

MEDICINSK VETENSKAP & PRAXIS

NYA RAPPORTER Arbeta & sömn | 8



För mycket medicin?

Medicinsk diagnostik och behandling är ett tveeggat svärd. Nu växer oron för att alltför intensiva åtgärder mot lindriga problem har motsatt effekt och ökar människors lidande.

Är det rätt åkommor som undersöks och behandlas i vården i dag? Och är det effektiva metoder som används? Nej, säger allt fler forskare, författare och debattörer.

Enligt tre författare till en artikel i *British Medical Journal*¹ blir det allt svårare att använda vårdens imponerande tekniska arsenal med urskilning. De skriver: "Massundersökningar upptäcker tumörer som varken kommer att ge symptom eller förkorta liv, känsliga undersökningsmetoder påvisar avvikelser som är så obetydliga att de aldrig kommer att göra skada, samtidigt som sjukdomskriterier vidgas så att människor med allt mindre

James Porto

En illusion av kontroll

I ett samhälle som förändras allt snabbare känns ju visshet och kontroll alltmer lockande. Ett sätt att skapa åtminstone en illusion av kontroll är att gå på allmän hälsoundersökning. Man vill få ett kvitto på att kroppen fungerar som den ska. Men är detta vad man får?

Nyligen kom en Cochrane-översikt (Krogsbøll LT, et al 2012) som ifrågasatte nyttan av allmänna hälsokontroller av personer som inte känner sig sjuka. När forskarna vägde samman resultat från nio överlevnadsstudier som tillsammans omfattade 156 000 deltagare såg de ingen minskning av total dödlighet, dödlighet i hjärt-kärlsjukdom eller cancer i den grupp som hade gått på rutinkontroller.

Översikten kunde heller inte påvisa någon effekt av hälsokontrollerna på sjukdomsrisik, men en studie fann att kontrollerna upptäckte fler personer med högt blodtryck och högt kolesterol, och i en studie hade kroniska sjukdomar upptäckts hos fler individer. En av undersökningarna rapporterade att antalet nya diagnoser per deltagare hade ökat med 20 procent bland dem som erbjudits allmän hälsoundersökning jämfört med en kontrollgrupp.

En tänkbar förklaring till resultaten kan vara att primärvårdsläkare upptäcker och åtgärdar misstänkta tillstånd som håller på att utvecklas hos patienter som de träffar av andra skäl. En annan orsak kan vara att personer som löper hög risk för sjukdom inte hörsammar inbjudan till allmän hälsokontroll.

Cochrane-forskarna påpekar att de flesta studier var gamla, vilket begränsar resultatens giltighet i dag. Både behandlingsmetoder och riskfaktorer har förändrats. Men studierna var stora och hade pågått under lång tid, och viktiga dödsorsaker ingick, så sammantaget menar författarna att det är osannolikt att allmän hälsoundersökning av friska gör nytta.

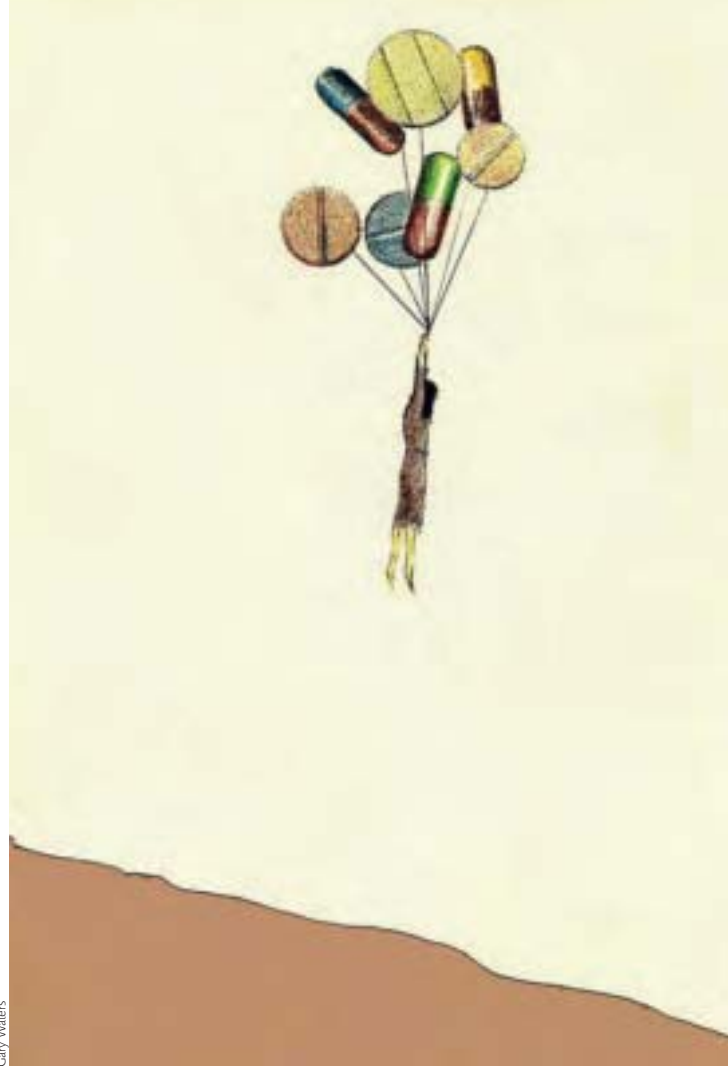
Ett annat sätt att skapa en känsla av kontroll är självtester för olika tillstånd, allt från banala åkommor till allvarligare tillstånd. Många av testerna går att köpa på apotek. Ofta handlar det om ett slags screening, med skillnaden att initiativet inte kommer från vården och att den som får testresultatet inte har medicinsk kunskap och kanske inte följer bruksanvisningen så noga. Självtesterna marknadsförs intensivt, både i traditionella medier och på nätet. I vissa fall är de säkert av värde, men oftast vet man inte.

Och ibland upptäcks problem, som när ett test av binjurebarksfunktion enligt Socialstyrelsens granskning hade lett till onödig medicinering. Eller som när en marknadskontroll visade allvarliga brister i de uppgifter som gör det möjligt att känna igen olika tester och spåra tillverkarna.

Läkemedelsverket betonade nyligen att självtest inte kan ersätta vårdbesök. Man skulle också kunna säga att vare sig självtest, hälsokontroller eller andra vårdbesök kan råda bot på att vår tillvaro är oförutsägbar och att livet är ändligt. Det är väl det enda som är någotsånär säkert.



RAGNAR LEVI, REDAKTÖR



Gary Waters

hälsorisker får en medicinsk etikett och en livslång behandling som många inte har någon nytta av.”

RISKMÄRKÖRER

Författarna menar att vården drivs till – och delvis strävar efter – att identifiera och behandla nyskapade diagnoser eller lindriga former av välkända tillstånd. Det tillkommer allt fler riskmärkörer, undersökningsfynd eller bifynd av oklar betydelse som ska utredas och åtgärdas. De ger en rad exempel från den internationella litteraturen:

- Nya kriterier för graviditetsdiabetes omfattar nästan var femte kvinna.²
- Enligt en studie i Kanada kan 30 procent av dem som har fått diagnosen astma vara

feldiagnostiserade, varav kanske två tredjedelar inte behöver behandling.³

- En vidgad definition av skört skelett i USA kan leda till att miljontals kvinnor som löper låg risk för benskörhetsfrakturer tar mer skada än har nytta av behandlingen.⁴

- En kontroversiell definition av kronisk njursjukdom skulle sjukförklara en av tio och innebära överdiagnostik hos äldre.⁵

- Känsligare undersökningsmetoder upptäcker även små lungembolier som kanske inte kräver blodförtunnande läkemedel.⁶

KONFERENS

Tidskriften BMJ, som publicerar artikeln, arrangerar senare i år en internationell

konferens vid The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice, i samarbete med en amerikansk konsumentorganisation och Bond University i Queensland, Australien.

