

Vetenskap & Praxis

Information från SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering



Forskarna måste visa hela bilden

Det drabbar människors liv och hälsa när resultaten av klinisk forskning rapporteras på ett ofullständigt, svårtillgängligt och missvisande sätt. Därför försöker många länder motverka problemen – trots avsevärda hinder.

Läs vidare på sidan 2 ►

SBU – KUNSKAPSCENTRUM FÖR VÅRDEN OCH SOCIALTJÄNSTEN

Nya rapporter Kontinuitet i vården 4 • Terapiverktyg vid ångest 8

Vulvodyni/vestibulit 15 • Lipödem 18

LÄS OCKSÅ OTILLGÄNGLIG EVIDENS 2 • LÄGET PÅ LAGRET 2 • TOLVSTEGSINSATS & ALKOHOL 6 • ETISKA ASPEKTER 10
VIDEOÅTERKOPPLING TILL FÖRÄLDRAR 13 • TERMER 16 • POSTCOVID: FORSKNINGSFRÅGOR 17 • EVIDENSLÄGET 19 • ANSTÄLLNING VID
INTELLEKTUELL FUNKTIONSNEDSÄTTNING 22 • PSYKISK SJUKDOM EFTER FÖRLOSSNING 22 • PSYKIATRI: HELDYGNSVÅRD AV UNGA 24

Känsligt läge på lagret

GROVT FÖRENKLAT kan man kanske beskriva SBU:s utvärderingar som ett slags konsumentvägledning för vård och socialtjänst, med evidensbaserade och producentoberoende testfakta om olika insatser. Alla väsentliga testresultat som den samlade forskningen ger – tänkbara för- och nackdelar med olika alternativ och jämförelser av vad man får respektive inte får för de offentliga resurserna – är ett nödvändigt beslutsunderlag för professioner och beslutsfattare, och är ibland livsavgörande för patienter och brukare.

SBU undersöker vilka insatser som har visats ge bäst effekt med minsta möjliga risk för skada, tar reda på hur vetenskapligt tillförlitliga dessa resultat är och visar vilka testfakta som fortfarande saknas. Kostnaderna för olika insatser ställs mot effekterna, och etiska konsekvenser av olika handlingsalternativ analyseras.

Något som SBU däremot inte granskar är den faktiska tillgången på insatser och behandlingsalternativ. Och detta är avgörande information för verksamheterna. Kunskap om bästa sättet att använda olika verktyg hjälper ju föga utan själva verktygen.

DETTA KAN LÅTA självklart. Det är ju inte särskilt märkligt att läkemedelsförråd plötsligt gapar tomma, om buffertlagren medvetet har avvecklats. Ingen borde förundras över att det saknas beredskapsreserver av skyddsutrustning som en gång har köpts in för dyra pengar, om föräldrade produkter har kasserats i stället för att gradvis bytas ut.

Långt innan pandemin bröt ut inleddes en statlig utredning om lämpliga lager och leveranser. Utredarna konstaterar i sitt första delbetänkande (SOU 2021:19) att företagens och vårdgivarnas strävan att pressa lagerkostnaderna i vissa fall har fått förödande konsekvenser för sjuka och hjälpbehövande i vård och omsorg. Mantrat *just-in-time* – att försöka leverera alla varor just i det ögonblick som de behövs och inte i förväg – förvandlas till ett *not-in-time* eller *not-at-all*, skriver utredarna. Att vi därför plötsligt kan få brist på sådant som behövs för att avvärja akut livsfara, varaktigt allvarlig funktionsnedsättning, för tidig död, svår kronisk sjukdom eller smitta av personal och andra patienter beskriver utredningen som ”ett reellt och allvarligt hot mot människors liv och hälsa”. Det handlar alltså om ett stort lidande.

LAGREN AV SJUKVÅRDSPRODUKTER i Sverige måste öka, konstaterar utredarna. Det gäller läkemedel, medicinteknik, personlig skyddsutrustning och vissa medicinskt viktiga livsmedel. För vård som inte kan anstå ska skyldigheten att hålla lager regleras i tydliga lagtexter.

Men det räcker förstås inte. Nästan lika viktigt som att ha ett lager är till exempel att ha koll på saldot. Enligt utredningen kan de flesta regioner inte se i sina lagersystem hur mycket läkemedel de själva har i lager utanför sjukhusapoteken, eller var dessa finns. Noll koll där är en ganska allvarlig brist – och det är bara ett av alla problem som utredningen tar upp. Delbetänkandets* 1 300 sidor visar varför svensk vård och omsorg ibland står utan nödvändiga verktyg, med förödande konsekvenser för sjuka och hjälpbehövande. Ska redskapen finnas snabbt till hands när de behövs måste det också finnas en beredskap.



