeteende inklusive suicidförsök (2015). Projektledare SBU: Agneta Pettersson, agneta.pettersson@sbu.se. Hela rapporten med fullständig sammanfattning finns på www.sbu.se



IAN STROMME/GETTY

Suicidförsök

Olika typer av självskadebeteende är vanligt bland svenska ungdomar, men det är oklart hur stor del som avser suicidförsök. Enligt Folkhälsorapporten 2007 är suicidtankar och -försök vanligt i åldersgruppen 16–29 år med en topp vid 19 år för kvinnor och 22 år hos män. Sex procent av kvinnorna och fyra procent av männen angav att de någon gång hade försökt begå självmord.



SBU:S SLUTSATSER ANALYS AV TRISOMI 13, 18 OCH 21

► Bland kvinnor med **ökad sannolikhet** för kromosomavvikelse hos fostret gäller:

- för **trisomi 21**: Det finns ett måttligt starkt vetenskapligt stöd för att NIPT nästan alltid ger korrekt besked om att det finns en kromosomavvikelse hos fostret eller inte. NIPT-test i den här populationen ger positivt utfall i cirka 175 fall av 10 000 prover. Av dessa är 5 falskt positiva. I samma population blir knappt 1 provsvar av 9 825 falskt negativt.
- för **trisomi 18**: Det finns ett måttligt starkt vetenskapligt stöd för att NIPT nästan alltid ger korrekt besked om huruvida det finns en kromosomavvikelse hos fostret eller inte. NIPT-test i den här populationen ger positivt utfall i cirka 43 fall av 10 000 prover. Av dessa är 5 falskt positiva. I samma population blir 1 provsvar av 9 957 falskt negativt.
- för **trisomi 13**: Det finns ett begränsat vetenskapligt underlag för att NIPT ofta ger korrekt besked om att avvikelsen föreligger eller kan uteslutas. NIPT-test i den här populationen ger positivt utfall i cirka 13 fall av 10 000 prover. Av dessa är 4 falskt positiva. I samma population blir knappt 1 provsvar av 9 987 falskt negativt.

► Bland **övriga** kvinnor, det vill säga kvinnor som **inte har ökad sannolikhet** (normalpopulation) för kromosomavvikelse hos fostret gäller:

- för **trisomi 21**: Det finns ett måttligt starkt vetenskapligt stöd för att NIPT kan ge korrekt besked om att avvikelsen föreligger eller kan uteslutas. NIPT-test i den här populationen ger positivt utfall i cirka 30 fall av 10 000 prover. Av dessa är 6 falskt positiva. I samma population blir nästan inget provsvar (0,16 fall) av 9 979 falskt negativt.
- metodens prestanda i fråga om **trisomi 18 och trisomi 13** i den här gruppen kan inte bedömas eftersom det finns alltför få och små studier.

► Antalet moderkaks- och fostervattensprov förväntas minska vid användning av NIPT i stället för de metoder som är i bruk i Sverige i dag (t ex KUB).

► För **trisomi 21** gäller också att NIPT förväntas vara kostnadsbesparande om det används som komplement till KUB bland de kvinnor som har fått ett provsvar som identifierats positivt genom KUB (då sannolikheten för trisomi 21 är >1:200). Däremot leder det till ökade kostnader om det används som alternativ till KUB.

► NIPT och andra metoder för fosterdiagnostik aktualiserar flera viktiga etiska frågor. Genom att NIPT kan utföras tidigare i graviditeten, är enklare och mer riskfritt än fostervattenprov eller moderkaksprov finns det samtidigt en risk för att provet felaktigt uppfattas som rutinmässigt. Om NIPT ska erbjudas, ställer detta höga krav på tydlig, neutral information till kvinnan och kontroll av att hon och hennes eventuella partner har insett innebörden av denna. Ur etisk synpunkt är det synnerligen viktigt att det finns ett bra samhälleligt stöd för personer med funktionsnedsättning. Det finns en risk för att erbjudande om diagnostik av trisomierna 13, 18 och 21 hos fostret kan verka utpekande och diskriminerande för individer med dessa trisomier.

Fosterdiagnostik Nytt test av trisomi kan ge besked – men väcker svåra frågor

Blivande föräldrars frågor om sannolikheten för trisomi hos fostret skulle kunna besvaras korrekt med blodprov på den gravida kvinnan och NIPT-analys. Men även om provet är träffsäkert och enkelt att ta får det inte uppfattas som rutin. Vården måste först klargöra för de blivande föräldrarna att oväntade besked kan vara svåra att hantera.

SBU har utvärderat så kallad NIPT-analys, *non-invasive prenatal testing*, av fostrets DNA i kvinnans blod. Metoden innebär att ett blodprov som tas i graviditetsvecka 9–10 kan visa om fostret har tre kromosomer i stället för två, trisomi. Tre kopior av kromosom nummer 13 leder till Patau syndrom, trisomi 18 till Edwards syndrom och trisomi 21 till Downs syndrom.

SBU har granskat och sammanställt alla studier som har jämfört NIPT med moderkaks- eller fostervattensprov. Utvärderingen gäller två grupper: dels kvinnor som har hög sannolikhet att bära ett foster med trisomi, dels gravida överlag.

RANSKNINGEN VISAR ATT bland kvinnor med hög sannolikhet ger NIPT korrekta svar. När det gäller gravida i allmänhet är testet tillförlitligt för trisomi 21, medan träffsäkerheten för trisomi 13 och 18 är mer osäker, eftersom det finns alltför få och små studier.

Om NIPT börjar erbjudas inom vården som ett komplement till den metod som används i dag, KUB, kommer det att behövas färre fostervattensprov och moderkaksprov, skriver SBU. Det vore en fördel eftersom sådana invasiva prov innebär en viss risk för missfall.

Samtidigt är det viktigt att kvinnan och hennes partner förstår att även en analys

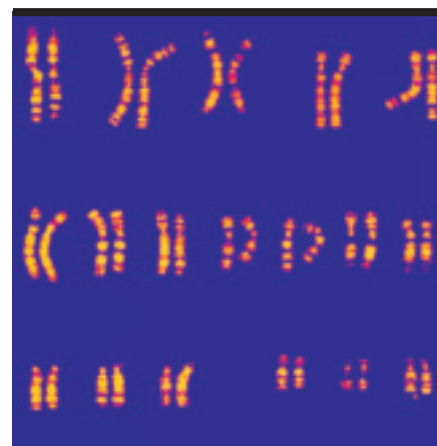
som verkar så enkel och riskfri som NIPT, och som bara kräver ett blodprov, kan ge besked som väcker svåra frågor. NIPT får inte uppfattas som rutinmässigt, utan vården måste först ge tydlig, neutral information och kontrollera att de blivande föräldrarna har förstått innan de tackar ja.

Och även om NIPT är tillförlitligt för kvinnor med hög sannolikhet för trisomi hos fostret, ger det inget hundra procentigt besked. Vill man ha garanti för att ett NIPT-svar som tyder på trisomi stämmer i samtliga fall, krävs ett uppföljande prov från moderkakan eller fostervattnet.

NIPT HAR UTVECKLATS SNABBT de senaste åren och erbjuds på privata kliniker i Europa. I dag används metoden i Sverige för att avgöra blodgrupp hos fostret. Nya användningsområden kommer att kräva nya kunskapsöversikter.

Det finns inget fast pris för NIPT i Sverige. I andra länder ligger priset på motsvarande 5 000 kronor och uppåt. SBU:s beräkningar visar att NIPT är

kostnadsbesparande om det används som komplement i lägen där KUB tyder på trisomi. Däremot ökar kostnaderna om det används som alternativ till KUB. ♦ **RL**



Blodprov på kvinnan

I dag bedöms sannolikheten för trisomi 13, 18 eller 21 i första hand med så kallat KUB, kombinerat ultraljud och biokemiskt test på blodprov. Genom att väga samman kvinnans ålder och resultatet från KUB-testet kan man bedöma sannolikheten för trisomi. Om sannolikheten överstiger ett visst gränsvärde, erbjuds kvinnan att göra ett moderkaksprov eller ett fostervattensprov. Varje år genomgår fyra av hundra gravida kvinnor sådana prov.