Fenomenet överdiagnostik och överbehandling är kanske tydligast och mest omtalat i USA. Där har flera böcker bara under de senaste åren diskuterat problemen. Men farhågorna är betydligt äldre än så och sträcker sig utanför det amerikanska sjukvårdssystemet.

KULTUR PÅVERKAR

I Sverige aktualiserades frågan för några år sedan av en grupp nordiska allmänläkare som kallar sig Nordic Risk Group.⁷ Redan på 1990-talet beskrev medicinjournalisten Lynn Payer hur kulturella värderingar i olika länder påverkar valet av medicinska insatser, ibland mer än fakta. Payer myntade begreppet sjukdomslansering, *disease mongering*⁸, och ett par decennier tidigare hade filosofen och samhällskritikern Ivan Illich polemiserat mot att det medicinska etablissemanget höll på att medikalisera själva livet.⁹

Problemet är således inte nytt – men det blir alltmer akut. Samtidigt som många sjukvårdssystem i vår del av världen pressas av stramare ekonomi och en åldrande befolkning, växer våra förväntningar på perfekt hälsa och därmed risken för överbehandling, överdosering och överdiagnostik. Det blir således alltmer problematiskt att många insatser, som har det högst legitima syftet att förebygga sjukdom och minska lidande, också kan leda till att människor tar skada och att

vårdens resurser förlösas.

Flera av de förändringar som sedan länge pågår inom svensk hälso- och sjukvård syftar till att befolkningens efterfrågan i högre grad än tidigare ska styra vilken vård som samhället erbjuder. Många har påpekat att detta är ett viktigt led i strävan att stärka patientens delaktighet, men att det samtidigt förutsätter att de personer som efterfrågar vård är välinformerade – inte felinformerade eller okunniga. Om efterfrågan bygger på otydlig, vinklad eller felaktig information – som skrämmer med falska hälsolarm eller lockar med tomma löften – kommer medikaliseringen i samhället tvärtom att förstärkas. Då kommer ännu mer resurser att gå till åtgärder som låter attraktiva men som saknar bevisad effekt på hälsan. Och då blir det ännu mindre resurser kvar till insatser som faktiskt hjälper.

MÅSTE FÅ VETA

Inte bara vårdgivaren utan också patienten måste få veta vilken nytta och vilka risker som olika behandlingsalternativ brukar innebära. Detta underlag måste vara evidensbaserat – något som SBU har verkat för i över två decennier.

Starkare krav på vetenskaplig kunskap är kanske den bästa kuren mot medikaliseringssjukan eller åtminstone den långsiktigt mest effektiva. [RL]

ÖVERDIAGNOSTIK: TÄNKBARA DRIVKRAFTER

- Teknologisk utveckling som gör det möjligt att upptäcka små avvikelser
- Kommersiellt och professionellt egenintresse
- Oeniga expertgrupper som vidgar sjukdomskriterier och skriver riktlinjer
- Kontrollsystem som bestraffar underdiagnostik men inte överdiagnostik
- Sjukvårdssystem som gynnar fler tester och mer behandling
- Kulturella föreställningar om att mer är bättre; tro på tidig upptäckt utan hänsyn till riskerna

Referenser

1. Moynihan R, et al. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ* 2012;344.
2. Cundy T. Proposed new diagnostic criteria for gestational diabetes – a pause for thought? *Diabet Med* 2012; 29:176-80.
3. Aaron S, et al. Overdiagnosis of asthma in obese and nonobese adults. *CMAJ* 2008;179:1121-31.
4. Herndon MB, et al. Implications of expanding disease definitions: the case of osteoporosis. *Health Aff* 2007;26:1702-11.
5. Winearls C, et al. Classification of chronic kidney disease in the elderly: pitfalls and errors. *Nephron Clin Pract* 2011;119 (suppl 1):c2-4.
6. Prasad V, Rho J, Cifu A. The diagnosis and treatment of pulmonary embolism. *Arch Intern Med* 2012; 172:955-8.
7. Brodersen J, et al. Skapar värden ohälsa? Lund: Studentlitteratur, 2009.
8. Payer L. *Disease-Mongers: How doctors, drug companies and insurers are making you feel sick*. New York: John Wiley and Sons, 1992.
9. Illich I. *Medical nemesis: the expropriation of health*. London: Calder & Boyars, 1975

STÖRD SÖMNM

Färre sömnproblem med rättvis och stödjande arbetsmiljö

Personer sover bättre om de har stöd av sina arbetskamrater, har möjlighet att kontrollera sitt arbete och känner sig rättvist behandlade. Det visar SBU:s rapport av den samlade forskningen på området.

Det finns vetenskapligt stöd för att goda arbetsförhållanden är kopplat till mindre sömnstörningar. Det slår SBU fast efter att kritiskt ha granskat den vetenskapliga litteraturen.

Projektgruppen har också undersökt vad i arbetet som har samband med störd sömn. Sådana exempel är alltför höga krav i arbetet, psykiskt ansträngande arbete och mobbning på arbetsplatsen. Även de som har ett arbete där belöningen är låg eller inte står i proportion till ansträngningen har mer pro-

blem med sömnen. Exempel på belöning kan vara lön eller uppskattning.

Personer som arbetar skift har mer sömnstörningar. De som slutar arbeta skift får bättre sömn, visar SBU:s granskning.

Både kvinnor och män går i forskningen, men studierna presenterar sällan resultaten ur ett könsperspektiv. Därför kan det finnas skillnader mellan könen som vi ännu inte känner till.

Störd sömn kan påverka hela tillvaron och på sikt leda till sjukdom. SBU har granskat

den samlade internationella forskningen på området. Projektgruppen har gått igenom nästan 8 000 sammanfattningar av forskningsartiklar.

SBU:s slutsatser gäller grupper av människor. Forskningsresultat på gruppnivå kan ge viktiga ledtrådar för den enskilda, men aldrig ersätta en individuell bedömning.

Rapporten innehåller inte några förslag till förändringar i regelverk eller ändringar i praxis. SBU:s roll är att ta fram ny kunskap som kan vara till nytta för andra aktörer. [AB]

Om rapporten

Arbetsmiljöns betydelse för sömnstörningar (2013). Projektledare SBU: Charlotte Hall, hall@sbu.se. Hela rapporten med fullständig sammanfattning finns på www.sbu.se.

UR SBU:S SLUTSATSER | OM ARBETE & SÖMNSTÖRNINGAR

Den forskning som studerar samband mellan arbetsmiljö och sömnstörning är främst inriktad på betydelsen av organisatoriska och psykosociala faktorer i arbetet. Det finns vetenskapligt underlag för att följande gäller på gruppnivå:

► Personer som har gott medmänskligt stöd i arbetsmiljön, möjlighet till kontroll över det

egna arbetet och som behandlas rättvist sover bättre. För var och en av dessa faktorer visar forskningen på samband med lägre förekomst av sömnstörning.

► Personer som har höga arbetskrav, psykiskt ansträngande arbete eller utsätts för mobbning på arbetsplatsen har mer sömnstörningar än andra.

Även de som har en situation där belöningen (t ex lönen eller omgivningens uppskattning) är låg eller inte står i proportion till ansträngningen har mer sömnstörningar. För var och en av dessa faktorer visar forskningen på samband med högre förekomst av sömnstörning.

► Personer som arbetar skift har mer sömnstörningar. Att

sömnstörningar minskar hos dem som slutar arbeta skift visar också att det finns ett samband mellan skiftarbete och sämre sömn. För övriga aspekter av arbetstid går det inte att avgöra om det finns något samband med störd sömn.

