

Vetenskap & Praxis

Information från SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering



Vinklad tolkning snedvrider fynden

När forskningsresultat blir missvisande beror det ofta på svagheter i studiernas upplägg och genomförande – det visar SBU:s systematiska översikter. Men det kan också handla om tankefel och bristande saklighet, både hos forskarna själva och hos andra som tolkar deras fynd.

Läs vidare på sidan 2 ►

SBU – KUNSKAPSCENTRUM FÖR VÅRDEN OCH SOCIALTJÄNSTEN

Nya rapporter Förlossningsskador 4 • Hetsättningsstörning 10

LÄS OCKSÅ SNEDVRIDNING 1 • ÖNSKETÄNKANDE 2 • KUNSKAPSLUCKOR OM FÖRLOSSNINGSSKADOR 6 • EFFEKTMÅTT 8 • ANDNING HOS NYFÖDD 9 • VÅLD I NÄRA RELATIONER 14 • HANDELSFRAKTUR 16

Livsfarligt önsketänkande

ATT HOPPAS OCH TRO är något djupt mänskligt, och för en lidande människa kan hoppet om bättring vara helt nödvändigt för att orka överleva. Men det finns en avgörande skillnad mellan hopp och önsketänkande – inte minst när det gäller forskning.

Att som forskare hoppas på en ny behandlingsmetod är en sak. Att tro så starkt att man blir förblindad och vägrar se avvigsdorna är en helt annan. Det är ovetenskapligt – och kan vara rent av livsfarligt för patienterna. Sådan snedvridning behöver inte nödvändigtvis innebära medvetet fusk. Likafullt är det helt stick i stäv med den vetenskapliga ambitionen att beskriva verkligheten på ett sakligt, allsidigt och nyanserat sätt, och det skadar tilltron till forskning.

ÄNDÅ ÄR DETTA något som verkar ske i många forskningsstudier. En aktuell konferensrapport från tunga brittiska forskningsråd och vetenskapsakademier (Academy of Medical Sciences m fl, 2015) riktar ljuset mot allvarliga problem inom biomedicinsk forskning. Forskare som drivs mer av egenintressen än av nyfikenhet sanningssökande ägnar sig till exempel gärna åt signifikansfiske – de undersöker så många tänkbara samband att det rent slumpmässigt uppstår statistiskt signifikanta korrelationer, som tas för sanna. De rapporterar inte nollresultat eller att en önskad effekt uteblev. Eller så genomför de studier som är för små och dåligt upplagda för att kunna ge några rättvisande svar. Det är just sådana som SBU försöker gallra ut i utvärderingarna.

»Det behöver inte innebära medvetet fusk men skadar likafullt tilltron till forskning.«

ATT FORSKNINGRESULTAT VINKLAS kan få allvarliga följder. Det kan drabba tredje part, personer som är sjuka och svaga och som behöver hjälp. När direkt forskningsfusk upptäcks är det många som skakar på huvudet. Men vad är man själv beredd att göra på hemmaplan åt det som kanske inte är flagrant fusk, utan ett diskret friserande av fakta – något som är betydligt vanligare och som ändå förvanskar helhetsbilden? Chefredaktören på tidskriften *The Lancet* hävdade nyligen (2015;385:1380) att en stor del av den vetenskapliga litteraturen, kanske hälften, är osann. Han menar att detta är symtom på systemfel, och pekar bland tänkbara orsaker bland annat på en urspårad tävlingskultur, där universiteten och de vetenskapliga tidskrifterna är medskyldiga och där ingen vill ta första steget för att på allvar rensa i träsket.

Läkekonstens historia ger en del prov på välmenat önsketänkande kring behandlingsresultat. Skada, lidande och resurslöseri som välfärdssystemet självt i vissa fall orsakat har inte alltid berott på misstag. Orsaken har också varit dåligt underlag eller att det införts metoder där nytta och risker för patienter och brukare inte har undersökts i grunden. Medvetenheten om vetenskapliga beviskrav måste nu vidgas från konstgjorda luftstrupar till medicinska åtgärder som kanske är mindre spektakulära men desto vanligare.



Ragnar Levi chefredaktör



LÄNGT IFRÅN ALL forskning är tillförlitlig. Direkt fusk och oredlighet kan få stor uppmärksamhet i medierna men är trots allt relativt ovanligt. Betydligt mer utbredda problem, som inte betraktas som fusk men som ändå förvränger resultaten, förbigås ofta med tystnad. Ändå kan de leda till fullständigt felaktiga slutsatser.

SBU:s systematiska översikter av den vetenskapliga litteraturen visar att många studier är bristfälligt utformade. Det kan handla om allt från felaktig användning av statistiska metoder till utelämnande av väsentliga uppgifter och manipulation av effektmått för att få tydligare resultat. Orsaken kan givetvis vara bristande kunskap eller slarv när det gäller forskningsmetodik. Men problemen kan också bero på mer eller mindre medvetna avsteg från forskningens etiska grund. I stället för att allsidigt undersöka ett ämne eller pröva en hypotes, kan det vara frestande för forskare att vinkla sina frågor och svar för att få stöd för den egna uppfattningen. Sakligheten kan hotas av politiska hänsynstaganden, personliga karriärintressen, professionella dispyter, avundsjuka, hybris och ärelystnad.

PÅ DET MEDICINSKA området finns det starka ekonomiska intressen i bakgrunden. I början av 2000-talet publicerade redaktörer vid några av världens ledande vetenskapliga medicintidskrifter kritiska och självkritiska beskrivningar av läkemedelsindustrins inflytande på vetenskapliga publikationer. Några år senare kom en omfattande genomgång från amerikanska Institute of Medicine som pekar på att en alltför tät relation mellan läkemedelsindustri, medicintekniska företag, enskilda forskare och

Tänkbara felkällor när forskningsresultat tolkas – exempel

- **Intressekonflikt** – risk för påverkan av ekonomisk eller annan egen vinning, t ex karriär, status
- **Ankring** – att låta en detalj forma helhetsbilden
- **Bekräftelse** – att söka fortsatt stöd för de egna första antagandena trots motsägande fakta
- **Likriktning** – överdriven strävan efter samsyn i en grupp, "grupptänkande"
- **Auktoritetstro** – övertro på auktoriteter eller tongivande aktörer
- **Igenkänning** – överdriven tilltro till något tidigare upplevt och bortseende från allt obekant
- **Inramning** – att låta sammanhanget förvränga fakta
- **Förhastade slutsatser** – att felaktigt uppfatta ytterligare fakta som överflödiga
- **Tröghet** – att vilja fortsätta gamla mönster trots att nya fakta motiverar förändring

- **Överförenkling** – att förenkla komplicerade fenomen alltför hårt
- **Överkonfidens** – att överskatta den egna bedömningen och underskatta andras
- **Automatiskt tänkande** – att oreflekterat acceptera en tolkning
- **Nyhetsfokus** – överdriven inriktning på nya eller oväntade förhållanden
- **Önsketänkande** – att överskatta fördelar och underskatta nackdelar
- **Ensidighet** – läsning vid ingrodda uppfattningar
- **Trendöverkänslighet** – opportunistisk följsamhet till rådande uppfattningar
- **Kotterbildning** – att låta ett fåtal inflytelserika experter ensidigt styra en tolkning
- **Inslagen bana** – ovilja att ändra uppfattning på grund av tidigare gjorda investeringar

- **Okunskap** – bristfällig vetskap om alternativ
- **Aversion** – att avfärda pga personlig motvilja
- **Undanhållande** – medvetet utelägna uppgifter som motsäger ett önskat resultat

Lästips

- Nickerson RS. Confirmation Bias: A Ubiquitous ... Review of General Psychology 1998;2:175–220.
- Institute of Medicine. Conflict of Interest ... Washington, DC: The National Academies Press, 2009.
- Driessen E, et al. Does Publication Bias Inflate the Apparent Efficacy ... PLoS ONE 2015;10:e0137864.
- Thaler K, et al. Inadequate use and regulation of interventions ... J Clin Epidemiol. 2015;68:792–802.
- Song F, et al. Dissemination and publication of research ... Health Technol Assess 2010;14: 1-193.
- Robinson KA et al. A Systematic Examination of the Citation of Prior ... Ann Intern Med 2011;154:50-55.

forskningsinstitutioner innebär en klar risk för snedvridning.

