

Vetenskap & Praxis

Information från SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering



Allt viktigare att kunna läsa kritiskt

Forskare måste redovisa sina resultat genom att publicera sig vetenskapligt. Men det material som skickas till tidskrifterna håller högst ojämn kvalitet, och faktagranskningen är inte alltid värd namnet. Nu varnar vetenskapsredaktörer för att nya, oseriösa tidskrifter som publicerar urskillningslöst gör saken ännu värre.

Läs vidare på sidan 2 ►

SBU – KUNSKAPSCENTRUM FÖR VÅRDEN OCH SOCIALTJÄNSTEN

Ny rapport Armfraktur hos äldre 4 • Stödinsatser kan hjälpa barn i familjehem 14

LÄS OCKSÅ SKENET BEDRAR 1 • RÄTTSPSYKIATRI 7 • BRÖSTCANCER 8 • UTVÄRDERING 9 • PROFESSIONALITET 10 • ALTERNATIVTERAPI 11
NYTTA–RISKBALANS 12 • FORSKNING & SOCIALT ARBETE 16 • EKONOMISKT BISTÅND 18 • ÄLDRES MUNHÄLSA 18 • FORSKNINGSBEHOV 19
MEDICIN PÅ WIKIPEDIA 20 • NYA STUDIER BÄTTRE 22 • LÄKEMEDELSEFFEKT 22 • BARN MED DEPRESSION 24

Varför skenet bedrar

TVÄRSÄKERHET är oförenligt med ett vetenskapligt förhållnings-sätt, som ju går ut på att ifrågasätta, testa och ompröva förutfattade meningar och dogmer. Personer som aldrig frågar sig: Stämmer verkligen det här?, märker inte ens att de blir överbevisade.

Det blir en ond cirkel. Ju mer trosviss man är, desto fler bekräftelser av sin tes tycker man sig finna och desto färre motbevis – och desto mer övertygad blir man. En klassisk fälla som psykologer kallar bekräftelsefel. Den orubbliga övertygelsen bygger ibland på egen erfarenhet; åtgärden har kanske verkat fungera tidigare någon gång. Men skenet kan bedra. En behandling eller insats kan felaktigt framstå som effektiv till exempel därför att:

- **DIAGNOSEN VAR FELAKTIG** – det tillstånd som man tror sig ha åtgärdat var inte det egentliga problemet. Åtgärden hade visserligen gynnsam effekt – men inte på det tillstånd som man tror.

- **FÖRVÄNTNINGARNA HADE EFFEKT I SIG** – när vi förväntar oss att en åtgärd ska lindra smärta eller bota illamående, kan den också ha en sådan effekt. Placebo, det vill säga biologiskt överksam behandling, kan lindra vissa subjektiva symtom.

- **MÄTVÄRDENA AVVEK TILLFÄLLIGT** – och extremvärden är ofta övergående. På statistiskt fackspråk kallas detta för återgång till medelvärde. Exempelvis varierar labbvärden beroende på slumpen. Tar man ett prov på en grupp människor, kommer många som uppvisar extremt höga eller låga mätvärden att vid nästa mättillfälle ha mer normala värden – oavsett om de har fått hjälp eller inte. Behandling som enbart ges till individer som har fått ett extra högt värde vid en första mätning kan alltså felaktigt framstå som effektiv.

- **TILLSTÅNDET GICK ÖVER** – många tillstånd läker ut av sig själva eller varierar i intensitet, alldeles oavsett åtgärd. En behandling som åtföljs av spontan förbättring kan felaktigt uppfattas som effektiv. Långvariga problem kan blossa upp tillfälligt, utan känd orsak, för att sedan klinga av. Även tillstånd som i normalfallet är livshotande kan i undantagsfall plötsligt förbättras utan att någon vet varför. Eftersom många människor söker hjälp och behandling när de råkar må sämre, kan varje åtgärd som sätts in just då tyckas verkningsfull.

- **FALLET VAR ETT UNDANTAG** – att generalisera utifrån en enskilda situation som man själv har upplevt är mänskligt. Men det är naturligtvis en högst otillförlitlig grund för allmänna slutsatser. Har man inte tillgång till observationer från ett tillräckligt stort representativt stickprov, kan händelsen mycket väl ha varit ett sårfall.

- **ANNAT VIKTIGT FÖRÄNDRADES** – människors situation påverkas av mycket annat än det som märks mest. Man kanske får hjälp på flera sätt samtidigt eller får ovanligt mycket stöd och uppmärksamhet. Till exempel får en gammal människa som lever isolerat och som hamnar på sjukhus inte bara behandling utan också mer sällskap och mer regelbundna måltider än hemma.

Filosofen Bertrand Russell har sagt att problemet med vår värld är att de enfaldiga är så säkra på sin sak och de kloka så fulla av tvivel. Allvetande arrogans hör inte hemma vare sig i akademien eller i evidensbaserad praktik. Det gör däremot ett sakligt ifrågasättande.



Ragnar Levi Chefredaktör

VETENSKAPLIGA TIDSKRIFTER

förväntas granska kvaliteten på sina artiklar. Referentgranskning, *peer review*, har därför länge varit ett grundkrav för att en tidskrift ska få kallas vetenskaplig.

Att manusen måste nagelfaras är uppenbart, anser Jonas Ranstam, medicinsk statistiker och tidigare adjungerad professor vid Lunds universitet. Han har granskat tusentals artiklar för forskningstidskrifter, och hittar ofta avsevärda problem. Vissa fel är vanliga även i så kallade randomiserade studier, som ibland felaktigt uppfattas som allmänt tillförlitliga. Han ger några exempel.

– **ETT VANLIGT FEL** är att inte ange vilket utfall i studien som man i första hand har velat undersöka, alltså vilket effektmått som är det primära. Forskare som upptäcker att effekten inte blir som de hade hoppats, kan frestas att i efterhand peka ut ett annat effektmått som primärt – för att få önskat resultat.

– Men det är ett exempel på oredlighet – det är vilseledande och fullkomligt oacceptabelt, säger Jonas Ranstam.

Ett annat fel som han ofta ser är att studierna har för få deltagare.

– Orsaken kan vara att forskarna har överdrivna förväntningar på insatsernas effekt. Att några resultat ändå blir statistiskt signifikanta i alltför små studier kan bero på slumpen.

Ibland anges inte heller hur stor en effekt minst måste vara för att ha reell betydelse – klinisk relevans.

– Avsaknad av en undre gräns för klinisk relevans skapar problem även i stora registerstudier. Där blir problemet i stället att små och ofta ovidkommande skillnader kan uppnå statistisk signifikans.

ETT NÄRALIGGANDE PROBLEM är forskares jakt på statistiskt säkerställda skillnader, ofta utan en bakomliggande hypotes.

– Ett sådant fiskafänge på måfå är vetenskapligt riskabelt, förklarar Jonas Ranstam. Man hamnar i det så kallade multiplicitetsproblemet. Ju fler effekter man mäter i en och samma studie, desto större blir risken att statistiskt säkerställda skillnader uppstår rent slumpmässigt.

I randomiserade test, där de insatser som ska jämföras lottas ut till deltagarna, är det viktigt att så länge studien pågår maskera vilken insats som tilldelas vem.

– Annars kan resultaten snedvridas, till exempel för att insatser och mätningar

påverkas. Ibland är det oundvikligt att behandlare och deltagare vet. Men de som bedömer effekten ska vara ovetande.

ÄVEN OM TIDSKRIFTERNA anlitar expertgranskare som Jonas Ranstam, så är systemet inte vattentätt – långt därifrån. SBU:s och andras utvärderingar visar att referenter släpper igenom en hel del studier som ser vederhäftiga ut vid snabb läsning men som vid närmare granskning visar sig vara mer eller mindre otillförlitliga.

Trots att en betydande andel av inlämnade manus refuseras, särskilt av välrenommerade och flitigt citerade tidskrifter, publiceras det många bristfälliga artiklar. Samtidigt som det läggs både tid och pengar på undersökningar som är så små, kortvariga och bristfälligt upplagda att de inte kan besvara forskarnas egna frågor, saknas det studier som belyser viktiga vardagsnära ämnen.

PÅ SENARE ÅR har ytterligare problem tillstött. Floran av vetenskapliga specialtidskrifter på nätet har vuxit snabbt. Nätpublikationerna är nya, deras titlar liknar välkända tidskrifters och samtliga påstår sig vara expertgranskade. Även om många håller hög kvalitet, finns det också en del mindre nogräknade aktörer som i praktiken publicerar närapå vad som helst – mot en avgift. Antalet vetenskapliga nättidskrifter som misstänks vara oseriösa – på engelska kallade *predatory journals*, rovtidskrifter – uppskattades år 2015 till 8 000. I år tog de medicinska vetenskapsredaktörernas internationella organisation upp problemet.

Att rovtidskrifter över huvud taget lockar till sig forskare skulle kunna bero på att pressen ofta är hög att publicera

nya rön i snabb takt. Chansen att publicera sig kvickt och slippa krav på revideringar kan attrahera oerfarna forskare, skriver redaktörerna. Problemet förstärks om universitet och anslagsgivare lägger större vikt vid antalet artiklar av en forskare än vid kvaliteten på tidskriften där dessa publiceras.

VÅREN 2017 genomförde tidskriften *Nature* ett test där en påhittad forskares ansökan om jobb som redaktör skickades till 360 vetenskapliga publikationer. En tredjedel av dessa hade hämtats från en lista över misstänkta rovtidskrifter. Forskarens cv hade utformats så att hon inte alls skulle vara kvalificerad. Redan inom loppet av några få timmar hade vissa tidskrifter accepterat ansökan – vilket till slut 40 av 120 misstänkta rovtidskrifter gjorde, utan några följdfrågor. Även åtta avgiftsfinansierade nätpublikationer som hade ansetts acceptabla gick i fällan, men ingen av de etablerade tidskrifterna.

ROVTIDSKRIFTERNA representerar en ytterlighet, men brister i granskningen är ändå vanligt. För tre år sedan gjorde tidskriften *Science* ett test där en fingerad biomedicinsk forskningsartikel med uppenbara brister skickades till 304 vetenskapliga nättidskrifter. Artikeln godkändes för publicering av över hälften av de tidskrifter som kallat sig vetenskapliga – och som påstått sig tillämpa referentgranskning.

Peer review i tidskrifter började tillämpas på 1700-talet men blev regel först under 1900-talet. Systemet har debatterats flitigt, eftersom det har stora brister.

Att läsarna själva måste tänka kritiskt och bedöma resultatens tillförlitlighet och relevans blir allt tydligare. ♦ **RL**



Lästips

- Munafò MR, et al. A manifesto for reproducible science. *Nature Human Behaviour* 2017;1, artikelnr 0021.
- Laine C, et al. Identifying predatory or pseudo-journals. *World Association of Editors of Peer-Reviewed Medical Journals*. Publ 18 feb 2017, www.wame.org
- Shen C, et al. 'Predatory' open access: a longitudinal study ... *BMC Med* 2015;13:230.
- Sorokowski P, et al. Predatory journals recruit fake editor. *Nature* 2017;543:481-3.
- Clark J, et al. Firm action needed on predatory journals. *Brit Med J* 2015;350:h210.
- Bohannon J. Who's afraid of peer review? *Science* 2013;342:60-5.

Några grundläggande frågor om studier av insatsers effekt

Representativitet

Har försöksdeltagarna valts ut på ett korrekt sätt? Kan de anses vara typiska för sin grupp? Liknar deltagarna i allt väsentligt den större grupp där kunskapen ska tillämpas?

Forskningsmetod

Har deltagarna delats in i en grupp som får insatsen och en jämförelsegrupp? Lottades deltagarna till dessa grupper? Var grupperna i allt väsentligt likvärdiga när studien påbörjades, fränsett insatsen? Om inte, har forskarna försökt kompensera olikheterna på ett korrekt sätt?

Resultat

Hur intensiv och långvarig var insatsen? Hur stor var insatsens effekt? Jämfört med vad – ett realistiskt alternativ? Hur precis var skattningen av effekten?

Skydd mot snedvridning

Följde studien upp alla deltagare som ingick från början? Var alla deltagare kvar i samma undersökningsgrupp? Hölls deltagare, personal och forskare omedvetna om vilka patienter som fick vilken insats? Fränsett insatsen, behandlades grupperna likvärdigt på alla andra sätt? Finns det någon systematisk översikt av resultat

från liknande studier? Har liknande resultat erhållits i dessa andra undersökningar och från andra forskargrupper?

Relevans

Är resultaten tillämpliga i detta sammanhang? Redovisar studien effekter som är direkt relevanta för patienter/brukare (eller bara surrogatmått)? Vad har systematiska översikter som gäller negativa effekter visat? Är insatsens sannolika nytta större än dess potentiella skada? Motiverar detta alla uppoffringar som åtgärden kräver?