► Studierna presenterar sällan resultaten ur ett könspek-



tiv, trots att både kvinnor och män ofta ingår i de grupper som undersöks. Det kan därför finnas skillnader mellan könen som ännu inte påvisats när det gäller olika faktorer betydelse för sömnen.

► På flera områden saknas relevant forskning som motsvarar de kriterier som SBU har valt för att kunna dra säkra slutsat-

ser. Ibland saknas forskning helt, i andra fall har studierna metodologiska begränsningar och i ytterligare andra fall har studierna lagts upp på ett sätt som inte ger information om förändringar över tid.

► Det behövs mer prospektiv longitudinell forskning av hög kvalitet om samband mellan arbetsmiljö och sömn, det vill

säga forskning där arbetstagar-
na följs under en längre tid.

► Denna rapport bygger på studier som sammantaget har undersökt många olika miljöer, huvudsakligen i Europa. De flesta har kartlagt arbetsförhållanden och sömnstörningar för män och kvinnor i flera olika yrken, under minst ett års tid. Rapportens resultat och slutsat-

ser har bedömts vara giltiga för kvinnor och män som arbetar under svenska förhållanden.

Ett hälsobibliotek på nätet skulle samla kunskapen

Det måste bli lättare att hitta, sovra och använda vetenskaplig kunskap i vården. I en aktuell utredning föreslår SBU en nationell kunskapsbank på internet – ett hälsobibliotek.

Kunskap är en grundbult i all god vård. Men trots att allt fler av de kunskapsdokument som ska vägleda vården publiceras digitalt, är det ofta mycket svårt för både vårdpersonal och patienter att hitta dem. I vissa fall känner man inte ens till att underlaget finns och vet därför inte hur man ska söka efter det på ett effektivt sätt.

Kunskapen går ofta inte att få tag på när man behöver den, till exempel för att den döljs bakom brandväggar och lösenord, medför en kostnad för användaren, dränks i irrelevanta och kommersiella budskap eller är otydligt strukturerad och märkt.

ENKELT SÖKBAR

Syftet med att skapa ett nationellt hälsobibliotek på nätet är att samla, strukturera och förmedla praktiskt användbar, enkelt sökbar vetenskapligt grundad kunskap på ett ställe. Evidensbaserat och kliniskt kunskapsunderlag skulle bli lättare att nå där det behövs. Materialet blir mer tillgängligt, överblickbart och samlat sökbart. Myndigheternas, hu-

vudmännens, akademins och professionernas kunskapsdokument blir samsökbara tillsammans med evidens och riktlinjer från andra källor, som utvalda kliniska handböcker, databaser och tidskrifter.

Ett hälsobibliotek skulle vara en redaktionellt oberoende kanal för hela vården, för att förmedla aktuell fackkunskap från svenska och internationella expertmiljöer. Enligt förslaget skulle biblioteket i ett första steg inrättas för hälso- och sjukvårdens personal. Om nödvändiga resurser tillförs, skulle på sikt också omsorgens personal och brukare, liksom patienter och närstående få tillgång.

ÖKAD TILLGÅNG

Ett hälsobibliotek skulle även innebära fördelar för universitets- och högskolevärlden. I dag är många av vårdens kunskapskällor svåra att komma åt för exempelvis läkar- eller sjuksköterskestuderande som inte fysiskt befinner sig på sjukhuset. Fler studenter och lärare, men även kliniska forskare på universitet och högskolor, skulle få tillgång till och enkelt kunna söka i viktiga resurser som i dag bara är åtkomliga för en begränsad grupp innanför olika intranät, exempelvis landstingens.

Ett hälsobibliotek kan vara tidsbesparande i vården, och kostnaden för att investera i ett sådant måste jämföras med

kostnaden för ineffektiv informationssökning. Att inte lyckas hitta relevanta kunskapsdokument, riktlinjer och andra styrdokument när de behövs kan kosta många vårdgivare dyrbar arbetstid.

BÄTTRE OCH MER JÄMLIK

Tillgång till viktig kunskap har ett betydande värde när det gäller att göra vården bättre och mer jämlik. Det är svårt att beräkna kostnaderna av bristfällig kunskap och i förlängningen mindre evidensbaserade vårdbeslut – med risk för dålig patientsäkerhet. Men det torde vara sannolikt att ett hälsobibliotek genom bättre kunskaphantering förbättrar vårdens kvalitet och minskar ineffektiva eller rent av skadliga åtgärder och felaktiga beslut. Hälsobiblioteket skulle också kunna bidra till att kliniska forskningsresurser utnyttjas på ett bättre sätt.

Genom att inrätta ett nationellt hälsobibliotek, följer Sverige en internationell utveckling mot jämlik och kostnadseffektiv tillgång till evidensbaserade beslutsunderlag för vård. Liknande initiativ har tagits i till exempel Norge med Helsebiblioteket.no, Danmark med sundhed.dk, Skottland med Knowledge Network och hela Storbritannien med NICE Evidence Services. [RL]

Om utredningen

SBU:s förstudie Förutsättningar för ett nationellt hälsobibliotek finns på www.sbu.se. Projektledare, SBU: Ragnar Levi, halsobiblioteket@sbu.se

UR SBU:S FÖRSTUDIE HÄLSOBIBLIOTEK FÖR VÅRDEN

Syftet med ett webbaserat hälsobibliotek för vården:

- Kunskapsstöden blir sökbara på ett ställe och presenteras på ett strukturerat sätt. Betalkällor och fritt tillgängliga kunskapsdokument ska så långt det är möjligt kunna sökas samlat och presenteras sida vid sida med tydlig avsändare – oavsett om utgivaren är till exempel en statlig myndighet, en internationell vetenskaplig tidskrift, en kunskapsdatabas eller ett landsting.

- Betydligt fler användare än i dag ges enkel och likvärdig tillgång till de bästa kunskapsunderlagen. De viktiga kunskapsunderlagen – som kliniska riktlinjer, behandlingsrekommendationer, handböcker och vetenskapliga kunskapsöversikter – ska kunna nås av fler grupper inom vården. De ska exempelvis också kunna nås av privata vårdgivare som saknar vårdavtal med landstinget eller som arbetar på landstingsuppdrag men som befinner sig utanför landstingens nät, av stora personalgrupper som arbetar inom tandvården eller inom kommunerna, samt på sikt även av vårdens brukare.

- Det blir möjligt att söka även då man inte befinner sig på arbetsplatsen. Sökning i hälsobiblioteket ska kunna ske oavsett i vilket landsting eller vilken region som användarna befinner sig, om de organisatoriskt finns inom offentlig

eller privatdriven vård, eller om de fysiskt befinner sig på eller utanför arbetsplatsen.

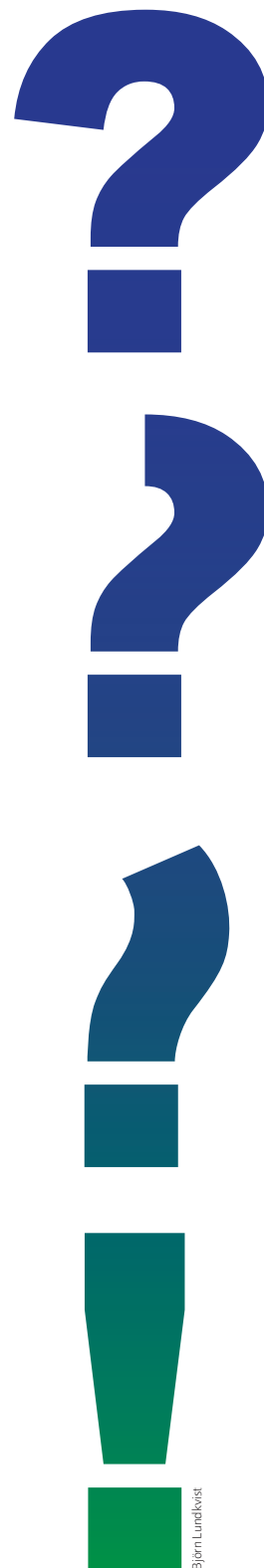
- Sökningen i hälsobiblioteket ska inte kräva förkunskaper om nyckelord eller engelska facktermer. Den ska också vara flexibel och kunna ske både på svenska och engelska, medicinskt fackspråk och vardagligt språk, samt med filter kunna begränsas till källor i en viss kategori.