Vetenskapssamhället har fastlagt ett etiskt fundament som förväntas gälla. Här ingår bland annat att forskningsresultat inte får manipuleras för att gagna vinstintresse eller personlig övertygelse hos forskaren själv eller omgivningen. Vetenskapliga påståenden måste vara öppna för ifrågasättande och ska accepteras på grundval av observerade fakta – inte på grund av särintressen. Sakinnehållet i hypoteser, invändningar och kritik ska beaktas utan hänsyn till vem eller vilka som framför dem.

IDEALEN ÄR HÖGA – men följs inte alltid i praktiken. När experter summerar och diskuterar bevis för sina ståndpunkter kan de exempelvis bortse från sådant som motsäger hypoteserna och tillmäta bekräftande fynd oproportionerligt stor vikt. Den här typen av vinkling, så kallat bekräftelsefel (se faktaruta), beskrevs redan på 1600-talet av den engelske filosofen Francis Bacon. Han noterade hur människor, när de väl har bildat sig en uppfattning i en fråga, gärna klamrar sig fast vid den – även om det finns mycket som talar emot. Motsägande fakta förbises eller viftas bort för att man ska kunna hålla fast vid sin första tolkning, konstaterade Bacon.

I VETENSKAPLIGA SAMMANHANG finns det välkända problem där den här typen av vinkling kan tänkas bidra. Till exempel har det visats att en betydande andel av alla studier aldrig redovisas, eller så fördröjs publiceringen. Orsaken är ofta att forskarna inte har skrivit ihop eller skickat in forskningsrapporter för publicering eftersom de inte har varit nöjda

med resultatet. Samtidigt finns det dokumenterade exempel på att resultaten från andra studier överdrivs genom att de publiceras flera gånger, antingen som duplikat eller som delresultat i många omgångar, så kallad salamipublicering. Även om vetenskapssamhället försöker hantera problemen, verkar de kvarstå.

OCH NÄR NYA resultat presenteras, refererar forskarna ofta till ett snävt urval av tidigare studier i stället för att ge en översiktsbild. En systematisk genomgång från 2011 av olika medicinska områden visar att mindre än en fjärdedel av alla randomiserade studier citeras i senare liknande studier. Studier som påvisar en effekt citeras oftare än andra studier. Orealistiska förväntningar på nya och "lovande" behandlingsmetoder kan dessutom leda till dåligt upplagda studier. Resultaten kan till exempel bli onödigt osäkra när forskare väntar sig stora och snabba effekter och därför lägger upp alltför små eller alltför kortvariga studier. Samtidigt som urvalet av försöksdeltagare som ingår i en undersökning kan vara snävt, förekommer det att forskare drar stora växlar på resultatens giltighet för andra grupper.

RISKEN FÖR VINKLADE resonemang och tolkningar kan vara särskilt stor i diskussionsavsnitt som brukar ingå i vetenskapliga publikationer, men även i andra delar av vetenskapliga artiklar kan ensidiga tolkningar och felslut smyga sig in. När en studie till exempel visar en tendens till gynnsam effekt som inte är statistiskt säkerställd, kan författarna beskriva detta som lovande. En tendens till lika stora försämring beskrivs däremot inte som en varningssignal. Sådant önsketänkande

blir också tydligt i studier som inte lyckas påvisa en förväntad skillnad och där författarnas tolkning är att studierna var för små för att upptäcka en skillnad. Men möjligheten att det kanske inte föreligger någon väsentlig skillnad måste också framhållas.

Det blir också problematiskt om man sätter likhetstecken mellan tidssamband och orsakssamband – om man förutsätter att händelsen B som inträffat efter händelsen A måste ha orsakats av A. Att två företeelser sammanfaller tidsmässigt behöver inte betyda att den ena har orsakat den andra.

YTTERLIGARE ETT FEL som förekommer i vetenskapliga sammanhang är att man tolkar brist på bevis för en viss gynnsam eller ogynnsam effekt som avsaknad av sådana effekter. Att det saknas belägg för ett visst påstående innebär inte att det är falskt. Att det saknas motbevis betyder inte heller att påståendet är sant. Frånvaro av biverkningsrapporter om en viss behandling betyder inte att behandlingen är biverkningsfri. Att det saknas bevis för att en behandling har effekt behöver inte betyda att den är verkningslös.

Medicinshistorien visar hur förespråkare för olika oprövade behandlingar ensidigt sökt stöd för metoderna, utan någon avsikt att vara partisk – men ändå utan att ifrågasätta.

Förmågan att tänka kritiskt och att ompröva hypoteser är en grundsten i vetenskapligt arbete. Detta är något som måste tränas och uppmuntras, inte bara bland forskare utan även i vetenskapligt baserad vård och omsorg.

Utmaningen är att acceptera den ovissheit som råder på många områden, och att inte hemfalla åt vare sig tvärsäkerhet eller överdriven skepsis. ♦ **RL**

Födelse Fler kvinnor skulle kunna slippa anal inkontinens

Skador i bäckenbotten efter barnafödande skulle kunna förebyggas bättre och upptäckas oftare, visar SBU:s granskning. De undersökningar som används i dag missar många gånger skador på ändtarmens ringmuskel. Kvinnorna riskerar läckage av tarminnehåll och sämre livskvalitet. Med andra metoder, som inte används rutinmässigt i dag, skulle fler kunna få hjälp.

Barnmorskor och läkare i Sverige är medvetna om riskerna för förlossningsskador på ändtarmens slutmuskel, analsfinktern. Redan i dag arbetar många med att förebygga, upptäcka och behandla tillståndet. Men en systematisk översikt och utvärdering som SBU har genomfört visar att problemet ändå verkar underskattas och att situationen på flera sätt skulle kunna förbättras.

Problemen med avföringsinkontinens märks sällan förrän mamman har lämnat förlossningsvården – och de barnmorskor och läkare som deltagit vid förlossningen får inte alltid veta vilka skador som kvinnan har fått.

FLER SKADOR PÅ slutmuskeln skulle kunna upptäckas och åtgärdas om ytterligare undersökningar användes rutinmässigt inom förlossningsvården.

I dag tittar och känner barnmorskan eller läkaren i området för att hitta förlossningsskador. Om den vanliga efterundersökningen kompletterades med ett ultraljud av ändtarmen, skulle en kvinna av trettio som fött barn kunna få adekvat behandling och slippa svår avföringsinkontinens ett år senare.

Forskningen visar också att vissa förebyggande åtgärder ger resultat. Hos

kvinnor som föder första gången och som behöver hjälp med sugklocka för att föda barnet, ger ett klipp i bäckenbotten (episiotomi) ett visst skydd mot skador på analsfinktern. Även varma kompresser mot mellangården under utdrivningsskedet har en svagt skyddande effekt.