Om rapporten

Analys av foster-DNA i kvinnans blod: icke-invasiv fosterdiagnostik (NIPT) för trisomi 13, 18 och 21 (2015). Projektledare SBU: Marianne Heibert Arnlin. Kontakt: jessica.dagerhamn@sbu.se Hela rapporten med fullständig sammanfattning finns på www.sbu.se

Suicidrisk Ovisst om bedömningsformulär kan ge säkrare bedömningar

Hittills har inget skattningsinstrument för att bedöma självmordsrisk visats ge tillförlitliga svar. *Sad Persons Scale*, som är en av de metoder som i dag används på flera psykiatriska kliniker, missar oftast självmordsbenägenhet. SBU efterlyser forskning om hur olika formulär kan komplettera den kliniska bedömningen. I dag saknas sådana studier.

Ämnesexperter har på SBU:s uppdrag gått igenom all tillgänglig forskning om 13 instrument som gäller risken för suicidförsök och 9 instrument som avser risken för fullbordat självmord. I de flesta fall gäller studierna ungdomar och vuxna som antingen just skadat sig själva avsiktligt eller som lider av depression eller ångestsyndrom.

Resultaten av den forskning som finns är nedslående – inget instrument har visats kunna förutsäga självmordsbenägenhet på något tillförlitligt sätt. Ett bra skattningsinstrument ska vara tillräckligt känsligt (sensitivt) för att så sällan som möjligt missa att någon senare kommer att försöka ta sitt liv eller fullborda ett självmord.

Instrumentet ska också ge så få ”falska alarm” som möjligt – det ska vara träff-

säkert (specifikt). I praktiken är det svårt att samtidigt uppnå både hög känslighet och hög träffsäkerhet. Men inget formulär har visats uppfylla de krav som SBU:s experter angav – att upptäcka minst 80 procent av de självmordsbenägna personerna och att slå larm för högst 50 procent av dem som faktiskt inte är det.

Formulär som har hög känslighet kan dock fungera som pedagogiskt stöd i den kliniska utbildningen, påpekar SBU. ♦ **RL**

Om rapporten

Instrument för bedömning av suicidrisk (2015). Projektledare SBU: Jenny Odeberg, jenny.odeberg@sbu.se Ordförande: Prof Bo Runeson. Hela rapporten med fullständig sammanfattning finns på www.sbu.se



Suicid

Varje år tar 1 500 personer sitt liv i Sverige. Det är en medelhög nivå jämfört med andra länder. Män begår oftare självmord än kvinnor. Vanliga riskfaktorer är psykosociala problem och psykiska störningar som depression och alkoholberoende. Att bedöma risken för suicid är mycket angeläget men svårt eftersom många faktorer påverkar beteendet. Forskare har utvecklat formulär i syfte att underlätta och förbättra den kliniska bedömningen men det saknas studier som har utvärderat en sådan användning.

GARY WATERS / GETTY

SBU:S SLUTSATSER BEDÖMA SJÄLVMORDSRISK

► Det saknas vetenskapligt stöd för att något skattningsinstrument har tillräcklig tillförlitlighet för att användas för att förutsäga framtida suicid (80 procents sensitivitet, 50 procents specificitet). Instrument med hög sensitivitet kan dock fylla en funktion som pedagogiskt stöd för mindre erfarna kliniker.

► Det finns starkt vetenskapligt stöd för att skattningsinstrumentet SAD, *Sad persons scale*, har mycket låg sensitivitet; en majoritet av personer som senare genomför någon suicidhandling identifieras inte.

► Det behövs forskning som utvärderar om bedömningen av suicidrisk förbättras av att instrument används som komplement till den kliniska bedömningen. I dag saknas det studier.

► Det behövs mer forskning för att klarlägga vilken tillförlitlighet de vanligen använda skattningsinstrumenten SUAS och C-SSRS har.

► Det saknas studier som utvärderar om suicidfrågan i depressionsskalan MADRS kan förutsäga suicidhandling.

MICHAEL BLANN / GETTY





SBU:S SLUTSATSER ARBETSMILJÖ & HJÄRT-KÄRLSJUKDOM

► Det finns ett samband mellan hjärtsjukdom och flera faktorer i arbetet. Hjärtsjukdom utvecklas i något större utsträckning i grupper som:

- upplever att de har små möjligheter att påverka sin arbets-situation, i kombination med att denna ställer alltför höga krav, att de har låg kontroll över sitt arbete, att arbetet är pressande eller att det råder obalans mellan ansträngning och belöning
- upplever att de har svagt stöd i arbetet, utsätts för orättvisor, har liten möjlighet till utveckling i arbetet eller har en osäker anställning (tex

med oro för att arbetsplatsen ska läggas ner)

- har nattarbete eller arbetar långa arbetsveckor
- utsätts för buller i sitt arbete.

► Det finns ett samband mellan stroke och några faktorer i arbetet. Stroke utvecklas i något större utsträckning i grupper som:

- upplever att de har låg kontroll över sitt arbete
- arbetar skift
- utsätts för buller i sitt arbete
- utsätts för joniserande strålning i sitt arbete.

► Det finns ett samband mellan högt blodtryck och några faktorer i arbetet. Högt blodtryck utvecklas i något större utsträckning i grupper som:

- upplever att de har små möjligheter att påverka sin arbetssituation, i kombination med att denna ställer alltför höga krav och att det råder obalans mellan ansträngning och belöning
- arbetar skift.

► Kvinnor och män med likartad exponering i arbetet utvecklar samma procentuella ökning av hjärt-kärlsjukdom. Under de yrkesverksamma åren är risken

för män att drabbas eller avlida av akut hjärtinfarkt eller stroke ungefär dubbelt så stor som för kvinnor.

► Hjärt-kärlsjukdom har allvarliga konsekvenser för individen, de närstående och samhället. Prevention minskar lidande och sparar resurser. Det finns vetenskaplig kunskap som tills vidare kan användas som underlag för att ta ställning till åtgärder på arbetsplatserna. Framtidens forskning bör bland annat inriktas på interventionsstudier, där man följer långtidseffekter på hjärt-kärlsjukdom efter vetenskapligt underbyggda arbetsmiljöinsatser.

Hjärta & kärl "Spänt" arbete kopplas till hjärtsjukdom och stroke

Människor som har dålig kontroll över sitt arbete drabbas oftare än andra av allvarlig sjukdom i hjärta och kärl. Detsamma gäller personer i bullriga arbetsmiljöer. Det konstaterar SBU efter att ha gallrat bland tusentals studier och detaljgranskat de 150 som var relevanta och tillräckligt välgjorda.

En rad förhållanden i arbetsmiljön har samband med hjärt-kärlsjukdom, visar SBU:s granskning av 30 års internationell forskning. Myndigheten har anlitat ledande ämnesexperter som har granskat och sammanställt forskningsresultat som gäller allt från arbetsplatsens organisation och psykosociala förhållanden till fysisk ansträngning, buller, strålning och vibrationer. Uppdraget var att undersöka kopplingen till hjärtsjukdom, stroke och högt blodtryck.

DEN SAMLADE FORSKNINGEN visar på tydliga samband. Till exempel utvecklas hjärtsjukdom något oftare hos personer som ser små möjligheter att kontrollera sina arbetsuppgifter och sin arbets-situation – särskilt om miljön samtidigt

innebär höga psykiska krav, något som kan kallas spänt arbete. Detsamma gäller dem som upplever att belöningen inte motsvarar ansträngningen eller att de har svagt stöd på arbetsplatsen.

Hjärtsjukdom är också lite vanligare hos dem som har nattarbete, långa arbetsveckor och som jobbar i bullriga miljöer.

STROKE DRABBAR NÅGOT OFTARE personer med en arbetssituation som de känner att de inte kan kontrollera. Detsamma gäller dem som jobbar skift eller som på arbetet utsätts för buller eller joniserande strålning.

SBU-rapportens slutsatser bygger på sammanlagt 150 så kallade kohort- och fall-kontrollstudier som håller tillräcklig kvalitet och uppfyller olika krav som

SBU:s experter ställt upp i förväg, till exempel i fråga om studiernas upplägg och antalet medverkande.