Fraktur Bruten arm kan ofta behandlas lika bra och billigare utan kirurgi

Allt fler frakturer i handleden och axeln opereras med metallplattor, som kostar mer än andra metoder. Men om frakturen bara är måttligt felställd kan andra, billigare behandlingsalternativ ge likvärdig funktion. SBU:s utvärdering visar hur trenden i svensk sjukvård skulle kunna brytas för att ge vård av lika god kvalitet till en lägre kostnad.

PERSONER SOM ÄR i övre medelåldern eller äldre och som har fått en fraktur i armen verkar inte ha tydlig fördel av att opereras. Om frakturen inte är mer än måttligt felställd kan de behandlas utan kirurgi. Värdefulla vårdresurser kan användas bättre.

Det konstaterar SBU efter att systematiskt ha granskat all tillgänglig forskning om behandling av frakturer hos personer med en medelålder på minst 60 år, en grupp där benskörhet är vanligt.

TILL EXEMPEL kan personer som har axelfraktur utan stor felställning få likvärdig funktion och livskvalitet om de inte opereras och bara bär armen i slynga.

Och att enbart gipsa handledsfrakturer som bara är måttligt felställda verkar ge likvärdig funktion som att operera in en metallplatta eller sätta in metallstift med metallstag utanpå

armen. Stift och stag, så kallade perkutana metoder, är likvärdigt eller möjligen bättre än gips i fråga om livskvalitet, men greppstyrkan blir ungefär densamma med gips.

SBU HAR OCKSÅ GRANSKAT praxis och resursanvändning i svensk sjukvård. Analysen visar att resurserna skulle kunna användas bättre än i dag.

Enligt den senaste statistik som finns opereras 27 procent av alla registrerade handledsfrakturer inom en månad, liksom 14 procent av alla axelfrakturer. Om färre frakturer opererades, skulle resurser frigöras.

Ett räkneexempel i SBU-rapporten: Om antalet operationer av olika armfrakturer kunde minskas med exempelvis tre fjärdedelar, och behandling i stället kunde ges med gips respektive slynga, skulle sammanlagt 66 miljoner kronor frigöras till något annat varje år, utan att vårdkvaliteten försämrats. Att det handlar om sådana belopp beror på ►



TOA55 / SHUTTERSTOCK

Armfrakturer hos äldre

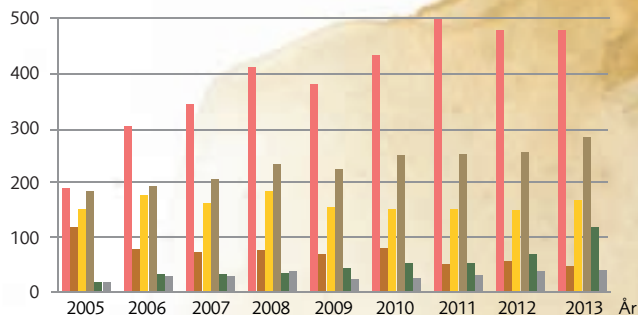
De frakturer som SBU-rapporten innefattar gäller överarmsbenet (humerus) och de två underarmsbenen strålbenet (radius) och armbågsbenet (ulna). I Sverige inträffar årligen 12 000 handledsfrakturer hos kvinnor över 50 år och 2 500 frakturer hos män i samma åldersgrupp. Motsvarande siffror för axelfrakturer är 6 000 hos kvinnor och 2 000 hos män.

I högre ålder och med skört skelett är det typiskt att frakturerna uppkommer antingen nära axelleden på överarmen ("axelfrakturer") eller längst ut på underarmen ("handledsfrakturer"). De flesta frakturer i armen kan behandlas utan kirurgi – med gips, stödhylsa (ortos) och mjuka bandage runt den brutna handleden eller en slynga som stöd för armen efter axelfraktur. Rehabiliteringsträning ingår också. Vid kirurgi opererar man antingen in en platta plus skruvar av rostfritt stål eller titan (plattfixation), eller sätter in metallstift med metallstag utanpå armen (perkutana metoder). Vid axelfraktur förekommer det också att man opererar proteser (så kallad halvprotes eller omvänd protes). Kliniska experter har hittills varit oeniga om vilken metod som ger bäst resultat. Praxis varierar både mellan länder och inom Sverige.

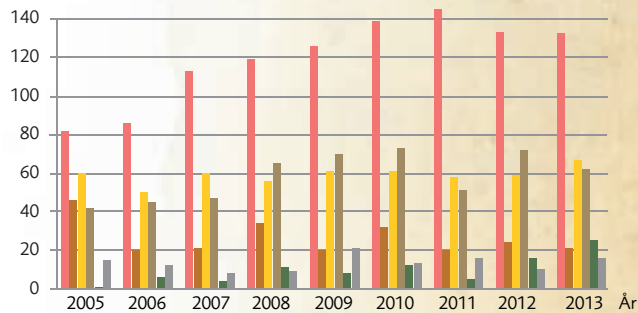
Operationer vid fraktur i axeln*

*(proximala humerus)

Antal operationer kvinnor, 50 år och uppåt



Antal operationer män, 50 år och uppåt

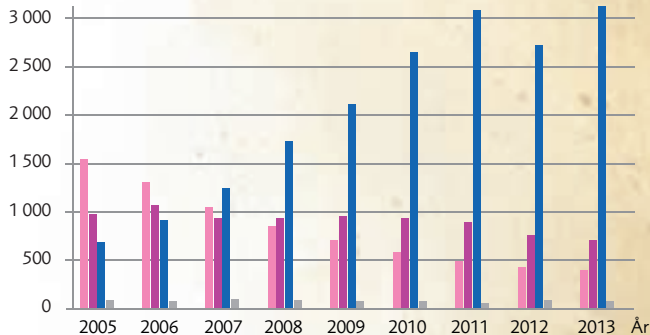


Plattefixation Stift Spik Halvprotes Omvänd protes Kombinerad metod

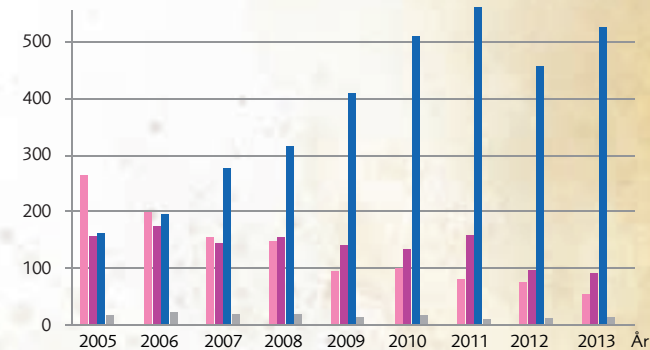
Operationer vid fraktur i handleden*

*(distala radius)

Antal operationer kvinnor, 50 år och uppåt



Antal operationer män, 50 år och uppåt



Extern fixation Stift Plattefixation Kombinerad metod

att kostnaderna för olika behandlingar av armfrakturer skiljer sig åt betydligt – för handleder från 1 200 kronor för gips till 15 000 kronor för operation med platta, och för axel från 345 kronor för slynga till 68 000 kronor för så kallad omvänd axelprotes, där både ledkula och ledskål ersätts och byter plats.

ETT ANNAT FÖRBÄTTRINGSOMRÅDE som är vetenskapligt dokumenterat är bemötande av personer med benskörhet och den information som de får av vården. Studier som har gjorts med kvalitativ metod visar att patienter med benskörhet upplever att de får otillräcklig, felaktig och motstridig information från vården och inte vet hur de ska hantera sin behandling och hälsa.

Följderna av detta kan efter en fraktur bli långtgående. Bland annat kan oron för att få en ny fraktur leda till att personen undviker att lämna hemmet och blir isolerad. Bristfällig kunskap och information kan fördröja åtgärder och leda till onödigt lidande. ♦ **RL**

Om rapporten

Behandling av armfraktur hos äldre (2017). Projektledare SBU: Karin Stenström, karin.stenstrom@sbu.se
Hela rapporten finns på www.sbu.se/262



DR P. MARAZZI / SCIENCE PHOTO LIBRARY

SBU:S SLUTSATSER BEHANDLING AV ARMFRAKTUR

SBU har systematiskt granskat och sammanställt forskningen om behandlingsmetoder vid armfraktur hos äldre (med en medelålder på minst 60 år), en grupp där benskörhet (osteoporos) är vanligt. Utvärderingen omfattar även studier av hur patienter med osteoporos upplever delaktighet och bemötande i kontakten med hälso- och sjukvården.

► Vid fraktur i **handleden** utan stor felställning förefaller behandling med enbart gips ge likvärdig funktion vid ett års uppföljning som att operera in metallplatta (plattfixation) eller använda små hudsnitt för att fixera frakturen med perkutana metoder (metallstift och metallstag utanpå armen). Fixation med gips verkar ge likvärdig greppstyrka som perkutana metoder, medan livskvaliteten förefaller bli lika bra eller bättre med de perkutana ingreppen. Trenden de senaste åren är att allt fler personer med fraktur i handled opereras, till en högre behandlingskostnad.

► Vid fraktur i **handleden** utan stor felställning, förefaller olika operationsmetoder ge likvärdig funktion, greppstyrka och livskvalitet vid ett års uppföljning. Att operera in metallplattor (plattfixation) har blivit en allt vanligare metod, trots att många av dessa patienter opereras om och att behandlingskostnaden blir högre än vid operation med metallstift eller metallstag utanpå armen (perkutana metoder).

► Vid fraktur i **axeln** utan stor felställning, verkar funktion och livskvalitet bli likvärdig vid ett års uppföljning när armen inte opereras utan bärs i slynga i stället för att opereras med platta. Det samma gäller för funktionen när slyngbehandling jämförs med att operera in en halvprotes. Trenden de senaste åren har varit att operera allt fler av dem som har axelfraktur. Detta har medfört en högre behandlingskostnad.

► Kirurgisk behandling av fraktur utan stor felställning i handleden och axeln kan innebära att vissa patienter utsätts för omotiverad kirurgi. Det kan även leda till att annan vård får mindre utrymme.

► Patienter med benskörhet upplever i sitt möte med vården att de får otillräcklig, felaktig och motstridig information och att detta försvårar deras beslut om hur de ska hantera sin behandling och hälsa. De uttrycker att de vill bli tagna på allvar som individer. I dag upplever patienter med benskörhet att de på bristfälliga grunder lämnas att själva ta ansvar för sin hälsa.

► Det behövs fler välgjorda och tillräckligt stora randomiserade studier som jämför olika vanliga behandlingsmetoder vid fraktur i armen hos äldre. Om metodernas nytta och risker ska kunna bedömas, måste frakturernas svårighetsgrad beskrivas, vetenskapligt utprovade mätinstrument användas och deltagarna följas under minst ett år. Hälsoekonomiska aspekter behöver också belysas. Vidare behövs det studier med kvalitativ metodik som undersöker hur patienter med fraktur i armen upplever sitt möte med vården. Framtida studier bör belysa både mäns och kvinnors perspektiv.

FÖGA KÄNT OM METODERS NYTTA OCH RISKER INOM RÄTTSPSYKIATRIN

SBU har på regeringens uppdrag kartlagt det vetenskapliga kunskapsläget inom rättspsykiatrisk vård och konstaterar att det finns stora luckor.

SBU har på regeringens uppdrag undersökt om det finns tillförlitliga sammanställningar av forskningsresultat om nyttan av bedömningsinstrument och vårdinsatser för personer som har dömts till rättspsykiatrisk vård.

SBU har sökt efter väljorda systematiska översikter om diagnosmetoder, läkemedelsbehandling, psykologiska och psykosociala insatser, rehabilitering, habilitering och tvångsätgärder.

RAPPORTEN VISAR ATT det saknas tillförlitliga forskningsöversikter som gäller diagnos, behandling och riskbedömning för patienter i den här specifika vårdformen. SBU fann endast fyra systematiska översikter av medelhög kvalitet. Två av dessa hade en bred ansats, medan de andra två gällde behandling av kvinnor med intellektuell funktionsnedsättning respektive insatser vid aggressivitet.

Befintliga forskningsöversikter bygger främst på studier inom antingen kriminalvård eller psykiatri. Studierna gäller inte specifikt patienter som har dömts till rättspsykiatrisk vård. Många av dessa kan vid sidan av omfattande och svår sjukdom som psykos och bipolära syndrom ha så kallade personlighetssyndrom, missbruk, adhd och kognitiva svårigheter. Sociala och ekonomiska problem är vanligt. Situationen kan försvåras ytterligare av aggressivt och antisocialt beteende. Det finns inga särskilda rättspsykiatriska diagnoser.

I FRÅGA OM BRISTEN på kunskapssammanställningar poängterar SBU:s sakkunniga att rättspsykiatrisk vård i flera avseenden har samma innehåll som övrig psykiatri, och att metodernas effekter och risker inte alltid måste skilja sig åt.