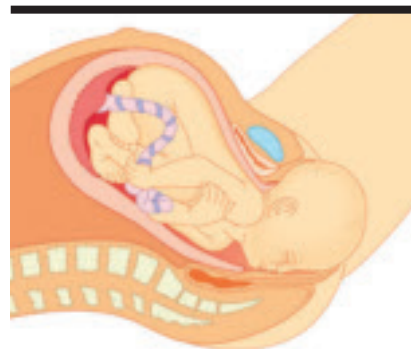
Sfinkterskador kan också förebyggas med hjälp av undervisningsprogram som inriktas på att barnet inte ska födas för snabbt, att personalen ska använda förebyggande handgrepp och att klipp i bäckenbotten ska användas när det är nödvändigt för barnets hälsa.

ATT SÅDANA PROGRAM som helhet minskar sfinkterskadorna framgår av studier – men inte vilken del av programmen. Till exempel är den specifika effekten oklar av olika handgrepp, där personalen håller emot barnets huvud och samtidigt stöder vävnaderna i bäckenbotten när barnet föds fram.

Många andra metoder har studerats ►

Om rapporten

Analsfinkterskador vid förlossning – en systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter (2016). Projektleddare SBU: Sigurd Vitols, sigurd.vitols@sbu.se Hela rapporten med sammanfattning finns på www.sbu.se



DORLING KINDERSLEY / GETTY

Bristning i bäckenbotten

Bristningar i bäckenbotten hos kvinnor som föder indelas i fyra grader. Grad 1 och 2 betecknar bristningar i mellangården (perinealruptur) respektive slidväggarna (vaginalruptur). Grad 3 innebär att den yttre och ibland den inre ändtarmsmuskeln (sfinktern) är skadad och grad 4 att inte bara sfinktrarna utan också ändtarmsväggen har skadats.

Skadorna kan leda till oförmåga att hålla urin, gas och avföring, och att det kommer avföring när man ska släppa gaser. De kan också leda till framfall och påverka den sexuella funktionen. Ju mer omfattande bristningen är desto större blir problemen efteråt. Anal inkontinens försämrar i hög grad kvinnans livskvalitet.



alltför lite för att man ska kunna avgöra om de förebygger sfinkterskador eller innebär några nackdelar. Detta gäller till exempel injektion av enzymet hyaluronidas i mellangården och ballongvidgning av underlivet.

Brist på studier gäller också förberedande åtgärder som massage, bäckenbotenträning, olika förlossningsställningar och krystningsteknik, liksom benstöd, bälten och andra hjälpmedel.

ÅR 2014 UPPTÄCKTES sfinkterskada hos över 3 300 kvinnor i Sverige, det vill säga 3,4 procent av alla som fött vaginalt. Bland dessa hade ungefär var tionde den mest omfattande formen av skada (grad 4).

Risken för skada på analsfinktern är störst hos förstföderskor. Andra exempel på riskfaktorer för sfinkterskada är förlossning med sugklocka eller tång, hög födelsevikt hos barnet, avvikande bjudning av fostrets huvud (vidöppen hjässbjudning, ansiktsbjudning eller pannbjudning) och könsstympning av kvinnan.

SBU-rapporten diskuterar tänkbara följder av att fler sfinkterskador upptäcks. Om vårdens diagnostik av sfinkterskador förbättras, kanske man också kommer att se annorlunda på behovet av klipp. ♦ **RL**

UR SBU:S SLUTSATSER **SKADA PÅ ANALSFINKTERN**

► I dag missas analsfinkterskador på grund av att metoder med otillräcklig känslighet används. Detta innebär en underskattning av problemets storlek. Missade skador kan leda till anal inkontinens och nedsatt livskvalitet. Trots att det finns metoder för att identifiera analsfinkterskador används dessa inte rutinmässigt inom förlossningsvården.

► Undervisningsprogram med fokus på långsamt framfödande, utövande av perinealskydd och klipp bara vid absolut indikation har visat sig medföra färre rapporterade sfinkterskador. Det går dock inte att avgöra vilken enskild komponent som har betydelse. En av komponenterna är manuellt perinealskydd som enligt vissa studier kan vara skyddande, men resultaten är inte entydiga.

► Klipp före förlossning med sugklocka hos förstföderskor har en viss skyddande effekt mot sfinkterskador. Rutinmässigt klipp i denna grupp skulle betyda att ett betydande antal kvinnor tillfogas en bäckenbottenskada, grad 2, för att förhindra en analsfinkterskada. Varma kompresser mot mellangården under utdrivningsskedet har en svagt skyddande effekt och saknar sannolikt negativa effekter.

► Det behövs mer kunskap om vilka metoder som kan användas som screening efter förlossningar för att skador inte ska missas. Dessa metoder bör vara enkla, reproducerbara och känsliga. Forskning där utfallet mäts med objektiva diagnosmetoder skulle vara av värde för utvärderingen av hur förlossningsställningar, klipp, vårdens organisation och olika varianter av perinealskydd påverkar förekomsten av analsfinkterskador.

Kartläggning

Samlad bild av åtgärder vid förlossningsskador behövs

Det saknas bra systematiska översikter av behandlingar mot skador efter vaginal förlossning. Det konstaterar ämnessakkunniga som SBU har anlitat för att kartlägga behandlingsforskningen på området. Signalen till vetenskapssamhället och forskningsfinansiärerna är: här finns kunskapsluckor som borde täppas till.

Av totalt 21 systematiska översikter som de sakkunniga fann, var det bara åtta som höll medelhög eller hög kvalitet. De flesta frågor om behandling av förlossningsskador har aldrig belysts med någon sådan översikt. Följden är att det saknas en samlad bild av forskningsresultat som på ett tillförlitligt sätt kan visa hur bra eller dåliga olika behandlingar av förlossningsskador är.

Ett undantag är frågor om hur olika tekniker att sy ihop klipp eller bristningar i bäckenbotten påverkar smärta och läkning. Det finns också viss kunskap om den smärtstillande effekten av paracetamol vid den här typen av skador.

FORSKARE SOM GÖR systematiska litteraturöversikter sammanställer de studier som finns om olika insatser och drar slutsatser om deras nytta och risker. Sådana översikter har blivit allt vanligare. De ger en samlad bild av sannolikheten att olika åtgärder ska ha avsedd effekt vid ett visst tillstånd eller problem.

På många områden har det aldrig gjorts kunskapssammanställningar av det slaget – eller så har de gjorts på ett otillförlitligt sätt. Detta blir tydligt när man gör en samlad genomgång av översikterna, en så kallad systematisk kartläggning.

OCH DET ÄR JUST SÅ som SBU har gått till väga för att ta reda på vilka forskningsresultat som finns, och vilka som

saknas, i fråga om behandling av fysiska förlossningsskador hos kvinnor efter vaginal förlossning. De sammanlagt 21 systematiska översikter som har publicerats granskades med hjälp av en utprövad och vedertagen mall som kallas Amstar, *assessment of multiple systematic reviews*. Däremot granskades inte de enskilda studierna som ingick i översikterna. Ett sådant detaljarbete skulle ha krävt mer tid och resurser, som i en omfattande utvärdering där SBU drar slutsatser om behandlingarna.

PROJEKTLEDARE FÖR SBU:S kartläggning är Frida Mowafi. Hon menar att kunskap är att både veta vad det är man vet och vad det är man inte vet.

– Syftet med den här typen av kartläggning är ju i första hand att stimulera forskning som kan ge värdefulla svar, säger hon.

– På längre sikt är målet förstås att förbättra hälsa och livskvalitet för kvinnor med förlossningsskador, samtidigt som man hushållar med vårdens resurser. ♦ **RL**

Om rapporten

Behandling av förlossningsskador som uppkommit vid vaginal förlossning. En kartläggning av systematiska översikter (2016). Projektledare SBU: Frida Mowafi, frida.mowafi@sbu.se
Hela rapporten finns på www.sbu.se



Kartläggning och översikt

En **systematisk kartläggning** (eng *systematic mapping*) innebär att man identifierar, samlar in och kvalitetsbedömer systematiska översikter inom ett forskningsfält. Kartläggningen kan visa på områden där det finns behov av välgjorda studier eller bra översikter av sådana studier.