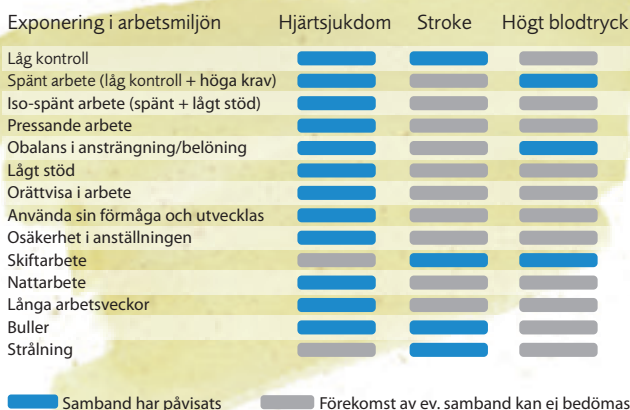
I kohortstudierna har en avgränsad och noggrant beskriven grupp följts under längre tid. Sedan har forskarna jämfört hjärt-kärlhälsan hos kategorier av personer med skilda arbetsförhållanden. De flesta av fall-kontrollstudierna har i stället utgått från personer som redan har blivit hjärt-kärlsjuka ("fallen"). De sjuka personernas nuvarande och tidigare arbetsmiljö har sedan jämförts med arbetsmiljön bland friska "kontrollpersoner", som valts ut för att i övrigt likna den sjuka gruppen.

Män i arbetsför ålder drabbas oftare av hjärtinfarkt och stroke än kvinnor. Och forskningen slår håll på en myt om att kvinnors hjärt-kärlsystem i detta sammanhang skulle vara mer sårbart än mäns. Bland kvinnor och män, som har samma grad av påfrestningar i arbetsmiljön, är det inte så – som många har trott – att kvinnorna blir mer hjärt-kärlsjuka än männen.

Rapporten gäller befintliga samband, och SBU skriver att fortsatt forskning även bör testa vetenskapligt underbyggda åtgärder i arbetsmiljön och följa långtids-effekterna på hjärt-kärlsjukdom. ♦ **RL**

Om rapporten

Arbetsmiljöns betydelse för hjärt-kärlsjukdom (2015). Projektledare SBU: Charlotte Hall, charlotte.hall@sbu.se Ordförande: Prof em Töres Theorell. Hela rapporten med fullständig sammanfattning finns på www.sbu.se



Översikt av SBU:s resultat. Blå rutor anger att samband har påvisats och grå rutor att det inte går att avgöra om det finns något samband eller inte. Exponering för kemikalier i arbetsmiljön granskades inte i denna rapport utan redovisas separat.

GRAFIK: BJÖRN LUNDKVIST

Bipolär Nyare medel som fungerat akut kan förhindra återfall

Att lägga till nyare antipsykotiska medel som underhållsbehandling kan minska återfall hos personer som har bipolär sjukdom med skov av mani, och som vid akut mani har haft nytta av dessa läkemedel. Men nyttan och riskerna med de nyare medlen har aldrig undersökts på längre sikt än två år.

Att efter en framgångsrik behandling av akut mani fortsätta med tillägg av nyare antipsykotiska läkemedel (*second generation antipsychotics*, SGA) i minst sex månader kan förebygga återfall. Men nyttan och riskerna på längre sikt är oklara.

Det visar SBU:s utvärdering, där alla tillgängliga studier på området har samlats in, sällats, granskats och sammanställts.

Återfall i bipolär sjukdom typ I, det vill säga den variant av sjukdomen som växlar mellan mani och depression, förebyggs i första hand med litium. Hos en del patienter hjälper inte detta, och då prövas i stället andra läkemedel, preparat som normalt används vid epilepsi. Men inte heller detta räcker alltid.

Därför har det blivit allt vanligare att fortsätta med SGA, som tillägg, i förebyggande syfte.

DE LÅNGSIKTIGA EFFEKTERNA har dock inte studerats, konstaterar SBU. Relativt kortvariga studier, upp till två år, visar att tillägg av SGA kan minska risken för återfall i bipolär sjukdom typ I. På kort sikt kan substanserna aripiprazol, quetiapin eller ziprasidon fungera som tillägg till litium eller valproat för att förhindra nya maniska skov. Rapporten ger också ett visst stöd för att quetiapin i vissa fall skulle kunna vara ett alternativ till litium, samtidigt som risken för allvarliga biverkningar måste beaktas.

Däremot går det inte att avgöra om SGA har förebyggande effekt hos patienter med bipolär sjukdom typ II, med framför allt depressiva perioder. Här saknas det studier.

Viktökning är en vanlig biverkan bland samtliga undersökta SGA men i övrigt har läkemedlen olika biverkningsprofil. Därför är det viktigt att informationen är tydlig, och att patient och läkare tillsammans värderar fakta om risker och nytta.

UNDER PERIODER MED DEPRESSION eller mani fungerar inte ens det grundläggande i vardagen. Bipolär sjukdom medför också ökad risk för självmordsförsök och självmord. Ibland leder det till tvångsvård, med ytterligare lidande för individen och de närstående.

Men eftersom symtomen kommer i skov är det inte ovanligt att patienten och personalen ser olika på behovet av underhållsbehandling. Det kan bli en etiskt svår balansgång, särskilt under perioder med neutralt eller lätt förhöjt stämningsläge när patienten upplever sig som frisk samtidigt som beslutsförmågan börjar svikta. ♦ **RL**

Om rapporten

Underhållsbehandling med nyare antipsykotiska läkemedel vid bipolär sjukdom (2015). Projektledare SBU: Mikael Nilsson, mikael.nilsson@sbu.se Hela rapporten finns på www.sbu.se



Bipolär sjukdom

Sjukdomen, som är livslång och allvarlig, kallades tidigare manodepressiv sjukdom. Personens stämningsläge kan växla mellan sjuklig upprymdhet, depression och blandformer av bådadera. Däremellan finns perioder utan symtom. Diagnosen delas in i typ I, med svåra manier och depressioner, och typ II där episoden med höjt stämningsläge är mildare, hypomani. Självmordsförsök, fullbordade självmord, ångest och missbruk är vanligare hos personer med bipolär sjukdom än hos andra.



SBU:S SLUTSATSER UNDERHÅLLSBEHANDLING

- ▶ Hos personer som har bipolär sjukdom typ I och som i manisk akutfas har svarat på aripiprazol, quetiapin eller ziprasidon (dvs vissa nyare antipsykotiska läkemedel, SGA) som tillägg till stämningsstabiliserande läkemedel, minskar risken för återfall vid underhållsbehandling med dessa läkemedel.
- ▶ Det går inte att bedöma effekterna av underhållsbehandling med olanzapin och risperidon, eftersom det saknas tillräckligt bra studier.
- ▶ Quetiapin skulle i vissa fall kunna utgöra ett alternativ till litium för att minska återfall och behandlingsavbrott. Men risker för allvarliga biverkningar måste beaktas. Det saknas dock studier av biverkningar på lång sikt.
- ▶ Samtliga undersökta SGA ger ofta viktökning. Aripiprazol ger något mer skakningar och krypningar i benen än stämningsstabiliserande läkemedel. Olanzapin och quetiapin ger mer dagtrötthet och mindre sömnlöshet än stämningsstabiliserande läkemedel. Biverkningarna ska rapporteras till Läkemedelsverket och bör följas upp i kvalitetsregister.
- ▶ De läkemedel som är effektiva när det gäller att förebygga återfall har potential att spara in en stor del av läkemedelskostnaden genom minskade hälso- och sjukvårdskostnader kopplade till återfall. Färre återfall ger bättre livskvalitet och ökad överlevnad.
- ▶ För bipolär sjukdom typ II kan inga slutsatser dras om effekten av SGA, då det saknas studier.

Hur kan SBU ge kunskap för bättre socialt arbete?

Regeringens uppdrag till SBU att stödja både vården och socialtjänsten med kunskapsunderlag innebär nya utmaningar. En grundläggande fråga är vilka typer av kunskap som egentligen är till nytta inom socialtjänsten.

Sommaren 2014 fick socialförvaltningens enhetschefer i 80 slumpmässigt utvalda kommuner en enkät från Socialstyrelsen. Senare samma år ställde myndigheten samma frågor till andra som ansågs berörda – exempelvis personer från forsknings- och utvecklingsmiljöer, socionomutbildningar, myndigheter, yrkesföreningar och fackföreningar. Sammanlagt nådde enkäten 446 personer och organisationer, men eftersom bortfallet var stort fick resultaten tolkas mycket försiktigt.

DE DRYGT 200 PERSONER som svarade pekar på behov av kunskapsunderlag inom samtliga socialtjänstens områden, men lägger tyngdpunkten på områdena äldre, funktionshinder samt barn och unga. Behovet gäller både insatser och arbetssätt, utredning och dokumentation samt uppföljning.

I svaren framhåller enhetscheferna behov av underlag som gäller klienter med multiproblematik och juridiska problem i det dagliga arbetet, medan andra snarare pekar på kunskap om uppföljning och implementering.

Finns det forskning som kan svara på de här frågorna? Hur ser forskningen på socialtjänstens område ut, och vilka är förutsättningarna för att använda resultaten i praktiskt arbete?