Något som dock kan ha betydelse är att vården utövas enligt tvångslag (lagen om rättspsykiatrisk vård, 1991:1129) som brottspåföljd – en del patienter kanske inte alls vill ha vård eller behandling. Vidare kan vårdtiderna vara längre, ofta över fem år, och vid utskrivning kan man inte enbart se till individens situation utan måste även ta hänsyn till skyddet av samhället.

ATT EN PSYKISKT SJUK person kan hållas ansvarig för sina handlingar och dömas till rättspsykiatrisk vård är speciellt för Sverige och några andra länder. I de flesta andra länder finns ett tillräknelighetsbegrepp som innebär att personer med tillräckligt svåra psykotiska tillstånd har mindre ansvar eller är fria från ansvar för brott som de har begått.

Det betyder att utländska studier som gäller personer med den här typen av problem ofta har genomförts i andra slags miljöer, under andra betingelser. Det kan vara svårt att överföra resultaten till personer som har dömts till rättspsykiatrisk vård, det vill säga den grupp som SBU:s kartläggning gäller.

UNDER ETT ÅR ÖVERLÄMNAS omkring 300 personer till rättspsykiatrisk vård i Sverige. Användningen av rättspsykiatriska vårdplatser varierar mellan svenska kliniker och landsting eller regioner. På rättspsykiatriska vårdinrättningar finns det även andra patienter än de som dömts till sådan vård. Det kan vara personer som har blivit sjuka när de har befunnit sig på kriminalanstalt, eller varit häktade eller anhållna, och personer som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård. ♦ **RL**

Om rapporten

Behandling och bedömning i rättspsykiatrisk vård. En kartläggning av systematiska översikter (2017). Projektledare SBU: Alexandra.Snellman@sbu.se Hela rapporten finns på www.sbu.se/264

2P2PLAY / SHUTTERSTOCK





KRISTINA VELICKOVIC / GETTY

EFFEKTEN ÄNNU OKLAR AV ATT STRÅLA BRÖSTCANCER UNDER OPERATION

Det är fortfarande oklart om strålning i det opererade området efter bröstbevarande kirurgi är likvärdigt med yttre strålbehandling. Den studie som har genomförts kan inte besvara frågan, konstaterar SBU i samverkan med sydöstra sjukvårdsregionens metodråd och Örebro regionala centrum för utvärdering.

Hos kvinnor med tidigt upptäckt bröstcancer, tumörer som opereras bort med bröstbevarande kirurgi, vet man att risken för lokalt återfall minskar om kvinnorna dessutom får strålbehandling. Men strålningen kan skada hjärtats kranskärl och lungorna. Dessutom kräver behandlingen resor för patienten och är resurskrävande för vården. Frågan har därför väckts om inte kvinnan i samband med operationen i stället skulle kunna få en enda stråldos i sårområdet – i fall där risken för spridning bedöms vara liten.

EN SÅDAN METOD, kallad *intra-beam radiotherapy system*, har prövats i en randomiserad studie. Forskarna har velat veta om strålning under operationen fungerar lika bra som yttre strålning när det gäller att förebygga återfall i området där tumören satt. Men de preliminära forskningsresultaten kan inte säga om metoden har likvärdig effekt som yttre

strålbehandling eller inte. Statistiskt klarar studien inte att visa om den nyare metoden över huvud taget minskar antalet lokala återfall.

Osäkerheten om metodens effekt beror bland annat på att återfall på tumörstället har visat sig vara betydligt ovanligare bland försöksdeltagarna än vad forskarna hade antagit – förekomsten är bara mellan en fjärdedel och en femtedel av de 6 procent som de hade räknat med.

DÄRFÖR ÄR DET inte säkert att en längre uppföljning kommer att ge något tydligt svar om effekten på lokala återfall, enligt SBU:s kommentar. Och det kommer att dröja 15 år innan det är möjligt att bedöma effekten på dödlighet.

Flera omständigheter kan sammantaget innebära att studien riskerar att överskatta effekten av den nya metoden. Jämförelsegruppens behandling standardiserades inte utan skulle vara individuellt utformad på sedvanligt sätt, vilket försvårar tolkningen.

Den grupp som enbart hade fått strålning under operation skulle planenligt få yttre strålning om en analys av tumören tydde på hög risk för återfall. Mer än var femte kvinna i den här gruppen visade sig kvalificera för yttre strålbehandling.

Dessutom var det dubbelt så många i gruppen med yttre strålbehandling som

av olika skäl aldrig strålbehandlades, jämfört med gruppen som fick strålning under operation. Slutligen har flera av forskarna i studien uppgett bindningar till företaget som tillverkar utrustningen.

SVENSKA BRÖSTCANCERGRUPPEN är en nationell expertgrupp som år 2014 utförde ett vårdprogram tillsammans med Regionala cancercentrum i samverkan. År 2017 bekräftade gruppen i en remission att de står fast vid sin tidigare rekommendation att strålbehandling under operation (intraoperativt) endast ska användas inom ramen för kliniska studier. Kvinnor som inte bör få yttre strålbehandling av medicinska skäl, eller som inte önskar sådan behandling, kan operera bort hela bröstet. I England har den myndighet som utformar nationella riktlinjer (National Institute for Health and Care Excellence, NICE) sagt att strålbehandling under operation inte ska införas som standardbehandling.

Sveriges nationella samverkansgrupp inom cancervård anser att patienter med låg återfallsrisk kan avstå från strålbehandling eftersom effekten bara är minimalt bättre än hormonell behandling. Flera regioner behandlar redan äldre patienter enligt denna princip. ♦ **RL**

Om kommentaren

Intraoperativ strålbehandling med Intra-beam som tilläggsbehandling vid bröstcancer. Sakkunniga: se www.sbu.se/2017_03

Kommentaren har tagits fram i samverkan mellan SBU, Sydöstra sjukvårdsregionens metodråd och Centrum för evidensbaserad medicin och utvärdering av medicinsk metodik i Region Örebro län, CAMTÖ. Det kunskapsdokument som kommenteras är sista remissionen av: NICE. Appraisal consultation document. Intra-beam radiotherapy system for adjuvant treatment of early breast cancer. <https://www.nice.org.uk/guidance/gid-tag353/documents/appraisal-consultation-document>

Projektleddare SBU: Rebecca Silverstein, rebecca.silverstein@sbu.se
Hela kommentaren finns på www.sbu.se/2017_03

SBU har kommenterat metoden tidigare, år 2012.

"Fullödiga utvärderingar ska belysa etik och ekonomi – inte bara effekt"

Det håller inte att bedöma insatser i vård och omsorg enbart utifrån effekt, framhåller Sofia Tranæus på SBU.

Ska vården och socialtjänsten kunna fatta välgrundade beslut om att införa eller utmönstra metoder och insatser, behövs det fullödiga beslutsunderlag. Sådana underlag innehåller tre viktiga delar, tre E:n, som speglar de viktigaste aspekterna för brukare, professioner och samhälle:

- **Effekt** – insatsens inverkan på hälsa och välfärd, dokumenterad på ett vetenskapligt tillförlitligt sätt som belyser balansen mellan nytta och risk
- **Etik** – förenlighet med etiska värden, och värdekonflikter, analyseras på ett etiskt professionellt och strukturerat sätt utifrån t ex gällande lagstiftning, yrkesetiska regler, patienters/brukares synpunkter och närståendes situation
- **Ekonomi** – beräknad kostnadseffektivitet av hälsointerventioner och ekonomisk analys av insatser i socialtjänsten.

Man skulle kunna likna beslutsunderlaget vid en trebent pall, där varje ”ben” är lika viktigt. Tar man bort ett av dem välter pallen. Underlaget räcker inte.

De tre delarna är olika men delvis beroende av varandra. Till exempel: ju mer tillförlitliga och relevanta kunskaper vi har om effekter, desto tydligare och mer användbar kan den ekonomiska analysen bli. Men har nyttan och riskerna inte utvärderats och vägts samman på ett tillförlitligt sätt är det sällan möjligt att ge rimligt säkra besked om kostnadseffektivitet.

DEN EKONOMISKA ANALYSEN hänger även ihop med de etiska aspekterna, och vice versa. Hur kostnaderna för en insats ser ut i förhållande till effekterna, och var dessa kostnader och effekter uppstår, kan ha betydelse för resursfördelning och rättvisa. Insatsens betydelse för värden som autonomi och integritet kan i sin tur ha betydelse för människors betalningsvilja.

Ett beslut som bara grundas på effektdata, eller enbart på ekonomiska beräkningar, kan mycket väl bli ett dåligt beslut om det finns betydelsefulla etiska aspekter som inte har analyserats. En insats kan ju ha stor effekt men samtidigt hota viktiga etiska värden, till exempel om den är integritetskränkande eller om den kostar så mycket att andra, minst lika angelägna insatser trängs undan.

ETT KOMPLETT UNDERLAG ska ge kunskap om såväl effekt som etik och ekonomi – men här haltar det ofta. Systematiska översikter gäller vanligen bara effekter, ibland enbart positiva effekter och inga negativa. Kostnadseffektivitet berörs vanligen inte. Etiska aspekter bedöms sällan – trots att hälso- och sjukvårdslagen stadgar att vårdgivaren ska se till att metoden har bedömts utifrån individ- och samhällsetiska aspekter innan en ny diagnos- eller behandlingsmetod som kan ha betydelse för människovärde och integritet börjar tillämpas.

Att det i dag finns olika aktörer som kan ta fram systematiska översikter av behandlingseffekter är glädjande – men det räcker inte. Det behövs även professionell hälsoekonomisk och etisk analys för att beslutsunderlagen ska bli hållbara. Många aktörer har dock inte omedelbar tillgång till en kritisk massa av sådan kompetens i dagsläget. Till exempel finns hälsoekonomisk kompetens bara på ett fåtal ställen i landet.

DET ÄR BLAND ANNAT med detta som SBU bidrar. Våra fullständiga utvärderingar innehåller information om effekt, etik och ekonomi. Sverige kommer att behöva betydligt mer av sådan allsidig utvärdering framöver om våra gemensamma resurser ska räcka till en god, säker och jämlik hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst.

Sofia Tranæus

professor i medicinsk och odontologisk metodutvärdering; avdelningschef på SBU
sofia.tranaeus@sbu.se

Etiska aspekter

SBU har gjort en vägledning för utvärdering av etiska aspekter. Den utgår från vårdens etiska plattform och omfattar fyra domäner:

- **Betydelse för hälsa och välfärd**
Analyserar den etiska betydelsen av att livskvalitet, livslängd och levnadsvillkor påverkas hos patienter/brukare och andra grupper samt vad eventuella kunskapsluckor innebär.
- **Förenlighet med etiska värden**
Anger om åtgärden strider mot människovärdesprincipen, rättvisepprincipen eller diskrimineringslagstiftning, om individen kan delta i beslutsfattande, om patientens eller närståendes integritet påverkas samt om gemensamma resurser används väl.
- **Strukturella faktorer som berör etik**
Om det finns resursmässiga eller organisatoriska begränsningar, och om det finns yrkesetiska värderingar inom vård/ socialtjänst eller särintressen som kan påverka.
- **Långsiktiga etiska konsekvenser**
Om åtgärden påverkar etiska värden på sikt.



Ekonomiska aspekter

Samhällets resurser är begränsade och kan inte tillfredsställa alla behov. Genom att systematiskt och strukturerat jämföra olika insatsernas kostnader och effekter får beslutsfattare underlag för att hushålla med resurserna på bästa möjliga sätt.

I hälsoekonomiska analyser ställs kostnader för olika insatser mot deras hälsoeffekter, som ofta mäts i termer av vunna levnadsår och livskvalitet. Man räknar ut vilken insats som ger mest hälsa för pengarna.

Hur mycket samhället är villigt att betala för att uppnå en viss effekt på hälsa och välfärd är en värderingsfråga. Om kostnaden per vunnen effekt för en insats överstiger en viss vedertagen gräns, anses den inte vara kostnadseffektiv.

- SBU:s metodbok, <http://www.sbu.se/sv/var-metod/>
- Statens medicinetiska råd, <http://www.smer.gov.se/>

"Att använda evidens är en grundbult i vår professionalitet"



– En av våra viktiga uppgifter är att se till att det vetenskapliga kunskapsunderlaget verkligen används i rutiner och beslut inom vård och omsorg, säger SBU-nämndens nya ordförande Kerstin Nilsson. Hon är professor och dekan på medicinska fakulteten vid Örebro universitet, och tillträdde som nämndordförande den 1 juli 2017.

Att vara professionell inom vård och omsorg är bland annat att reflektera kritiskt över det man gör och bygga på aktuell, samlad vetenskaplig kunskap om nytta och risker. Det menar professor Kerstin Nilsson, som nu axlar ordförandeskapet i SBU:s nämnd.

Hon tycker att det var lätt att tacka ja till uppdraget att bli ordförande för SBU:s nämnd. Av flera skäl.