Ragnar Levi Chefredaktör

forts Forskarna måste visa hela bilden

NÄR FORSKARE REDOVISAR sina fynd måste de ofta göra ett urval, men helhetsbilden måste ändå vara rättvisande. Alla relevanta studier måste redovisas öppet och huvudresultaten i varje studie poängteras, oavsett om fynden talar för eller emot en viss insats.

Så ser idealet ut. Men selektiv och snedvriden rapportering av resultat är i själva verket ett stort problem inom behandlingsforskningen.¹ Studier som inte tydligt och med statistisk säkerhet gynnar den testade insatsen publiceras ibland med stor fördröjning – eller i värsta fall inte alls. Rapporter med ogynnsamma eller otydliga resultat syns också sällan i välkända tidskrifter och citeras mindre frekvent av andra forskare. Sådan snedvridning kallas i litteraturen *publication bias* och ger beslutsfattare, professioner och patienter en sammantaget förvrängd bild av nyttan av behandlingen.² En sådan skev helhetsbild skulle kunna påverka vårdbeslut och leda till att de ofta knappa resurserna satsas fel.

VINKLING MÄRKS även i forskares urval av resultat från enskilda studier, så kallad *outcome reporting bias*.² Till exempel kan författaren flytta fokus från de centrala utfallen i studien till mer perifera som har visat större utslag. Följden blir att behandlingseffekterna överdrivs.^{3,5} Därför anses det högst olämpligt att forskare utifrån sina resultat omformulerar en fråga från början central forskningsfråga som perifer, och i stället betonar mindre väsentliga utfall. Om en behandling till exempel inte påverkar sjuklighet och dödlighet, och det var dessa frågor som studien främst gällde, får inte artikelförfattaren fokusera på enstaka lovande labbvärden.

Vinklad publicering, i litteraturen även kallat *spin*, är långt ifrån nytt inom forskningen.⁴ Många tänkbara orsaker har föreslagits,⁵ bland annat att tillverkare och sponsorer vill att forskningen ska gynna försäljningen av deras produkter. En annan möjlig orsak är att vetenskapliga tidskriftsredaktörer och forskare önskar spännande resultat som väcker uppmärksamhet och som gagnar verksamheten och karriären.

Att vissa forskningsresultat hamnar i skymundan beror dock inte enbart på snedvriden publicering. En del forskningsrapporter är svåråtkomliga. Så kallad *grå litteratur* vid sidan av gängse vetenskapliga tidskrifter är ibland osynlig i vanliga forskningsdatabaser.⁶ Hit hör opublicerad före-

* Utredningen ska slutredovisas den 28 februari 2022.

tagsinformation, akademiska avhandlingar från olika länder, statliga utredningar och rapporter från myndigheter, regioner och kommuner. Många vetenskapliga tidskrifter tar fortfarande rejält betalt och låser in artiklar bakom betalväggar, trots internationella och nationella initiativ för öppen tillgång, *open access*.

MÅNGA LÄNDER KÄMPAR dock för bättre insyn inte minst i offentligt finansierad forskning och för full öppenhet med dess resultat. EU-kommissionen vill åstadkomma så kallad *öppen vetenskap*, bland annat genom att underlätta tillgång till och återanvändning av forskningsdata och resultat.⁷ Öppen vetenskap ska enligt kommissionen tillåta insyn och fynden ska vara allmänt tillgängliga.

Den brittiska strategin *Make it public* som sjösattes inom National Health Services (NHS) år 2020 syftar till fri tillgång till forskningsinformation genom att förbättra hur studierna registreras, deltagarna informeras och resultaten rapporteras.⁸ Ett åtgärdsprogram i tio punkter har antagits av NHS medicinska forskningsmyndighet. Se faktabruta.