För det första bedrivs det väsentligt mindre

Bred verksamhet

- Varje år får 800 000 personer insatser inom ramen för socialtjänstens verksamheter.
- Den största gruppen finns inom äldreomsorgen, 440 000 personer per år, medan ekonomiskt bistånd berör 300 000 individer.
- Andra målgrupper är 80 000 personer med psykiska och fysiska funktionsnedsättningar, 50 000 barn och unga som riskerar att fara illa, samt 25 000 personer med missbruk.
- Verksamheten gäller också personer som utsatts för våld i nära relationer samt andra brottsoffer. Dessutom utreder socialtjänsten faderskap samt frågor om vårdnad, boende och umgänge.

forskning om socialt arbete än om åtgärder inom hälso- och sjukvården. Även om effektstudier blir allt vanligare (se diagrammet nedan) finns det fortfarande betydligt färre undersökningar att stödja sig på när det gäller val av åtgärder.

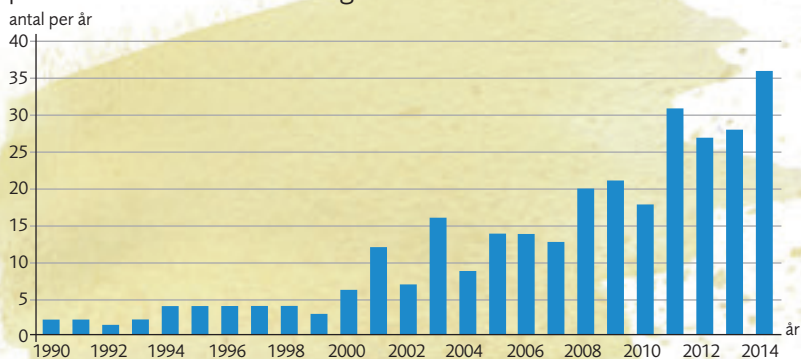
Skilnaden kan delvis bero på att drivkrafterna för att forska ser olika ut. En betydande del av den medicinska forskningen gäller läkemedel, där det finns dels ekonomiska resurser för att finansiera vetenskapliga undersökningar, dels ett regelverk för läkemedelsanvändning som driver fram studier av nytta och risker.

FÖR DET ANDRA ÄR FORSKNINGEN om socialt arbete annorlunda beskaffad. Studierna ställer delvis andra frågor och är ofta utformade på ett annat sätt än på det medicinska fältet. Till exempel är det betydligt mindre vanligt med randomiserade studier som jämför olika alternativa insatser genom att lotta dem till grupper av försöksdeltagare – något som syftar till att göra grupperna jämförbara. Många av klienterna har flera problem samtidigt – till exempel en kombination av missbruk, våld och andra problem – vilket också kan försvåra jämförelser och slutsatser om vilken insats som fungerar bättre eller sämre. En utmaning för forskningen på området är också att många tillstånd, behov, insatser och förhållningsätt definieras på olika sätt i olika sammanhang. Vilka utfall som insatserna syftar till kan inte heller alltid definieras lika lätt.

FÖR DET TREDJE ÄR DE VERKSAMHETER som rymms inom socialtjänsten mycket olika till sin karaktär – de har olika mål och delvis skilda kunskapsbehov. Insatserna kan vara behandlande, där effekter på hälsan är avgörande, men de kan också vara av servicekaraktär, som en del av insatserna inom äldreomsorgen. Medan stödet för funktionshindrade och omsorgen om äldre handlar om individens rättigheter, och studierna kan inriktas på funktionsnivå, livskvalitet och möjligheter att delta i samhällslivet, kan en verksamhet som social barnavård innebära tvångsåtgärder med mycket långsiktiga följder som måste följas upp under lång tid.

Vilken typ av vetenskaplig kunskap som kan användas för att förbättra verksamheterna varierar, även om kravet på tillförlitlighet principiellt är detsamma.

Psykologiska och sociala insatser:
publicerade svenska utvärderingar av effekt



GRAFIK: BJÖRN LUNDKVIST



820 000 personer fick någon form av insats* inom socialtjänsten under 2013

Insats	Antal personer
Ekonomiskt bistånd, Försörjningsstöd (SoL)	281 834
Tvångsvård för missbrukare, utskrivna (LVM)	903
Insatser, funktionshindrade (LSS)	65 884
Insatser, äldre och funktionshindrade (SoL)	439 038
Barn och unga, placerade (SoL och LVU)	32 562
Summa	820 221

*Information om frivillig missbruksvård samt öppenvårdsinsatser till barn och unga eftersom det inte finns något register över dem.

Källor från Sveriges officiella statistik, Socialstyrelsen:
Vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem och övriga vuxna. Insatser år 2013.

Barn och unga. Insatser år 2013. Vissa insatser enligt social-tjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).

Personer med funktionsnedsättning. Insatser enligt LSS år 2013.

Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform år 2013. Vissa kommunala insatser enligt socialtjänstlagen.

En viktig utmaning för SBU blir att hitta, granska och sammanställa den typ av forskningsresultat som kan vara till nytta i socialtjänstens verksamheter. När det finns randomiserade studier kan dessa sannolikt vara till hjälp – men inte i alla frågor. Värdefull vetenskaplig kunskap kan komma även från andra typer av studier, till exempel studier som undersöker hur tillförlitliga olika bedömningsmetoder är. Viktig bakgrundsinformation för SBU:s utvärderingar av metoder inom socialtjänsten är också resultat från studier som pekar på risk- och skyddsfaktorer för olika problem och som kartlägger förekomsten av olika slags problem i befolkningen. Annan viktig information kan komma från undersökningar som visar på konsekvenserna när människor av

olika skäl inte har fått hjälp. Sådan kunskap kan ha betydelse för prioriteringar.

Det förekommer också att vissa insatser har studerats var för sig men inte jämförts sida vid sida. I sådana lägen skulle det kunna vara värdefullt att vetenskapligt analysera insatsernas kärnkomponenter – de gemensamma nämnarna för olika insatser som verkar fungera. Detta skulle kunna ge indikationer om hur en insats ska vara utformad för att mer sannolikt fylla sitt syfte.

SBU:s rapporter är resultatet av en systematisk genomgång av den vetenskapliga litteraturen som gjorts av utsedda experter på området. En förutsättning för att SBU ska kunna bidra med värdefull kunskap i alla dessa delar är att myndigheten kan föra en dialog med socialtjänstens professioner. Praktikernas kompetens och engagemang kommer att vara avgörande i SBU:s utvärderingsarbete på socialtjänstens område.

Nina Renqvist

professor, ordförande i SBU:s nämnd,
nina.rehnqvist@sbu.se

Lars Hansson

professor, ordförande i SBU:s vetenskapliga råd "Brage", lars.hansson@med.lu.se

Lästips

Socialtjänstens utvecklingsledare. Förutsättningar, attityder och kunskap om evidensbaserad praktik (Julia Åhlin och Liselotte Schäfer Elinder, Socialstyrelserapport, 2015)

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-2-53>

Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2007, 2010 och 2013.

Kommunala enhetschefer om evidensbaserad praktik och användning av evidensbaserade metoder inom socialtjänstens verksamhetsområden (Ulrika Bergström och Knut Sundell, Socialstyrelserapport 2014)

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-3-17>

»Att räkna på socialt arbete blir en utmaning«

Att jämföra olika åtgärders effekter och kostnader är hälsoekonomens jobb. Men i socialt arbete är målen så olika att jämförelserna kan bli svåra, säger en av SBU:s ekonomer.

Liksom i utvärderingar av medicinska insatser kommer SBU:s utvärderingar av åtgärder i socialt arbete att belysa ekonomiska aspekter.

På området medicin och hälsa använder SBU sedan länge så kallade hälsoekonomiska analyser. Men när det gäller socialt arbete kommer det att krävas ett utvecklingsarbete.

Inom hälsoekonomin brukar man till att börja med beskriva vilka resurser som åtgärderna kräver, exempelvis arbetstid för en viss personalgrupp, och beräkna kostnaden för detta i kronor.

Sedan beskrivs vilka effekter som insatsen eller åtgärden skapar. Hur mycket man får ut för pengarna, det vill säga förhållandet mellan effekter och kostnader, brukar kallas kostnadseffektivitet. Beslutsfattare som förväntas välja mellan olika insatser får då ett underlag så att de kan välja den insats som ger mest utbyte per krona.