- Det mest relevanta beslutsunderlaget ska vara lättast att hitta. De källor och dokument som bedöms ha stor vetenskaplig tyngd och klinisk relevans ska ges en redaktionellt mer framskjuten plats än exempelvis enskilda tidskriftsartiklar av varierande kvalitet.

- Lärare och studenter vid vårdutbildningar får ett viktigt verktyg. Undervisningen i evidensbaserad praktik vid landets vårdutbildningar behöver en tjänst som samlar evidensbaserat, kliniskt relevant material för svenska förhållanden. Att studenterna tidigt får överblick över kliniska evidensbaserade källor i ett hälsobibliotek, och kan bekanta sig med innehållet, förbättrar deras vetenskapliga informationskompetens och grundlägger vanan att använda vetenskapligt välunderbyggda och uppdaterade källor. Material som har utvecklats vid ett visst lärosäte kan återanvändas på många andra håll.

- Tillgången på uppdaterat kliniskt kunskapsstoff inom akademien ökar och blir likvärdig. I dag är skillnaderna stora mellan svenska lärosäten vad beträffar utbudet av prenumererade vetenskapliga källor. Vissa vetenskapligt värrenommerade och kliniskt relevanta men kostsamma kunskapskällor finns endast på de större lärosätena. Om några av dessa källor kunde ingå i ett hälsobibliotek som är allmänt tillgängligt skulle skillnaderna inom landet minska och tillgången blir enhetlig. Nationella licenser skulle innebära både ekonomiska och administrativa fördelar, särskilt för små och medelstora högskolor. Det blir billigare med nationella licenser för dessa tidskrifter och kliniska uppslagsverk än om de köps in lokalt.

- Det blir lättare för kliniska forskare att få överblick och hitta forskningsprojekt. I dag utgår alltför få kliniska forskare från systematiska litteraturoversikter när de planerar nya studier. På så sätt riskerar forskningsresurser att ägnas åt frågor som redan är besvarade, och det förekommer att studier läggs upp på ett sätt som visar sig olämpligt. Samtidigt lämnas angelägna och till och med livsavgörande frågor utforskade.



Handbok i utvärdering hjälper vården att granska

Den första färdiga upplagan av SBU:s metodbok i systematisk granskning av metoder i hälso- och sjukvården har publicerats.

SBU:s metodbok lyfter fram alla steg i den nogsamt utprovade metodik som kännetecknar SBU:s rapporter. Det handlar till exempel om att strukturera och avgränsa ämnet, att göra litteratursökningar, att bedöma en studies relevans och att väga in hälsoekonomi och etik.

SBU:s chef, Måns Rosén, ser flera användningsområden för boken.

– Syftet med handboken är att den främst ska vara en vägledning för experter i SBU:s projekt och för medarbetare. Den handlar om hur vi ska bedriva granskningsarbe-

tet på ett systematiskt, enhetligt och öppet sätt.

Intresset för utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården har ökat kraftigt, både nationellt, regionalt och lokalt, enligt Måns Rosén.

UNDER UTBILDNINGEN

– Jag tror att det finns många inom sjukvården som är intresserade av att veta hur man gör en systematisk granskning. Det vore särskilt värdefullt att nå den nya generationens läkare och sjuksköterskor, redan under utbildningen, säger han.

Arbetet med metodboken har bedrivits internt på SBU, tillsammans med externa experter och i diskussioner med myndighetens råd och nämnd. Den metodik som redovisas i boken används i SBU:s alla projekt.

– Meningen är att metod-

boken ska vara ett levande dokument. Det här är den första upplagan, men vi ska revidera den med jämna mellanrum allteftersom vi ökar vår erfarenhet genom de olika projekten, säger Måns Rosén.

Den engelska termen för utvärdering av metoder i hälso- och sjukvård är *health technology assessment*, HTA.

En av dem som använder SBU:s metodbok i undervisningen är Christel Bahtsevani, lektor i vårdvetenskap vid Malmö högskola.

KURSLITTERATUR

– Vi använder SBU:s metodbok som kurslitteratur inom evidensbaserad omvårdnad. Min uppfattning är att både studenter och lärare uppskattar boken. Den belyser komplicerade kunskaper på ett lättillgängligt språk. Min egen erfarenhet är bland annat att

UR SBU:S METODBOK | INLEDNING

Det blir allt svårare för vårdpersonalen att hinna hålla sig uppdaterad inom sitt verksamhetsområde. Drygt 1,4 miljoner medicinska artiklar publiceras årligen – och av dem uppskattas cirka 10–15 procent ha praktiskt och bestående värde för patienterna.

Ett sätt att få kunskapen sammanfattad är att läsa en översikt, *review*. Svagheten

med icke-systematiska översikter är att dessa ofta begränsas till studier som författaren känner till. Dessutom finns det en risk för att författaren väljer ut enbart de studier som stöder dennes egna åsikter. Översikten kan därför ge en skev bild.

En systematisk översikt, *systematic review*, ska uppfylla höga krav på tillförlitlighet. En bra systematisk översikt

följer vissa principer som ska minimera riskerna för att slumpen eller godtycke påverkar slutsatserna. En välgjord systematisk översikt ger läsaren möjlighet att bedöma trovärdigheten i slutsatserna och att kontrollera om viktig litteratur inte har kommit med i bedömningen.

Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården (*health*

technology assessment, HTA) står för systematisk utvärdering av det vetenskapliga underlaget beträffande metodernas effekter, risker och kostnader. Detta gäller för alla metoder som används, såväl prevention, diagnostik och behandling som omvårdnad. Den systematiska översikten av effekter, risker och kostnader ska enligt SBU:s uppdrag kom-

det kommer mer "utmanande" frågor från studenterna som uppenbarligen har använt boken. Det stimulerar utbildningen, säger hon.

Marika Augutis är forskningshandledare på Landstinget Västernorrland.

– Jag brukar hänvisa till flera avsnitt när jag föreläser om litteraturstudier på vår 15 hp-kurs i forskningsmetodik för anställda i landstinget, just nu främst ST-läkare. Jag har också byggt upp föreläsningen mycket med hjälp av metodboken. För den teoretiska halvan och examinationen, ska kursdeltagarna granska en kvantitativ och en kvalitativ artikel. Jag brukar tipsa om att de ska titta på de mallar som finns i metodboken, berättar Marika Augutis. [AB]



Om handboken

Metodboken finns på www.sbu.se för nedladdning sedan 2011. Den kommer att uppdateras regelbundet. Hittills har sammanlagt cirka 32 000 nedladdningar gjorts av boken och olika avsnitt.

Beställ den tryckta metodboken på sbu.se (250 kr plus moms och frakt).

Du kan också ladda ner den kostnadsfritt på sbu.se.

pletteras genom att även etiska och sociala aspekter vägs in. Utvärderingen har en bredare ansats och kommer därmed att ta större hänsyn till de nationella/lokala förhållandena än en systematisk översikt.