En **systematisk översikt** (eng *systematic review*) är en metodisk granskning och sammanställning av alla tillgängliga studier som har gjorts av en viss fråga. Översikten ska utgå från en tydligt formulerad fråga. Författarna ska använda systematiska och explicita metoder dels för att söka i litteraturen, välja ut och kritiskt bedöma relevanta studier, dels för att ta fram och analysera väsentliga uppgifter i varje studie. När det är möjligt och lämpligt används också statistiska metoder (metaanalys) för att analysera och väga samman resultaten av studierna som ingår.



Problem	Systematisk översikt finns (av minst medelhög kvalitet)	Systematisk översikt visar att vissa behandlingsstudier finns	Vetenskaplig kunskapslucka* föreligger
Grad 1-bristning			●
Grad 2-bristning	●	●	●
Grad 3- och 4-bristning	●		●
Djupare vaginal bristning			●
Skada orsakad av klipp	●	●	●
Skada på levatormuskeln			●
Livmoderframfall, akut			●
Skada på benstruktur i bäckenbotten			●
Separation av blygdbensfog	●		●
Specifika skador på könsstympade			●
Fistlar mellan blåsa och vagina eller tarm och vagina	●		●
Hemorroid			●
Smärta i mellangården	●	●	●
Samlagssmärta	●	●	●
Urininkontinens	●		●
Analinkontinens	●		●
Tarmtömningssvårighet	●		●
Brusten livmoder			●

BJÖRN LUNDKVIST

* det vetenskapliga underlaget räcker inte för att dra slutsatser om olika åtgärdsalternativ.

"Effektstudier inriktas inte alltid på det mest väsentliga"



Effekter som är enkla att mäta ger inte alltid besked om det som har verklig betydelse för patienter och brukare. Forskningsstudier som använder så kallade surrogatmått och kompositmått måste tolkas försiktigt, säger Sigurd Vitols på SBU.

En av de grundläggande frågorna när insatser i vård och omsorg utvärderas är vilken effekt de har på människors liv och hälsa. När SBU sätter i gång ett utvärderingsprojekt är det därför en viktig fråga vilka effekter som åtgärderna ytterst syftar till.

– Studier som ska undersöka nyttan av en insats eller behandling ska helst inriktas på de slutmål som åtgärden syftar till – något som verkligen är viktigt för patienter och brukare. Annars blir det svårt att tolka resultaten, säger Sigurd Vitols, klinisk farmakolog och ordförande i SBU:s kvalitets- och prioriteringsgrupp.

EXEMPELVIS BÖR STUDIER av ett kolesterolsänkande läkemedels förmåga att bromsa åderförkalkning inriktas på att undersöka effekten på människors överlevnad, hjärt-kärlhälsa och livskvalitet.

– Att enbart undersöka effekten på kolesterollivnivåerna är alltså inte tillräckligt för att kunna bedöma nyttan med behandlingen, säger han. En

Lästips

- Institute of Medicine of the National Academies. Evaluation of biomarkers and surrogate endpoints in chronic disease. Washington DC: The National Academies Press, 2010. Se www.nationalacademies.org
- Yudkin JS, et al. The idolatry of the surrogate. *BMJ* 2011; 343:d7995.
- Cordoba G, et al. Definition, reporting, and interpretation of composite outcomes in clinical trials: systematic review. *BMJ* 2010;341:c3920.
- Buyse M, et al. Statistical evaluation of surrogate endpoints with examples from cancer clinical trials. *Biom J* 2016;58:104-32.

kolesterolsänkning som sådan är ju egentligen ointressant för patienten om det inte samtidigt kan visas att patienten har någon nytta av den.

– För patienterna är det effekten på dödlighet, insjuknande i hjärtinfarkt och livskvalitet som är det riktigt intressanta.

På motsvarande sätt bör nyttan av en utbildningsinsats i skolan för att förebygga missbruk hos barn och unga utvärderas genom att man försöker mäta konsumtionen av alkohol, narkotika, tobak och spel – inte bara de ungas kunskaper och attityder.

SKÅLET TILL ATT studierna bör inriktas på slutfekter för personerna, och inte enbart på mellanled (surrogatmått) som tros vara involverade i en skadlig utveckling, är att kopplingen ofta är komplicerad och ofullständigt kartlagd mellan faktorer som betraktas som orsak och verkan. Det är till exempel inte givet att ett läkemedel som minskar skadligt kolesterol också skyddar mot hjärtinfarkt. Dessutom kan åtgärderna ha bieffekter som spelar roll för människors dagliga liv, hälsa och livskvalitet.

ATT MÄTA DE VÄSENTLIGA utfallen, de som visar den egentliga nyttan för människor, kan dock vara svårt. Effekter på hälsa och välbefinnande uppstår ofta på sikt och bara hos vissa individer. Därför krävs det större och mer långvariga studier innan detta kan påvisas.

– När forskningsresurserna inte räcker, händer det att forskarna nöjer sig med surrogatmått. Det är inte acceptabelt att övertolka sådana resultat, men här begås det ofta fel, säger Sigurd Vitols.

Ett annat problem vid effektmätning kan uppstå när man väljer sammansatta mått, så kallade kompositmått. Då väger forskarna samman flera olika utfall för att öka studiens statistiska styrka. Men om utfallen har väldigt olika dignitet är detta en tvivelaktig metod – till exempel att slå ihop dödlighet med behov av slutenvård.

– Man ska vara försiktig med kompositmått, särskilt när de innefattar ett surrogat. Många gånger kan en statistiskt säkerställd effekt på ett kompositmått förklaras helt av effekten på ett surrogatmått.

– I värsta fall kan kompositmättet maskera en negativ behandlingseffekt på verkligt viktiga utfall. ♦ **RL**

FRÄMST TEORI BAKOM MEDEL FÖR ANDNING HOS NYFÖDD

Det är magert med prövningar av nyttan av att ge så kallad surfaktant till nyfödda fullgångna barn som dragit in smutsigt fostervatten i lungorna och fått andningsproblem. Men framtida studier som jämför med placebo är knappast att vänta, skriver SBU i sin kommentar.

Nyfödda som har utsatts för fysisk stress under förlossningen, och som har dragit in fostervatten med sin egen avföring i lungorna, kan i några fall kvävas. Det beror på att avföringen, mekonium, motverkar den nyföddas kroppsegna ämne, surfaktant, som ska underlätta andningen.

Syftet med att ge extra surfaktant till fullgångna nyfödda barn med så kallat mekoniumaspirationssyndrom, MAS, är att minska riskerna att barnet dör eller får svåra komplikationer. Att surfaktant skulle kunna göra nytta finns det teoretisk grund för och kliniska förhoppningar om. Och behandlingen är enkel att ge.

EN SYSTEMATISK översikt av det vetenskapliga underlaget som SBU har granskat visar att nyttan är bristfälligt undersökt. De fyra randomiserade studier som gjorts omfattar totalt bara 326 barn, vilket är för lite för att vetenskapligt kunna fastställa om behandlingen gör nytta eller inte. Genom att komplikationer vid MAS är ovanliga skulle

det behövas större studier för att kunna påvisa en eventuell minskning.

DE STUDIER SOM FINNS visar sammantaget ingen skillnad i vare sig överlevnad, förekomst av lungkollaps, kronisk lungsjukdom, hjärnblödning eller behov av syrgas eller respirator jämfört med placebo eller ingen behandling alls. Enligt författarna till den systematiska översikten kan surfaktant eventuellt minska behovet av behandling med hjärt-lungmaskin, men resultaten är mycket osäkra, skriver SBU i sin kommentar.