– **ATT BERÄKNA KOSTNADER** när det gäller socialt arbete kan nog bli lite komplicerat. Men den största utmaningen tror jag blir att beskriva effekterna, säger Pia Johansson, hälsoekonom på SBU.

– Vi hälsoekonomer använder nästan alltid hälsa som utfallsmått. Ofta beräknar vi effekten i antalet levnadsår med god livskvalitet – så kallade QALYs, livskvalitetsjusterade levnadsår. Inom socialt arbete finns inget sådant gemensamt mått, som skulle kunna användas för att jämföra olika typer av åtgärder.

Tidigare har Socialstyrelsen jämfört olika kommuners kostnader och effekter för vissa insatser inom socialtjänsten. Till exempel fann myndigheten att kostnaderna per person i särskilt boende

Klassiska begrepp inom hälsoekonomi

- **Kostnadsminimeringsanalys.** Kostnader för olika åtgärder. Deras effekt förutsätts vara helt lika.
- **Kostnadskonsekvensanalys.** Kostnader och olika slags effekter för varje åtgärd. Effekterna summeras inte eftersom de är alltför olika.
- **Kostnadseffektanalys.** Kostnaden för en angiven enhet av effekt beräknas, tex per vunnet levnadsår, per ungdom med slutbetyg från grundskolan.
- **Kostnadsnyttoanalys eller kostnadseffektivitet med QALY.** Kostnaderna relateras till antalet vunna kvalitetsjusterade levnadsår, QALY.
- **Kostnadsintäktanalys.** Effekterna värderas som intäkter i monetära termer, tex i kronor.

varierar mellan 464 000 och 1 422 000 kronor, samtidigt som andelen av de äldre i boendena som känner sig trygga varierar mellan 6 och 42 procent. Vissa kommuner har både förhållandevis låga kostnader och hög andel trygga äldre. Socialstyrelsen kallar sådana analyser för effektivitet i jämförelse.

EN ANNAN AV SOCIALSTYRELSENS analyser kallas effektivitet i relation till uppsatta mål. Den utgår från ett visst målvärde, till exempel en viss andel trygga äldre i särskilt boende, och beskriver kommuners kostnader för att uppnå den andelen.

– Sådana analyser ger intressant information, men eftersom olika verksamheter inom socialtjänsten har olika slags mål blir det ändå något helt annat än kostnadseffektivitet.

– Ännu en möjlighet är att försöka uttrycka effekterna i pengar, alltså vilka följder som olika åtgärder har för samhällsekonomin, säger Pia Johansson.

Hon ger exempel på en svensk studie av fyra olika åtgärder för att stödja tidigare kriminella till arbete eller studier.

– Studien redovisar många sorters effekter av åtgärderna och ger exempel på hur resultatet skulle kunna uttryckas i monetära termer.

Ytterligare ett exempel är en engelsk utvärdering av ett stödprogram för att undvika psykiatrisk tvångsvård bland psykotiska personer. Där undvek författarna helt sådant som är svårt att värdera i pengar, som människors livskvalitet eller psykosociala situation.

– Oavsett strategi blir det svårt att avgöra om en viss åtgärd i socialtjänsten är kostnadseffektiv eller inte. Men SBU kommer att pröva olika sätt att belysa ekonomiska aspekter för att se vad som är mest användbart för beslutsfattare och professionerna. ♦ **RL**

Lästips

Socialstyrelsen. Effektivitet i praktiken. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

Jess K, et al. En investering i socialt arbete. Socialvetenskaplig tidskrift 2002; (nr 2-3):240-260.

Barrett B, et al. Randomised Controlled Trial of Joint Crisis Plans to Reduce Compulsory Treatment for People with Psychosis: Economic Outcomes. PLoS One 2013; 8. e74210.

Olsson TM. Ekonomiska analyser. I Sundell K (red). Att göra effektutvärderingar. En handbok. Gothia Förlag och Socialstyrelsen, 2012. Finns på: www.socialstyrelsen.se

Välkommen med frågor och synpunkter till pia.johansson@sbu.se

PÅ GÅNG

Exempel
på SBU-
projekt**DTMS VID DEPRESSION**

Agneta.Pettersson@sbu.se
Planerad publ: höst 2015

**UTÖKAD KROMOSOM-
ANALYS INOM FOSTER-
DIAGNOSTIKEN**

Christel.Hellberg@sbu.se
Planerad publ: vinter 2015

**SCREENING AV
BRÄCK PÅ BUKAORTA**

Jan.Adolfsson@sbu.se
Planerad publ: vinter 2015

**FÖREBYGGA MISSBRUK
HOS BARN OCH UNGA**

Agneta.Pettersson@sbu.se
Planerad publ: vinter 2015

**BEHANDLING
AV HETSÄTNING**

Jenny.Odeberg@sbu.se
Planerad publ: vår 2016

**DIAGNOSTIK
VID SKAKVÅLD**

Frida.Mowafi@sbu.se
Planerad publ: vår 2016

**FÖREBYGGA SKADOR
VID FÖRLOSSNING**

Sigurd.Vitols@sbu.se
Planerad publ: vår 2016

**OPERERA GALLBLÅSA:
STEN & INFLAMMATION**

Jan.Adolfsson@sbu.se
Planerad publ: vår 2016

**KEMIKALIER
I ARBETSMILJÖN &
HJÄRTKÄRLSJUKDOM**

Charlotte.Hall@sbu.se
Planerad publ: höst 2016

**ANTISOCIALA PROBLEM:
PROGRAM FÖR UNGA PÅ
INSTITUTION**

Sten.Anttila@sbu.se
Planerad publ: vår 2016

**ARBETSMILJÖ
& ARTROSBEVÄR**

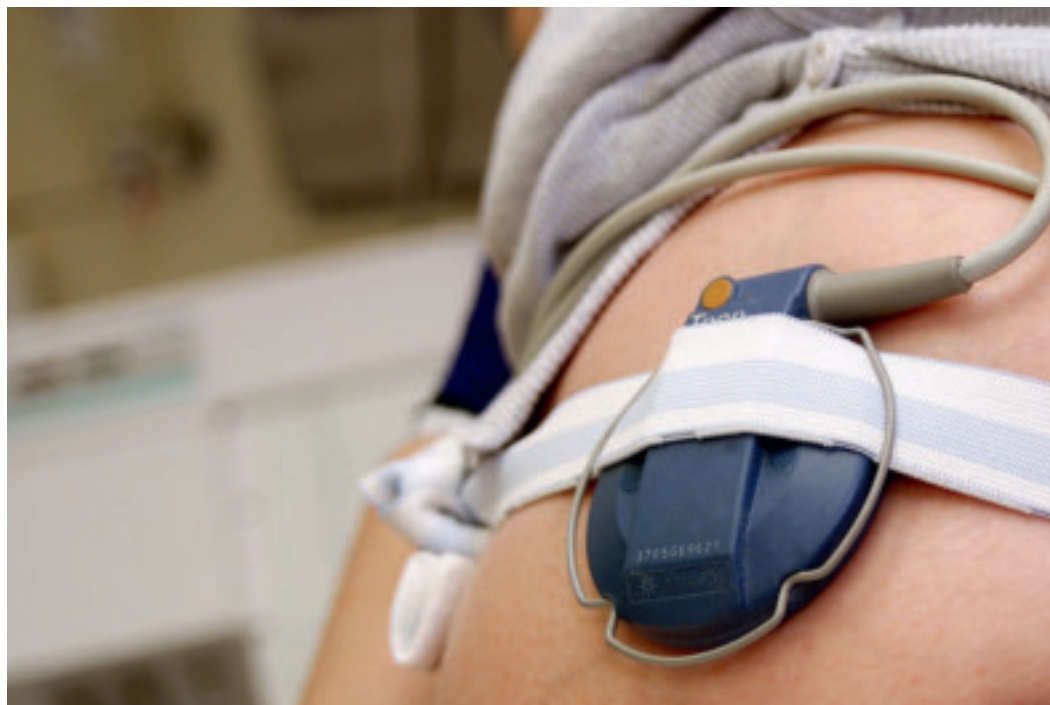
Karin.Stenstrom@sbu.se
Planerad publ: vår 2016

**FÖREBYGGA
LÅNGVARIG SMÄRTA**

Susanna.Axelsson@sbu.se
Planerad publ: vinter 2016

OPERERA ARMFRAKTUR

Karin.Stenstrom@sbu.se
Planerad publ: vår 2017



BSP. LAURENT / SCIENCE PHOTO LIBRARY

CTG UNDER FÖDSELN MINSKAR KRAMPRISK HOS NYFÖDDA

Att kontinuerligt övervaka fostrets hjärtslag och livmoderns sammandragningar under hela födseln kan minska risken för nyfödd-hetskramp – men betydelsen för barnets hälsa är oviss. Det visar SBU:s granskning av en systematisk översikt.