I SVERIGE HAR kritiker framfört att det måste ställas tydligare krav på svenska forskare att publicera slutrapporter av kliniska studier.⁹ I januari 2021 gick organisationen Transparimed och Cochrane Sverige ut med propåer^{9,10} på området, bland annat att svenska myndigheter och forskningsfinansiärer borde ställa sig bakom och tillämpa Världshälsoorganisationens utlåtande¹¹ om offentliggörande av kliniska forskningsresultat. I samband med pandemin ställde sig svenska



Vetenskapsrådet uttryckligen bakom¹² brittiska forskningsfonden Wellcome Trusts uppmaning¹³ till forskare, tidskrifter och forskningsfinansiärer att se till att resultat och data som har relevans för hanteringen av coronaviruset snabbt delas och görs öppet tillgängliga.¹⁴ I detta sammanhang rekommenderade också Vetenskapsrådet att forskningsdata som finansieras av offentliga medel ska publiceras öppet på nätet inom skäligen tid efter att resultaten har publicerats – dock med undantag bland annat av data som är upphovsrättskyddade.¹²

SÅ LÄNGE SOM BERÖRDA beslutsfattare, forskare, professioner och patienter bara får se valda delar av det vetenskapliga underlaget, kvarstår risken för en skev helhetsbild. Då kan behandlingar, som i själva verket är ineffektiva eller till och med skadliga, felaktigt uppfattas som gynnsamma och kostnadseffektiva. ♦ **RL**

BRITTIKT TIO PUNKTS PROGRAM

1. Ställ tydliga transparenskrav på forskare och finansiärer
2. Vägled, utbilda och kommunicera tydligt om önskat beteende
3. Tillämpa ett välfungerande och samordnat system för godkännande av forskningsprojekt
4. Påminn forskare och finansiärer om tidpunkten då projekten ska redovisas
5. Samverka med aktörer som finansierar, kontrollerar och publicerar forskning för att få enhetliga och samordnade transparenskrav
6. Premiera önskat beteende och uppmärksamma brister
7. Sätt in åtgärder när forskare och finansiärer inte uppfyller kraven
8. Säkerställ registrering av samtliga studier i landet som inte har medgivits undantag
9. Publicera och dela tillgänglig information om enskilda studier och deras resultat
10. Samverka med aktörer som gör informationen begriplig för allmänheten

Källa: NHS Health Research Authority, 2020.

Referenser

1. Dwan K, et al, for the Reporting Bias Group. Systematic review of the empirical evidence of study publication bias and outcome reporting bias. *PLoS ONE* 2013;8:e66844.
2. Page MJ, et al. Investigating and dealing with publication bias and other reporting biases in meta-analyses of health research: A review. *Res Syn Meth* 2021;12:248-59.
3. Bruckner T. Clinical trial transparency: A guide for policy makers. Transparency International, et al, 2017. Nerladdad från <https://www.transparimed.org/reports>
4. Boutron I, et al. Reporting and interpretation of randomized controlled trials with statistically non-significant results for primary outcomes. *JAMA* 2010;303:2058-64.
5. Chiu K, et al. "Spin" in published biomedical literature: A methodological systematic review. *PLoS Biol* 2017;15:e2002173.
6. Schöpfel J. Towards a Prague definition of grey literature. Twelfth international conference on grey literature: Transparency in grey literature. Nerladdad från https://archivesic.ccsd.cnrs.fr/sic_00581570
7. EU-kommissionen. Open Science Policy Platform Recommendations, https://ec.europa.eu/research/openscience/pdf/integrated_advice_opspp_recommendations.pdf
8. NHS Health Research Authority. Make it public. Transparency and openness in health and social care research. July 2020. Nerladdad från <https://www.hra.nhs.uk/>
9. Engelmars S. Stora brister i rapporteringen av kliniska studier. *Tidningen Curie*, Vetenskapsrådet, 2021-01-13. Nerladdad från <https://www.tidningencurie.se>
10. Bruckner T. Results are missing for over two hundred drug trials involving Swedish patients. Artikel nerladdad från <https://www.transparimed.org/single-post/results-are-missing-for-over-two-hundred-drug-trials-involving-swedish-patients>
11. WHO. Joint statement on public disclosure ... <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/clinical-trials/ictpr-jointstatement-2017.pdf>
12. Vetenskapsrådet. Dela forskningsdata och resultat för hantering av Coronaviruset. Nyhet på www.vr.se februari 2020.
13. Wellcome Trust. Sharing research data and findings relevant to the novel coronavirus (COVID-19) outbreak. Pressmeddelande 31 januari 2020 på <https://wellcome.org/>
14. Vetenskapsrådet. Samordning av öppen tillgång till forskningsdata. Statusrapport. ISBN 978-91-88943-33-0.

Vårdrelation Fast kontakt kan spela stor roll för många hälsa

Att få träffa samma läkare eller annan vårdpersonal kan innebära färre förtida dödsfall, sjukhusinläggningar och akutbesök för två stora och långvarigt sjuka patientgrupper. Det visar SBU:s granskning av betydelsen av hög kontinuitet genom fast vårdkontakt.

DEN SAMLADE FORSKNINGEN tyder på att kontinuitet i relationen med vårdpersonal kan ha stor betydelse för patienter som är kroniskt lungsjuka eller har allvarlig psykisk sjukdom.

