MEDICINSK OCH SOCIAL

#3–4/2018

Vetenskap & Praxis

Information från SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

Forskningen flyttar in i vardagen

Forskare intresserar sig alltmer för data som har samlats in för andra ändamål än forskning. Uppgifter från journaler, register och bärbara sensorer kan bearbetas med avancerad statistik för att söka mönster, samband och trender. Men så kallad *real world data* öppnar inte bara möjligheter. Det finns också risk för dolda felkällor och övertolkning av resultat.

Läs vidare på sidan 2 ▸

ROBERT NYBERG

SBU – KUNSKAPSCENTRUM FÖR VÅRDEN OCH SOCIALTJÄNSTEN

Nya rapporter Endometrios 4 • Tillgång till vård och tandvård för placerade barn och unga 6
Epilepsi 8 • Rättspsykiatri 10 • Psoriasis 12 • Röntgen under gallblåseoperation 16

LÄS OCKSÅ NYA INSULINPUMPAR VID TYP 1-DIABETES 9 • PSYKOTERAPIER VID DEPRESSION 9 • INSATSER MOT HEMLÖSHET 13
ARBETSFRÄMJANDE VID FUNKTIONSNEDSÄTTNING 14 • EKONOMISKT BISTÅND 14 • VÄRDEBASERAD VÅRD 14 • BEKRÄFTA HJÄRNDÖD 14

Tekniken ska upp till bevis

DEN 26 MAJ ÅR 2020 ska EU:s nya lag om medicinteknik *(medical device regulation*, MDR*)* tillämpas fullt ut. Det är ett stort och snårigt kunskapsområde som ska regleras. Landstingen köper medicinteknik för minst 22 miljarder kronor per år – ett belopp som bedöms fortsätta öka och snart överstiga läkemedelsnotan[1].

Medicinteknik ingår i många metoder som används överallt i vården och omsorgen. Totalt i Sverige finns uppskattningsvis 900 000 medicintekniska produkter – allt från stetoskop till avancerad robotkirurgi. Användarna kan vara personal, personliga assistenter, anhöriga eller patienterna själva. Tekniken kan vara allt från livräddande till skadlig eller dödlig.Trots detta är det inte alltid kunskap som avgör om metoderna införs eller inte, utan det kan vara marknadsföring och efterfrågan. Vilken nytta patienterna faktiskt har av tekniken, och vilka risker de utsätts för, är ofta höljt i dunkel – liksom om metoderna är värda sitt pris.

De skärpta lagkraven på effektivitet och säkerhet behövs i en tid då nya produkttyper väller fram i en strid ström. Det gäller inte minst diagnosverktyg och digital teknik: bärbara sensorer, smarta prylar, medicinska appar, artificiell intelligens och molntjänster.

MEN UTMANINGARNA ÄR MÅNGA, bland annat vad gäller resurser för uppföljning. Framöver förväntas vården inte bara samla in uppgifter om olyckor och tillbud, utan också följa upp hur produkterna fungerar. Det krävs alltså storskalig datainsamling i en verksamhet som redan är administrativt pressad. Klarar vården detta?

Ännu en utmaning handlar om uppgifternas tillförlitlighet. Att testa medicinteknik är ofta svårare än att testa läkemedel. Många produkter utgör bara en del av en större metod. Produkterna modifieras hela tiden, och tillverkarna hänvisar ofta till data för andra produkter, som de bedömer är likvärdiga. Medicinteknikföretag är ofta mindre än läkemedelsbolag – de har en svagare forskningstradition och mindre resurser för effektstudier. Så hur tillförlitligt blir det som i den nya lagen kallas ”klinisk utvärdering”?

Till råga på allt är regelverket svårtytt. Den nya lagen anger att det ska finnas ”tillräcklig klinisk evidens” om både nytta och risker, men vad som är ”tillräckligt” är en tolkningsfråga. Eftersom patienter och brukare har rätt till information och delaktighet, borde reglerna konkretiseras och förklaras. Enligt Läkemedelsverket är sådana förtydliganden på väg under 2019.

INNAN NY OCH KRAFTFULL teknik införs måste vi påminna oss om att den kan innebära fantastiska framsteg – men också oväntade bakslag. Därför ska vi kräva belägg för påstådda hälsoeffekter. Då kan vi både snabba på införandet av dokumenterat effektiva metoder – och bromsa dem som är ineffektiva, skadliga eller orimligt dyra. Orsaken är egentligen självklar: ju nyare en metod är, desto mindre prövad är den – och desto mer oviss är nyttan och riskerna.

Även ”innovationer” måste upp till bevis när människors hälsa står på spel. Vi som vill införa den nya tekniken så snabbt som möjligt måste komma ihåg att det inte alltid är bäst att vara först.

Ragnar Levi Chefredaktör

[1] TLV. Hälsoekonomiska bedömningar av medicintekniska produkter (2017).

INFORMATIONSSAMHÄLLET registrerar allt i våra liv – levnadsförhållanden och vanor, arbetsliv och fritid, konsumtion och relationer, hälsa och sjukdom.

Även medicinska forskare intresserar sig nu alltmer för det som i litteraturen kallas *real world data*, RWD. Begreppet används olika, och någon exakt definition finns inte – inte heller någon vedertagen svensk översättning. Ofta syftar det på uppgifter om individers behandling och hälsa som finns i register och journaler, men också på hälso- och livsstilsinformation i smarttelefoner och bärbara sensorer. Det gemensamma är att uppgifterna inte primärt har samlats in i vetenskapligt syfte men ändå används av forskare.

När stora mängder observationsdata bearbetas med avancerad datateknik öppnas många möjligheter för forskarna. Några av de mest hängivna förespråkarna, främst i industrin, hävdar att RWD snart kan ersätta kostsamma och tidskrävande randomiserade studier som sjukvårdens vetenskapliga hörnsten. De menar att rikhaltiga naturliga observationer som analyseras med multipla sambandsanalyser skulle kunna förvandlas till ”real world evidence”.

DE FLESTA OBEROENDE FORSKARE är mer skeptiska: observationsdata är viktigt som komplement men ersätter inte randomiserade behandlingsstudier. Det går inte att komma ifrån att randomisering kan ge effektivt skydd mot vissa viktiga felkällor som kan snedvrida resultaten. När lotten får avgöra vilken åtgärd som en viss deltagare erbjuds, minskar risken för snedfördelning av allt annat som kan påverka utfallet – även okända påverkansfaktorer. I randomiserade studier där forskare och försöksdeltagare dessutom hålls ovetande om vilken behandling som varje deltagare får – så kallad dubbelblindning – minskar också risken att jämförelsen snedvrids av förutfattade meningar eller skillnader i omhändertagande. Så är inte fallet med observationsdata.

RANDOMISERADE STUDIER har dock välkända nackdelar. När forskarna renodlar sina frågor och lägger upp strikta studier, blir de förhållanden som studeras inte längre så realistiska. De verkliga behandlingsresultaten avviker ibland betydligt från det som randomiserade prövningar visar. En orsak är att registren omfattar betydligt fler och mer ”typiska” patienter

än de flesta stora kliniska prövningar, där försöksdeltagarna har valts ut bland annat för att studien ska kunna ge tydliga resultat. I vardagssjukvård är patienterna ofta äldre och har fler samtidiga hälsoproblem och behandlingar än i studierna. De följer inte heller behandlingsråd lika noga.

Därför kan RWD fungera som ett viktigt komplement för att ge en mer verklighetstrogen men också mer komplicerad bild av behandlingsresultaten.

Tre viktiga användningsområden för sådana data är att beskriva verkliga hälsoutfall, testa metoder i praktiken och undersöka faktiska kostnader.

1. BESKRIVA VERKLIGA HÄLSOUTFALL: Välkända exempel på RWD är data i de svenska kvalitets- och hälsodataregistren samt rapporter från vården om misstänkta läkemedelsbiverkningar.

I framtiden skulle också uppgifter från elektroniska patientjournaler kunna användas mer, efter patientens samtycke. Bärbara sensorer för klinisk uppföljning skulle kunna bli ytterligare en informationskälla, liksom sociala medier där det finns uppgifter om individers livsstil och levnadsvanor.

Syftet med att analysera alla dessa data kan för forskare vara att beskriva behandlingsresultat i rutinsjukvård, inbegripet oväntade och sällsynta biverkningar, och samtidigt försöka ta hänsyn till livsstil och annat hos patienterna som kan påverka deras hälsa.

Analyser av RWD kan också användas för att studera variationer i behandlingseffekt och biverkningar vid en rutinmässig användning av behandlingsmetod. Resultaten kan ge upphov till nya hypoteser och nya behandlingsmetoder som sedan kan testas i experimentella studier.

I stora och bra register kan man undersöka frågor som varför behandlingsresultaten och biverkningarna kan bli olika hos olika individer med en och samma behandling av samma sjukdom, samt om vissa egenskaper hos patienten, behandlaren, vårdmiljön och organisationen är kopplade till behandlingsresultatet.