Under förlossningen övervakas fostret genom att man då och då lyssnar på hjärtslagen eller mäter både fostrets hjärtverksamhet och kvinnans värkar samtidigt, så kallad kardiokografi (CTG).

KONTINUERLIG CTG, DET VILL SÄGA registrering under hela födseln i syfte att förhindra syrebrist, kan enligt äldre studier minska risken för kramp hos det nyfödda barnet, men påverkar inte överlevnaden. Det är oviss hur färre kramper gagnar barnens hälsa på sikt. Det visar systematiska översikter som SBU har granskat och kommenterat.

Studierna visar samtidigt att kontinuerlig CTG leder till fler förlossningar med sugklocka eller tång, vilket skulle kunna öka risken för komplikationer hos mamman. Men SBU konstaterar att de flesta studier som ingår i översikten kom för 20–40 år sedan och att det är tveklaktigt om resultaten fortfarande gäller

i Sverige. För att kunna göra en bedömning av nyttan och riskerna krävs det nya svenska studier.

DET ÄR OCKSÅ OSÄKERT OM intagnings-CTG, det vill säga en CTG-registrering på 20–30 minuter vid ankomsten till förlossningsenheten, förhindrar skador eller dödsfall hos barnet. Här är studierna färskare, från 2000-talets början, men underlaget är för litet. Det man kan säga är att intagnings-CTG eventuellt leder till fler kejsarsnitt, skalpblodprov och kontinuerliga CTG-mätningar än om en barnmorska bara lyssnar på fostrets hjärtljud. Intagnings-CTG rekommenderas inte längre vid lågriskförlossning i Norge, Danmark, Island, Storbritannien och Kanada. ♦ **RL**

Kommentar

Kommentarerna om CTG finns på www.sbu.se. Sakkunniga: Doc Andreas Herbst, Kvinnokliniken, Skånes universitetssjukhus; Prof Ellen Blix, Fakultet för helsefag, Högskolan i Oslo och Akershus, Norge. De systematiska översikter som kommenteras är: Devane D, et al. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission ... Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 2. Alfrevic Z, et al. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring... Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5.



LÖSLIGA FIBRER OCH BAKTERIER KAN LINDRA VID IRRITABEL TARM

Lösliga fibrer som bland annat finns i havregryn, psylliumfrön, grönsaker och frukt kan minska symtomen hos vissa personer med IBS. Även så kallade probiotika med levande mikroorganismer har viss effekt, konstaterar SBU i sina kommentarer till två systematiska översikter.

Vissa slags fibrer kan hjälpa vid irritabel tarm med förstoppning. Detta har fått vetenskapligt stöd i en systematisk litteraturoversikt, det vill säga en samlad granskning av de studier som finns på området.

Men resultatet gäller bara lösliga fibrer, det vill säga fibrer som kan jäsas av bakterier främst i tjocktarmen. Olösliga fibrer har inte visats påverka symtomen.

Orsaken är inte känd. Hypotesen är att lösliga fibrer har effekt genom att de kortkedjiga fettsyror som uppstår vid jäsning motverkar inflammation och att jäsningen påverkar bakteriefloran i tarmen.

LÖSLIGA FIBRER FINNS I HAVREGRYN, korngrön, psylliumfrön, grönsaker och frukt. Godkända receptfria preparat med lösliga fibrer är Vi-Siblin, Vi-Siblin S, Lunelax och Husk Lindroos.

Vilket symptom som dominerar vid IBS kan variera, och det är inte alla studier som har delat in försökspersonerna i undergrupper utifrån symptom. Därför går det inte att avgöra vilka personer med IBS som har mest nytta av fibrer.

SBU påpekar också att studierna mestadels har gjorts inom specialistvård. Resultaten gäller därför patienter som har kraftigare symptom än vad som är vanligt inom svensk primärvård.

Den systematiska litteraturoversikt som SBU har kommenterat gjorde ingen utvärdering av betydelsen av dos (mängd) när effekten av fibrer analyserades.

ÄVEN SÅ KALLADE PROBIOTIKA, det vill säga vissa mikroorganismer, kan lindra symptom vid IBS även om effekten i

genomsnitt är liten. Probiotika finns i livsmedel som yoghurt eller filmjölk eller mer koncentrerat i kapslar.

Men det är oklart vilka arter, stammar eller kombinationer av probiotika som har bäst effekt. Och det finns inga enkla kliniska tester av bakteriefloran hos en person som skulle kunna förutsäga om probiotika kommer att ha effekt. Det vetenskapliga underlaget räcker inte heller för att avgöra vilka produkter eller mängder som behövs.

EFFEKTEN AV ÄMNET SOM KALLAS prebiotika är också oklar. Prebiotika är beståndsdelar i kosten som inte bryts ner men som skulle kunna stimulera tarmbakterierna, till exempel inulin, en kolhydrat av typen polysackarid. Studierna är för få. Detsamma gäller kombinationer av pro- och prebiotika, så kallade synbiotika.

När det gäller behandling av så kallad funktionell förstoppning med fibrer eller mikroorganismer går det inte att dra slutsatser eftersom det finns för få studier. Samtidigt är det i praktiken svårt att dra gränsen mellan funktionell förstoppning och IBS med förstoppning. ♦ **RL**

Kommentar

Kommentaren om fibrer vid IBS finns på www.sbu.se. Sakkunnig: med dr och universitetslektor Pontus Karling, Umeå universitet, överläkare vid Medicincentrum, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå. Den systematiska översikt som kommenteras är: Moayyedi P, et al. The effect of fiber supplementation on irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol 2014;109:1367-74.

Kommentaren om probiotika vid IBS finns också på www.sbu.se. Sakkunnig: doc Susanna Walter, specialistläkare, Institutionen för klinisk och experimentell medicin, Linköpings universitet. Den systematiska översikt som kommenteras är: Ford AC, et al. Efficacy of prebiotics, probiotics, and synbiotics in irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation: systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol 2014;109:1547-61.

Kontaktperson på SBU för båda kommentarerna: mikael.nilsson@sbu.se Hela texterna finns på sbu.se

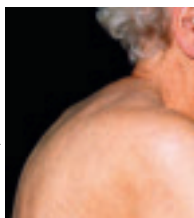


Irritabel tarm

Sjukdomen IBS, *irritable bowel syndrome*, innebär episoder av smärta eller obehag i buken i kombination med avföringsproblem, till exempel diarré eller förstoppning, som inte kan förklaras av biokemisk förändring eller förändring i vävnaden i mag-tarmsystemet. Vilka symptom som är mest framträdande varierar, och diagnosen innefattar olika undergrupper. IBS är en vanlig mag-tarmsjukdom och förekommer oftare hos kvinnor.

D-VITAMIN + KALCIUM KAN SKYDDA SKELETTET NÅGOT

DR P. MARAZZI/SCIENCE PHOTO LIBRARY



Sannolikt är det främst sköra äldre, med låg D-vitamin-nivå och litet intag av kalcium, som har nytta av sådan behandling. Det skriver SBU i en

kommentar till en systematisk översikt från Cochrane.

En systematisk litteraturoversikt från Cochrane collaboration talar för att kombinerad behandling med vitamin D och kalcium sannolikt ger något lägre risk för frakturer i vissa grupper. Enbart D-vitamin förebygger inte fraktur.

Översikten delar upp försöksdeltagarna efter boende – i hemmet respektive på institution. Analysen visar en något minskad risk för fraktur bland institutionsboende personer som har fått den kombinerade behandlingen men inte bland hemmaboende. Bland 1000 personer som får kalcium plus D-vitamin uppskattas minskningen till nio färre fall av höftfrakturer på ett år.

I Sverige är det inte säkert att nyttan enbart gäller institutionsboende. Här är eget boende vanligare även i högre åldrar.

Därför har sannolikt även en del hemmaboende äldre i Sverige otillräckligt näringsintag och begränsad rörlighet, som de institutionsboende i studierna.

SBU UNDERSTRYKER I SIN KOMMENTAR att det är viktigt att vården utreder och diagnostiserar benskörhet hos äldre personer, särskilt efter fraktur. De måste få rätt behandling och skydd mot fler benbrott. Statistik från 2005–12 visar att endast 12 procent av alla med benskörhetsfraktur får så kallade benspecifika läkemedel och 14 procent får D-vitamin och kalcium.