Några framtida studier som jämför surfaktant med placebo är knappast att vänta, enligt kommentaren, men det är möjligt att forskare kommer att jämföra olika sätt att tillföra surfaktant. ♦ **RL**



PETER RYAN/SCIENCE PHOTO LIBRARY

Mekoniumaspiration

Mekoniumaspirationssyndrom, MAS, uppstår hos en del nyfödda när de har andats in fostervatten som förorenats av fostrets tarminnehåll, mekonium. Synlig förorening av vattnet är vanligt, men bara några få procent av alla nyfödda barn med missfärgat fostervatten utvecklar MAS. Då uppstår andningsproblem, lungan kan falla ihop och barnet kan kräva respiratorvård. Rensugning av luftvägarna i kombination med andra åtgärder räcker inte alltid. Allvarliga former av MAS beräknas i vår del av världen drabba 0,5–1 promille av alla nyfödda.

PÅ GÅNG Exempel på SBU- projekt



ARBETSMILJÖ & ARTROSBEVÄR

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

SKAKVÅLD – EN SYSTEMATISK LITTERATURÖVERSIKT

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

FOSTERSKADOR AV ALKOHOL – DIAGNOSTIK OCH STÖD FÖR BARN

Monica.Hultcrantz@sbu.se
Planerad publ: höst 2016

FÖRÄLDRAINSATSER VID VÅLD ELLER FÖR- SUMMELSE MOT BARN

Lina.Leander@sbu.se
Planerad publ: vinter 2017–8

INSATSER FÖR ENSAM- KOMMANDE BARN I IN- TEGRERING, HÄLSA OCH FUNKTIONSFÖRMÅGA

Knut.Sundell@sbu.se
Planerad publ: 2017

INSATSER FÖR HÄLSA HOS BARN I FAMILJEHEM

Knut.Sundell@sbu.se
Planerad publ: 2017

KEMIKALIER I ARBETSMILJÖN & HJÄRTKÄRLSJUKDOM

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

OPERERA ARMFRAKTUR

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

OPERERA GALLBLÅSA: STEN & INFLAMMATION

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

PROGRAM FÖR UNGA MED ANTISOCIAL PROBLEMATIK INOM INSTITUTIONSVÅRD

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

Om kommentaren

Surfaktant för behandling av mekoniumaspirationssyndrom (MAS) hos fullgångna eller nästan fullgångna barn. Sakkunnig: Claus Klingenberg, professor och överläkare, Institutet för klinisk medicin, Universitetssjukhuset Nord-Norge, Tromsø.

Den systematiska översikt som kommenteras är: El Shahed AI, et al. Surfactant for meconium aspiration syndrome in term and late preterm infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 12. Art No: CD002054.

Kontaktperson på SBU: mikael.nilsson@sbu.se
Fullständig kommentar finns på www.sbu.se

Hetsätningsstörning

Terapi hjälper många även efter behandling

Både kognitiv beteendeterapi och interpersonell psykoterapi har visats hjälpa vid hetsätningsstörning. Det visar studier med uppföljning upp till ett år efter behandlingens slut. Även läkemedel kan minska hetsätning, men det är inte undersökt om effekten kvarstår när medicineringen upphör.

Flera behandlingsmetoder har visats hjälpa personer som uppfyller kriterierna för hetsätningsstörning, enligt SBU:s utvärdering av den samlade forskningen.

Vissa psykologiska metoder och läkemedel har visats kunna stoppa eller dämpa beteendet, enligt mätningar direkt efter behandlingens slut. För kognitiv beteendeterapi och interpersonell psykoterapi* finns det belägg för att effekten kvarstår efter ett år, men i fråga om läkemedel har detta inte undersökts.

ÄVEN SJÄLVHJÄLP UTIFRÅN kognitiv beteendeterapi har i studierna visats ge effekt på beteendet, vid uppföljning direkt efter avslutad behandling.

Hetsätningsstörning orsakar stort lidande och beteendet kan uppfattas av individen som skamfullt. Få söker hjälp.

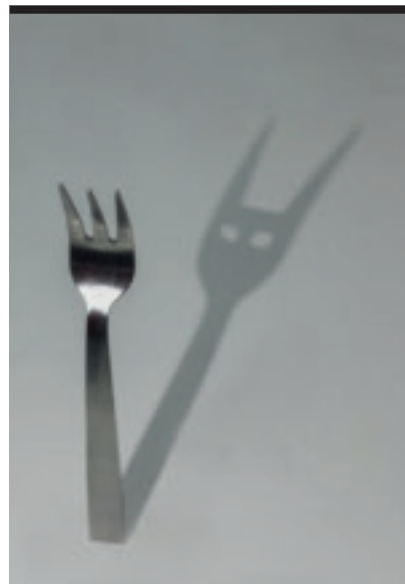
Många utvecklar fetma eller övervikt, men läkare som möter patienter med övervikt frågar inte alltid om sådant som kan tyda på hetsätningsstörning.

I utvärderingen efterlyser SBU forskning om biverkningsrisker, effekter på livskvalitet och effekter av att kombinera olika behandlingar. Behandlingsresultaten på lång sikt respektive för barn och ungdomar behöver också undersökas i framtida studier. ♦ **RL**

Om rapporten

Behandling av hetsätningsstörning (2016). Ordförande: prof Ata Ghaderi, Inst f klinisk neurovet, Karolinska institutet. Projektledare SBU: Jenny Odeberg, jenny.odeberg@sbu.se Hela rapporten: www.sbu.se.

* strukturerad form av psykoterapi som inriktas på hur psykisk hälsa/ohälsa påverkar relationer, och hur relationer påverkar den psykiska hälsan.



PAUL DAVID GALVIN/GETTY

SBU:S SLUTSATSER BEHANDLING

- Det finns flera behandlingar vid hetsätningssstörning som leder till att man slutar hetsäta eller hetsäter mer sällan.
- Såväl kognitiv beteendeterapi (kbt), som interpersonell psykoterapi (ipt) är psykologiska metoder som leder till att beteendet upphör eller minskar, vid uppföljning efter ett år. Kbt i självhjälpsformat med regelbundet stöd har också visat sig minska hetsätning direkt efter avslutad behandling.

- Läkemedelsbehandling med antidepressiva medel av typen SSRI eller det centralstimulerande lisdexamfetamin leder till att hetsätningen upphör eller minskar. Men det går inte att avgöra om effekten kvarstår på längre sikt.
- Framtida forskning bör undersöka behandlingarnas effekt på livskvalitet, kombinationen av olika behandlingar, nyttan på lång sikt och behandling av barn och ungdomar. Dessutom bör hälsoekonomiska studier genomföras.

Hetsätningsstörning

Vid hetsätningsstörning äter man utan att känna hunger. Man får i sig maten mycket snabbare än normalt och fortsätter tills det blir obehagligt.

Det är vanligt att äta ensam på grund av skam och att känna stark skuld, äckel eller nedstämdhet efteråt. Tillståndet liknar bulimia nervosa men den som hetsäter gör sig inte av med energin igen genom att framkalla kräkningar eller missbruka laxermedel. Fetma eller övervikt är vanligt. Hetsätningssstörning beräknas drabba 1–4 procent av befolkningen någon gång i livet och ingår i diagnossystemet DSM-5.



En oprövad metod är ibland en skadlig metod



Innan både nyttan och riskerna med nya behandlingar är vetenskapligt testade finns risken att de inte bara är ineffektiva eller verkningslösa. I värsta fall gör de i stället mer skada än nytta.