EXEMPEL PÅ SBU-PROJEKT

ANTIBIOTIKA VID BORRELIA

Kontakt: mejare@sbu.se
Planerad publ: höst 2013

AKUTVÅRD AV ÄLDRE

Kontakt: anttila@sbu.se
Planerad publ: höst 2013

ARBETSMILJÖ & DEPRESSION

Kontakt: hall@sbu.se
Planerad publ: vinter 2013/14

ARBETSMILJÖ & RYGGPROBLEM

Kontakt: hall@sbu.se
Planerad publ: vinter 2013/14

AROMATASHÄMMARE VID TIDIG BRÖSTCANCER

Kontakt: heibert.arnlind@sbu.se
Planerad publ: höst 2013

BILDDIAGNOSTIK PROSTATACANCER

Kontakt: mejare@sbu.se
Planerad publ: höst 2013

BIPOLÄR SJUKDOM

Kontakt: nilsson@sbu.se
Planerad publ: höst 2013

DIABETES – INSULINPUMP

Kontakt: werko@sbu.se
Planerad publ: höst 2013

DYSLEXI

Kontakt: stenstrom@sbu.se
Planerad publ: vår 2014

INDIKATORER FÖR ÄLDRES LÄKEMEDELSANVÄNDNING

Kontakt: vitols@sbu.se
Planerad publ: vår 2014

INTERNETBEHANDLING AV ÅNGEST & DEPRESSION

Kontakt: jonsson@sbu.se
Planerad publ: vår 2013

MAT VID FETMA

Kontakt: lindblom@sbu.se
Planerad publ: sommar 2013

SVÅRLÄKTA SÅR HOS ÄLDRE

Kontakt: odeberg@sbu.se
Planerad publ: vår 2014

UNDERNUTRITION HOS ÄLDRE

Kontakt: anttila@sbu.se
Planerad publ: vinter 2014

URININKONTINENS HOS ÄLDRE

Kontakt: odeberg@sbu.se
Planerad publ: höst 2013

Utforska den kliniska forskningens vita fält

Att hantera den kliniska forskningens vita fält kräver samverkan mellan flera aktörer, skriver Stella Jacobson på SBU.

Otaliga vetenskapliga artiklar avslutas med ett svepande: "Det behövs mer forskning för att kunna besvara frågan." Många gånger har författaren helt enkelt fel – det finns redan tillräckligt med studier för att ge svar. Problemet är i stället att skribenten saknar en samlad bild av resultaten.

I andra fall stämmer påståendet. Det behövs verkligen fler eller bättre studier för att kunna uttala sig om nytan och riskerna med en åtgärd – annars är det omöjligt att avgöra om den är effektiv, ineffektiv eller till och med skadlig. Då finns det en vetenskaplig kunskapslucka.

INTE SÅ DYSTERT

Ofta är kunskapsläget visserligen bristfälligt men inte fullt så dystert. Det finns kunskap om vissa effekter men inte om andra. Då föreligger det vad man skulle kunna kalla en kunskapsglipa i forskningen.

För att kunna täppa till både kunskapsluckor och -glipor på ett effektivt sätt måste vi förstå varför de finns där. Beror de till exempel på brister i de befintliga studiernas upplägg och kvalitet eller på svårigheter med att över huvud

taget bedriva forskning inom ett visst område? Är patientgruppen för liten för att man ska kunna påvisa en statistisk skillnad i effekt? Eller råder det brist på resurser för klinisk forskning?

I Sverige har det gjorts satsningar för att stärka den kliniska forskningen, dels i form av Vetenskapsrådets projektbidrag för att fylla kunskapsluckor, dels i en ny klinisk behandlingsforskningsfond^{3, 4}.

BETYDANDE SLÖSERI

Samtidigt som det trots allt kan vara svårt att få finansiering för viktiga studier, hävdar flera tongivande forskare att det också förekommer ett betydande slöseri. Många kliniska studier ställer irrelevanta frågor eller utförs på ett metodologiskt felaktigt sätt^{1, 2}. Andra studier kanske aldrig publiceras på grund av oönskade resultat¹. Eller så saknas det en samlad bild av kunskapsläget¹.

Om situationen ska kunna förbättras, krävs det samarbete mellan olika aktörer i den här processen. SBU medverkar i hög grad till de första två stegen: att granska vårdens praxis och den kliniska forskningen och att identifiera kunskapsluckor. Att öronmärka statliga pengar till forskning som kan fylla kunskapsluckor är ett politiskt ansvar. Att se till att den forskning som genomförs är av så pass

hög kvalitet att den kan bidra till ny kunskap är forskarnas, de etiska rådets och forskningsfinansiärernas ansvar. När nya kliniska studier publiceras behövs en uppdaterad översikt. Därefter kan landstingen och sjukvårdshuvudmännen fatta beslut om hur de nya kunskaperna ska tillämpas i praktiken för att gagna patienterna, genom ett så kallat ordnat införande eller utmönstring av behandlingsmetoder.

Ett tidigt exempel på sådan samverkan är hanteringen av patienter med hjärnskakning. En SBU-rapport år 2000 visade att det var oklart om det var bättre att övervaka patienter med hjärnskakning på sjukhus eller att undersöka patienterna med dator-tomografi och sedan skicka hem dem⁵. SBU initierade en randomiserad multicenterstudie där man fann att de två metoderna var jämförbara vad gäller effekt och risk. En uppdatering av rapporten sex år senare visade att datortomografi följt av tidig hemgång var mer kostnadseffektivt än inläggning på sjukhus. Detta minskade antalet vård dagar i Sverige motsvarande drygt 30 miljoner kronor.

ÖPPEN DATABAS

Kunskapsluckorna som SBU identifierar samlas i en öppen databas på SBU:s hemsida. Men frågorna i databasen är inte prioriterade efter ange-

Referenser

1. Chalmers I, et al. Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. *Lancet* 2009;374:86-89.
2. Levi R. Ställer forskarna rätt frågor? *Vetenskap & praxis* 3-4/2010.
3. Ulfendahl M, et al. Det behövs en gemensam svensk finansieringskälla för klinisk forskning. *Läkartidningen* 2010;107:1281.
4. Rehnqvist N, et al. Sverige (och Europa) behöver en behandlingsforskningsfond! *Läkartidningen* 2010;107:1087-8.
5. SBU. Hjärnskakning - övervakning på sjukhus eller datortomografi och hemgång? En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: SBU, 2000. SBU-rapport nr 153.
6. Cowan K. The James Lind alliance: tackling treatment uncertainties together. *J Ambul Care Manage* 2010;33:241-8.
7. SBU. Behandling av astma och KOL. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: SBU, 2000. SBU-rapport nr 151.
8. Kirwan JR, et al. Patient perspective: fatigue as a recommended patient centered outcome measure in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2007;34:1174-7.



lägenhetsgrad. Detta är nästa steg för att se till att de viktigaste kunskapsluckorna täpps till. Ett land som därvid har kommit långt är Storbritannien. Där finns den oberoende organisationen James Lind Alliance (JLA), som hjälper kliniker och patientrepresentanter att tillsammans prioritera bland kunskapsluckorna. Man följer en förutbestämd metod där deltagarna sällar ut de tio viktigaste forskningsfrågorna inom ett specifikt område⁶.

PATIENTER DELTAR

Att just kliniker och patienter arbetar tillsammans är huvudsyftet med JLA. Bakgrunden

anges vara att dagens forskning främst styrs av kommersiella och akademiska intressen, men sällan av klinikers och patienters behov.

Patienternas intressen måste bättre tas till vara i nya studier. Detta kan illustreras av forskningen om astma. De utfallsmått som har dominerat i kliniska studier är olika lungfysiologiska mått på luftflödet eller andningskapaciteten⁷. Dessa effektmått är mindre intressanta för patienter med astma eftersom det framför allt är andnöd och ångest som orsakar lidande⁷. Ett annat exempel är reumatoid artrit där forskarna i första hand har studerat smärta, trots att trött-

het är det mest påfrestande för många patienter⁸.