Enligt Cochrane-översikten medför behandling med vitamin D och kalcium något ökad risk för mag- och tarmbesvär, liksom för njursten och njursvikt. Möjligen ökar också risken för förhöjd kalciumhalt i blodet. Vissa studier tyder på att även hjärt-kärlrisken kan öka, men detta undersöktes inte i översikten, skriver SBU i kommentaren. ♦ **RL**

Översikten som kommenteras är: Avenell A, et al. Vitamin D ... Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 4. Projektledare, SBU: Ida Envall och Anh Thu Nguyen Hoang. Sakkunnig: Prof Mattias Lorentzon, geriatrik, Sahlgrenska akademien. Kontakt: mikael.nilsson@sbu.se Hela texten finns på sbu.se

ALKOHOLSKADOR HOS BARN: SBU SKA GRANSKA DIAGNOSTIK OCH STÖD



SBU ska granska kunskapsläget om stöd och vård för barn som fått skador i fosterstadiet till följd av alkohol. Det kan gälla funktioner i det centrala nervsystemet, som koncentrations-svårigheter, och hämmad tillväxt, organskador eller andra mer svårdefinierade tillstånd.

Barn som föds med skador av alkohol och droger är en försummad grupp när det gäller utredning, diagnostik och stöd, skriver Socialstyrelsen. Enligt en registerstudie som myndigheten genomfört har drygt 30 barn och unga om året i Sverige fått diagnosen fetalt alkoholsyndrom (FAS), trots att 100–200 barn per år uppskattas uppfylla kriterierna.

Det saknas också en samlad bild av de pedagogiska, sociala och medicinska åtgärder som erbjuds barn med fetalt alkoholsyndrom.

Uppdraget till SBU kommer från regeringen och ska ge Sverige ett aktuellt kunskapsunderlag. Utgångspunkt i regeringens långsiktiga mål att barn ska skyddas mot skadliga effekter

orsakade av alkohol, narkotika, dopning eller tobak. SBU har påbörjat arbetet och inlett ett samarbete med Socialstyrelsen och Folkhälso-myndigheten. Frågan innefattar olika metoder för diagnostik, familjestöd och habilitering av barnen.

Tidigare har Socialstyrelsen publicerat en vägledning på området för socialtjänsten och andra aktörer. ♦ **RL**

Läs vidare

1. Socialdepartementet. Uppdrag att granska metoder för diagnostik, föräldra- eller familjestöd samt barnhabilitering avseende alkohol- och drogskadade barn. Regeringsbeslut S2015/04673/FST
2. Socialstyrelsen. Förbättrat stöd till barn som anhöriga. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015. Rapporten finns på www.socialstyrelsen.se
3. Socialstyrelsen. Barn och unga i familjer med missbruk – vägledning för socialtjänsten och andra aktörer. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009. Rapporten finns på www.socialstyrelsen.se

Metoder för att minska skador vid förlossning granskas av SBU

Förlossningsskador är vanligt i Sverige. Regeringen har gett SBU i uppdrag att granska metoder som minskar komplikationer och skador hos den födande kvinnan.

Internationellt sett håller svensk mödra- och förlossningsvård hög medicinsk kvalitet. Och under det senaste decenniet har antalet dödfödda barn och spädbarnsdödligheten minskat ytterligare.

Men enligt statistik från det medicinska födelseregistret vid Socialstyrelsen ökade under 1990-talet andelen kvinnor med de svåraste formerna av bristningar i bäckenbotten, där även ändtarmens slutmuskel brister. År 2013 drabbades 6,2 procent av förstföderskorna och 1,7 procent av omföderskorna i landet.

– Det är höga siffror om man jämför med andra länder, säger Eva Uustal, överläkare vid kvinnokliniken på Universitetssjukhuset i Linköping.

– I Finland, till exempel, är motsvarande siffra för sådana skador 0,5 procent.

Eva Uustal kommer att tillsammans med professor Sigurd Vitols leda ett utvärderingsprojekt på SBU om metoder för att förebygga bristningar och säkerställa att man hittar dem när de uppstår.

Frågorna är viktiga. Om kvinnan inte får rätt vård i samband med förlossningen ökar risken för långvarig invaliditet på grund av smärta, avföringsläckage och urininkontinens. Dessutom kan det drabba det sexuella samlivet.

– Syftet med projektet är att ta reda på vilka metoder som är mest effektiva, så att vi kan minska de här skadorna och deras följdverkningar, säger Eva Uustal.

Ytterligare ett SBU-projekt handlar om att kartlägga vilken forskning som finns om behandling och uppföljning av sådana skador, på kort och lång sikt. Eventuella kunskapsluckor kommer att belysas.

Rapporterna kommer att publiceras av SBU våren och sommaren 2016. Parallellt med SBU:s projekt pågår ett tvärprofessionellt arbete med att ta fram riktlinjer på området. ♦ **RL**

Läs vidare

1. Socialstyrelsen. Sveriges officiella statistik – hälso- och sjukvård. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973–2013. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.
2. Bristningsregistret. <http://www.gynop.org/webbhelp/gynopnet/gynopnet.htm>

CHEFREDAKTÖR Ragnar Levi, levi@sbu.se • ANSVARIG UTGIVARE Susanna Axelsson • TEXT Ragnar Levi [RL]
 POSTADRESS Box 3657, 103 59 Stockholm • TEL 08-412 32 00 • FAX 08-411 32 60 • www.sbu.se
 E-POST info@sbu.se • GRAFISK DESIGN 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 (t o m juni 2015)
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

Susanna Axelsson
SBU

Håkan Sörman
SVERIGES KOMMUNER
OCH LANDSTING

Mats Ulfdendahl
VETENSKAPSRÅDET

TF GENERALDIREKTÖR SBU

Susanna Axelsson

SBU:S RÅD "BRAGE"

Lars Hansson (ordf)
PROFESSOR, VÅRDVETENSKAP,
LUNDS UNIVERSITET

Christel Bahtsevani
LEG SJUKSKÖTERSKA, MED DR,
VÅRDVETENSKAP, MALMÖ HÖGSKOLA

Per Carlsson
PROFESSOR, HÄLSOEKONOMI,
LINKÖPINGS UNIVERSITET

Björn-Erik Erlandsson
PROFESSOR, MEDICINTEKNIK, KTH,
STOCKHOLM

Arne Gerdner
PROFESSOR, SOCIALT ARBETE,
HÄLSOHÖGSKOLAN I JÖNKÖPING

Lennart Iselius
DOCENT, HÄLSO- OCH
SJUKVÅRDSREKTÖR,
LANDSTINGET VÄSTMANLAND

Mussie Msghina
DOCENT, ÖVERLÄKARE,
PSYKIATRI, KAROLINSKA
UNIVERSITETSSJUKHUSET

Lars Sandman
PROFESSOR, VÅRDETİK, HÖGSKOLAN
I BORÅS

Britt-Marie Stålnacke
PROFESSOR/ÖVERLÄKARE,
REHABILITERINGSMEDICIN,
UMEA UNIVERSITET

Svante Twetman
PROFESSOR, TANDVÅRD, HALMSTAD
SAMT KÖPENHAMNS UNIVERSITET

SBU:S RÅD "EIRA"

Kjell Asplund (ordf)
PROFESSOR, STOCKHOLM

Henrik Andershed
PROFESSOR I PSYKOLOGI, DOCENT I
KRIMINOLOGI, ÖREBRO UNIVERSITET

Kristina Bengtsson Boström
DOCENT, BILLINGENS VÅRD CENTRAL,
SKÖVDE

Christina Bergh
PROFESSOR, KVINNOKLINIKEN,
SU/SAHLGRENKA, GÖTEBORG

Per Gunnar Edebalk
PROFESSOR, SOCIALT ARBETE,
LUNDS UNIVERSITET

Anna Ehrenberg
PROFESSOR, VÅRDVETENSKAP,
HÖGSKOLAN DALARNA

Ingemar Engström
PROFESSOR, PSYKIATRI, ETİK,
ÖREBRO UNIVERSITET

Nils Feltelius
DOCENT, LÄKEMEDELVERKET

Ylva Nilsagård
MED DR, DOCENT, FYSIOTERAPI,
CAMTÖ, REGION ÖREBRO LÄN

Sten-Åke Stenberg
PROFESSOR, SOCIAL FORSKNING,
STOCKHOLMS UNIVERSITET

Katarina Steen Carlsson
FIL DR, HÄLSOEKONOMI, IHE LUND

MEDICINSKA RIKSSTÄMMAN

Tema: Morgondagens vård och
hälsa – utmaningar och möjligheter

Tid och plats: 3–4 december, 2015,
Stockholm Waterfront

Arr: Svenska Läkaresällskapet

<http://www.sls.se/Riksstamman/>
Anmalan

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT INTERNATIONAL, HTAI, 2016

Tema: Value-based Evidence and
Decisions in Healthcare

Tid och plats: 10–14 maj, 2016,
Tokyo, Japan

<http://www.htai.org>

JOINT WORLD CONFERENCE ON SOCIAL WORK, EDUCATION & SOCIAL DEVELOPMENT 2016

Tema: Promoting the Dignity and
Worth of People

Tid och plats: 27–30 juni, 2016,
Seoul, Sydkorea

<http://swsd2016.org>

COCHRANE COLLOQUIUM 2016

Tema: Evidensbaserad vård

Tid och plats: 23–27 oktober 2016,
Seoul, Sydkorea

Forskarnätverket Cochrane
Collaboration tar fram systematiska
litteraturoversikter om hälso- och
sjukvård.