Nya behandlingsmetoder upplevs ofta som innovativa och lovande – och ibland infrias löften. Men att en insats eller terapi är ny betyder samtidigt att den inte hunnit prövas särskilt länge, och många metoder har bara undersökts med så kallade surrogatmått (se artikeln på sidan 8).

Därför är balansen mellan nytta och risk hos en ny metod ofta oklar, jämfört med befintliga alternativ. Det är inte alls säkert att den nya åtgärden sammantaget är vare sig effektivare eller säkrare.

LÄKEMEDEL SOM JUST har godkänts är inte alltid klart bättre än de som redan används. När de nya produkterna har använts en tid och studier har genomförts, visar sig många vara ungefär lika bra som befintliga mediciner – några till och med sämre.

MARTIN BARRAUD / GETTY

Stockholms läns läkemedelskommitté lyfte nyligen fram flera exempel på läkemedel som först marknadsfördes hårt av tillverkaren och som sedan drogs in från marknaden när läkemedlens allvarliga biverkningar uppdagades.

DET FÖRSTA EXEMPELET är rosiglitazon (Avandia), som år 2000 godkändes för behandling av typ 2-diabetes som på lång sikt kan leda till hjärtinfarkt och stroke. Verkningsmekanismen var ny och bedömdes som intressant. Godkännandet byggde på korttidsstudier som visade att HbA_{1c}, som avspeglar den långsiktiga glukosnivån i blodet, minskade med en procentenhet jämfört med placebo. Det saknades bevis som gällde minskad risk för hjärtinfarkt och stroke – det huvudsakliga syftet med behandlingen. Senare skulle det visa sig att substansen tvärtom ökade hjärtinfarktterna och kunde leda till hjärtsvikt.

Tidigt framkom det en del tecken på ökad risk för vätskeansamling i kroppen och hjärtsvikt. Men fokus låg på blodsockret. Efter hand kom det fler analyser som stärkte misstankarna om skadliga effekter. År 2004 uppmanade Världshälsoorganisationen WHO tillverkaren att se över det vetenskapliga underlaget igen, men det skulle dröja till 2010 innan den europeiska läkemedelsmyndigheten EMA drog in rosiglitazon från den europeiska marknaden.

SIBUTRAMIN (REDUCTIL) ÄR ett annat exempel. Läkemedlet godkändes år 2001 för behandling av fetma. Korttidsstudier visade en vikttnedgång på cirka 3–5 kilo jämfört med placebo, men tidigt sågs att medlet också kunde höja blodtrycket och öka pulsen. Åtta år efter godkännandet visade en stor studie med flera års uppföljning att de som behandlades visserligen gick ner i vikt men också oftare drabbades av hjärtinfarkt och stroke, jämfört med placebo. Kort därefter drogs sibutramin in av läkemedelsmyndigheterna.

ETT TREDJE EXEMPEL är också det ett läkemedel mot fetma: rimonabant (Acomplia) som godkändes år 2006. Medlets verkningsmekanism var ny, och godkännandet byggde på studier där personer med fetma gått ner 5 kilo mer med rimonabant än med placebo. Substansen verkade också påverka vissa blodfetter på ett bra sätt, även om psykiska biverkningar var ungefär dubbelt så vanliga. Två

Så arbetar SBU

år senare fick en stor studie avbrytas i förtid, när biverkningar som ångest, depression och sömnsvårigheter visade sig öka – utan att hjärt-kärlsjukligheten visats minska. Försäljningstillståndet drogs in av EMA.

INTE BARA LÄKEMEDEL utan även andra åtgärder kan ha negativa effekter och medföra allvarliga risker. Ett dramatiskt exempel från 1970- och 80-talen är den förbättring som man då försökte göra av mekaniska hjärtklaffar vid svår hjärtklaffsjukdom. När tidiga modeller av den så kallade Björk-Shiley-klaffen introducerades, visade det sig att blodproppsbildning försämrade funktionen. Då ändrades konstruktionen till en skiva som hölls på plats av två metallstag. Under de inledande prövningarna före lanseringen upptäckte man av en slump att stagen kunde gå av, men man antog att det berodde på dålig svetsning. Orsaken undersöktes aldrig ordentligt. Den amerikanska kontrollmyndigheten litade på att den nya klaffmodellen trots allt var bättre. Inte förrän 1986 togs klaffen bort från marknaden. Då hade hundratal dödsfall inträffat som hade kunnat undvikas.

ÄVEN OM SYSTEMEN för produktkontroll har förbättrats och numera innefattar bättre uppföljning efter lansering av en produkt och stora kvalitetsregister, så gäller det att väga nytta mot risk när ny medicinteknik införs.

Detsamma gäller både psykologisk behandling och insatser inom socialtjänsten. Nytt måste inte alltid vara bättre – inte ens när det finns teoretiska skäl och surrogatmått som tyder på det. ♦ **RL**

Lästips

- Norman C, et al. Allt nytt är inte bättre. Evidens, medicin & läkemedel, 2015, nr 4, sid 27–29.
- Singh S, et al. Long-term risk of cardiovascular events with rosiglitazone: a meta-analysis. JAMA 2007;298:1189-95.
- Nissen SE, et al. Effect of rosiglitazone on the risk of myocardial infarction and death from cardiovascular causes. N Engl J Med 2007;356:2457-71.
- James WP, et al. Effect of sibutramine on cardiovascular outcomes in overweight and obese subjects. N Engl J Med 2010;363:905-17.
- Topol EJ, et al. Rimonabant for prevention of cardiovascular events: a randomised, multicentre, placebo-controlled trial. Lancet 2010;376:517-23.
- Blackstone EH. Could it happen again? The Björk-Shiley convexo-concave heart valve story. Circulation 2005;111:2717-9.

SBU utvärderar sjukvårdens och socialtjänstens insatser. Myndigheten har i uppdrag att göra oberoende, vetenskapliga utvärderingar av metoder inom hälso- och sjukvård inklusive tandvård. Sedan 2015 ska SBU också granska kunskapsläget för insatser inom socialtjänst och insatser med stöd av LSS (Lag om stöd och service).

Genom sitt arbete ger SBU kunskap för bättre vård och omsorg. Myndigheten svarar på frågor som:

- Hur bra är olika behandlingar eller insatser?
- Hur bedöms behoven på bästa sätt?
- Hur ska resurserna användas för att göra största möjliga nytta?

Forskare studerar effekten av olika åtgärder och publicerar resultaten som artiklar i vetenskapliga tidskrifter. Men det publiceras så många artiklar att det blir omöjligt för den enskilde yrkesutövaren att få överblick. SBU ger överblick genom att sammanställa forskningen och granska den kritiskt.

Utvärderingarna lyfter fram medicinska, sociala, etiska och hälsoekonomiska perspektiv.

Det kan gälla prevention, diagnostik, behandling, omvårdnad och socialt arbete.

Resultaten kan användas som stöd både för beslutsfattare, de som arbetar inom sjukvården eller socialtjänsten och de som berörs av den. SBU ska också belysa var det saknas tillräcklig kunskap om effekten av olika insatser.

Förslag på behandlingar eller insatser som SBU ska utvärdera kommer från många håll, till exempel från yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten, andra myndigheter, eller från SBU:s vetenskapliga råd eller nämnd.

SBU:s arbete utgår från befintlig forskning. I en utvärdering samlar, granskar och väger man samman befintliga forskningsresultat på ett systematiskt sätt. Arbetet bedrivs som projekt. För varje större projekt rekryteras en tvärvetenskaplig arbetsgrupp av sakkunniga på området. Arbetsgruppen hjälper till att utvärdera det insamlade vetenskapliga underlaget. Till detta läggs ofta en hälsoekonomisk och etisk utvärdering.