Att öka patienternas inflytande går helt i linje med SBU:s strategi. Däremot har vi ännu inget strukturerat arbete som liknar JLA:s när det gäller att prioritera kunskapsluckor. Här ser vi goda utvecklingsmöjligheter. För närvarande samarbetar vi med etisk expertis för att ta fram ett etiskt underlag för prioritering av kunskapsluckor.

Förhoppningen är att SBU med detta arbete kan bidra till mer relevant klinisk forskning.

*Stella Jacobson
utredare, med dr
jacobson@sbu.se*

SBU:S ARBETE MED KUNSKAPSLUCKOR

■ År 2009 fick SBU i uppdrag av regeringen att identifiera kunskapsluckor i hälso- och sjukvården.

■ En vetenskaplig kunskapslucka innebär att systematiska litteraturoversikter visar på osäker effekt eller att det saknas en systematisk översikt (dvs att det kan finnas välgjorda studier, men att ingen sammanvägd analys är gjord). I det första fallet

behövs mer forskning och i det andra fallet en systematisk översikt för att klargöra kunskapsläget.

■ SBU samlar kunskapsluckorna i en databas, som i dag innehåller cirka 700 poster.

■ Som ett led i att stimulera till ny klinisk forskning samarbetar SBU och Vetenskapsrådet (VR) med att utlysa projektbidrag

som kan fylla kunskapsluckor. SBU bistår VR i arbetet med att utreda om ansökningarna stämmer med definitionen av kunskapslucka i vården.

■ Ett annat exempel på samverkan är inom tandvården där arbetet med kunskapsluckor ledde till att det inrättades en nationell forskarskola i klinisk odontologi som finansieras av VR.



Tätare byte av perifer venkateter kostar mer än det smakar

Byte av perifer venkateter kan göras glesare utan nämnvärt ökad risk. Åtminstone om sjuksköterskan har god kunskap om komplikationer och noggrann uppsikt.

Enligt Vårdhandboken, som många i vården hänvisar till, ska en perifer venkateter, PVK, ligga inne kortast möjliga tid, och den bör bytas var 48:e till 72:a timme. Men det går inte att visa på någon avgörande fördel med så täta byten. Sjukvården kan välja att byta PVK mer sällan eller vid klinisk indikation. Det skriver SBU i en kommentar till en systematisk litteraturoversikt från Cochrane Collaboration.

KRÄVER OBSERVATION

Glesare byten kräver dock regelbunden och tät observation

för att snabbt kunna upptäcka komplikationer.

Dessutom måste sjuksköterskorna kunna känna igen tecken på komplikationer. I studierna var det ofta samma sjuksköterskor som lade in PVK som också observerade och bedömde insticksstället. I vissa fall hade sjuksköterskorna specialutbildning.

LÄGRE KOSTNADER

En fördel med glesare byten är att patienten slipper en del nålstick. En annan fördel är lägre kostnader. PVK används ofta i vården för att ge vätska, näring, blodkomponenter och läkemedel. Enbart Stockholms läns landsting förbrukar över en miljon sådana katetrar varje år till en kostnad av 8,8 miljoner kronor, och för hela landet kan den totala förbrukningen uppskattas till fem miljoner PVK per år. Det skulle i så fall

mostvara en total kostnad på omkring 40 miljoner kronor.

YTLLIG PROPP VANLIGT

Den tunna katetern som med hjälp av kanyl förs in i blodbanan leder ibland till problem. Den vanligaste komplikationen hos vuxna personer är inflammation och blodpropp i ytliga vener, tromboflebit, med smärta, rodnad, värme, svullnad och hårdhet i venen. Mer allvarliga men också mer ovanliga komplikationer är bakterieinfektion eller att en ytlig blodpropp successivt byggs på och fortsätter in i det djupa vensystemet.

Översikten som SBU kommenterar omfattar sex studier av sammanlagt 3455 patienter. [RL]

Kommentaren om byte av perifer venkateter, PVK, finns på www.sbu.se. Den systematiska översikt och metaanalys som kommenteras är: Webster J, et al. Clinically-indicated replacement versus routine replacement of peripheral venous catheters. Cochrane Database of Systemic Reviews 2010, Issue 3. En uppdaterad Cochrane-rapport om byte av PVK har nyligen publicerats, och slutsatserna är oförändrade.

Kommentaren är framtagen av SBU i samarbete med professor Ewa Idvall, leg sjuksköterska, Malmö högskola och Skånes universitetssjukhus. Kontaktperson SBU: Mikael Nilsson, nilsson@sbu.se.





Jon Bower/Apephotos

SBU kommenterar



Fysträning kan hjälpa några med depression

En Cochrane-översikt som SBU har granskat visar en måttlig effekt på depressionssymtom.

Det finns underlag för att träning kan lindra symtom på depression hos vuxna, även om effekten är måttlig. Det konstaterar SBU i en kommentar till en översikt från Cochrane Collaboration. Men översikten visar inte tydligt vilken grad av depression som försökspersonerna hade i de ingående studierna. Därför är det svårt att direkt överföra resultaten i rapporten till patienter i vård och behandling.

Effekten av träning var dessutom mindre tydlig i de studier som bedömdes ha högre kvalitet, till exempel stu-

dier där de som bedömde resultatens inte kände till vilken behandling som försökspersonerna hade fått.

En SBU-rapport från 2004 konstaterade att ett antal studier hade visat att fysisk aktivitet höjer stämningläget hos friska och hos personer med lindrig nedstämdhet. Men de studier som hade försökt visa att fysisk aktivitet har effekt på egentliga depressioner uppvisade sådana brister att någon säker slutsats inte kunde dras. [RL]

SBU:s kommentarer om träning vid depression finns på www.sbu.se. Den systematiska översikt och metaanalys som kommenteras är: Rimer J, et al. Exercise for depression. Cochrane Database of Systemic Reviews 2012, Issue 7. Kontaktperson SBU: Mikael Nilsson, nilsson@sbu.se

FAKTA

Vid lätt till måttlig depression erbjuds i första hand psykologisk behandling såsom kognitiva och beteendearterierade terapier (KBT). Medelsvår eller svår depression behandlas med läkemedel, vid svåra tillstånd ibland i kombination med elektrokonvulsiv behandling (ECT). Läkemedelsbehandling kombineras ofta med psykologisk behandling. I Sverige har man hittills bedömt kunskapen om fysisk aktivitet vid depression som otillräcklig.



SÖMN HOS BARN MED ADHD

Sömnpromblem är vanligt hos barn med adhd (attention deficit hyperactivity disorder) och kan påverka både barnets och familjens livskvalitet.

Behandlingen innebär framför allt att man försöker åtgärda faktorer i miljön som kan störa sömnen och erbjuder beteendeterapi. Ungefär 15 procent av barn som är mellan fem och nio år och som behandlas med metylfenidat för adhd får också melatonin. Detta sker trots att Läkemedelsverket inte godkänt att medlet marknadsförs för användning på barn.