– Dels har jag stor respekt för SBU:s arbete och tycker det är väldigt angeläget. Dels vill jag gärna fortsätta att utveckla nämndens uppgift när det gäller att använda nya kunskaper och avveckla föråldrade metoder.

– ÄVEN PÅ DET PERSONLIGA planet känns det som en rolig och spännande möjlighet. Och förstås hedrande att få efterträda Nina Rehnqvist, som jag ser som en av de stora förgrundspersonerna inom svensk hälso- och sjukvård – och

en personlig förebild. Kerstin Nilsson vet vilken utmaning hon antar. Genom åren har hon haft olika roller i myndighetens utvärderingar – som ämnessakkunnig i utvärderingsprojekt, som ordförande för en sådan projektgrupp, som ledamot av SBU:s vetenskapliga råd och senare som ledamot av SBU:s nämnd, då i egenskap av ordförande i Svenska läkaresällskapet.

EVIDENS OCH PROFESSIONALISM hör ihop, säger Kerstin Nilsson. Det ena fungerar inte utan det andra.

– Evidensen måste verklighetsanpassas. Till exempel är det inte så användbart att få veta att den ena insatsen ofta är bättre än den andra, utan att också förstå för vilka personer och i vilka miljöer som detta gäller.

– Som professionell måste man också vara lyhörd för den samlade kunskap som tas fram och anpassa sig till den. Att arbeta evidensbaserat är en av grundbul-

tarna i ett professionellt förhållningssätt, tillsammans med mycket annat, förstås.

I de här avseendena ser hon ingen principiell skillnad mellan vård och socialt arbete – men tillägger att hon vill lära sig mycket mer om socialtjänsten, där hon saknar egen erfarenhet.

– Ansatsen för yrkesverksamma i både vård och omsorg bör vara att reflektera över sin verksamhet och vad som är grunden för den.

FÖR KERSTIN NILSSON har de yrkeskunniga en nyckelroll i all kunskapsbaserad verksamhet som gäller hälsa och välfärd.

– Den evidensbaserade vården skapas ju i mötet mellan patient och vårdpersonal, med vetenskaplig kunskap som en grund. Men om professionerna inte är med, har jag mycket svårt att se att evidensbaserad vård över huvud taget är möjligt.

– Det kräver ett reflekterande förhållningssätt. Man måste vara beredd att ställa sig frågan varför man agerar på ett visst sätt och föreslår vissa åtgärder – på vilken grund.

ALLT HÄNGER INTE på den egna kunskapen och förmågan i yrket, betonar hon. De ramar och förutsättningar som ges inom verksamheten har också stor betydelse.

– Utan tid och möjlighet att ta till sig den evidens som finns, så kommer verksamheten att bli sämre.

– I yrkesvardagen måste personal ha tillgång till aktuell forskningsbaserad kunskap, och dessutom få träning och möjlighet att ta till sig och använda den.

Inom socialtjänsten kan det vara en utmaning att det finns betydligt färre kunskapsöversikter än i hälso- och sjukvården.

– Men där kommer ju SBU att bidra. Tillförlitliga underlag från organisationer som SBU är avgörande för att tydliggöra vad vi vet respektive inte vet om nytta och risker – och med vilken säkerhet. ♦ **RL**



Utredarens uppdrag är att:

- kartlägga forskning om behandlingsmetoder som används utanför etablerad vård
- kartlägga vilka utvärderingsmetoder som används för dessa, vilken klinisk prövning de genomgår samt eventuella hinder
- öka kontakter och förståelse mellan den etablerade vården och den övriga vården
- föreslå en policy för utvärdering och reglering av behandlingsmetoder som inte tillhör etablerad hälso- och sjukvård idag, men som efter utvärdering skulle kunna utgöra en värdefull del av denna
- föreslå ett system som ger patienter nödvändig information för att göra välövägda vårdval och undvika oseriösa och farliga behandlingsalternativ
- utreda om man bör begränsa rätten för den som inte är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal att behandla vissa allvarliga psykiska sjukdomar och störningar

Källa: Dir 2017:43. www.regeringen.se/rattsdokument/kommittedirektiv/2017/04/dir.201743/

HERO IMAGES / GETTY

Policy utreds för behandling utanför ordinarie hälso- och sjukvård

Hur ska patientsäkerhet och patientinflytande tillgodoses utanför den gängse hälso- och sjukvården? Det är kärnfrågan i en pågående statlig utredning om så kallad alternativ, komplementär och integrativ medicin.

Många människor söker vård och behandling utanför ordinarie hälso- och sjukvård. Enligt en rapport från Statistiska centralbyrån 2006 hade var tionde person under loppet av tolv månader behandlats för kroppsligt eller psykiskt besvär av ”alternativ behandlare”, vilket i den rapporten innefattar naprapat, akupunktur, zonterapi och homeopat.

VÅREN 2017 beslutade regeringen att tillsätta en särskild utredning om patientsäkerhet och inflytande i verksamheter utanför så kallad etablerad vård.

Utredningsdirektivet (Dir 2017:43) efterlyser kunskap om vilken forskning som finns om sådana behandlingsmetoder

och hur metoderna kan testas. Regeringen vill också få utredningens förslag på dels en policy för utvärdering och reglering av behandlingarna, dels ett system som ger patienter den information som de måste ha för att ”göra välövägda vårdval och undvika oseriösa och farliga behandlingsalternativ”.

Enligt ett pressmeddelande vill man dessutom ta reda på om gränsdragningen gentemot etablerad hälso- och sjukvård är tillräckligt tydlig och ändamålsenlig. Lagar som berörs är exempelvis patientsäkerhetslagen och lagar om produkt-säkerhet och marknadsföring.

NÄR DET GÄLLER krav på information om behandlingar, skriver regeringen bland annat att patienters rätt att välja måste vägas mot deras säkerhet, och fortsätter:

”För att den som söker vård ska kunna göra ett välinformerat val av vårdgivare och vårdmetoder måste det vara möjligt att också få information om behandlings-

metoder som finns utanför den etablerade hälso- och sjukvården [...] även i de fall sådan vård inte finansieras av det allmänna, samt information om evidens om metodernas effekt.”

INOM GÄNGSE hälso- och sjukvård bedrivs arbete för att öka patienters kunskap och inflytande. Information till patienter är lagstadgat. Sådant arbete har inte genomförts på samma sätt utanför den etablerade hälso- och sjukvården, och det saknas motsvarande lagkrav, framhåller regeringen i sitt direktiv.

Utredningen leds av Kjell Asplund, professor emeritus i medicin vid Umeå universitet. Han är ordförande i Statens medicinsk-etiska råd, vice ordförande i styrelsen Stiftelsen Stockholms Sjukhem, ledamot av Centrala etikprövningsnämnden samt ordförande för SBU:s vetenskapliga råd Eira.

Den pågående utredningen, som drivs utanför SBU:s ram, ska vara klar den 31 mars 2019. ♦ **RL**



CRIBBVISUALS / GETTY

Varken önsketänkande eller alarmism ska råda när risker vägs mot nytta

Välunderbyggda beslut om insatser i vården och socialtjänsten kräver en rättvis, samlad bild av nyttan och riskerna. Men vår uppfattning om sannolikheterna för olika följder är ofta felaktig. Önsketänkande kan vara ett problem för såväl professioner som patienter och brukare.

Risikvärdering är inte alltid rationell och påverkas inte bara av den faktiska sannolikheten för olika konsekvenser.

Människor har svårt att frigöra sig från önsketänkande, trosföreställningar och attityder till det som anses orsaka risken.

ENLIGT EN SYSTEMATISK översikt som publicerades i *JAMA Internal Medicine* tidigare i år¹ är läkares skattningar av nytta och risker sällan korrekta. Översikten bygger på 48 studier av sammanlagt 13 011 läkare, och studierna gällde behandlingsmetoder, bilddiagnostik, andra

diagnosmetoder och screening. Bara 11 procent av de gynnsamma effekterna och 13 procent av skadeverkningarna skattades korrekt. Övriga skattningar kunde vara både för höga och för låga, men att överskatta nytta och underskatta risk var vanligare än det omvända.

En liknande översikt som gällde patienter publicerades av samma forskargrupp år 2015.² Här ingick 35 studier av sammanlagt 27 323 patienter. Även i den här gruppen var felskattningar vanligt liksom den allmänna tendensen att överskatta nytta och underskatta risk.

DE STUDIER SOM INGÅR i översikterna har givetvis svagheter. Många av studierna är små, och de frågor som har ställts till försöksdeltagarna är inte vetenskapligt utprovade. Översiktsförfattarna har inte ifrågasatt forskarnas skattning av den verkliga effekten. Tydligt var dock att både läkares och patienters förväntningar

på nytta och risk varierade kraftigt och ofta var mer positiv än den bild som forskare anser att det finns fog för.

I **ANTOLOGIN** *Risker och riskhantering i näringsliv och samhälle* som publicerats av forskningsinstitutet vid Handelshögskolan i Stockholm³ diskuterar riskforskaren Lennart Sjöberg i ett kapitel hur människor uppfattar och bedömer risker.

Han pekar bland annat på att personliga risker, alltså sådana som berör oss själva, tenderar att underskattas – till skillnad från allmänna risker, det vill säga risken för andra. Där kan vi oftare ha en någorlunda riktig uppfattning.

Ett exempel är risker i livsstilen, som rökning, alkohol eller olämpliga kostvanor. Personer som röker har en mer korrekt bild av hälsoriskerna för andra rökare än de har för sin egen del. Vi har en tendens att betrakta oss själva som mindre sårbara än andra som utsätts för samma risk.

Upplevd kontroll över situationen spelar också roll. Risker som vi upplever oss ha kontroll över kan ofta uppfattas som lägre. Situationer som är frivilliga kan uppfattas som mindre riskfyllda än företeelser som känns påtvingade.

Vidare har kvinnor och män en viss tendens att bedöma risker olika, och det finns även samband mellan vissa personlighetsdrag och riskuppfattning.

Även egna erfarenheter kan ha betydelse. En person som har sett en anhörig dö av en viss sjukdom, kan ha en benägenhet att övervärdera risken att dö i sjukdomen. En läkare som just har sett en allvarlig biverkan av ett visst läkemedel är i fortsättningen mer uppmärksam på just det medlet och den bieffekten.

NÄR DET GÄLLER ovanliga och dåligt kända risker, där faktaunderlaget brister, blir det personliga tolkningsutrymmet större. I situationer som är komplicerade och svårtydda, där det är svårt att ta hänsyn till alla fakta, kan händelser som är lättillgängliga i minnet bedömas som mer frekventa än vad de i själva verket är. Då är det inte statistisk sannolikhet som riskbedömningen bygger på, utan vad som är lättast att komma ihåg.

EN SYSTEMATISK ÖVERSIKT i Cochranebiblioteket tyder på att välunderbyggda beslutsstöd skulle kunna hjälpa patienter att få en mer realistisk uppfattning av nytta och risker med olika åtgärder.⁴

Översikten bygger på 105 randomiserade studier av sammanlagt 31 000 deltagare. Som beslutsstöd räknades både broschyrer, filmer och webbaseerade verktyg, vilka hade jämförts med sedvanlig vård som kunde innefatta generell information eller ingen sådan insats alls. Gemensamt för beslutsstöden var att patientens handlingsalternativ beskrevs och att individen fick hjälp att värdera tänkbara följder i sitt eget liv. Valsituationerna gällde allt från kirurgiska ingrepp och medicinska behandlingar till screening och gen-diagnostik.

ÖVERSIKTENS FÖRFATTARE drar slutsatsen att beslutsstöd ger bättre kunskap om olika handlingsalternativ. Patienterna känner sig också bättre informerade och har en tydligare uppfattning om vad som är viktigast för dem. Författarna fann också ett måttligt vetenskapligt stöd för att patienterna får en mer realistisk

bild av nyttan och riskerna med olika alternativ.

Studier inom riskkommunikation tyder på att sättet att presentera sannolikheter kan ha stor betydelse för människors förståelse. Att använda siffror anses mer ändamålsenligt än språkliga beskrivningar, men det kan också vara bra att dessutom beskriva sannolikheter i ord. Ett exempel är att inte bara ange att en biverkan förekommer hos 20 procent, utan också förklara att den därmed enligt FASS räknas som mycket vanlig.

NÄR SIFFROR ANVÄNDS, blir budskapet ofta tydligare med frekvenser ("10 personer av 100 drabbas") än med procent (t ex "risken att drabbas är 10 procent"). En läkare som vill berätta risken att för huvudvärk som biverkan är 10 procent menar oftast att en av tio patienter som får behandlingen kan få huvudvärk. Men siffran kan också uppfattas så att alla som behandlas drabbas av huvudvärk var tionde gång de tar medicinen, eller att alla som behandlas får huvudvärk under 10 procent av behandlingstiden.