Ibland går det inte avgöra om en insats har effekt utifrån den forskning som finns – utvärderingen har påvisat en kunskapslucka. Denna kan bero på att forskningsstudierna är för få eller små, att de är av otillräcklig kvalitet, eller att resultaten av olika studier motsäger varandra. Att det saknas forskning behöver inte betyda att insatsen är ineffektiv. Det betyder att vi inte vet. En kunskapslucka visar var det behövs mer forskning.

SBU har arbetat länge med att utvärdera metoder inom hälso- och sjukvården men har också granskat samband mellan arbetsmiljö och hälsa, insatser vid dyslexi och metoder för att främja fysisk aktivitet.

"Forskning om våld i nära relationer är en bra startpunkt för åtgärder"

Svenska undersökningar tyder på att våld i nära relationer är ett allvarligt samhällsproblem. SBU har börjat granska forskningen om olika åtgärder för att förebygga våldet och hjälpa dem som drabbas – både kvinnor och män, skriver Knut Sundell.

I Sverige dödas varje år 14 kvinnor och fyra män av en nuvarande eller tidigare partner, enligt siffror från Brottsförebyggande rådet (BRÅ). Mångfald fler utsätts för icke-dödligt våld.

Hur vanligt är egentligen våld i nära relationer? Det beror bland annat på vilken definition som används, och det finns flera. Ibland avgränsas det till våld mellan två personer som har en kärleksrelation, och i andra fall ingår även syskon och andra familjemedlemmar som far- och morbröder. Våldet kan vara fysiskt och sexuellt men även psykiskt som hot, kontrollerande beteenden, trakasserier och verbala kränkningar. Och det kan vara mer eller mindre återkommande.

I REGELBUNDNA befolkningsundersökningar vid Statistiska centralbyrån (SCB) och Folkhälsomyndigheten frågar man

hur många som utsatts för fysiskt våld. Dessutom har både BRÅ och nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) studerat frågan.

ETT OUNDVIKLIGT PROBLEM i den här typen av studier är att bortfallet är stort. Närmare hälften av svaren uteblir – och det är oklart om de som inte svarar är särskilt utsatta och inte vill tillstå detta eller om de tvärtom inte utsatts och därför inte känner sig berörda. Båda möjligheterna finns.

I de fyra undersökningarna med drygt 40 000 svarande uppger både män och kvinnor att de har utsatts för fysiskt våld från en partner under det senaste året. Andelarna varierar i undersökningarna: mellan 0,6 och 2,9 procent av kvinnorna och mellan 0,5 och 2,0 procent av männen. När psykiskt våld eller hot om våld tas med ökar andelen till 6,8 procent i medeltal för kvinnor och män i BRÅ:s undersökning. I dessa siffror ingår alla grader av våld i olika frekvens.

BRÅ frågar också i sin undersökning om man någon gång i livet har utsatts för fysiskt våld av en partner eller tidigare partner. Här svarar 15 procent av kvinnorna ja, liksom 8 procent av männen. De

svarande är vuxna personer i olika åldrar. Därför gäller inte siffrorna automatiskt för dagens yngre generationer.

INGEN AV DE FYRA undersökningarna har granskat förekomsten av ömsesidigt våld. När 2 500 unga vuxna i en annan svensk studie intervjuades om sin uppväxt, uppgav var tionde att de hade upplevt fysiskt våld mellan föräldrarna, och av dessa svarade 71 procent att våldet hade varit ömsesidigt mellan föräldrarna. Även enligt en sammanställning från år 2012 av sju stora amerikanska befolkningsundersökningar dominerar ömsesidigt våld. Samtidigt måste man komma ihåg att en hel del av fallen kan handla om att den som utsatts har försvarat sig.

Våld i nära relationer är ett allvarligt samhällsproblem, och det finns starka skäl att på olika sätt försöka förebygga våldshandlingar och sammanställa vetenskaplig kunskap om åtgärder för att hjälpa dem som drabbas. Detta är frågor som SBU just nu granskar.

Knut Sundell

docent, sakkunnig i socialt arbete på SBU
knut.sundell@sbu.se



Lästips

- Brottsförebyggande rådet (BRÅ). Det dödliga våldet i Sverige 1990–2014. En beskrivning av utvecklingen med särskilt fokus på skjutvapenvåldet. Rapport 2015:2. Stockholm: BRÅ, 2015.
- Statistiska centralbyrån (SCB). Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC). Siffrorna har tagits fram av SCB på förfrågan från SBU 2016-03-04.
- Folkhälsomyndigheten. Sociala relationer. Se tabell Sociala relationer – tidsserier och regionala resultat 2014. Siffrorna har tagits fram av Folkhälsomyndigheten på förfrågan från SBU 2016-03-01.
- Brottsförebyggande rådet (BRÅ). Brott i nära relationer. En nationell kartläggning. Rapport 2014:8. Stockholm: BRÅ, 2014.
- Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK). Våld och hälsa. Uppsala: NCK, Uppsala universitet, 2014.
- Cater ÅK, et al. Youth Victimization in Sweden: Prevalence, Characteristics ... Child Abuse & Neglect 2014;38:1290-1302.
- Miller LE, et al. Parental Warmth and Psychopathology as Mediators ... Anxiety Stress Coping. 2015:1-15.
- Langhinrichsen-Rohling J, et al. Rates of bidirectional versus unidirectional intimate partner violence ... Partner Abuse 2012;3:199-230.

CHEFREDAKTÖR Ragnar Levi, levi@sbu.se • ANSVARIG UTGIVARE Susanna Axelsson • TEXT Ragnar Levi [RL]
 POSTADRESS Box 6183, 102 33 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 2016
 4 nr per år, 157 000 ex • ISSN 1104-1250



SBU-NÄMNDEN

Nina Rehnqvist (ordf)
 KAROLINSKA INSTITUTET
 Heike Erkers
 AKADEMIKERFÖRBUNDET SSR
 Eva Franzén
 STATENS INSTITUTIONSSTYRELSE
 Åsa Himmelsköld
 SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING
 Jan-Ingvar Jönsson
 VETENSKAPSRÅDET
 Björn Klinge
 KAROLINSKA INSTITUTET,
 MALMÖ HÖGSKOLA
 Kerstin Nilsson
 SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET
 Stig Nyman
 HANDIKAPPFÖRBUNDE
 Sven Ohlman
 SOCIALSTYRELSEN
 Sineva Ribeiro
 VÅRDFÖRBUNDET
 Agneta von Schoting
 SAMV KUNSKAPSSYRN SOCIALTJÄNST
 Heidi Stensmyren
 SVERIGES LÄKARFÖRBUND
 Anders Sylvan
 VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING
 Håkan Sörman
 SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING
 Karin Tengvald
 STOCKHOLM
 Susanna Axelsson
 SBU

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,
 UMEÅ UNIVERSITET
 Svante Twetman
 PROFESSOR, TANDVÅRD, HALMSTAD
 SAMT KÖPENHAMNS UNIVERSITET
 TF GENERALDIREKTÖR SBU
 Susanna Axelsson

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/SAHLGRENSKA, GÖTEBORG
 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

EVIDENCE LIVE 2016

Internationell konferens om evidensbaserad praktik med inriktning på hälso- och sjukvården. Samarrangeras av bl a University of Oxford och British Medical Journal.

Tid och plats: 22–24 juni, 2016, Oxford, Storbritannien

www.evidencelive.org/

SOCIALCHEFSDAGARNA 2016

Tema: Innovationskraft i en föränderlig värld. Målgrupp: ledare, politiker och andra verksamma på det sociala området. Arr: Föreningen Sveriges socialchefer

Tid och plats: 5–7 okt, Karlstad

www.socialchefer.se/socialcheferdagarna

WHAT WORKS GLOBAL SUMMIT 2016

Campbell Collaboration (C2) är ett internationellt forskarnätverk som publicerar systematiska översikter inom bl a socialt arbete, kriminalvård och utbildning. Mötet arrangeras i samarbete med What Works (Queen's University, Belfast) och Int Initiative for Impact Evaluation (3ie).