Men melatonin, som är ett hormon, verkar kunna minska sömnpromblem hos barn med adhd, enligt författarna till en systematisk översikt som har publicerats i *Annals of Pharmacotherapy* och en senare randomiserad studie. Men sammanlagt har bara drygt 200 barn studerats, och den senaste randomiserade studien har ett stort bortfall. Därför är det svårt att dra generella slutsatser om användning av melatonin till barn med adhd. Dessutom finns det en osäkerhet vad gäller dosering och eventuella biverkningar vid långtidsanvändning, framhåller SBU:s upplysnings-tjänst, som har fått en fråga om melatoninets effekt. [RL]

S.W. Productions

NÄTVERK FÖR UTVÄRDERING PÅ EU-NIVÅ

EU-kommissionen har sedan 2006 finansiellt stöttat ett projekt med målet att skapa ett nätverk av SBU:s systerorganisationer inom EU, kallat EUnetHTA (European Network for Health Technology Assessment). I detta samarbete har SBU deltagit aktivt i olika arbetsgrupper. Målet är att samordna ländernas olika HTA-aktiviteter och undvika dubbelarbete. Enligt EU-direktivet om så kallad patientrörlighet ska EU-medborgare få likvärdig vård i alla EU-länder. Vård och läkemedel ersätts från det egna landet om man är på besök i annat EU-land, på samma sätt som

i hemlandet. EU-direktivet anger också att det ska inrättas ett permanent nätverk i stället för EUnetHTA. Från och med år 2014 ska det inom EU finnas ett utvärderingsnätverk som bygger på frivillig medverkan. Varje medlemsstat kan anmäla en eller flera HTA-myndigheter eller -organisationer. En ledning bestående av representanter från medlemsländernas departement och HTA-expertis ska besluta om budget och övergripande frågor. För ytterligare information, kontakta Sigurd Vitols, vitols@sbu.se

BAKSIDOR AV PSYKOLOGISK BEHANDLING UPPMÄRKSAMMAS

En artikel i *Vetenskap & praxis 2012* skapar ringar på vattnet.

Många välgjorda studier har visat att psykologisk behandling har god effekt vid en rad psykiatriska tillstånd. I *Vetenskap & praxis* nr 3-4/2012 lyfte SBU frågan om komplikationer och biverkningar som är förknippade med psykologisk behandling. En genomgående brist i det vetenskapliga underlaget för de behandlingar som har studerats är att oönskade effekter sällan nämns.

Nu har frågan uppmärksammas av Socialdepartementet, som tillsammans med SBU och Socialstyrelsen sammankallat patient-, brukar- och anhörigorganisationer, yrkesorganisationer och forskare till ett gemensamt samtal.

Några av kärnfrågorna gäller vilka oönskade effekter som psykologisk behandling eventuellt kan ge, hur kunskapen om dessa kan bli bättre, samt hur sådan kunskap kan komma patienterna till del. Avsikten är att en arbetsgrupp ska få i uppdrag att

tillsammans med myndigheterna arbeta vidare med dessa frågor. De ska verka för bättre förmedling och tillämpning av kunskap om både för- och nackdelar med metoderna.

Det är viktigt för både beslutsfattare, patienter och kliniker att informationen om risker förbättras. Detta gäller även små eller obetydliga risker. Att en behandling inte medför några påtagliga risker kan vara en styrka när metoden jämförs med andra alternativ.

Ulf Jonsson, SBU



Ingram Publishing

SBU-nämnden för medicinsk utvärdering

Nina Rehnquist (ordf)
KAROLINSKA INSTITUTET

Peter Friberg
SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET

Björn Klänge
KAROLINSKA INSTITUTET, MALMÖ
HÖGSKOLA

Sven Ohlman
SOCIALSTYRELSEN

Jonas Rastad
REGION SKÅNE

Sineva Ribeiro
VÄRDFÖRBUNDET

Måns Rosén
SBU

Håkan Sörman
SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

Mats Ulfendahl
VETENSKAPSRÅDET

Marie Wedin
SVERIGES LÄKARFÖRBUND

Direktör SBU

Måns Rosén

SBU:s råd

Kjell Asplund (ordf)

Kristina Bengtsson Boström
BILLINGENS VÄRD-CENTRAL, SKÖVDE

Christina Bergh
KVINNOKLIN, SU/SAHLGRENSKA,
GÖTEBORG

Anna Ehrenberg
AKADEMIN HÄLSA OCH SAMHÄLLE,
HÖGSKOLAN DALARNA, FALUN

Nils Feltelius
LÄKEMEDELSVERKET, UPPSALA

Mats G Hansson
INST F FORSKNINGS- OCH BIOETIK,
UPPSALA UNIV

Sten Landahl
AVD F GERIATRIK, SU/SAHLGRENSKA,
GÖTEBORG

Margareta Möller
VÄRDVET FORSKN-CENTR, UNIV SJH,
ÖREBRO

Jörgen Nordenström
BRÖST- & ENDOKRINKIR KLIN,
KAROLINSKA UNIV SJH, SOLNA

Ulf Näslund
HJÄRTCENTR, NORRL UNIV SJH, UMEÅ

Joakim Ramsberg
MYNDIGHETEN FÖR VÄRDANALYS,
STOCKHOLM

Bo Runeson
INST F KLIN NEUROVET, KI, SOLNA

SBU Alerträdet

Jan-Erik Johansson (ordf)
UROLOGI, UNIV SJH, ÖREBRO

Christel Bahtsevani
HÄLSA & SAMHÄLLE, MALMÖ
HÖGSKOLA

Lars Borgquist
ALLM MED & HÄLSOEK, LINKÖPINGS
UNIV

Per Carlsson
CMT, LINKÖPINGS UNIV

Björn-Erik Erlandsson
MED TEKN, KTH, STOCKHOLM

Mårten Fernö
EXP ONKOLOGI, LUNDS UNIV

Lennart Iselius
LANDSTINGET VÄSTMANLAND

Eva Lindström
PSYK KLIN, AKAD SJUKHUSET, UPPSALA

Ylva Nilsagård
VÄRDVETENSKAP, ÖREBRO UNIV

Viveca Odling
LÄKEMEDELSVERKET, UPPSALA

Jenny Rehnman
SOCIALSTYRELSEN

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

Lars Sandman
HÖGSKOLAN I BORÅS

Svante Twetman
PEDODONTI & KARIOLOGI,
KÖPENHAMNS UNIV, HALLANDS SJH

SBU:s lekmannaråd

*Annakarin Svenningsson (ordf),
Marie-Jeanette Bergoall,
Alex Eckerström, Maria Gardsäter,
Jesper Jerkert, Anne Kalmering
Josephson, Birgitta Karlström*

SAMVERKAN FÖR UTVÄRDERING

SBU är nationellt kunskapscentrum för hälso- och sjukvården i Sverige. SBU utvärderar metoder inom hälso- och sjukvården och den internationella benämningen för detta är health technology assessment (HTA).

I dag finns det flera regionala och lokala HTA-organisationer i landet. På uppdrag av regeringen ska SBU under 2013 utveckla HTA-nätverket vad gäller stöd och samarbetsformer.

Tema: HTA-nätverket och samverkansfrågor på utvärderingsområdet. Beskrivning av arbetet vid HTA-enheterna i Västra Götaland, Örebro läns landsting och Stockholms läns landsting samt planer för Skåne och Dalarna. Möjligheter till samverkan kommer att diskuteras.