VI REAGERAR OCKSÅ annorlunda på siffror som anger behandlingsresultat i termer av relativ riskminskning (t ex 50 procent minskad risk) i stället för absolut (t ex från tio på hundra till fem på hundra – en minskning av risken med 5 procentenheter). Den stora procentuella vinsten har visats kunna göra läkare mer benägna att rekommendera behandlingen än om samma vinst anges i absoluta tal.

Att få chans till något positivt uppfattas ofta som mer gynnsamt än att avvärja en risk för något negativt. Exempelvis har både allmänhet och läkare visats uppfatta 68-procentig överlevnad som mer önskvärd än 32-procentig dödlighet – trots att siffrorna betyder samma sak. ♦ **RL**

Referenser

1. Hoffmann TC, et al. Clinicians' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA Intern Med* 2017;177:407-19.
2. Hoffmann TC, et al. Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA Intern Med* 2015;175:274-86.
3. Wahlund R [red]. Risker och riskhantering i näringsliv och samhälle. Stockholm: Stockholm School of Economics Institute for Research, 2016.
4. Stacey D, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 4.

PÅ GÅNG

Exempel på SBU-projekt



BILDDIAGNOSTIK VID MISSTÄNKT UPPHÄVD CIRKULATION I HJÄRNAN

Agneta.Pettersson@sbu.se
Planerad publ: vår 2018

ENDOMETRIOS: UTVÄRDERING & UNDERLAG TILL NATIONELLA RIKTLINJER

Jenny.Odeberg@sbu.se
Planerad publ: vår 2018
(underlag maj 2017)

EPILEPSI: UTVÄRDERING & UNDERLAG TILL NATIONELLA RIKTLINJER

Sten.Anttila@sbu.se
Planerad publ: vår 2018
(underlag maj 2017)

FÖRÄLDRAINSATSER VID VÅLD ELLER FÖRSMÄLSE MOT BARN

Lina.Leander@sbu.se
Plan publ: vår 2018

INSATSER FÖR BÄTTRE HÄLSA HOS ENSAMKOMMANDE BARN

Pernilla.Ostlund@sbu.se
Plan publ: sommar 2018

PROSTATCANCER: TILLÄGG TILL PSA-TEST

Helena.Domeij@sbu.se
Plan publ: vår 2018

PSORIASIS: UTVÄRDERING & UNDERLAG TILL NATIONELLA RIKTLINJER

Anna.Christensson@sbu.se
Plan publ: vår 2018
(underlag maj 2017)

RÄTTSPSYKIATRI: BEHANDLINGSMETODER

Alexandra.Snellman@sbu.se
Monica.Hultcrantz@sbu.se
Plan publ: sommar 2018

SAMVERKANSINSATSER VID PSYKISK OHÄLSA: KUNSKAPSLÄGET

Per.Lytsy@sbu.se
Plan publ: höst 2017

TILLGÅNG TILL VÅRD OCH TANDVÅRD FÖR PLACERADE BARN/UNGA

Sofia.Tranaeus@sbu.se
Plan publ: sommar 2018

VÄRDEBASERAD VÅRD: KARTLÄGGNING AV KUNSKAPSLÄGET

Jenny.Odeberg@sbu.se
Plan publ: sommar 2018

Barn Stödinsatser kan hjälpa barn i familjehem

Barn som har placerats i familjehem kan ha nytta av stödinsatser – barnen mår bättre och risken minskar att placeringen måste ändras eller avbrytas. I Sverige är det ovanligt att barn eller familjehemsföräldrar erbjuds sådant stöd. Och det råder brist på forskning om olika metoder för att utreda lämplighet som familjehem och att utbilda familjerna, visar SBU:s utvärdering.

MELLAN 3 OCH 4 procent av alla barn i Sverige placeras någon gång i familjehem eller på institution. Under dessa barns liv kommer risken för suicid, psykisk ohälsa, missbruk, kriminalitet och behov av långvarigt försörjningsstöd att vara förhöjd.

I en systematisk översikt och utvärdering har SBU undersökt om stödinsatser till barn i familjehem och familjehemsföräldrar kan minska dessa risker.

RESULTATET INGER HOPP. De studier som har granskats visar sammantaget att det är möjligt att med insatser förbättra barnens psykiska och fysiska hälsa, sociala situation och livskvalitet. Placeringarna kan också bli mer stabila med färre byten och avbrott.

Det visar den sammanvägda, genomsnittliga effekten av de olika stödinsatser och program som SBU har utvärderat.

Men både insatserna och studierna skiljer sig mycket åt, och varje insats har inte undersökts i mer än enstaka studier. Därför räcker underlaget inte för att avgöra vilka av insatserna, eller vilka delar av dessa, som kan hjälpa barn i familjehem.

TRE AV PROGRAMMEN har ändå undersökts tillräckligt var för sig för att sägas ha påvisad effekt i åtminstone något specifikt avseende. Stödprogrammet *Attachment and biobehavioral catch-up* har visats kunna förbättra barnens psykiska hälsa och exempelvis minska deras stress. Det specialpedagogiska programmet *Take charge* kan förbättra barnens förmåga till självbestämmande och deras sociala situation, till exempel så att de fullföljer en påbörjad utbildning. Och *Incredible years* kan öka familjehemsföräldrars förmåga att klara föräldrarollen samt minska barns normbrytande beteende. Ingen av de övriga 15 insatserna har prövats för barn i familjehem i mer än en enda studie.

Eventuella skadliga eller oönskade effekter har inte studerats alls.

I PROJEKTET GENOMFÖRDES en enkät för att kartlägga vilka insatser som används i Sverige i dag. Dels tillfrågades ett slumpmässigt urval av 106 kommuner, dels samtliga 38 enskilda företag som arbetar på kommuners uppdrag.

Enkätsvaren anger 30 insatser för barn på familjehem. Insatserna är dock inte desamma som i studierna, utan de gäller bedömning av familjehemmens

lämplighet och utbildning av dessa. Effekterna är inte vetenskapligt klarlagda. Det är mindre vanligt med stöd till barn eller familjehemsföräldrar när barnen har fått en placering.

SBU HAR OCKSÅ intervjuat eller ställt enkätfrågor till fyra organisationer som företräder barn med erfarenhet av familjehemsvård, deras föräldrar samt familjehemsföräldrar. Alla efterlyser mer stöd utöver själva placeringen. Dessutom önskar familjehemsföräldrar bättre kunskap om barnets behov vid placeringen, och ursprungsföräldrarna vill få hjälp att vara delaktiga i sina barns liv.

I SIN ETISKA ANALYS framhåller SBU att när samhället övertar ansvaret för barns vårdnad så finns det en särskild skyldighet att tillgodose barnens bästa. Bristen på vetenskaplig kunskap om insatser för- och nackdelar äventyrar barns rättigheter. Ett annat problem är bristande dokumentation och uppföljning av de insatser som används.

SBU bedömer att resultaten för barnen i de granskade studierna är överförbara till svensk familjehemsvård. Skulle svenska kommuner besluta om att införa nya insatser bör man vara uppmärksam



MADLEN / SHUTTERSTOCK

på att det kan vara svårt att upprätthålla tillräcklig kompetens i små kommuner med få placerade barn.

FLERA AV INSATSERNA kräver systematik när de används. Även då det finns vetenskaplig kunskap om effekterna behövs det rutiner för att på ett ordnat sätt införa, vidmakthålla och utmönstra insatser inom familjehemsvården. Detta skulle kunna ske genom lokal uppföljning där både positiva och negativa effekter systematiskt följs och dokumenteras. I förlängningen skulle det då bli möjligt att bygga upp kvalitetsregister.

Framtida forskning bör enligt rapporten undersöka nyttan av både de insatser som används i dag och sådana som kan komma att införas. ♦ **RL**

Om rapporten

Insatser för bättre psykisk och fysisk hälsa hos familjehemsplacerade barn (2017). Projektledare SBU: Knut Sundell, knut.sundell@sbu.se
Hela rapporten finns på www.sbu.se/265

SBU:S SLUTSATSER INSATSER FÖR BARN PÅ FAMILJEHEM

Barn i utsatta situationer kan under kortare eller längre perioder behöva placeras i en annan familj. Bland barn som växer upp i familjehem är det vanligare med psykisk och fysisk ohälsa. Det är därför viktigt att veta om stödinsatser till barn och familjehemsföräldrar kan hjälpa barnen.

► Insatser till familjehemsplacerade barn och familjehemsföräldrar kan förbättra barnens psykiska och fysiska hälsa, sociala situation, livskvalitet samt placeringarnas stabilitet. På grund av olikheter mellan insatserna och studiernas vetenskapliga utformning går det inte att avgöra vilka insatser eller delar av dessa insatser som är verksamma.

► För tre specifika insatser finns dock vetenskapligt stöd för att de har effekt. Utbildningsinsatser för familjehemsföräldrar i form av *Attachment and biobehavioral catch-up* kan förbättra barns psykiska hälsa, och *Incredible years* kan öka familjehemsföräldrars förmåga att klara föräldrarollen och minska barns normbrytande beteende. *Take charge* är en specialpedagogisk insats till ungdomar som kan förbättra deras självbe-

stämmande och sociala situation. För övriga 15 insatser i denna utvärdering räcker inte underlaget för att bedöma effekten. Att det saknas sådan kunskap om insatser behöver inte betyda att de är verkningslösa.

► I Sverige läggs tonvikten på att utreda familjers lämplighet och att utbilda dem. Att erbjuda stödinsatser till barn eller familjehemsföräldrar efter att barnet placerats är ovanligt, och ingen av de insatser som används i Sverige har utvärderats i studier. Personer som har växt upp i familjehem, deras föräldrar och familjehemsföräldrar efterlyser stöd till barn och familjehem under placeringen.

► Det behövs forskning som undersöker nyttan av insatser inom familjehemsvård. Insatserna som identifierades i litteraturoversikten bör rimligtvis kunna användas i Sverige men deras effekter behöver bekräftas i studier. De insatser som redan förekommer i Sverige behöver också undersökas vetenskapligt. Det behövs även studier som belyser kostnadseffektivitet i insatser under svenska förhållanden.

"Forskningsrön ger utredaren stöd i bedömningar och beslut"

Beslut av socialsekreterare kan innebära stora ingrepp i barns och familjers liv. De problem som ska lösas kan vara komplicerade och bedömningarna måste ibland göras under press. Då är det till hjälp att ha struktur och så mycket kunskap som möjligt inför besluten, säger Jill Fialdini Yenidogan på SBU.

Den sociala barnvården har beskrivits som en av socialtjänstens viktigaste och samtidigt svåraste uppgifter.

– Det kan vara så mycket som står på spel för både barnet och familjen – så det gäller verkligen att de beslut man fattar är välunderbyggda, säger Jill Fialdini Yenidogan, socionom och sakkunnig på SBU inom socialt arbete.

Hon har arbetat 14 år med barnavårdsutredningar inom socialtjänsten i Huddinge kommun och Stockholms stad, och på senare år även med verksamhetsutveckling.

– En så viktig verksamhet för barnens liv och framtid måste vi utveckla hela tiden. Till exempel måste ny vetenskaplig kunskap komma in i arbetet på många nivåer – både när det gäller samtalsteknik, bedömningsmetoder och val av insatser.

DET ÄR MÅNGA UNGA människor som far illa. Enligt en uppskattning som publicerades 2007 är det kanske 100 000 barn som aktualiseras inom svensk socialtjänst varje år varav ungefär hälften blir föremål för en insats. Men ingen vet hur många som faktiskt far illa utan att få hjälp. Det är långt ifrån alltid som någon person i omgivningen misstänker att ett barn har det svårt och dessutom anmäler detta.

Familjer själva begär sällan hjälp från socialtjänsten. De flesta barn som utreds där aktualiseras av polis eller skolpersonal. Ytligt sett handlar det ofta om ett bråkigt och stökigt beteende eller att barnet misstänks fara illa hemma. Men



MAGNUS GLANS

i utredningarna kommer det ofta fram en rad andra, samtidiga problem.

– **SOM BARN- OCH** ungdomshandläggare har jag träffat många pojkar och flickor som kommit till socialtjänsten för att de har ett problematiskt beteende, med utagerande eller kriminalitet plus missbruk – en kombination som i sig kan vara knepig nog.

– Men vid utredningen kan det komma fram att familjen också är en stor del av problemet. Hemma kan barnen till exempel vara utsatta för misshandel eller försummelse. Yngre barn kan fara illa av att föräldrarna strider om barnen i långdragna vårdnadstvister, eller av missbruk och psykisk ohälsa hos föräldrarna.