Tid och plats: 26–28 sept, 2016, London, Storbritannien

www.campbellcollaboration.org

COCHRANE COLLOQUIUM 2016

Tema: Evidensbaserad vård. Forskarnätverket Cochrane Collaboration tar fram systematiska översikter om hälso- och sjukvård. Arr: Australasian Cochrane Centre

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

www.community.cochrane.org

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

SAMMANFATTNINGAR 2013–2016

Kostnadsfria*

.....ex Analfinkterskador vid förlösning (2016), nr 249s
ex Behandling av hetsättningsstörning (2016), nr 248s
ex Fosterdiagnostik med NGS (2016), nr 247s
ex Fosterdiagnostik med mikroarray (2016), nr 246s
ex Prev insatser, akut smärta rygg/hacke (2016), nr 245s
ex Att förebygga missbruk av alkohol, droger och spel hos barn och unga (2015), nr 501-89
ex Instrument för suicidriskbedömning (2015), nr 501-88
ex Skolprogr mot självskada/suicidförs (2015), nr 501-87
ex Arbetsmiljö – hjärta och kärl (2015), 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 vanl 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, utmattn-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 & sömnstörningar (2013), nr 501-71
ex Autismspektrumtillstånd (2013), nr 501-70

PATIENTINFORMATION ETC

Kostnadsfria, om inget annat anges*

.....ex Bättre behandling (2015), nr 401-16. Pris 50 kr + moms och frakt. Rabatt f pensionärer samt över 10 ex: 25%
ex Förebygg för barnens skull (2011), nr 401-16
ex Glaukom (grön starr) (2009), nr 401-15
ex Läkemedel på äldre dar (2009), nr 401-14
ex Till dig som vill veta mer om tidig fosterdiagnostik (2008), nr 401-13
ex Rör i örat hos barn (2008), nr 401-12
ex Behandling av långvarig smärta, nr 401-11

Trycksaker och faktura* skickas till:

Namn

Postadress

E-post

Frankeras ej.
 Mottagaren
 betalar portot

SBU

Statens beredning
 för medicinsk och
 social utvärdering

Svarspost

111 810 800

110 06 Stockholm



Stora skillnader i behandling av bruten handled

En aktuell utvärdering på SBU granskar nyttan av att operera frakturer i armen. En del av arbetet gäller handledsfrakturer, där praxis varierar inom landet.

Hur handledsfrakturer behandlas bäst är en kontroversiell fråga. Det konstaterar det svenska kvalitetsregistret för frakturer i sin årsrapport från 2014.

Enligt registrets statistik behandlas brutna handleder oftast utan kirurgi, till exempel med gips. Vid mer komplicerade frakturer (såsom C-frakturer, som involverar leden) väljs operation som förstahandsalternativ i nära hälften av fallen. Andra typer av frakturer opereras i ungefär en fjärdedel av fallen.

Nästan var tionde patient som först behandlas utan kirurgi blir ändå opererad efter "veckokontrollen", och andelen är betydligt högre vid komplicerade frakturer.

Oavsett frakturtyp är den klart vanligaste kirurgiska metoden att fixera frakturen med plattor och

skruvar. De sjukhus som deltar i kvalitetsregistret använder bara undantagsvis så kallad extern fixation med en utanpåliggande ställning som förankras i skelettet med stift.

SBU:s vetenskapliga utvärdering av den samlade litteraturen på området kommer att publiceras våren 2017. ♦ RL

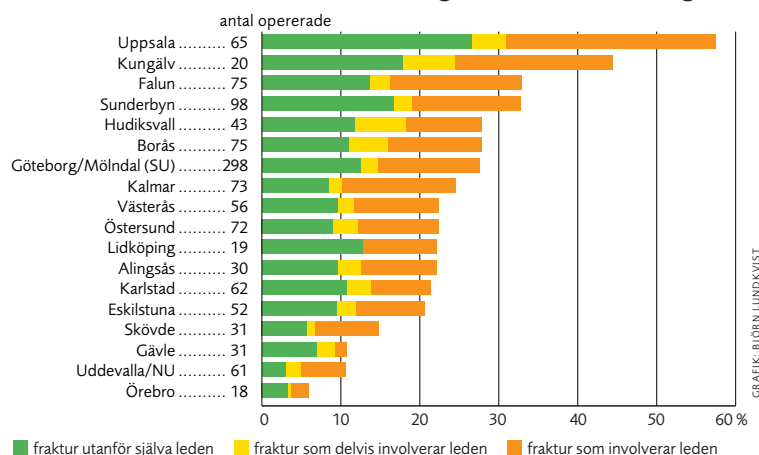
Lästips

Svenska Frakturregistret. Årsrapport 2014. ISSN 2001-2276 www.frakturregistret.se

Mellstrand-Navarro C, et al. The operative treatment of fractures of the distal radius is increasing. Results from a nationwide Swedish study. *Bone Joint J* 2014;96-B:963-9.

Mer om SBU-projektet om nyttan av att operera fraktur i armen finns på www.sbu.se

Andelen handledsfrakturer (%) med kirurgi som första behandlingsval



Diagrammet visar hur stor andel av olika slags handledsfrakturer som i första hand behandlades med kirurgi, vid kliniker som deltog i kvalitetsregistret för frakturer år 2014. Källa: Svenska Frakturregistret. Årsrapport 2014. I dag finns det cirka 55 kliniker som handlägger och opererar ortopediska frakturer i Sverige, varav ett trettiotal medverkar i kvalitetsregistret.

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

SBU-RAPPORTER 2010–2016

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

-ex Analfinkterskada vid förlös (2016), nr 249, 200 kr
-ex Behandl av hetsättningsstörn (2016), nr 248, 200 kr
-ex Fosterdiagnostik med next-generation sequencing, NGS (2016), nr 247, 200 kr
-ex Fosterdiagnostik med mikroarray för utökad analys av kromosomer (2016), nr 246, 200 kr
-ex Preventiva insatser vid akut smärta från rygg och nacke (2016), nr 245, 200 kr
-ex Att förebygga missbruk av alkohol, droger och spel hos barn och unga (2015), nr 243, 200 kr
-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 symtom på depression och utmattningssyndrom (2014), nr 223, 250 kr
-ex Tid uppt av symtomgiv cancer (-14), 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 Diagn & uppfölj förstämning (2012), nr 212, 250 kr
-ex Implementeringsstöd psyk (2012), nr 211, 150 kr
-ex Arbetets betydelse för besvär och sjukdom: Nacken och övre rörelseapp (2012), nr 210, 250 kr
-ex Godartad prostataförstoring (2011), nr 209, 250 kr
-ex Antibiotikaprofylax, kirurgi (2010), nr 200, 250 kr
-ex Tandförluster (2010), nr 204, 200 kr
-ex Rotfyllning (2010), nr 203, 200 kr
-ex Progr psyk ohälsa hos barn (2010), nr 202, 200 kr
-ex Mat vid diabetes (2010), nr 201, 200 kr
-ex Behandl av sömnbesvär (2010), nr 199, 200 kr
-ex Rehab vid långvarig smärta (2010), nr 198, 200 kr
-ex Triage och flödesprocesser (2010), nr 197, 200 kr

Se www.sbu.se för övriga publikationer från SBU och mer info om våra rapporter.

JA TACK, JAG VILL GÄRNA PRENUMERERA KOSTNADSFRITT PÅ:

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

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

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