Arr: Australasian Cochrane Centre
<http://community.cochrane.org>

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

SAMMANFATTNINGAR 2012–2015

Kostnadsfria*

-ex Instrument för suicidriskbedömning, nr 501-88
-ex Skolbaserade program för att förebygga självska-
beteende inklusive suicidförsök, nr 501-87
-ex Arbetsmiljö – hjärta och kärl, nr 501-86
-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 Nyttä-risik f vanli läkemedel hos äldre (2014), 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 Arbetsmiljö: depr, utmatttn-syndrom (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 & sömnlörningar (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 ETC

Kostnadsfria, om inget annat anges*

-ex Vettigare vård, nr 401-16. Pris 50 kr plus moms
och frakt. Pensionärsrabatt: 25%. Mängdrabatt
vid beställning över 10 exemplar: 25%.
-ex Förebygg för barnens skull, nr 401-16
-ex Glaukom (grön starr)
– Frågor och svar (2009), nr 401-15
-ex Läkemedel på äldre dar
– Frågor och svar (2009), nr 401-14
-ex Till dig som vill veta mer om
tidig fosterdiagnostik (2008), nr 401-13
-ex Rör i örat hos barn
– Frågor och svar (2008), nr 401-12
-ex Behandling av långvarig smärta
– Frågor och svar (2006), nr 401-11

Trycksaker och faktura* skickas till:

Namn

Postadress

E-post

Frankeras ej.
Mottagaren
betalar portot

SBU

Statens beredning
för medicinsk utvärdering

Svarspost

Kundnr 20087634
11003 Stockholm



AKTUELL STATISTIK

Multibehandling sannolikt bättre än enstaka åtgärd vid långvarigt ryggont

Personer som länge haft ont i ländryggen verkar få lindring och kunna bli mer aktiva när olika slags behandlingar kombineras. Det visar en systematisk översikt av forskningen på området. Effekten är måttlig, men förmodligen betydelsefull, skriver SBU i en kommentar.

Multimodal rehabilitering, MMR, är samlingsnamnet på åtgärdsprogram som innefattar både fysiologiska, medicinska, psykologiska och sociala insatser. SBU har utvärderat MMR tidigare,

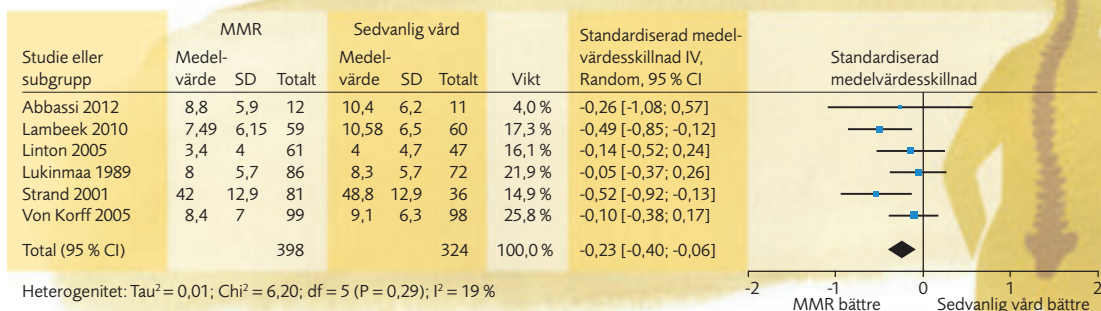
och på senare år har kunskapsläget förbättrats ytterligare. En systematisk litteraturoversikt från 2014, som SBU har granskat och kommenterat, visar att sådan kombinationsbehandling fungerar bättre vid långvarig ländryggsmärta än enstaka träningsmetoder, fysioterapeutiska metoder eller standardvård, till exempel hos allmänläkare. Översikten tar upp olika effekter, men de viktigaste är smärtintensitet, aktivitetsbegränsning och arbetsförmåga. MMR är tydligt bättre i många avseenden men inte i alla.

Den bättre effekten av MMR måste vägas mot de högre kostnaderna, skriver SBU, men påpekar att det är många av patienterna som har prövat annan behandling utan framgång. ♦ RL

Kommentar

Kommentaren om Multimodal rehabilitering vid långvarig ländryggsmärta finns på www.sbu.se. Sakkunnig: Prof Anne Söderlund, fysioterapi, Mälardalens högskola. Den systematiska översikt som kommenteras är: Kamper SJ, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 9.

Aktivitetsbegränsning: MMR jämfört med sedvanlig vård



Aktivitetsbegränsning hos personer med långvarig ländryggsmärta som fått MMR respektive sedvanlig vård. 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.

GRAFIK: BJÖRN LUNDKVIST

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

SBU-RAPPORTER 2008–2015

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

-ex Instr f bedömn av suicidrisk (2015), nr 242, 150 kr
-ex Skolbaserade program f att förebygga självskadebeteende inkl suicidförsök (2015), nr 241, 150 kr
-ex Arbetsmiljöns betydelse för hjärt-kärlsjukdom (2015), nr 240, 200 kr
-ex Rehab, äldre, höftfrakturer (2015), nr 235, 150 kr
-ex Rehab, äldre, stroke (2015), nr 234, 150 kr
-ex Behandling av depression hos äldre, nr 233, 200 kr
-ex Nyttarisk med läkemedel för äldre, nr 229, 150 kr
-ex Arbetsmiljöns betydelse för symptom på depression och utmattningssyndrom (2014), nr 223, 250 kr
-ex Tidig upptäckt av symtomgivande cancer (2014), nr 222, 150 kr
-ex Akutvård av äldre (2013), nr 221, 200 kr
-ex Urininkontinens äldre/sköra (2013), nr 219, 200 kr
-ex Mat vid fetma (2013), nr 218, 250 kr
-ex ADHD (2013), nr 217, 250 kr
-ex Arbetsmiljö & sömnstörn (2013), nr 216, 200 kr
-ex Autismspektrumtillstånd (2013), nr 215, 250 kr

-ex Skattning av njurfunktion (2012), nr 214, 250 kr
-ex Schizofreni. Läkemedel, patientens delaktighet o vårdens organisation (2012), nr 213, 250 kr
-ex Diagnostik och uppföljning av 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 Antibiotikaproxylax, kirurgi (2010), nr 200, 250 kr
-ex Tandförluster (2010), nr 204, 200 kr
-ex Rotfyllning (2010), nr 203, 200 kr
-ex Progr psyk ohälsa hos barn (2010), nr 202, 200 kr
-ex Mat vid diabetes (2010), nr 201, 200 kr
-ex Behandl av sömnbesvär (2010), nr 199, 200 kr
-ex Rehab vid långvarig smärta (2010), nr 198, 200 kr
-ex Triage och flödesprocesser (2010), nr 197, 200 kr
-ex Int glukossänk v diabetes (2009), nr 196, 200 kr
-ex Patientutbildn vid diabetes (2009), nr 195, 200 kr
-ex Egna mätningar av blodglukos vid typ 2-diabetes utan insulinbeh (2009), nr 194, 150 kr
-ex Äldres läkemedelsanvändn (2009), nr 193, 200 kr
-ex Vacciner till barn (2008), nr 191, 250 kr
-ex Öppenvinkelglaukom (2008), nr 190, 200 kr

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

JA TACK, JAG VILL GÄRNA PRENUMERERA KOSTNADSFRITT PÅ:

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

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

Denna information 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).