Uppgiften att skapa tillräckligt bra levnadsvillkor för de här barnen blir ännu svårare genom att många familjer redan har ett tufft utgångsläge. De har

Tillämpa vetenskap praktiskt

Ett kritiskt och vetenskapligt förhållningssätt till insatser är möjligt om man:

1. formulerar frågor som går att besvara och som utgår från klienternas problem/behov
2. söker bästa möjliga kunskap från forskning om insatser för att hjälpa klienterna
3. kritiskt värderar kunskapen utifrån dess tillförlitlighet och användbarhet
4. utifrån klienternas egna erfarenheter och önskemål samt med ledning av egna och andras professionella erfarenheter väger in denna kunskap i sina beslut
5. systematiskt följer upp resultatet av insatser och beslut och försöker utveckla arbetet vidare.

låg utbildningsnivå och en allmänt dålig social och ekonomisk situation.

De senaste årtiondena har den sociala barn- och ungdomsvården förändrats. Jill Fialdini Yenidogan tycker att det finns bättre arbetsverktyg nu och en större medvetenhet om att det behövs en välgrundad analys innan man fattar beslut. Dessutom har barnets ställning stärkts i lagstiftningen.

– **NÄR JAG SJÄLV** började jobba för 14 år sedan var det vanliga att man i barnavårdsutredningar lyssnade på barnet och föräldrarna, sammanfattade samtalet och sedan gick rakt till beslut. Hur man kom fram till just det beslutet var otydligt, och då blev det inte särskilt rättssäkert heller.

– Man märkte mindre av professionell analys. Till exempel beskrev vi sällan hur vi hade utrett möjliga orsaker till problemen, vilka risk- och skyddsfaktorer som verkade finnas för barnet, och vilka insatser som utifrån forskningsresultat borde ha störst chans att fungera. I den mån någon gjorde en analys, var den nog mer underförstådd.

– **JAG TROR INTE HELLER** att den typen av professionell analys uppmuntrades tillräckligt inom socialtjänsten som organisation. Och det var sällan något man hade lärt sig på socialhögskolorna. När det förekom, hängde det mer på den enskilda socialarbetaren.

En annan förändring är att kraven på dokumentation har ökat i syfte att stärka rättssäkerheten för den enskilde.

Detta kan verka som ännu en börda för personal som redan är hårt belastad. Men Jill Fialdini Yenidogan menar att struktur också kan underlätta eftersom många barn och familjer har en så komplicerad situation.

– En klarare struktur i barnavårdsutredningarna gör det tydligare vilka

aspekter som måste tas med i analysen. Nu är det enklare att sortera informationen och på det sättet lättare att komma fram till en välgrundad bedömning.

– Genom att socialtjänstens beslut faktiskt kan vara livsavgörande för ett barn är det ju otroligt viktigt att alla viktiga uppgifter finns med i utredningar och beslut.

I DAG FINNS DET OCKSÅ EN större medvetenhet om att vissa insatser som görs i gott syfte, och som ett antal förespråkare tror på, kan vara verkningslösa eller till och med skadliga när resultaten undersöks vetenskapligt. Det gäller till exempel vissa insatser för antisociala ungdomar och en del psykosociala insatser mot missbruk. Det drogförebyggande skolprogrammet Dare/Våga kan öka alkoholkonsumtionen, och bland ungdomar med antisocialt beteende har militärliknande utbildningsläger, inläsning och avskräckande besök på fängelse visats öka återfallen i brottslighet.

– Ju mer vi vet om insatserna, och ju mer vi tillämpar kunskapen, desto bättre, säger Jill Fialdini Yenidogan. ♦ **RL**

Lästips

- Socialstyrelsen. Individ- och familjeomsorg – Lägesrapport 2017. Se www.socialstyrelsen.se
- Den sociala barnvården i Stockholm – behov, utredningar, insatser, uppföljning och brukardelaktighet 2013–2015.
- Socialstyrelsen. Utreda barn och unga. Handbok för socialtjänstens arbete enligt socialtjänstlagen. Socialstyrelsen, 2015. Se www.socialstyrelsen.se
- Sundell K, et al. Barnavårdsutredningar. En kunskapsöversikt. Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete. Stockholm: Gothia, 2007.
- Lindström P, et al. Attitudes towards drugs among school youths. An evaluation of the Swedish DARE programme. Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift [eng suppl] 1998;15:7-23.
- Gottfredson DC, et al. School-based crime prevention. I Sherman LW, et al [red]. Evidence-based crime prevention. New York, NY: Routledge, 2002.
- Lipsey MW, et al. The effectiveness of correctional rehabilitation: a review of systematic reviews. Annu Rev Law Soc Sci 2007;3:297-320.

Att arbeta praktiskt med stöd av vetenskaplig kunskap

För att kunna arbeta är det nödvändigt att dokumentera hur klientens situation ser ut före en insats, att beskriva vilka insatser som görs och hur den enskildes situation ser ut efteråt. Ska man kunna använda dokumentationen måste den vara strukturerad och enhetlig.

Vetenskapligt utprovade formulär kan ibland vara till hjälp i bedömningar av problem och behov. Det är formulär med färdiga frågor och svarsalternativ i form av numerär eller verbal skala, till exempel intervjuformulär, skattningsformulär, självskattning eller observationsformulär.

Enbart forskningsresultat räcker aldrig för att avgöra vilka beslut som bör fattas. Besluten måste alltid utgå från en kombination av:

• **Bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap.** Resultat från en enskasta studie är ofta ett mycket svagt underlag för att avgöra om en insats är effektiv eller inte. Som regel krävs det flera välgjorda studier som är sammanställda i en välgjord systematisk översikt för att ett resultat ska anses mer tillförlitligt. Man måste också fråga sig om resultatet är tillämpligt i den situation som det gäller. Studierna gäller kanske en annan kategori av klienter och andra förhållanden. Resultaten måste tolkas och tillämpas.

• **Individens situation, sammanhang, erfarenheter och önskemål.** Individen vet mest om sina egna problem, och självbestämmande är en hörnsten i socialt arbete. Därför är information från klienten avgörande, och det är viktigt att individen involveras i både utredning och beslutsfattande för att ges möjlighet att göra egna val. Delaktighet kräver information om beslutsalternativ som presenteras på ett tydligt sätt och som kopplas till sammanhanget. Det kan också öka motivationen till förändring.

• **Egna och andras professionella erfarenheter.** Med ökande yrkeserfarenhet kommer en förtrogenhet som är central i det praktiska arbetet, till exempel för att avgöra vilken information som ska samlas in, vilken bedömningsmetod som passar och att sortera och hantera olika problem i en komplicerad situation. I yrkeskunskan ingår också att förstå vilken vetenskaplig kunskap som kan vara till hjälp, att söka efter sådan kunskap och att integrera denna i sina professionella erfarenheter och anpassa besluten till individens eller familjens speciella önskemål och situation.

Beslutsgrunderna redovisas öppet, eftersom klienten/klienterna har rätt att få veta på vilken grund besluten fattas – både av etiska skäl och rättssäkerhetsskäl.

FORSKNINGEN OM EKONOMISKT BISTÅND KARTLÄGGS

SBU har påbörjat en bred kartläggning av forskning om insatser i socialt arbete. Projektet har inletts med att söka efter sammanställd forskning och kunskapsluckor när det gäller ekonomiskt bistånd.

Ekonomiskt bistånd är den del av socialtjänstens individ- och familjeomsorg som når flest mottagare under ett år. Det handlar dels om att utreda och besluta om bistånd, dels om att hjälpa bidragstagare att försörja sig själva, till exempel genom så kallad "aktivering" eller "arbetsmarknadsaktivering" som riktar till arbetslösa mottagare i alla åldrar.

Nu kartlägger SBU vilken vetenskaplig kunskap som finns och vilken som saknas, om bedömningsmetoder respektive insatser för personer som får ekonomiskt

bistånd och deras anhöriga. Projektledare på SBU är Christel Hellberg.

– Vi söker till exempel efter forskningsresultat om olika aktiveringsinsatser och hur effektiva de är, berättar hon.

– Vi vill också ta rätt på översikter om hur mottagarna upplever att få olika insatser, till exempel stöd och råd, skuldsanering, boendestöd, arbetsträning och arbetslivsinriktad rehabilitering enligt en modell som kallas IPS, *Individual placement and support*.

EN VIKTIG FRÅGA i projektet är att se vad det finns för vetenskaplig kunskap om huruvida olika insatser på sikt leder till att personer blir självförsörjande.

Eftersom frågorna berör många insatser söker man litteratur i ett tiotal olika forskningsdatabaser.

– Hittills har vi gått igenom 2 255 ve-

tenskapliga sammanfattningar och bland dem bedömdes 185 artiklar viktiga att läsa i sin helhet. Ungefär 30 kan vara relevanta och kanske en tredjedel av dessa verkar hålla medelhög eller hög kvalitet.

En hel del systematiska översikter gäller insatser för arbete och sysselsättning, men det finns också sådana som gäller bistånd till boende, behovsbedömningar och uppföljningar. Vissa studier gäller frågor om ekonomiskt bistånd för att personer med missbruk eller funktionsnedsättning ska få och behålla ett arbete, till exempel med så kallad *case management*. ♦ **RL**

Kontaktperson på SBU: christel.hellberg@sbu.se
Mer om det vetenskapliga kunskapsläget om insatser och utredningar i socialt arbete på www.sbu.se



SVERIGES RIKSBANK

"Få välgjorda översikter om äldres munhälsa och tandvård"

Forskare vid den odontologiska fakulteten på Malmö högskola har undersökt det vetenskapliga kunskapsläget i fråga om äldres munhälsa och effekter av olika tandvårdsbehandlingar hos äldre.

Fältet delades in i tolv ämnesområden enligt listan här intill. På tio av dessa fann författarna inga tillräckligt välgjorda systematiska översikter av befintlig forskning. På två områden fanns det åtminstone några sådana sammanställningar.

Som exempel på en fråga som faktiskt har besvarats med hjälp av en systematisk översikt lyfter forskarna fram att munvård av äldre personer på sjukhus eller äldreboende kan förebygga lunginflammation. Ett annat exempel är att undernäring hos de äldre är kopplat till dålig aptit och total tandlöshet – inte till exempelvis oro, tuggsvårigheter eller hjärt-kärlsjukdom. Strategier för att förebygga undernäring borde inriktas mot aptitlöshet och tandlöshet, anser författarna.

I arbetet med rapporten från Malmö högskola har även några medarbetare på SBU bidragit. ♦ **RL**

Kartlagda områden

- karies
- sjukdomar i tandfästet
- mun- och ansiktssmärta samt käkfunktion
- slemhinneskador
- munrörelser (tex för att tala, tugga, svälja)
- muntorrhet
- dålig andedräkt
- samband munhälsa–övrig medicinsk hälsa
- problem med kommunikation/samspel
- livskvalitet
- etik
- organisation

Lästips

Äldres munhälsa och tandvård. En kartläggning av systematiska översikter. Rapporten finns på www.mah.se och detaljer ur kartläggningen har även publicerats i Tandläkartidningen nr 7 och 8, 2017.



FRED WAGNER / GETTY

HÄR BEHÖVS DET GEDIGNA PRAKTIKNÄRA STUDIER

Om resurserna för forskning utnyttjas väl, kan kunskapsläget förbättras för stora grupper av patienter och brukare. Det konstaterar SBU efter att ha analyserat 1700 obesvarade forskningsfrågor i sin databas över vetenskapliga kunskapsluckor.

Inom tre forskningsområden finns det ett stort behov av välgjorda och verksamhetsnära studier. Dessa gäller:

- äldre personer
- barn och unga
- socialtjänst och LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade).

Det bekräftas i en genomgång som SBU på uppdrag av regeringen har gjort av påvisade kunskapsluckor. Myndigheten har lyft fram områden där effekter av olika insatser har visats vara bristfälligt studerade. Problemet berör stora grupper.

Det är viktigt att ny praktiktäna forskning är till nytta för dem som studierna handlar om, understryker SBU. I dag är nya forskningsrön inte alltid användbara. Det kan bland annat bero på att forskarna har ägnat sig åt frågor som redan är besvarade. Många vet inte heller vad som är viktigast för patienter och brukare. Flera internationella forskningsfinansierare kräver numera att brukare medverkar i ett projekt för att medel ska beviljas. Ökad brukarmedverkan skulle kunna ge svenska forskare tillgång till sådana medel.

RAPPORTEN GER exempel på åtgärder som skulle kunna öka användarnas utbyte av den forskning som bedrivs. Till exempel kunde de närmast berörda ges större inflytande när forskningsfrågor prioriteras – patienter, brukare, närstående och professioner som ser problemen till vardags. SBU påpekar att databasen främst gäller områden som har berörts i myndighetens egna publikationer eller i Socialstyrelsens nationella riktlinjer mellan 2008 och 2016. Genomgången av kunskapsluckor ska därför inte betraktas som heltäckande. ♦ RL



SBU har använt sin databas över vetenskapliga kunskapsluckor för att identifiera områden som är bristfälligt studerade och som det kan vara angeläget att stärka forskningsmässigt. En kunskapslucka föreligger när välgjorda översikter saknas helt eller när dessa visar att effekten är osäker.