2. TESTA METODER I PRAKTIKEN: Kliniska prövningar av nya behandlingsmetoder skulle bli riktigt verklighetsnära om de kunde genomföras direkt i vardagssjukvården. En typ av studie som kan testa behandlingsmetoder i normalsjukvården är den så kallade pragmatiska randomiserade studien. Där utnyttjar forskarna randomiseringens fördelar, samtidigt som de strävar efter att rekrytera en större, mer blandad och representativ grupp av försöksdeltagare än i traditionella kliniska prövningar. Och i stället för att jämföra en behandlingsmetod med placebo, jämförs metoden med realistiska behandlingsalternativ. Uppföljning av försöksdeltagarna görs som en del av vårdens normala rutiner, och behandlingseffekter mäts med relevanta RWD.

MODELLA / SHUTTERSTOCK

Många menar att pragmatiska randomiserade studier skulle tillföra viktig kunskap, och idén är inte ny. Ändå har få sådana studier finansierats och genomförts.

För några år sedan lanserade svenska forskare en typ av pragmatisk studie som kan vara enklare och billigare att genomföra eftersom den utnyttjar befintliga register – en så kallad registerbaserad randomiserad klinisk prövning. Ett befintligt kvalitetsregister används för att identifiera potentiella försöksdeltagare, randomisera olika behandlingar och följa upp behandlingsresultatet.

3. UNDERSÖKA FAKTISKA KOSTNADER: Korrekta uppgifter om dels vad olika behandlingar kostar i praktiken, dels vad insatserna egentligen ger patienterna i form av hälsa och livskvalitet, ska ingå i hälsoekonomiska beräkningar av kostnadseffektivitet. Beräkningarna blir ett underlag för vårdens beslutsfattare.

Men i kliniska prövningar är det ofta svårt att hitta användbar information om kostnader. De verkliga siffrorna kan bli helt annorlunda. Ju mer verklighetstrogna data som används, desto bättre är det. Här finns alltså ytterligare ett viktigt användningsområde för RWD.

OAVSETT VILKET VETENSKAPLIGT användningsområde det gäller, måste uppgifterna vara korrekta och relevanta. Risken för felaktigheter är betydande i journaler, datasystem och register som inte från början har utformats i forskningssyfte. Registeruppgifter kan dessutom vara ofullständiga och spretiga, och de kan ha hanterats och analyserats på ett bristfälligt sätt. Ännu ett problem är att hälsouppgifter som registreras rutinmässigt inte alltid speglar det mest väsentliga – hur människan fungerar och mår.

Slutligen finns risken att bearbetning av stora datamängder leder till så kallat signifikansfiske – så många tänkbara samband undersöks att det rent slumpmässigt uppstår statistiskt signifikanta korrelationer, som tas för sanna.

Uppgifter som hämtas från verkliga livet kan ge värdefull kunskap, men det kräver att de samlas in och hanteras med verklig vetenskaplig stringens. ◆ **RL**

Lästips

1. Corrigan-Curay J, et al. Real-world evidence … JAMA, 2018. doi:10.1001/jama.2018.10136
2. Hampson G, et al. Real world evidence for coverage decisions … Office of health economics och Institute for clinical and economic review, www.ohe.org
3. Nørgaard M, et al. Confounding in observational studies … Clin Epidem 2017:9 185-93.
4. Dal-Ré R, et al. Real-world evidence: How pragmatic are randomized controlled trials labeled as pragmatic? BMC Medicine 2018;16:49.
5. Makady A, et al. What Is Real-World Data? A Review of Definitions … Value in Health 2017;20: 858-65.
6. Natsis Y. Scientists voice concerns about adaptive pathways. Publicerad 26 maj, 2016, www.epha.org
7. Naci H, et al. Characteristics of preapproval and postapproval studies … JAMA 2017;318:626-36.
8. Pease AM, et al. Postapproval studies of drugs initially approved by the FDA … BMJ 2017;357:j1680.
9. Downing NS, et al. Postmarket safety events among novel therapeutics … JAMA 2017;317:1854-63.
10. Lauer MS, et al. The randomized registry trial — the next disruptive technology in clinical research? N Engl J Med 2013;369:1579-81.

Endometrios Patienter vill ha kunnigare och snabbare hjälp

Endometrios kan ge smärtor, svårigheter i vardagslivet och klart sänkt livskvalitet. Ändå kan det kännas svårt att som patient bli tagen på allvar, och det tar ofta tid att få rätt diagnos. De vetenskapliga kunskapsluckorna är också stora. Diagnostiken behöver vässas, och behandlingsmetoderna borde studeras på ett mer enhetligt sätt, konstaterar SBU.

MÅNGA GÅNGER DRÖJER diagnosen endometrios onödigt länge, med betydande lidande och komplikationer som följd. När kvinnan söker för buksmärta är det därför viktigt att vården tidigt frågar om mensvärk, svårigheter att bli gravid och samlagssmärta.

VID VÄLGRUNDAD MISSTANKE om endometrios och inför operation har bilddiagnostik ett kliniskt värde, särskilt ultraljudsundersökning via vagina. Det visar SBU:s utvärdering av den samlade vetenskapliga litteraturen.

Undersökning med ultraljud är enkelt att genomföra – även om det krävs erfarenhet hos undersökaren – och om bilden tyder på endometrios ger detta tillräcklig bekräftelse. Att ultraljud visar en normal bild kan dock inte tolkas som att diagnosen har uteslutits.

Behandling vid endometrios kan ha två syften – att minska smärtan och att öka kvinnans chans att bli gravid. De metoder som finns är läkemedel, främst hormoner, och operation – var för sig eller i kombination.

Dessvärre är det svårt att samlat bedöma hur bra metoderna fungerar, konstaterar SBU. Trots att det har ▸

CHOMPOO SURIYO / SHUTTERSTOCK

Endometrios

Endometrios innebär att det finns livmoderslemhinna eller celler som liknar livmoderslemhinna på andra ställen än inuti livmodern. Det är en kronisk, inflammatorisk och östrogenberoende sjukdom som har uppskattats förekomma hos 15 procent av alla kvinnor med kroniska buksmärtor och 20–25 procent av kvinnor med infertilitet.

SBU:S SLUTSATSER ENDOMETRIOS: DIAGNOSTIK, BEHANDLING, BEMÖTANDE

Endometrios är en kronisk sjukdom som kan innebära svåra smärtor och infertilitet. Sjukdomen kan ge stor negativ inverkan på livskvalitet och dagligt liv.

▸ Vid hormonbehandling ger GnRH-agonister och gestagener troligen jämförbar smärtlindring, men GnRH-agonist minskar bentätheten.

▸ Postoperativ behandling med gestagener och monofasiska p-piller ger möjligen jämförbar lindring av bäckensmärta och djup samlagssmärta. Hormonspiral minskar möjligen menssmärtor jämfört med ingen behandling.

▸ Inför operation av djup endometrios och för diagnostik av endometriom (endometrioscysta i äggstockarna) har vaginalt ultraljud ett kliniskt värde. Detta gäller vid kartläggning av sjukdomens utbredning hos kvinnor med välgrundad misstanke om endometrios. Vaginalt ultraljud är billigt, lättillgängligt, saknar kontraindikationer och kräver inga förberedelser. Erfarenhet behövs hos vårdpersonal som genomför sådana ultraljudsundersökningar.

▸ Fler kvinnor med endometrios skulle troligen bli gravida vid fertilitetsbehandling med ultralång förbehandling med GnRH-agonist än med kort förbehandling.

▸ Kvalitativa studier visar att kvinnor upplever att de bemöts av bristande kunskap om endometrios inom den icke-specialiserade vården. De upplever att det försenar diagnos av endometrios och därmed behandling. Studierna visar även att kvinnorna upplever att vårdpersonalen inte tar deras problem på allvar. Dessutom framkom att kvinnorna upplever att ökad kompetens och förbättrade attityder hos vårdpersonalen kan förbättra deras livssituation.

▸ Trots många studier finns det stora kunskapsluckor inom området. Det är viktigt att framtida forskning standardiseras avseende studieupplägg. Andra angelägna forskningsområden är diagnostik hos kvinnor med symtom som kan stämma med endometrios samt att studera effekten av kirurgisk behandling.

publicerats många studier på området, kan effekterna sällan bedömas på ett vetenskapligt tillförlitligt sätt. Orsaken är att studierna har genomförts på så olika sätt att resultaten inte kan vägas ihop.

NÅGOT SOM UTVÄRDERINGEN ändå kan visa när det gäller läkemedel är att hormonet gestagen troligen ger likvärdig smärtlindring som så kallade GnRH-agonister men utan att minska bentätheten. Och att hormonspiral möjligen minskar menssmärtor jämfört med ingen behandling alls.

De flesta enskilda studier som jämför hormonbehandling med placebo visar att smärtan minskar. I fråga om övriga läkemedel, som antiinflammatoriska, immunmodulerande och smärtstillande medel, räcker inte det vetenskapliga underlaget för en vetenskaplig bedömning. Detsamma gäller effekten av kostbehandling.