Tid: måndag 9 september 2013, kl 10-16

Plats: Unionens lokal "Symfoni", Olof Palmes gata 17, Stockholm

Program och anmälan:
www.sbu.se/konferens130909

Mer info om mötet: Pernilla Östlund, ostlund@sbu.se

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

SAMMANFATTNINGAR 2009-2013

Kostnadsfria*

-ex Arbetsmiljö & sömnstörningar (2013), nr 501-71
-ex Skattning av njurfunktion (2012), nr 501-69
-ex Implement psyk evidens primärvård (2012), nr 501-66
-ex Arbetets betydelse. Nacken och övre rörelseapparaten (2012), nr 501-65
-ex Schizofreni. Läkemedel, patientens delaktighet och vårdens organisation (2012), nr 501-68
-ex Diagn o uppföljn förstämnsyndrom (2012), 501-67
-ex Godartad prostataförstoring (2011), nr 501-64
-ex Blödande magsår (2011), nr 501-61
-ex Blödarsjuka (2011), nr 501-63
-ex Förebygga sexövergrepp mot barn (2011), nr 501-62
-ex Antibiotikaprofylax, kirurgi (2010), nr 501-56
-ex Tandförluster (2010), nr 501-60
-ex Rotfyllning (2010), nr 501-59
-ex Progr mot psyk ohälsa hos barn (2010), nr 501-58
-ex Mat vid diabetes (2010), nr 501-57
-ex Behandling av sömnbesvär (2010), nr 501-55
-ex Rehabilitering vid långvarig smärta (2010), nr 501-54
-ex Triage och flödesproc på akuten (2010), nr 501-53
-ex Intensiv glukossänk vid diabetes (2009), nr 501-52
-ex Patientutbildning vid diabetes (2009), nr 501-51
-ex Egna mätningar av blodglukos... (2009), nr 501-50
-ex Äldres läkemedelsanvändning (2009), nr 501-49

PATIENTINFORMATION ETC

Kostnadsfria*

-ex Förebygg för barnens skull, nr 401-16
-ex Glaukom (grön starr)
- Frågor och svar (2009), nr 401-15
-ex Läkemedel på äldre dar
- Frågor och svar (2009), nr 401-14
-ex Till dig som vill veta mer om
tidig fosterdiagnostik (2008), nr 401-13
-ex Rör i örat hos barn
- Frågor och svar (2008), nr 401-12
-ex Behandling av långvarig smärta
- Frågor och svar (2006), nr 401-11

Trycksaker och faktura* skickas till:

Namn
Postadress
E-post

Frankeras ej.
Mottagaren
betalar portot

SBU

Statens beredning
för medicinsk utvärdering

Svarspost

Kundnr 200 876 34
110 03 Stockholm

Fler som har flimmer borde få medicin mot stroke

Läkemedel som hämmar blodets koagulation används alltför sällan vid förmaksflimmer, enligt en analys av svensk statistik.

Om fler personer med förmaksflimmer fick koagulationshämmande behandling, skulle många fall av stroke kunna förhindras.

Det skriver en arbetsgrupp som har sammanställt svensk

statistik om förekomsten av stroke.

I dag behandlas bara 42 procent av patienter som har konstaterat förmaksflimmer med koagulationshämmande läkemedel. Många får i stället acetylsalicylsyra, trots att balansen är sämre mellan nytta och risk, enligt analysen.

Underbehandlingen med koagulationshämmande verkar vara särskilt allvarlig bland kvinnor och personer över 80

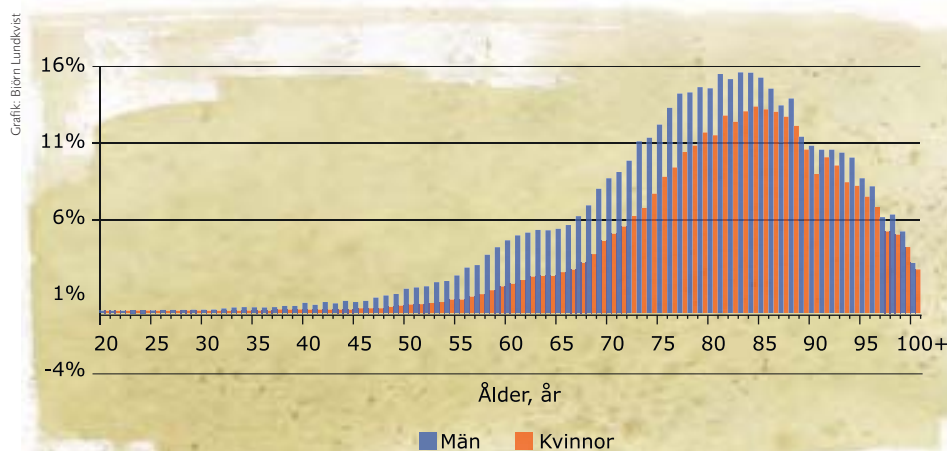
år. Samtidigt verkar många lågriskpatienter alltför ofta få warfarin.

I Sverige har 209 000 personer fått diagnosen förmaksflimmer, det vill säga 2,9 procent av den vuxna befolkningen. Men eftersom tillståndet inte alltid upptäckts, uppskattar man att minst 300 000 individer har förmaksflimmer, omkring 4 procent av alla vuxna. [RL]

Lästips

Publikationen Förmaksflimmer – förekomst och risk för stroke (2013) finns på www.sbu.se

Denna kompletterar SBU:s tidigare rapport Dabigatran för att förebygga stroke vid förmaksflimmer (2011). Den nya analysen gäller förekomsten av förmaksflimmer i Sverige. SBU har anlitat en arbetsgrupp med experter och en referensgrupp med deltagare från Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Rapporten bygger inte enbart på systematisk litteraturgenomgång utan också på andra uppgifter, främst svensk statistik.



Andel män och kvinnor i Sverige som har förmaksflimmer.

Källa: Patientregistret 2005–2010

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

SBU-RAPPORTER 2007–2013

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

-ex Arbetsmiljöns betydelse för sömnstörningar (2013), nr 216, 200 kr
-ex Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården – en handbok (2013), nr 902-19, 250 kr
-ex Skattning av njurfunktion (2012), nr 214, 250 kr
-ex Schizofreni. Läkemedel, patientens delaktighet o vårdens organisation (2012), nr 213, 250 kr
-ex Diagnostik och uppföljning av förstärknings-syndrom (2012), nr 212, 250 kr
-ex Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården (2012), nr 211, 150 kr
-ex Arbetets betydelse för besvär och sjukdom: Nacken och övre rörelseapp (2012), nr 210, 250 kr
-ex Godartad prostataförstoring (2011), nr 209, 250 kr
-ex Antibiotikaprofylax, kirurgi (2010), nr 200, 250 kr
-ex Tandförluster (2010), nr 204, 200 kr
-ex Rotfyllning (2010), nr 203, 200 kr
-ex Progr psyk ohälsa hos barn (2010), nr 202, 200 kr
-ex Mat vid diabetes (2010), nr 201, 200 kr
-ex Behandl av sömnbesvär (2010), nr 199, 200 kr
-ex Rehab vid långvarig smärta (2010), nr 198, 200 kr

-ex Triage och flödesprocesser (2010), nr 197, 200 kr
-ex Intensiv glukossänkande behandling vid diabetes (2009), nr 196, 200 kr
-ex Patientutbildn vid diabetes (2009), nr 195, 200 kr
-ex Egna mätningar av blodglukos vid typ 2-diabetes utan insulinbeh (2009), nr 194, 150 kr
-ex Äldres läkemedelsanvändn (2009), nr 193, 200 kr
-ex Vacciner till barn (2008), nr 191, 250 kr
-ex Diagnostik, uppföljning och behandling av öppenvinkelglaukom (2008), nr 190, 200 kr
-ex Rörbehandling i mellanörat (2007), nr 189, 200 kr
-ex Karies – diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling (2007), nr 188, 200 kr
-ex Benartärsjukdom (2007), nr 187, 250 kr
-ex Måttligt förhöjt blodtryck, uppdaterad (2007), nr 170/1U, 200 kr
-ex Ljusterapi vid depression samt övrig behandling av årstidsbunden depression (2007). Publiceras endast i elektronisk version på www.sbu.se.
-ex Dyspepsi och reflux (2007), nr 185, 200 kr
-ex Obstructive Sleep Apnoea (-07), 184E, 200 kr
-ex Nyttan av att berika mjölk med folsyra (2007), nr 183, 125 kr
-ex Metoder för att främja fysisk aktivitet (2007), nr 181, 200 kr

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

Ja tack, jag vill gärna prenumerera kostnadsfritt på:

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

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

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