Så kan nya praktiktäna studier göra mer nytta

I den nya rapporten beskriver SBU fem åtgärder som kan antas öka nyttan av praktiktäna forskning:

1. Säkerställ att nya forskningsfrågor inte redan har besvarats – genom att varje ansökan om en praktiktäna studie eller avhandling refererar till en befintlig systematisk översikt som visar att det föreligger en kunskapslucka, eller genom att arbetet inleds med en sådan översikt.

2. Öka inflytandet från dem som berörs när forskningsfrågor ska prioriteras – genom aktiv medverkan från bland andra patienter, brukare, närstående och relevanta professioner, samt genom att inkludera forskning och forskningsmetodik som en naturlig del i utbildning av personal på alla nivåer inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS.

3. Arbeta för att forskningsfrågor som har prioriterats faktiskt tilldelas forskningsmedel – genom att anslag som utlyses

inriktas på de prioriterade områdena och genom att erbjuda särskilt stöd till områden där resurser och intresse – trots prioritering – inte verkar räcka till.

4. Sätt nya rön i relation till tidigare studier – genom att forskningsfinansierare även anslår medel så att forskare efter slutförda studier kan uppdatera relevanta systematiska översikter.

5. Öka stödet för att tillämpa samlade rön – genom att samarbeta med vården och socialtjänsten så att effektiva metoder snabbare förs in samtidigt som man slutar använda ineffektiva metoder.

Om rapporten

Behov av praktiktäna forskning och vetenskaplig utvärdering inom viktiga områden. En analys av vetenskapliga kunskapsluckor år 2017. Projektledare: Karin Rydin. Kontakt SBU: Avd chef, prof Sofia Tranæus, sofia.tranaeus@sbu.se. Hela rapporten finns på www.sbu.se/263



ILLUSTRATION: PIA KOSKELA

Wikipedia används – och dess texter om hälsa behöver förbättras

Wikipedia har funnits i 15 år och är ett digitalt uppslagsverk som skapas av användarna själva. Sajten används flitigt men kvaliteten på bland annat en del medicinska artiklar har starkt ifrågasatts. Om fler sakkunniga skribenter engagerade sig, skulle innehållet kunna förbättras.

Wikipedia är en mångspråkig, kostnadsfri informationssajt som utvecklas av användarna själva, utan vinstsyfte och utan finansiering via reklam eller annonser.¹ Allt innehåll får återanvändas av vem som helst (så länge man uppger källa), och de som står bakom projektet äger inte vad användarna skapar. Projektet fungerar som ett jättelikt grupparbete där vem som helst är välkommen att delta oavsett kunskapsnivå.

Samtidigt är ambitionerna höga. Visionen är ett sammanfattande referensverk, en encyklopedi. En av initiativtagarna, internet-entreprenören Jimmy Wales, förklarade tidigt att Wikipedia skulle ge alla fri tillgång till summan av allt mänskligt vetande.² Visionen delas fortfarande av frivilliga skribenter och redaktörer, även på det medicinska området.³

VISIONER SKA JU vara inspirerande, och de måste inte vara möjliga att förverkliga. Wikipedia – vars logotyp är en jordglob i form av ett pussel där några bitar saknas – har visserligen växt kraftigt på mindre än två decennier, men det är mycket långt kvar till ett uppslagsverk som summerar ”all” medicinsk kunskap. Wikipedias redaktörer är medvetna om

att det alltid kommer att fattas pusselbitar.^{4,5} Verket blir aldrig färdigt.

MEN INNEHÅLLET ÄR omfattande och det används flitigt. År 2013 innehöll sajten 155 000 hälsoartiklar på 255 språk, vilka totalt hade visats 4,88 miljarder gånger under året.⁶ Wikipedia används ofta även i Sverige.⁷ Svenskspråkiga Wikipedia visas 2–4 miljoner gånger varje dag.⁸ Av de mest visade sidorna handlar många om hälsa, och sajten innehåller över 4000 artiklar på svenska om medicin och hälsa. De populäraste hälsoartiklarna kan få över 50 000 visningar per månad.

Ända sedan sajten startades år 2001 har skribenter kämpat med innehållets tillförlitlighet, kvalitet och fullständighet – ibland framgångsrikt. En blindad jämförelse av 42 uppslagsord med

vetenskaplig anknytning genomfördes av tidskriften *Nature* och refererades där år 2005.⁹ Jämförelsen mellan Wikipedia och den brittiska nationalencyklopedin *Encyclopedia Britannica* tydde enligt författaren på att skillnaden i kvalitet ”inte var särskilt stor” gällande dessa uppslagsord. I genomsnitt fann *Natures* granskare tre fel per artikel i den brittiska encyklopedin och fyra i Wikipedia.⁹

MEN KRITIKEN MOT innehållet har tidvis varit skarp, inte minst när det gäller medicin och hälsa. Sådana texter på Wikipedia väckte tidigt debatt om tänkbar nytta och risk, tillförlitlighet och källkritik. Vem eller vilka svarar för kvaliteten? När är det acceptabelt med ofullständig information? Kan dåliga texter orsaka skada? Få yrkeskunniga inom vård och omsorg har ansett att kvaliteten är tillräcklig för att rekommendera användning av Wikipedia.³

Insikten om kvalitetsproblem finns även bland Wikipedias skribenter. I sajts interna system för kvalitetssäkring har bara ett fåtal artiklar uppfyllt kraven, huvudsakligen engelskspråkiga artiklar. I ett brev till *The Lancet Global Health* påpekade läkare som också var erfarna wikipedianer att innehållet i artikeln *stillbirth* (dödfödsel) saknade väsentlig information.¹⁰ De vädjade till ämnesexperter att komplettera artikeln, eftersom den ändå läses.¹⁰

EN STYRKAN HOS Wikipedia, vid sidan av räckvidden, är att innehållet kan uppdateras snabbt och att det översätts till många språk. Ett exempel är ebola-utbrottet i Västafrika år 2014. Då spreds information om sjukdomen på 45 språk.^{11,12} Från sökmotorn Bing gick användare i de drabbade länderna oftare till Wikipedia för att läsa om ebola än till

organisationer som WHO, det amerikanska smittskyddsinstitutet CDC eller till nyhetsorganisationer som CNN.¹³

I TAKT MED ATT användningen av Wikipedia har ökat, och att flera populära sökmotorer ofta ger träffar där, har frågan om tillförlitlighet blivit ännu mer angelägen. En del initiativ har tagits på det medicinska området. År 2013 inleddes ett samarbete mellan drivande personer i det så kallade WikiProject Medicine och i Cochrane-samarbetet.¹⁴ Ur Wikipedia-företrädarnas perspektiv var syftet att stärka inslaget av evidens i artiklarna, att få tillgång till expertresurser och stöd för sajts frivilliga hälso-redaktörer och att uppmuntra akademiker och forskare att själva bidra med vetenskaplig evidens.¹⁴ Från Cochranes sida ville man öka antalet citeringar och kommentarer till sina systematiska översikter, öka spridningen och genomslaget för resultaten och inspirera till mer användarvänliga sammanfattningar på olika språk.¹⁴

SBU HAR UNDER 2016 och 2017 dragit sitt strå till stacken. Med hjälp av engagerade medarbetare och två praktikperioder för en Wikipedia-skribent, har SBU tillfört kunskap från ett antal områden som myndigheten har utvärderat. Projektledare på SBU har deltagit i så kallade skrivarverkstäder för att redigera och skriva artiklar utifrån evidens från systematiska översikter. Liknande exempel på samarbete finns från forskningsorganisationer i Storbritannien och USA och läkarutbildningar i flera länder har hållit tillvalskurser för studenter.

Att skriva på Wikipedia är enkelt. Man skapar en användarprofil, klickar på knappen ”redigera” i en artikel och kan då lägga till eller byta ut innehåll. På Wikipedia anges några tumregler för hur texterna bör utformas. En regel är att alltid ange källa, och sajten har riktlinjer för vilken typ av källor som bör väljas för medicin och hälsa.

Det skulle vara en stor fördel om många skribenter med ämneskunskap i hälsa kunde tänka sig att hjälpa till. När allt fler människor använder Wikipedia som medicinskt uppslagsverk och litar på innehållet, finns det anledning för vårdens professioner att bry sig om vad som skrivs där. Några kanske till och med vill korrigera och komplettera. Rent tekniskt är det inte svårt. Wikipedia blir bättre

om fler sakkunniga engagerar sig. Även om hela innehållet ständigt förändras, vilket gör Wikipedia mindre lämpligt som källa i vetenskapliga artiklar,¹⁵ får bra texter ofta stå kvar. I en studie där läkarstudenter fick i uppgift att bidra på Wikipedia med texter som byggde på bra källor, fanns deras alster kvar flera år.¹⁶

FÖR PROFESSIONER och ämneskunniga inom vården kan det finnas skäl att bevaka – och helst rätta till – fel och brister i Wikipedias artiklar om medicin och hälsa. Samtidigt måste man komma ihåg att texter som skapas på det här sättet aldrig blir perfekta. Wikipedia är en värdefull resurs för många användare, även om innehållet har brister och hela tiden kan förbättras.

När man rannsakar Wikipedia med faktakontroll och källkritik kan det också vara bra att fråga sig vilka andra källor man jämför med – och hur det står till med kvaliteten där. Ger Wikipedia bättre eller sämre information än till exempel andra hälsosajter, tidskrifter eller böcker som läses av många?

Carl Fredrik Sjöland

läkarstuderande och Wikipedia-praktikant på SBU, cfsjoland@gmail.com

Ragnar Levi

medicinsk informationschef och samordnare för SBU:s Wikipedia-arbete

Referenser

1. <https://wikimediafoundation.org/wiki/FAQ/en>
2. <https://slashdot.org/story/04/07/28/1351230/wikipedia-founder-jimmy-wales-responds>
3. Rasberry L. *Brit Med J* 2014;348:g2478.
4. https://en.wikipedia.org/wiki/Wikipedia:Wikipedia_is_a_work_in_progress
5. https://sv.wikipedia.org/wiki/Wikipedia:Den_perfekta_artikeln
6. Heilman J, et al. *J Med Internet Res* 2015;17:e62.
7. Findahl O. *Svenskarna och Internet*. Hudiksvall: World Internet Institute, 2010.
8. <https://tools.wmflabs.org/topviews/?project=sv.wikipedia.org&platform=all-access&date=2017-04&exc>
9. Giles J. *Nature* 2015;438:900-1.
10. Masukume G, et al. *Lancet Glob Health* 2016;4:e791.
11. Cohen N. *Wikipedia Emerges as Trusted Internet Source for Ebola Information*. NY Times, Oct 26, 2014.
12. Sjöland CF. Lägesrapport publicerad https://meta.wikimedia.org/wiki/Grants:IEG/Medicine_Translation_Project_Community_Organizing/Final
13. Heilman J, personlig kommunikation 2016-07-16
14. Mathew ME, et al. Editorial. *Cochrane and Wikipedia... Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013;(10): 10.1002/14651858.ED000069.
15. Bould MD, et al. *Brit Med J* 2014;348:g1585.
16. Azzam A, et al. *Acad Med* 2017;92:194-200.

Wikipedias grundtips för den som vill skriva

- Wikipedia är ett uppslagsverk. Texten ska därför vara saklig, neutral och källbelagd. Hälso- eller behandlingsråd ska inte ges. Att ange dosering av läkemedel är inte tillåtet.
- Wikipedia kan innehålla fel. Texten skapas av användarna själva, oavsett kunskapsnivå. Men texterna kan enkelt ändras. Hittar man fel, finns det skäl att rätta dem.
- Wikipedia läses av många. Skribenterna är färre, men det som skrivs blir vanligen läst. Därför är alla förbättringar värdefulla. Språket ska vara enkelt och begripligt.



CHONES / SHUTTERSTOCK

FÄRRE FEL I NYA STUDIER – MEN METODIK OFTA DUNKEL

Randomiserade studier har blivit mer tillförlitliga över tid och rapporteras tydligare. Men mer borde göras – särskilt i tidskrifter som inte hör till de mest citerade. Det anser forskare som har analyserat förekomsten av systematiska fel i 21 000 randomiserade studier i Cochrane-översikter.

En grupp forskare i Frankrike, Kanada och USA har granskat hur kvaliteten på randomiserade studier har utvecklats under 30 år. Forskarna utgick från 2 000 systematiska översikter som hade publicerats i Cochrane-biblioteket under en period på tre och ett halvt år, fram till september 2014.

Ur dessa publikationer hämtades kvalitetsbedömningar av sammanlagt 20 920 randomiserade studier som översiktsförfattarna hade granskat.

FORSKARNA FANN att kvalitetsproblemen hade minskat från 1980-talet till 2010-talet. Minskningen gällde både metodfel i de randomiserade studierna och oklarheter i författarnas rapportering.