KIRURGI HAR OKLAR effekt när det gäller smärtlindring och möjligheten att bli gravid – det finns för få välgjorda studier. I vissa fall är det nödvändigt att operera, till exempel vid påverkan på urinledarna eller tarmarna. Men i många andra vårdsituationer är det svårt att avgöra vilket som väger tyngst – nyttan eller risken för komplikationer av ingreppet.

Ibland fortsätter läkemedelsbehandlingen efter en operation. Enligt den samlade forskningen är det möjligt att kvinnor med bäckensmärta och djup samlagssmärta får likvärdig lindring av enbart gestagen som av så kallade monofasiska p-piller med lika delar östrogen och gestagen.

ENDOMETRIOS KAN GÖRA det svårt för kvinnan att bli gravid. Ägglossnings- och inseminationsbehandling kan öka chansen, och forskningen visar att denna troligen är ännu större när den förberedande behandlingen med GnRH-agonist pågår flera månader i stället för ett par veckor.

När det gäller bemötande visar kvalitativa studier att kvinnor med endometrios upplever att vårdpersonal som inte är specialiserad på problemen har bristande kunskap om sjukdomen och inte tar dem på allvar, vilket försenar diagnos och behandling.

Att träffa vårdpersonal som uppfattas ha kompetens och engagemang kan i stället stärka kvinnans känsla av att kunna hantera sina problem. ◆ **RL**

Om rapporten

Endometrios – diagnostik, behandling och bemötande. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter. Projektledare SBU: Jenny.Odeberg@sbu.se
Rapporten utgör vetenskaplig grund för nationella riktlinjer från Socialstyrelsen som ska vara klara i slutet av år 2018. Fullständig SBU-rapport finns på www.sbu.se/277

PÅ GÅNG

Exempel på SBU-projekt

BEDÖMA RISKER OCH BEHOV VID ALLVARLIGT KRIMINELLT BETEENDE
Therese.Astrom@sbu.se
Plan publ: sommar 2019

FÖREBYGGA TVÅNG INOM PSYKIATRIN
Alexandra.Snellman@sbu.se Plan publ: höst -18

HÄLSA HOS ENSAMKOMMANDE BARN
Pernilla.Ostlund@sbu.se
Plan publ: höst 2018

KOMBINERAD BEHANDLING VID KOL
Nathalie.Peira@sbu.se
Plan publ: höst 2018

LÄKEMEDEL MOT SMÄRTA HOS ÄLDRE
Jonatan.Alvan@sbu.se
Plan publ: vår 2020

MYALIGISK ENCEFALOMYELIT, ME
Agneta.Pettersson@sbu.se
Plan publ: vinter 2019

PROBLEMORIENTERAD RÅDGIVNING VID DEPRESSION
Margareta.Hedner@sbu.se
Plan publ: höst 2018

SCREENING AV NYFÖDDA FÖR X-ALD
Margareta.Hedner@sbu.se
Plan publ: vår 2020

REHAB VID TRAUMATISK HJÄRNSKADA
Karin.Wilbe.Ramsay@sbu.se Plan publ: höst -19

RÖRELSEORGANENS SJUKDOMAR: UNDERLAG TILL NAT. RIKTLINJER
Goran.Bertilsson@sbu.se
Plan publ: vinter 2019/-20

TEKNIKER FÖR ATT TA BORT TONSILLERNA
Rebecca.Silverstein@sbu.se
Plan publ: höst 2018

ÅTGÄRDER VID STEN I DJUPA GALLGÅNGEN
Jan.Adolfsson@sbu.se
Plan publ: vår 2019

ÖVERTRYCKSANDNING VID SÖMNAPNÉ
Claes.Lennmarken@sbu.se
Plan publ: höst 2018

Barn Unga i samhällets vård får inte hjälp med sin hälsa

En enkät som SBU har gjort tyder på att många barn och unga i Sverige som har placerats i familjehem* och på institution går miste om den hälso- och sjukvård och tandvård som de enligt lag har rätt till. Att organisera kontroller exempelvis efter engelsk förebild kan åtminstone antas förbättra läget, och det skulle inte vara kostsamt, enligt SBU:s beräkning.

BARN OCH UNGA MED social dygnsvård, det vill säga placering i familjehem eller på institution, har betydligt mer hälsoproblem än sina jämnåriga. De har också större behov av både tandvård och hälso- och sjukvård.

SBU har undersökt vilken kunskap som finns om olika sätt att organsiera hälsokontrollerna. Den forskning som hittills har gjorts ger föga vägledning. SBU:s projektgrupp kunde inte finna någon vetenskapligt tillförlitlig kunskap om effekterna av de organisatoriska modeller som har prövats i olika länder.

SAMTIDIGT ÄR DET tydligt att det nuvarande svenska systemet kan förbättras. En enkät som skickades ut av SBU till 106 kommuner, plus uppföljande intervjuer, visar att många barn och unga i samhällets vård i Sverige går miste om de kontroller av hälsan och den hjälp som de har rätt till.

En del kommuner anger visserligen att de har rutiner för att barnens hälsa och tandhälsa ska kontrolleras. Men i praktiken är det få som ser till att sådana undersökningar faktiskt blir av för alla.

SBU-rapporten ger exempel på en modell som används i England och som skulle kunna vara tänkbar i Sverige. Där används checklistor för hälsokontroller och ”hälsokort” som följer barnet vid exempelvis flytt.

ENLIGT EKONOMISKA beräkningar som SBU har gjort skulle det kosta 5,5 miljoner kronor att bygga upp en organisation enligt engelsk modell. Därefter beräknas kostnaden bli 3 300 kronor per barn och år. Fler hälsoproblem skulle upptäckas och konsumtionen av hälso- och sjukvård och tandvård öka, men nyttan i termer av hälsa och tandhälsa kan antas vara betydande, skriver SBU.

SBU:S SLUTSATSER i rapporten rimmar väl med resultat från det aktuella europeiska projektet *Models of child health appraised*, MOCHA, som omfattar 30 länder.

– Oavsett vilken modell som väljs för att organisera verksamheten så måste man använda vetenskapliga metoder för att ta reda på hur den fungerar, säger Anders Hjern, professor i social epidemiologi vid Karolinska institutet och en av de sakkunniga bakom SBU:s rapport.

– Det vi vet nu är att barnens behov av hälso- och sjukvård borde kunna tillgodoses på ett effektivare sätt än i dag. ◆ **RL**

TALAI / SHUTTERSTOCK

Samhällets ansvar

Ansvaret för att tillgodose barns och ungas behov av hälso- och sjukvård och tandvård ligger generellt på deras vårdnadshavare, enligt föräldrabalkens bestämmelser (6 kap. 1–2 §§). När det gäller barn och unga som har placerats i familjehem eller på institution ligger ansvaret i stället på samhället – det framgår av såväl socialtjänstlagen (6 kap. 7 §) som av en ny särskild lag (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. När sådan vård inleds ska socialnämnden ta initiativ till att landstinget erbjuder en hälsoundersökning. Hälso- och sjukvård för barn bedrivs av två huvudmän – dels de 21 landstingen som ansvarar för barnavårdscentralernas (BVC) verksamhet för barn i åldern 0–5 år, dels de 290 kommunerna som ansvarar för skolhälsovården. Kommunerna har också ansvar för habilitering av barn med funktionshinder.

Om rapporten

Organisatoriska modeller för att barn och unga i familjehem och på institution ska få hälso- och sjukvård och tandvård. En systematisk litteraturöversikt och utvärdering av etiska, sociala och juridiska aspekter. Stockholm: SBU, 2018. Projektledare SBU: Sofia.Tranaeus@sbu.se Fullständig rapport finns på: www.sbu.se/289

* Familjehem kallades tidigare fosterhem.

WK1003M / SHUTTERSTOCK

SBU:S SLUTSATSER
HÄLSA HOS UNGA I SOCIAL DYGNSVÅRD

- I SBU:s undersökning av svensk praxis uppger mindre än hälften av de tillfrågade kommunerna att de har rutiner för att hälsa och tandhälsa undersöks hos placerade barn och unga. Det är dock få kommuner som i praktiken faktiskt ser till att alla får initiala och uppföljande hälsoundersökningar samt tandhälsoundersökningar.

- Eftersom det saknas studier av tillräcklig kvalitet, går det inte att bedöma effekterna av organisatoriska modeller för att barn och unga som placeras i samhällelig dygnsvård (familjehems- eller institutionsvård) ska få hälso- och sjukvård och tandvård. Därför behövs välgjorda uppföljande studier när sådana modeller introduceras i praktiken. Det behövs även fler studier om förekomsten av fysiska hälsoproblem och tandohälsa i Sverige.

- Ur ett etiskt perspektiv är det viktigt att barn och unga i samhällsvård får god hälso- och sjukvård och tandvård. De nya kraven på hälsoundersökningar (5 kap. 1 d § SoL) bör till exempel följas upp och utvärderas. Det behövs även organisatoriska modeller för att tillgodose barnens och de ungas rätt till och behov av hälso- och sjukvård samt tandvård.

- Modeller för att denna grupp ska få hälso- och sjukvård och tandvård finns men har inte utvärderats vetenskapligt. En beräkning som SBU har gjort tyder på att en organisatorisk modell skulle kunna implementeras till en låg kostnad i Sverige, samtidigt som nyttan för hälsa och tandhälsa kan antas vara betydande.

Epilepsi Fler svåra fall kan ha nytta av kirurgi

Fler personer med epilepsi där läkemedel inte hjälper skulle kunna bli anfallsfria med operation. Att ta bort hjärnvävnad kirurgiskt är lämpligt bara för vissa patienter med så kallad fokal epilepsi – men då är metoden ofta effektiv och kostnaden låg till måttlig i förhållande till nyttan. Ändå utnyttjas metoden sällan.

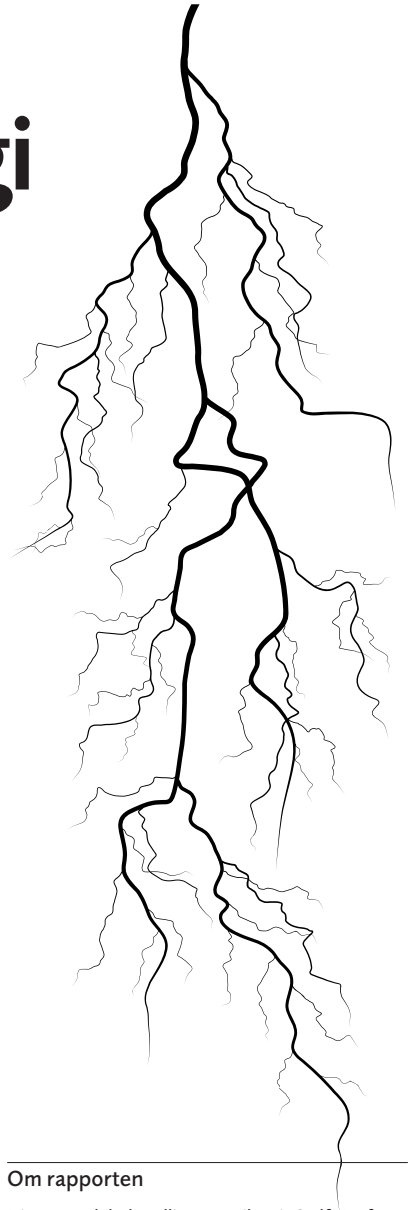
Två av tre personer som medicinerar mot epilepsi blir anfallsfria. De övriga får oftast tydligt färre och lindrigare anfall. Men några patienter blir inte hjälpta av läkemedlen. Då kan det bli aktuellt med operation – om utredning visar att anfallen startar i ett avgränsat område av hjärnan, så kallad fokal epilepsi. Ingreppet avlägsnar en del anfallsutlösande hjärnvävnad i området.

SBU:S UTVÄRDERING VISAR att sådana ingrepp, så kallad resektiv kirurgi, skulle kunna utnyttjas oftare än i dag bland noggrant utvalda patienter som inte har nytta av läkemedel. I de fall där det är tänkbart med operation har ingreppet god effekt – betydligt fler av dem som opereras är anfallsfria vid ett till två års uppföljning än av dem som enbart fortsätter med medicinering. Skillnaden mellan grupperna i andelen som slipper anfall är 49 procentenheter.

Även hälsoekonomiskt ser resultaten bra ut. I förhållande till den effekt som operation kan ge patienterna på deras hälsa och livskvalitet är kostnaden troligen låg till måttlig, visar SBU:s beräkningar. Innan operation kan komma i fråga krävs det också en noggrann diskussion om möjligheter och risker mellan patienten, närstående och behandlingsteam.

EN ANNAN BEHANDLING som SBU har granskat vetenskapligt är den fettrika och kolhydratfattiga diet som kallas ketogen. För vissa barn som inte blir bättre av läkemedel och som utretts noggrant är ketogen kost effektivt. Beräkningar av kostnaden är osäkra. Den kan möjligtvis vara hög.

SBU:s granskning av diagnos- och behandlingsmetoderna ligger bland annat till grund för Socialstyrelsens nya nationella riktlinjer på området. ◆ **RL**



VERTYR / SHUTTERSTOCK

Om rapporten

Diagnos och behandling av epilepsi. Ordf: Prof Torbjörn Tomson, Karolinska inst och Karolinska universitetssjukhuset. Projektledare SBU: Sten. Anttila@sbu.se Fullständig rapport finns på www.sbu.se/281

SBU:S SLUTSATSER EPILEPSI

▸ Mycket av det som görs i praktiken i epilepsivården avseende diagnostiska utredningar och behandling av epilepsi har vetenskapligt stöd.

▸ Epilepsikirurgi är en effektiv men lågt utnyttjad behandling med starkt vetenskapligt underlag för noggrant selekterade personer med läkemedelsresistent epilepsi. Den skattade kostnaden per kvalitetsjusterat levnadsår är låg till måttlig vid resektiv kirurgi.

▸ Ketogen kost är en effektiv behandling med måttligt starkt vetenskapligt underlag när det gäller noggrant selekterade barn med läkemedelsresistent epilepsi. Den skattade kostnaden per kvalitetsjusterat levnadsår är hög, men osäkerheten i skattningen är hög.

▸ Det är angeläget med mer forskning, avseende till exempel epilepsibehandling i vissa åldersgrupper samt behandling vid samsjuklighet såsom depression, psykos och adhd.

NY INSULINPUMP GER JÄMNARE SOCKER – MEN ÄNNU OVISST VAD DETTA ÄR VÄRT

En pump som automatiskt reglerar insulindosen med hjälp av en inbyggd glukosmätare kan jämna till blodsockerkurvan hos personer med typ 1-diabetes, jämfört med andra insulinpumpar. Men det viktiga är om symtom och diabeteskomplikationer också minskar. Inte förrän detta är bättre klarlagt kan man avgöra om de senaste pumparna är värda sitt pris.

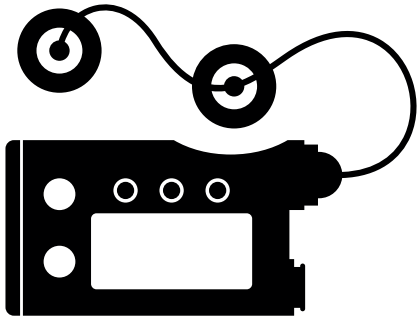
Moderna insulinpumpar imiterar människans bukspottkörtel genom att registrera blodets glukosnivå och pumpa ut en anpassad dos blodsockerreglerande hormon. Två varianter har utvecklats: en pump som enbart ger insulin och en annan som tillför både insulin och glukagon*. Den senare modellen är dock så ny att den inte finns på marknaden än.

NÄR PERSONER MED typ 1-diabetes använder dessa moderna typer av pumpar, håller sig blodets glukosnivå inom uppsatta gränser under längre tid än om de använder en pump som inte reglerar dosen själv. Den tid som glukosnivån är för låg (hypoglykemi) minskar. Det visar en systematisk litteraturöversikt som SBU har granskat och som har publicerats i tidskriften *Lancet Diabetes*.

Studierna visar däremot ingen säker skillnad i insulinbehov mellan självdoserande och vanliga pumpar.

PUMPAR MED automatisk dosering väntas kosta mer än andra varianter. Samtidigt saknas det resultat som gäller försöksdeltagarnas egna känningar av lågt blodsocker, deras livskvalitet och diabeteskomplikationer. De studier som ingår i översikten anger nämligen inte hur patienterna mår utan bara hur blodsockerkurvorna ser ut.

SBU efterlyser sådana resultat så att man rättvist kan jämföra relevanta effekter och kostnader för olika slags insulinpumpar. ◆ **RL**



DN BR / SHUTTERSTOCK

Om kommentaren

Konstgjorda bukspottkörtelsystem och glukoskontroll hos patienter med typ 1-diabetes. Stockholm: SBU, 2018. Sakkunnig: Med dr Anna Lindholm Olinder, Karolinska institutet, Stockholm. Kontaktperson på SBU: Anna.Ringborg@sbu.se
Den rapport som kommenteras är:
Weisman A, et al. Effect of artificial pancreas systems on glycaemic control in patients with type 1 diabetes: a systematic review and meta-analysis of outpatient randomised controlled trials. Lancet Diabetes Endocrinol 2017;5:501-12.
Läs hela SBU:s kommentar på www.sbu.se/2018_03

* Glukagon höjer blodets glukosnivå – tvärtemot insulin.

INDIREKT JÄMFÖRELSE AV PSYKOTERAPIER VID DEPRESSION BÖR TOLKAS FÖRSIKTIGT

MAMON / SHUTTERSTOCK

En brittisk jämförelse av olika former av psykoterapi vid lindrig till medelsvår depression hos vuxna har kommenterats av SBU. Skillnader på gruppnivå i effekt på depressionssymtomen kunde inte påvisas men inte heller uteslutas.

Det vetenskapliga underlaget har analyserats av brittiska National Institute for Health and Care Excellence, NICE. Författarna jämför interpersonell terapi (IPT), kognitiv beteendeterapi (KBT) och tidsbegränsad psykodynamisk terapi (tidsbegränsad PDT) genom att sammanställa studier av de olika behandlingarnas effekter. Eftersom terapiformerna sällan har testats sida vid sida i samma studie, så blir vissa av jämförelserna indirekta. Sammanställningen är en så kallad nätverksmetaanalys – en metod som överlag ger osäkrare resultat än vanlig metaanalys (se Vetenskap & Praxis nr 1–2, 2018).