Dessutom analyserade forskarna sambandet mellan studiekvalitet och tidskrifternas så kallade *impact factor* för år 2014. Detta är ett mått på en tidskrifts genomslag – hur ofta den citeras. Faktorn är det genomsnittliga antalet citeringar per artikel som gjorts under ett visst år. Beräkningen görs på artiklar publicerade i tidskriften under de föregående två åren. Forskarna fann att färre oklarheter och färre metodfel hade no-

terats i studier publicerade i tidskrifter med hög *impact factor*. Samtidigt kunde forskarna inte utesluta att översiktsförfattarna hade låtit sig påverkas av denna faktor när de granskat studierna.

EN ANNAN STUDIE gällde provningar av två vanliga läkemedel – epilepsiläkemedlet gabapentin, som används mot nervsmärta, och quetiapin, ett nyare anti-psykotiskt läkemedel mot depression vid bipolär sjukdom. Forskarna samlade in alla randomiserade studier från de senaste årtiondena och rapporter där resultaten hade presenterats.

De fann 21 randomiserade studier av gabapentin, som hade redovisats i 68 offentliga publikationer och sex forskningsrapporter som inte var offentliga. För quetiapin fann de sju randomiserade provningar, som hade presenterats i 46 offentliga publikationer och fyra rapporter som inte var offentliga.

Enligt forskarna hade utfallet ofta redovisats på ett ofullständigt sätt. Bara en mindre del av alla utfallsmått i studierna offentliggjordes – vart fjärde av alla 1 230 utfallsmått för gabapentin och vart sjätte av 661 utfallsmått för quetiapin. Om öppenheten inte ökar, finns risk att särintressen får avgöra. Den helhetsbild som visas i studier och översikter blir då felaktig, påpekar forskarna. ♦ **RL**

Lästips

- Dechartres A, et al. Evolution of poor reporting and inadequate methods ... *Brit Med J* 2017;357:j2490.
- Mayo-Wilson E, et al. Multiple outcomes and analyses in clinical trials ... *J Clin Epidemiol* 2017;86:39-50.

Skattar nya läkemedels effekt i vardagligt bruk

Hur kan effekter enligt läkemedelsprovningar översättas till vanliga vårdssituationer? Ett pilotprojekt på Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, testar nu strategier som SBU har identifierat.

Alla godkända läkemedel har genomgått kliniska provningar som har visat att nyttan överväger riskerna – för de patienter som har deltagit i studierna. Men effekterna av nya läkemedel i vardagligt bruk kan bli annorlunda än i studierna. I en större och mer blandad patientgrupp, där ålder och hälsa varierar mer än hos försöksdeltagarna, kan balansen mellan nytta och risk förändras.

Det finns dock strategier som skulle kunna användas för att räkna ut hur ett nytt läkemedel kommer att fungera i praktiken, utanför ramen av klinisk provning. Det konstaterade SBU i en rapport från 2016, där litteraturen på området granskas.

NU SKA TLV testa olika strategier i ett par pilotprojekt som bygger på SBU:s arbete. Projekten är ett regeringsuppdrag som ska vara klart i slutet av 2018.

Det handlar om att kombinera statistiska strategier med registeruppgifter om patienternas hälsa för att skatta läkemedlets effekt i praktiken. Strategierna kan enligt TLV komma att prövas även på områden där patienter med uttalade medicinska behov borde få snabbare tillgång till nya läkemedel, trots att det saknas viss information om produkterna. Det kan till exempel gälla nya cancerläkemedel där det är svårt att genomföra stora randomiserade studier.

PROFESSOR JAN LILJEMARK på SBU kommenterar:

– Det är viktigt att inför beslut om användning och rabatter se om den nytta som studier visat realiserar när läkemedlet används i klinisk vardag. Är läkemedlet lika effektivt då?

– Vi tror att metodiken att värdera detta kan användas även innan ett läkemedel har börjat införas kliniskt. Att kunna förutsäga nyttan vore användbart inför beslut om användning och subvention. ♦ **RL**

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 registrator@sbu.se • GRAFISK DESIGN Alenäs Grafisk Form • TRYCK Elanders, Falköping 2017
 4 nr per år, 157 000 ex • ISSN 1104-1250



SBU-NÄMNDEN

Kerstin Nilsson (ordf)
ÖREBRO UNIVERSITET

Peter Allebeck
FORTE

Heike Erkers
AKADEMIKERFÖRBUNDET SSR

Eva Franzén
STATENS INSTITUTIONSSTYRELSE

Vesna Jovic
SVERIGES KOMMUNER OCH
LANDSTING, SKL

Jan-Ingvar Jönsson
VETENSKAPSRÅDET

Lars-Torsten Larsson
SOCIALSTYRELSEN

Lars Ohly
FUNKTIONSRÄTT SVERIGE

Lars Oscarsson
ERSTA SKÖNDAL HÖGSKOLA

Jenny Rehnman
SOCIALSTYRELSEN

Sineva Ribeiro
VÄRDFÖRBUNDET

Heidi Stensmyren
SVERIGES LÄKARFÖRBUND

Anders Sylvan
VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING

Magnus Wallinder
LJUNGBY KOMMUN

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

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, ETIK,
ÖREBRO UNIVERSITET

Nils Feltelius
DOCENT, LÄKEMEDELSVERKET

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

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT INTERNATIONAL, HTAI, 2018

Årligt möte i Health Technology
Assessment International

Tid och plats: 1–5 juni, 2018,
Vancouver, Kanada

www.htai.org

BARNRÄTTSDAGARNA 2018

Tema: Alla barns rätt till jämlika
uppväxtvillkor

Arrangörer: Barnombudsmannen och
Stiftelsen Allmänna Barnhuset

Tid och plats: 24–25 april, 2018,
Conventums kongresshall, Örebro

www.barnrattsdagarna.se

EVIDENCE LIVE 2018

Tema: Spridning av evidens för en
bättre hälso- och sjukvård

Tid och plats: 19–20 juni, 2018,
Oxford, Storbritannien

Arrangörer: Centre for Evidence
Based Medicine vid University of
Oxford och British Medical Journal

www.oxforduniversitystores.co.uk

GLOBAL EVIDENCE AND IMPLEMENTATION SUMMIT

Internationell konferens om evidens
och dess användning för hälsa,
utbildning och välfärd.

Arrangörer: Campbell Collaboration
och What Works Global Summit

Tid och plats: 22–24 oktober, 2018,
Melbourne, Australien

www.geis2018.org

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

SAMMANFATTNINGAR 2014–2017

Kostnadsfria

.....ex Insatser för bättre psykisk och fysisk hälsa hos
familjehemsplacerade barn (2017), nr 265s

.....ex Behandl och bedömn i rättspsykiatri (2017), nr 264s

.....ex Behandling av armfraktur hos äldre (2017), nr 262s

.....ex Arbetsmiljö, hjärt-kärlsjukdom och kemi (2017), nr 261s

.....ex Patientdelaktighet i vården (2017), nr 260s

.....ex Op sten i gallblåsan & akut gallblåseinf (2017), nr 259s

.....ex FAS och FASD (2017), nr 258s

.....ex Vårdering av effektivitet i klin vardag ... (2016), nr 256s

.....ex Arbetsmiljöns betydelse för artrosbesvär (2016), nr 253s

.....ex Ungdomar m antisociala probl i instvård (2016), nr 252s

.....ex Behandl av luftvägsinfektioner hos barn (2016), nr 251s

.....ex Behandling av förlossningsskador (2016), nr 250s

.....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/nacke (2016), nr 245s

.....ex Förebygga missbruk ... hos barn, unga (2015), nr 501-89

.....ex Instrument för suicidriskbedömning (2015), nr 501-88

.....ex Skolprogr mot självskada/suicidförsök (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-risk f vanl läkemedel hos äldre (2014), nr 501-82

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

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

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

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

.....ex Arbetsmiljö: depr, utmattn-syndrom (2014), nr 501-77

.....ex Tid upptäckt av symptomgiv cancer (2014), nr 501-76

PATIENTINFORMATION ETC

Kostnadsfria, om inget annat anges

.....ex För närstående t långvarigt sjuka äldre (2016), nr 401-17

.....ex Ny kunskap kan hjälpa kvinnor som fött barn
(förlossningsskador) (2016), nr 902-27

.....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) (2009/2016), nr 401-15-1

.....ex Läkemedel på äldre dar (2009), nr 401-14

Trycksaker (och eventuell faktura) skickas till:

Namn

Postadress

E-post

Frankeras ej.
Mottagaren
betalar portot

SBU

Statens beredning
för medicinsk och
social utvärdering

Svarspost

20087634

110 06 Stockholm



STATISTIK

Insatser till föräldrar med depression verkar även hjälpa barnen

Förebyggande insatser till föräldrar med svår depression kan förbättra deras samspel med barnen. Det kan också minska risken att barnen själva ska utveckla depressiva symtom, enligt en rapport från Folkhälsomyndigheten.

Myndigheten har sammanställt sex systematiska litteraturoversikter om effekten på barns hälsa av förebyggande insatser när föräldrarna har problem som missbruk eller psykisk sjukdom.

Enligt Folkhälsomyndigheten minskar risken för att barn med en deprimerad förälder (främst mödrar) själva ska drabbas av depression eller depressiva symtom om föräldrarna får ta del av förebyggande insatser som är riktade till familjen. Effekten på depression är måttlig (RR 0,60; KI 0,45 till 0,79; NNT 17), och det vetenskapliga underlaget måttligt starkt.

De förbyggande insatserna verkar enligt rapporten även kunna förbättra samspelet mellan



HARRISD / SHUTTERSTOCK

föräldrar med depression och deras barn.

Däremot räcker underlaget inte för att avgöra vilket slags förebyggande metod som fungerar bäst. De studier som ingick i samtliga översikter var genomgående få och små.

Det går inte heller att bedöma vilka positiva eller negativa effekter på barn som förebyggande

insatser skulle kunna ha i familjer där de vuxna har alkohol- och drogproblem. De studier som ingår i översikterna har för låg vetenskaplig kvalitet.

Folkhälsomyndigheten sökte också efter systematiska översikter om effekter på barn av insatser i familjer där de vuxna använder våld i sin relation. Inga sådana översikter fanns. **RL**

Lästips

Folkhälsomyndigheten. Förebyggande insatser till barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom och våld. En systematisk översikt av översikter, 2016. www.folkhalsomyndigheten.se

Blaasvør N, et al. Effekt av tiltak for risikofamiljer med barn 0–6 år. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helse, 2015.

RR – relativ risk
KI – konfidensintervall
NNT – number needed to treat
Se även SBU:s ordlista på sbu.se

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

SBU-RAPPORTER 2012–2017

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

-ex Insatser för bättre psykisk och fysisk hälsa hos familjehemsplacerade barn (2017), nr 265, 150 kr
-ex Behandling och bedömning i rättspsykiatrisk vård (2017), nr 264, 150 kr
-ex Behov av praktisk forskning och vetenskaplig utvärdering inom viktiga omr (2017), nr 263, 150 kr
-ex Behandling av armfraktur (2017), nr 262, 200 kr
-ex Arbetsmiljöns betydelse för hjärt-kärlsjukdom – exponering för kemiska ämnen (2017), nr 261, 200 kr
-ex Patientdelaktighet i vården (2017), nr 260, 150 kr
-ex Operation vid besvär av sten i gallblåsan och akut gallblåseinfektion (2017), nr 259, 150 kr
-ex Fetalt alkoholsyndrom (FAS) och fetala alkoholspektrumstörningar (FASD) (2017), nr 258, 200 kr
-ex Värdera effektivitet i klinisk vardag (-16), nr 256, 150 kr
-ex Skakvåld, syst litteraturovers (2016), nr 255, 150 kr
-ex Behandling av spelberoende ... (2016), nr 254, 150 kr
-ex Arbetsmiljö & artrosbesvär (2016), nr 253, 150 kr
-ex Program för ungdomar med antisocial problematik inom institutionsvård (2016), nr 252, 150 kr

-ex Analsfinkterskada vid förlös (2016), nr 249, 200 kr
-ex Behandling av hetsättningsstörning (2016), nr 248, 200 kr
-ex Fosterdiagn med NGS (2016), nr 247, 200 kr
-ex Fosterdiagn med mikroarray (2016), nr 246, 200 kr
-ex Preventiva insatser vid akut smärta från rygg och nacke (2016), nr 245, 200 kr
-ex Förebygg missbruk barn/unga (-15), nr 243, 200 kr
-ex Instr f bedömn av suicidrisk (2015), nr 242, 150 kr
-ex Skolprogram mot självskada 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 Nyttå-risik med läkemedel för äldre, nr 229, 150 kr
-ex Arbetsmiljö, depr, utmatt (2014), nr 223, 250 kr
-ex Tid uppt av symptomgiv 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 & sömnstörning (2013), nr 216, 200 kr
-ex Autismspektrumtillstånd (2013), nr 215, 250 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 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).