UNDERLAGET VISAR att KBT har statistiskt säkerställd effekt hos vuxna på depressionssymtom och tillfrisknande enligt fastställda kriterier, jämfört med placebotabletter, sedvanlig behandling och väntelista. Men nätverks-metaanalysen kan varken bekräfta eller utesluta effektskillnader mellan KBT, IPT och tidsbegränsad PDT. Detta skulle kräva fler deltagare och mer enhetliga behandlingskategorier. SBU framhåller att man inte utan vidare kan överföra de aktuella studiernas resultat till personer som är över 65 år eller som samtidigt har annan psykisk ohälsa. Slutligen är det viktigt att även beakta långtidseffekter och osäkerhet i indirekta jämförelser. ◆ **RL**

Om kommentaren

IPT, KBT och tidsbegränsad PDT vid lindrig till medelsvår depression hos vuxna. Stockholm: SBU, 2018. Sakkunniga: prof Ata Ghaderi, klin psykologi, Karolinska inst, Stockholm; doc Helene Ybrandt, psykologi, Umeå univ; prof em Rolf Holmqvist, klin psykologi, Linköpings univ. Kontaktperson på SBU: Margareta. Hedner@sbu.se

Den systematiska översikt som kommenteras är:
NICE. Depression in adults: treatment and management. Draft for consultation. National Institute for health and community settings, London, 2017.
Fullständig kommentar finns på www.sbu.se/2018_05

SISTUDIO6 / SHUTTERSTOCK

Rättspsykiatri Vården spretar för dömda med multiproblem

Inom svensk rättspsykiatri är det vanligare än inom allmänpsykiatri att patienterna har en kombination av psykiatriska diagnoser. Två nya SBU-rapporter visar på en stor brist på kunskap om vilka åtgärder som har bäst effekt hos personer som tvångsvårdas för att de har begått brott. En vetenskapligt bättre underbyggd och mer enhetlig rättspsykiatri är angeläget – inte minst av etiska skäl.

RÄTTSPSYKIATRISK VÅRD ÄR speciellt genom att patienter kan dömas till sådan vård i stället för fängelse. Den bedrivs under tvång inte bara för att hjälpa individen utan också för att skydda samhället.

Patientgruppen är inte enhetlig men ser annorlunda ut än i allmänpsykiatrin. Patienter inom rättspsykiatrin har oftare flera diagnoser samtidigt – som psykos, autismspektrumtillstånd, personlighetssyndrom och substansbrukssyndrom – och tillstånden är allvarligare.

SAMMANTAGET ÄR förutsättningarna annorlunda för att medicinska och psykologiska behandlingar ska fungera. Några särskilda behandlingsriktlinjer finns dock inte för rättspsykiatrin. Det är också oklart hur befintliga riktlinjer tillämpas, till exempel när det gäller antipsykotiska läkemedel och behandling av substansbruk. I fråga om psykologiska ▶

SBU:S SLUTSATSER PSYKOLOGISK BEHANDLING & PSYKOSOCIALA INSATSER

▸ Effekterna av de psykologiska behandlingar och psykosociala insatser som används i rättspsykiatrisk vård behöver klarläggas. Endast ett fåtal studier av psykologiska behandlingar som anpassats för rättspsykiatrisk vård identifierades. Studierna var heterogena i både behandlingstyp och utfallsmått. Det vetenskapliga underlaget räcker inte för att dra slutsatser om effekterna. Inga studier av psykosociala insatser identifierades. Många behandlingar och insatser som används i dag är utvecklade för andra vårdmiljöer och patientgrupper än rättspsykiatrins. Behandlingarnas användbarhet och effekter kan påverkas av att rättspsykiatrisk vård inte är frivillig och av att det är vanligare i rättspsykiatri än i allmänpsykiatri att patienter har flera psykiatriska diagnoser samtidigt.

▸ Psykologiska behandlingar och psykosociala insatser står för en mycket liten kostnad i förhållande till den totala vårdkostnaden. Därför skulle behandlingar och insatser som leder till kortare vårdtid högst sannolikt vara kostnadseffektiva.

▸ Bättre kunskap är etiskt angeläget. Den rättspsykiatriska vården innebär ett stort och ofta långvarigt ingrepp i personens liv och autonomi. Därför är det särskilt problematiskt ur ett etiskt perspektiv att det saknas kunskap om effekter av behandlingar och insatser.

▸ Ökad samordning av forskning på området skulle kunna ge tillförlitlig kunskap. Det skulle möjliggöra större studier med mer homogena interventioner och utfallsmått. På senare år har flera studier gjorts av psykologiska behandlingar anpassade för patienter i rättspsykiatrisk vård.

▸ Det behövs mer forskning som kan stötta utvecklingen av omvårdnadsarbetet inom rättspsykiatrin. Svenska intervjustudier indikerar att patienter i dag upplever utsatthet i vården.

▸ Hälso- och sjukvårdens lagstadgade mål om vård på lika villkor talar för en mer enhetlig rättspsykiatrisk vård. Behandlingar och insatser ska vila på en vetenskaplig grund. Rättspsykiatrisk vård varierar inom landet. Praxisundersökningen visar stora skillnader i behandlingar och insatser. Många behandlingar och insatser är lokalt utvecklade utan någon vetenskaplig grund eller systematisk uppföljning. Förutsättningarna för att erbjuda olika behandlingar och insatser varierar också.

Om rapporterna

• Läkemedelsbehandling inom rättspsykiatrisk vård En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter Projektledare SBU: Monica.Hultcrantz@sbu.se Fullständig rapport: www.sbu.se/286

• Psykologiska behandlingar och psykosociala insatser i rättspsykiatrisk vård. Syst översikter av effektstudier, patientupplevelser och ekon aspekter samt etisk analys. Projektledare SBU: Alexandra. Snellman@sbu.se Fullst rapport: www.sbu.se/287

behandlingar och psykosociala insatser finns det stora variationer inom landet när det gäller vilka behandlingar och insatser som används, hur dessa genomförs och av vilka yrkeskategorier.

SBU:S RAPPORTER visar på tydliga brister i det vetenskapliga underlaget. Föga är känt om behandlingarnas nytta och risker för patienter inom rättspsykiatri. Samtidigt skulle effektiva åtgärder kunna spela stor roll både för individen och samhället – medicinskt, etiskt och socialt.

SÅDANA INSATSER SKULLE också kunna få stor ekonomisk betydelse. Vårdtiden inom rättspsykiatri är i genomsnitt sex år. Behandling och insatser som kan förkorta den tiden och minska risken för återfall i brott kommer högst sannolikt att vara kostnadseffektiva, skriver SBU.

Varje år överlämnas 300 personer till rättspsykiatrisk vård. Cirka 2 000 personer behandlades inom rättspsykiatrisk öppen- eller slutenvård år 2017. ◆ **RL**

UR SBU:S SLUTSATSER LÄKEMEDELSBEHANDLING

▸ **Antipsykotiska läkemedel ges till merparten av patienterna i rättspsykiatrin, även till dem som inte har en psykosdiagnos.** Fler patienter än i allmänpsykiatrin har mer än ett antipsykotiskt läkemedel, och traditionella antipsykotiska läkemedel är vanligare.

▸ **Det behövs fler behandlingsstudier inom rättspsykiatrin** som undersöker effekterna av läkemedel och om skillnaderna i praxis är kliniskt motiverade.

▸ **Kunskap om läkemedlens effekt har stor betydelse för värden som individens hälsa och skydd för samhället men även för möjligheten att utnyttja samhällets resurser effektivt.** Behandling som kan förkorta den rättspsykiatriska vårdtiden och minska risken för återfall i brott är högst sannolikt kostnadseffektiv, i synnerhet då kostnaden för läkemedel är mycket liten jämfört med den totala vårdkostnaden.

▸ **Eftersom rättspsykiatrisk vård bedrivs under tvång blir etiska aspekter på läkemedelsbehandling särskilt viktiga.** En patient- och anhörigförening anger att informationen till patienter om läkemedel är bristfällig, vilket kan försvåra delaktighet. Det kan finnas utrymme för delaktighet även om patientens autonomi måste begränsas för att skydda samhället.

▸ **Samhället har ett särskilt ansvar för att finansiera forskningsstudier inom rättspsykiatrin, eftersom vården bedrivs med tvång.** Denna forskning ska genomföras med särskild hänsyn till forskningsetiska aspekter.

För att bedöma nytta och risker behövs randomiserade studier med särskild hänsyn till forskningsetiska aspekter. Med de register som finns i Sverige finns det även goda förutsättningar att följa upp effekter på viktiga utfall som hälsa, vårdtid och återfall i brott. Patienternas upplevelser bör också studeras och resultaten tillmätas betydelse för vården.

Psoriasis Fler blir klart bättre med biologiska läkemedel

Efter några månaders behandling med så kallade biologiska läkemedel är det fler personer med medelsvår eller svår psoriasis i huden som blir klart bättre och får högre livskvalitet än med vanliga syntetiska läkemedel. Samtidigt är biologiska läkemedel överlag dyrare. SBU:s granskning av den vetenskapliga litteraturen utgör en faktabas för nationella riktlinjer på området som Socialstyrelsen ska fastslå våren 2019.

När svårare former av psoriasis i huden behandlas med biologiska läkemedel, sådana som har framställts med hjälp av levande celler, är det en hög andel patienter som får klart mindre hudbesvär och högre livskvalitet. Det visar den samlade forskningen.

ÄVEN TVÅ SYNTETISKT framställda läkemedel som SBU har utvärderat, metotrexat och apremilast, har en vetenskapligt säkerställd effekt. Men det är färre patienter som blir bättre av dessa än av monoklonala antikroppar eller TNF-hämmare.

Behandlingen med biologiska läkemedel kostar som regel mer. Exakt hur mycket mer kan inte beräknas. Priserna på biologiska läkemedel har varit under förhandling, och rabatter regleras i sekretessbelagda avtal med landstingen. Därför går det inte heller att avgöra vilket läkemedel som ger mest hälsa per krona.

Däremot visar SBU:s beräkningar att kostnaderna för olika syntetiska ▶

NUCLEUS MEDICAL MEDIA

Psoriasis i huden

Psoriasis betraktas i dag som en kronisk systemsjukdom som har en stark ärftlig komponent. Man brukar ange att 2–4 procent av befolkningen har sjukdomen, som ofta ger hudsymtom. I studier brukar svårighetsgraden anges som lindrig, medelsvår eller svår beroende på hur stor del av hudytan som är drabbad och hur allvarliga hudförändringarna är. Kliniskt är det också viktigt att veta i vilken grad som livskvaliteten påverkas. De dyrare biologiska läkemedlen förskrivs alltmer vid svår psoriasis men tillgången via läkemedelsförmånen har begränsats genom krav på att patienter först ska ha prövat äldre och billigare systembehandling.

SBU:S SLUTSATSER PSORIASIS

SBU har utvärderat effekten av ljusbehandling respektive systemiska läkemedel på medelsvår och svår psoriasis*. SBU har även utvärderat kostnader för behandlingarna, utom för de biologiska läkemedlen eftersom prisbilden för dem för närvarande är osäker.

▶ En hög andel av de personer som behandlas med för psoriasis godkända biologiska läkemedel uppnår en betydelsefull förbättring av psoriasis i huden efter tre till fyra månaders behandling. Med de syntetiska läkemedlen metotrexat och apremilast uppnår en del personer en sådan förbättring.

▶ Behandling som leder till förbättring av psoriasis i huden förbättrar även livskvaliteten.

▶ Det saknas tillräckligt välgjorda behandlingsstudier för att avgöra effekten av ljusbehandling och av de syntetiska läkemedlen acitretin, ciklosporin och fumarsyra på medelsvår och svår psoriasis*, men det finns långvarig klinisk erfarenhet av att använda dessa behandlingar.

▶ Den totala kostnaden för att behandla en person under ett år skiljer sig betydligt mellan olika syntetiska läkemedel och ljusbehandlingar. Den billigaste behandlingen, läkemedlet metotrexat i tablettform, kostar totalt 11 000 kronor per år, medan läkemedlet apremilast, som är dyrast, kostar 103 000 kronor.

▶ I framtiden behövs forskning som undersöker behandlingarnas effekt och säkerhet hos barn med medelsvår och svår psoriasis. Dessutom behövs mer forskning som jämför olika behandlingar med varandra, forskning som undersöker en längre tids behandling och forskning som undersöker effekter på livskvalitet.

* Psoriasis area and severity index, PASI ≤ 10 i de flesta studier, vilket i Sverige numera benämns svår psoriasis.

läkemedel skiljer sig åt väsentligt. Till exempel kostar ett års behandling med apremilast, som är det dyraste syntetiska läkemedlet, över nio gånger mer än det billigaste, metotrexat i tablettform. I kalkylen har SBU tagit med kostnader för produktionsbortfall till följd av sjukdomen och uppföljning av behandlingen.

Metotrexat är också det mest använda läkemedlet. Mer än hälften av alla personer med svår psoriasis hämtade ut minst ett recept på metotrexat år 2016.

Eftersom forskarna sällan har jämfört olika läkemedel sida vid sida, går det inte att rangordna de syntetiska medlen utifrån hur stor effekt studierna visar.

SBU HAR OCKSÅ sökt efter studier av de vanligaste ljusbehandlingarna med ultravioletta strålar – smalbands-UVB och PUVA. Här saknas det tillräckligt välgjorda studier för att vetenskapligt avgöra och jämföra deras effekter på medelsvår och svår psoriasis. Detsamma gäller vissa äldre syntetiska läkemedel. Den kunskap som finns bygger på många behandlares och patienters långvariga erfarenhet av dessa behandlingar.

SBU har inte haft möjlighet att utvärdera samtliga behandlingar vid psoriasis inom ramen för projektet. Läkemedel för utvärtes bruk ingår inte, och inte heller så kallad klimatvård. Vidare gäller SBU:s utvärdering de svårighetsgrader av psoriasis som i vetenskapliga studier ofta betecknas som medelsvår eller svår sjukdom, vilket ungefär motsvarar det som bland andra Socialstyrelsen benämner svår sjukdom.

RESULTATEN AV SBU:S utvärdering har använts som en faktagrund för Socialstyrelsens nationella riktlinjer på området. En slutgiltig version av dessa riktlinjer ska vara klar under våren 2019. ◆ **RL**

Om rapporten

Ljusbehandling och systemisk behandling av psoriasis. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska och etiska aspekter. Stockholm, SBU: 2018. Projektledare SBU: Anna. Christensson@sbu.se Fullständig rapport finns på www.sbu.se/278

MIKAEL DAMKIE / SHUTTERSTOCK

PERSONLIG SAMORDNARE KAN MINSKA HEMLÖSHET

En personlig samordnare som ger intensivt och individuellt stöd hjälper troligen fler ur hemlöshet.

En norsk litteraturöversikt som SBU har granskat väger samman resultaten från 43 randomiserade studier av insatser för att förebygga eller förkorta hemlöshet hos personer med missbruk, beroende och psykisk ohälsa. En av de insatser som granskas är individanpassad planering, så kallad *case management*. Den som är utan boende tilldelas en personlig samordnare som i sitt arbete med bedömningar, planering och stöd utgår från den drabbades hälsa och sociala situation.

ÖVERSIKTEN VISAR ATT intensiv *case management*, där varje personlig samordnare som mest har 15 klienter och kan nås dygnet runt, troligen hjälper fler personer ur hemlöshet än insatser som dagcentraler med drop-in, *case management* av lägre intensitet eller *peer coaching*.

Ett annat resultat är att modellen ”bostad-först” möjligen är effektivare än vanliga insatser och troligen ger ett mer stabilt boende. ”Bostad-först”, som innefattar personlig samordnare, innebär att hemlösa personer med beroendeproblem eller psykisk ohälsa får en bostad utan att de först måste ha genomgått behandling och vara nyktra och drogfria.

Litteraturöversikten besvarar inte frågan om huruvida de beroendeproblem som ganska många har också kan påverkas av insatser som riktas mot hemlösheten. Många av studierna i översikten har genomförts i Nordamerika – ingen i Sverige. Det kan finnas problem med att överföra resultaten till svenska förhållanden, påpekar SBU. Insatsernas effekter behöver utvärderas även här.

VIDARE SAKNAR ÖVERSIKTEN uppgifter om vad olika insatser kostar. Därför kan deras kostnadseffektivitet inte jämföras – effekten per krona. Forskningen beskriver inte heller hur insatserna upplevs eller om det finns negativa effekter.

Hemlöshet kan försämra både hälsan och livskvaliteten. Problemets orsaker varierar stort. Man kan ha förlorat sin bostad eller sakna boende efter vistelse på institution eller tillfälligt boende hos närstående. Vissa personer behöver enbart hjälp med en ny bostad, medan andra har samtidiga problem med missbruk, psykisk ohälsa och svårigheter att klara sin ekonomi. I Sverige räknas totalt över 33 000 personer som hemlösa. Då ingår boende i kommunägda lägenheter som hyrs ut via socialtjänsten. ◆ **RL**

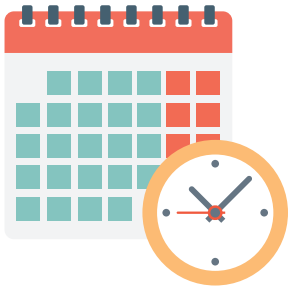
Om kommentaren

Insatser för att minska hemlöshet för personer med missbruk, beroende och psykisk ohälsa. Stockholm: SBU, 2018. Sakkunnig: med dr Ulla Beijer, klin neurovet, Karolinska Institutet, Stockholm. Kontaktperson på SBU: Therese.Astrom@sbu.se
Den systematiska översikt som kommenteras är: Munthe-Kaas H, et al. Effectiveness of interventions … A systematic review. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2016. Fullständig kommentar finns på www.sbu.se/2018_04

SBU KOMMENTERAR

PLACERA FÖRST OCH STÖDJA SEN TROLIGEN BÄST

Arbetssökande personer med omfattande psykisk funktionsnedsättning verkar oftare få jobb om insatserna börjar med en placering i stället för att inledas med stödåtgärder. Det är troligtvis fler som får jobb om de tidigt börjar på en reguljär arbetsplats där utbildning, anpassningar och stöd sedan vidtar.



MAK / SHUTTERSTOCK

Insatser för att främja arbete för personer med funktionsnedsättning kan inriktas på att stärka individens hälsa och arbetsförmåga eller på att förändra arbetsmiljön.

Individual placement and support (IPS) är en metod som kombinerar dessa båda strategier. Individen erbjuds tidigt en placering på den reguljära arbetsmarknaden. Sedan utformas ett individuellt stöd på arbetsplatsen där individen får träna sig i arbetet.

SBU har granskat och kommenterat en systematisk litteraturöversikt av olika åtgärder för personer med omfattande psykiska funktionsnedsättningar ska få ett arbete. Översikten väger samman resultat från 38 studier, varav 36 randomiserade prövningar där deltagarna har lottats till olika åtgärder.

SAMMANTAGET VISAR RESULTATEN att det troligtvis är fler som får jobb på den reguljära arbetsmarknaden med IPS än med åtgärder som inleds med praktikplats, utbildning, skyddat arbete, jobbsökaraktivitet och rådgivning. IPS kan även ge en längre arbetsperiod och bättre inkomst än andra insatser för den här gruppen, och IPS är troligen mer kostnadseffektivt.

SBU bedömer att detta gäller även för svenska förhållanden – studier från olika länder visar samstämmiga resultat, även den svenska studie som prövat IPS.

Även *supported employment*, en likartad men inte lika standardiserad metod, ingår i översikten. Det vetenskapliga underlaget räckte dock inte för att bedöma om denna ger liknande effekter. SBU påpekar att detta inte behöver innebära att metoden är ineffektiv och borde sluta användas, utan att effekterna behöver studeras vidare. ◆ **RL**

Om kommentaren

Arbetsfrämjande åtgärder för personer med funktionsnedsättning som söker arbete. Stockholm: SBU, 2018. Sakkunnig: fil dr Johanna Gustafsson, Örebro universitet. Kontaktperson SBU: Susanna.Larsson.Tholen@sbu.se
Den systematiska översikt som kommenteras är: Nøkleby H, et al. Supported Employment for arbeidssøkere med bistandsbehov. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017. Hela kommentaren på www.sbu.se/2018_06

SBU BEREDER

Värdebaserad vård – kunskapen brister

ZIZI MENTOS / SHUTTERSTOCK

På uppdrag av regeringen har SBU kartlagt kunskapsläget för så kallad värdebaserad vård, som är ett ramverk för att organisera och utveckla vård. Utredningen visar att det finns förhållandevis lite forskning om ramverket som helhet med dess sex delar. De studier som gjorts har ofta brister, och tillämpningarna varierar. SBU:s systematiska litteratursökning fann 36 artiklar som uppfyllde urvalskriterierna. Studierna gäller främst enskilda komponenter som inte är specifika för värdebaserad vård utan som ingår i flera andra modeller och ramverk, exempelvis mätning av utfall och kostnader. ◆ **RL**

Värdebaserad vård. Kartläggning av kunskapsläget. SBU Bereder, nr 285 (2018). Projektledare SBU: Jenny.Odeberg@sbu.se www.sbu.se/285

Nya metoder för att bekräfta hjärndöd är fortfarande omogna

Diagnosen total hjärninfarkt (hjärndöd) ställs oftast efter neurologisk undersökning. Vid exemeplvis ansiktsskada, drogpåverkan eller nedkylning behövs även kontraströnt-gen av hjärnans blodkärl, fyrkärlsangiografi. SBU har utrett tillförlitligheten av två alternativ: angiografi med datortomografi (CTA) och diffusionsviktad magnetkameraundersökning (dMRI). Projektgruppen bedömde att CTA fortfarande är under utveckling, och att det finns för få studier av dMRI för att bedöma metoden. ◆ **RL**

Bilddiagnostik vid misstanke om total hjärninfarkt. Underlag till Socialstyrelsen. SBU Bereder, nr 282 (2018). Projektledare SBU: Agneta.Pettersson@sbu.se Läs på: www.sbu.se/282

SBU KARTLÄGGER

BRIST PÅ KUNSKAP OM INSATSER FÖR SJÄLVFÖRSÖRJNING

Det behövs systematiska litteraturöversikter om effekterna av olika metoder för att utreda och hjälpa biståndsmottagare att bli självförsörjande. Det konstaterar SBU efter en kartläggning som endast fann fem systematiska översikter i forskningslitteraturen – något som eventuellt också avspeglar en brist på effektstudier på området. Kunskapsläget är oklart när det gäller vilka metoder som fungerar bäst för att utreda klienters behov och ge stöd så att de kan hitta boende, hantera sina skulder, få arbete och sysselsättning. ◆ **RL**

Om kartläggningen

Ekonomiskt bistånd – kunskapsläget för utredning och insatser. Kontaktperson på SBU: Goran.Bertilsson@sbu.se Läs mer på http://www.sbu.se/274

SBU har nya riktlinjer för personuppgifter

NEXUSB / SHUTTERSTOCK

Dataskyddsförordningen (GDPR, *general data protection regulation*) gäller som lag i alla EU:s medlemsländer från och med den 25 maj 2018. SBU har med anledning av att dataskyddsförordningen GDPR trätt i kraft uppdaterat sina riktlinjer för myndighetens behandling av personuppgifter.

Läs mer på vår webbplats: www.sbu.se/personuppgifter

MEDICINSK OCH SOCIAL
Vetenskap & Praxis

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 • www.sbu.se • E-POST registrator@sbu.se
TWITTER @sbu_se • FACEBOOK @SBUkunskapscentrum • GRAFISK DESIGN Alenäs Grafisk Form
TRYCK Elanders, Falköping 2018 • 4 nr per år, 145 000 ex • ISSN 1104-1250

SBU-NÄMNDEN

Kerstin Nilsson (ordf)
ÖREBRO UNIVERSITET

Peter Allebeck
FORTE

Heike Erkers
AKADEMIKERFÖRBUNDET SSR

Vesna Jovic
SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING SKL

Jan-Ingvar Jönsson
VETENSKAPSRÅDET

Lars-Torsten Larsson
SOCIALSTYRELSEN

Stefan Nordqvist
STATENS INSTITUTIONSSTYRELSE

Lars Oscarsson
ERSTA SKÖNDAL HÖGSKOLA

Jenny Rehnman
SOCIALSTYRELSEN

Sineva Ribeiro
VÅRDFÖRBUNDET

Heidi Stensmyren
SVERIGES LÄKARFÖRBUND

Anders Sylvan
VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING

Elisabeth Wallenius
FUNKTIONSRÄTT SVERIGE

Magnus Wallinder
SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING SKL

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, KAROLINSKA INSTITUTET

Mussie Msghina
DOCENT, ÖVERLÄKARE, PSYKIATRI, KAROLINSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

Lars Sandman
PROFESSOR, VÅRDETIK, 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 VÅRDCENTRAL, SKÖVDE

Christina Bergh
PROFESSOR, KVINNOKLINIKEN, SU/SAHLGRENSKA, GÖTEBORG

Anna Ehrenberg
PROFESSOR, OMVÅRDNAD, HÖGSKOLAN DALARNA

Ingemar Engström
PROFESSOR, PSYKIATRI, ETIK, ÖREBRO UNIVERSITET

Nils Feltelius
DOCENT, LÄKEMEDELSVERKET

Sten-Åke Stenberg
PROFESSOR, SOCIAL FORSKNING, STOCKHOLMS UNIVERSITET

Katarina Steen Carlsson
FIL DR, HÄLSOEKONOMI, IHE LUND

SBU AKTUELLT

FORTE TALKS: VÄLFÄRD FÖR FRAMTIDEN

Arr: Forskningsrådet för hälsa, arbete och välfärd, Forte

Tid och plats: 26–27 mars, 2019
Nacka Strandsmässan, Stockholm

www.fortetalks.se

BARNRÄTTSDAGARNA 2019

Årligt möte om barnrätt

Arr: Barnombudsmannen och Stiftelsen Allmänna Barnhuset

Tid och plats: 9–10 april, 2019
Conventum, Örebro

www.barnrattsdagarna.se

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT INTERNATIONAL

Årligt möte i HTAi

Tid och plats: 15–19 juni, 2019
Köln, Tyskland

www.htai2019.org

GUIDELINES INTERNATIONAL NETWORK, G-I-N

Arr: G-I-N och Joanna Briggs Instituter

Tid och plats: 30 okt–2 nov, 2019
Adelaide, South Australia, Australien

www.g-i-n.net

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

SAMMANFATTNINGAR 2017–2018

Sammanfattningar från 2018 finns endast digitalt [DIG] på sbu.se
Alla tryckta sammanfattningar som listas nedan är kostnadsfria

[DIG] Intraoperativ kolangiografi vid kolecystektomi (2018), nr 292s, *finns endast digitalt*
[DIG] Organisatoriska modeller f att barn/unga i familjehem el på institution ska få ... vård (2018), 289s, *endast digitalt*
[DIG] Psykologiska behandlingar och psykosociala insatser i rättspsykiatrisk vård (2018), nr 287s, *finns endast digitalt*
[DIG] Läkemedelsbehandling inom rättpsykiatrisk vård (2018), nr 286s, *finns endast digitalt*
[DIG] Värdebaserad vård (2018), nr 285s, *finns endast digitalt*
[DIG] Diagnos och behandl av epilepsi (2018), 281s, *end digit*
[DIG] Öppenvårdsinsatser för familjer där barn utsätts för våld och försummelse (2018), nr 280s, *endast digitalt*
[DIG] Behandlingsfamiljer för ungdomar med allvarliga beteendeproblem (2018), nr 279s, *finns endast digitalt*
[DIG] Ljusbehandling och systemisk behandling av psoriasis (2018), nr 278s, *finns endast digitalt*
[DIG] Endometrios – diagnostik, behandl, bemötande (2018), nr 277s, *finns endast digitalt*
.....ex Välfärdsteknik – digitala verktyg som social stimulans för äldre ... med risk för psykisk ohälsa (2017), nr 268s
.....ex Insatser för bättre psykisk och fysisk hälsa hos familjehemsplacerade barn (2017), nr 265s
.....ex Kartläggn av syst översikter rättspsyk (2017), nr 264s
.....ex Behov av praktiknära forskning ... (2017), nr 263s
.....ex Behandling av armfraktur hos äldre (2017), nr 262s
.....ex Arbetsmiljö, hjärt-kärlsjukdom & kemi (2017), nr 261s
.....ex Patientdelaktighet i vården (2017), nr 260s
.....ex Op sten i gallblåsan & akut gallblåseinfl (2017), nr 259s
.....ex FAS och FASD (2017), nr 258s

PATIENTINFORMATION ETC

Kostnadsfria, om inget annat anges

.....ex Arbetsmiljö och ohälsa. Frågor & fakta (2017), nr 401-19
.....ex Att leva med osteoporos och mötet med vården (2017)
.....ex För närstående t långvarigt sjuka äldre (2016), nr 401-17
.....ex Ny kunskap kan hjälpa kvinnor som fött barn (förlossn.skador) (2016), nr 902-27
.....ex Bättre behandling (2015), nr 1004. 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 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

MILJÖMÄRKT 3041 0242 TRYCKSAK

STATISTIK

Viktigt att belysa osäkerhet även i fråga om kostnader

Att det finns osäkerhet om kostnaderna för att uppnå en viss nytta är besvärligt för beslutsfattare. Samtidigt kan det vara en högst väsentlig upplysning.

SBU tar fram underlag som ska vara så gedigna som möjligt. Det innebär att även osäkerhet i uppgifterna ska tydliggöras. Ett aktuellt exempel: När gallblåsan opereras bort, finns risken att de djupa gallgångarna skadas. Bland de 13 000 personer per år som genomgår ingreppet uppstår sådana skador hos 30–40 patienter. En tredjedel av dessa får allvarliga, i värsta fall livshotande skador som kan kräva omfattande kirurgi och ge långvarigt lidande med nedsatt livskvalitet.

SBU:S UTVÄRDERING AV den samlade forskningen visar att det möjligen blir färre skador när de djupa gallgångarna rutinmässigt röntgas vid ingreppet, och inte bara i de fall som kirurgen bedömer att det är nödvändigt. I Sverige undersöks nästan alla patienter i samband med att gallblåsan tas bort – en rutin som har ifrågasatts, eftersom andra länder röntgar utvalda fall.

I en hälsoekonomisk modell gör SBU uppskattningen att sju allvarliga gallgångsskador undviks årligen genom att röntgenundersökningen görs rutinmässigt i stället för selektivt. Rutinen beräknas kosta 14,5 miljoner kronor mer per år, samtidigt som kostnaderna för gallgångsskador beräknas minska med närmare 6 miljoner kronor.

ATT RÖNTGENUNDERSÖKA alla som opereras, i stället för utvalda fall, beräknas kosta omkring 300 000 kronor per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (QALY)* – en kostnadsnivå som exempelvis Socialstyrelsen brukar beskriva som måttlig. Den ökade användningen av röntgen antas också resultera i ett nytt cancerfall under en tvåårsperiod.

Den hälsoekonomiska modellen kräver dock att man utifrån befintlig forskning gör en del antaganden om hälsoeffekter och kostnader. Detta medför en osäkerhet. I en så kallad känslighetsanalys – en viktig del av hälsoekonomisk utvärdering – redovisas därför hur skilda antaganden slår. Enligt analysen blir utfallet allt från en kostnadsbesparing till en kostnad på upp till 700 000 kronor per vunnet QALY. Det är ett spann som beslutsfattare kan behöva räkna med. ◆ **RL**

LEONELLO CALVETTI / GETTY

Om rapporten

Intraoperativ kolangiografi vid kolecystektomi. Ordf: Doc Claes Jönsson, Karolinska inst och Karolinska universitetssjukhuset
Projektledare SBU: Jan.Adolfsson@sbu.se
Fullständig rapport finns på www.sbu.se/292

*ett levnadsår med full livskvalitet

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

SBU-RAPPORTER

Priset på de tryckta rapporterna är exkl moms och frakt. Beloppet faktureras. Rapporter från 2018 finns endast digitalt [DIG] *på sbu.se och kan inte beställas.*

[DIG] Intraoperativ kolangiografi vid kolecystektomi (2018), nr 292, *finns endast digitalt*
[DIG] Organisat modeller f att barn/unga i familjehem eller på inst ska få ... vård (2018), nr 289, *end digit*
[DIG] Psykologiska behandlingar och psykosoc insatser i rättspsyk vård (2018), nr 287, *endast digitalt*
[DIG] Läkemedelsbehandling inom rättpsykiatrisk vård (2018), nr 286, *finns endast digitalt*
[DIG] Värdebaserad vård (2018), nr 285, *endast digitalt*
[DIG] Diagn och behandl av epilepsi (2018), 281, *end digit*
[DIG] Öppenvårdsinsatser för familjer där barn utsätts för våld och försummelse (2018), nr 280, *end digitalt*
[DIG] Behandlingsfamiljer för ungdomar med allvarliga beteendeproblem (2018), nr 279, *endast digitalt*
[DIG] Ljusbehandling och systemisk behandling av psoriasis (2018), nr 278, *finns endast digitalt*
[DIG] Endometrios – diagnostik, behandl, bemötande (2018), nr 277, *finns endast digitalt*
.....ex Välfärdsteknf äldre m risk f psyk ohälsa (-17), nr 268
.....ex Insatser för bättre psykisk och fysisk hälsa hos familjehemsplacerade barn (2017), nr 265, 150 kr
.....ex Kartläggn av syst översikter rättspsykiatrisk vård (2017), nr 264, 150 kr
.....ex Behov av praktiknära 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 f 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 gallblåseinflammation (2017), nr 259, 150 kr
.....ex Fetalt alkoholsyndrom (FAS) och fetala alkoholspektrumstörningar (FASD) (2017), nr 258, 200 kr
.....ex Värdera effektiv i klin vardag (-16), nr 256, 150 kr
.....ex Skakvåld, syst litteraturövers (2016), nr 255, 150 kr
.....ex Behandl 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 förloss (2016), nr 249, 200 kr
.....ex Behandl av hetsätningsstörn (2016), nr 248, 200 kr
.....ex Fosterdiagn med NGS (2016), nr 247, 200 kr
.....ex Fosterdiagn med mikroarray (2016), nr 246, 200 kr
.....ex Prev akut smärta fr rygg/nacke (-16), nr 245, 200 kr

JA TACK, JAG VILL GÄRNA PRENUMERERA KOSTNADSFRITT PÅ:

☐ Nyheter om SBU via e-post
☐ SBU:s tidning *Vetenskap & Praxis*

Dataskyddsförordningen (GDPR, General Data Protection Regulation) gäller som lag i alla EU:s medlemsländer från och med den 25 maj 2018. SBU har med anledning av att GDPR trätt i kraft uppdaterat sina riktlinjer kring hur myndigheten behandlar personuppgifter. När du anger att du vill prenumerera på Vetenskap & Praxis sparas dina personuppgifter i ett digitalt system och används endast för att vi ska kunna skicka denna tidning till dig. Du kan när som helst säga upp din prenumeration. Vi raderar då dina personuppgifter. När du köper våra rapporter kan vi, förutom namn och adressuppgifter, behöva spara kort- eller bankkontouppgifter med hänsyn till annan lagstiftning och för att kunna fakturera. Läs mer om hur vi hanterar dina personuppgifter på vår webbplats: www.sbu.se/personuppgifter