Högre kontinuitet kan i båda fallen innebära lägre risk att dö i förtid, enligt den samlade forskningen. Vid astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) noteras även färre sjukhusinläggningar och akutbesök samt lägre hälso- och sjukvårdskostnader. Vid allvarlig psykisk sjukdom ses högre livskvalitet hos patienterna och färre akutbesök. Forskningsresultatens tillförlitlighet varierar för olika tillstånd och utfall, på grund av metodologiska svagheter i studierna. Men att resultaten pekar åt samma håll gör helhetsbilden tydligare.

UTVÄRDERINGEN FOKUSERAR på betydelsen av relationskontinuitet för överlevnad och vårdkonsumtion vid sådana långvariga och behandlingskrävande tillstånd. Inverkan på vårdpersonalens arbete och deras upplevelser ingick däremot inte. SBU har gjort två systematiska översikter – den ena av 15 artiklar om patienter med astma eller KOL och den andra av 17 artiklar om patienter med schizofreni, svår depression eller bipolär sjukdom. De flesta av studierna är inte experimentella utan stora så kallade observationsstudier – närmare bestämt registerstudier från Asien, Europa och Nordamerika vad gäller lungsjukdomar och från Europa och USA när det gäller de psykiatriska tillstånden.

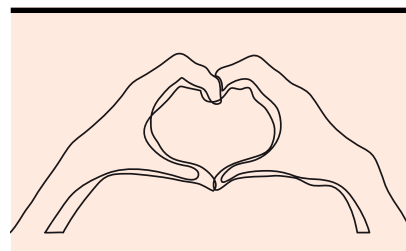
RAPPORTEN UNDERSTRYKER att de hälsoekonomiska scenarierna i rapporten inte ska betraktas som förutsägelser. En

osäkerhet i siffrorna är att kostnader påverkas av hur vården organiseras och kan förändras med tiden. Scenarierna illustrerar i stället vad olika minskningar i vårdkonsumtion skulle kunna motsvara i kronor, bland annat utifrån svenska nationella och regionala registerdata och skattade kostnader vid olika grad av vårdutnyttjande i landet. Scenarierna tyder på att högre relationskontinuitet kan minska kostnaderna med hundratal miljoner kronor om året, jämfört med dagens nivå, för akutmottagningsbesök och vid astma/KOL även för sjukhusinläggningar. SBU har dock inte beräknat vilka investeringar som kan behövas för att uppnå högre kontinuitet.

ETT KAPITEL OM etiska aspekter noterar att gällande lagar – bland annat hälso- och sjukvårdslagen samt patientlagen – beskriver kontinuitet som ett värde i sig. Författarna resonerar om möjligheten att relationskontinuitet påverkar andra värden som trygghet och delaktighet i vården. Det är tänkbart att möjligheterna att långsiktigt bygga förtroendefulla vårdrelationer påverkar kommunikationen mellan patienter och personal och därmed även inverkar på patienternas möjligheter att delta i vårdbeslut.

Kapitlet diskuterar också den balansgång mellan kontinuitet och tillgänglighet som vården förväntas klara. Medan relationskontinuitet kan vara särskilt viktigt för patienter med kroniska sjukdomar och komplexa vårdbehov, kan personer som bara tillfälligt söker vård prioritera hög tillgänglighet. Här kan det uppstå en värdekonflikt i vården.

JÄMFÖRT MED ANDRA OECD-länder brister svensk vård i kontinuitet. En rad utredningar och rapporter har efterlyst ökad kontinuitet i vårdens styrning, organisation och arbetssätt. SBU:s rapport klarlägger vad personlig kontinuitet kan betyda för många människors hälsa och för vårdkostnader i två stora och långvarigt sjuka patientgrupper. ♦ **RL**



SHUTTERSTOCK

Kontinuitet

SBU:s utvärdering gäller *relationskontinuitet* – att patienten har en fortgående vårdrelation med en och samma vårdpersonal, till exempel fast kontakt med en och samma läkare. Vårdrelationen kan utvecklas och bidra till trygghet, förtroende, tillit och ansvar. Den ger också möjlighet till gemensam kunskap och ömsesidig förståelse för åsikter och prioriteringar.

Andra former av kontinuitet som beskrivs i den vetenskapliga litteraturen, men som SBU-rapporten inte omfattar, är *informations-* respektive *managementkontinuitet*. Kontinuitet i fråga om information betyder att uppgifter delas eller överförs så att olika vårdgivare och vårdnivåer har tillgång till samma information om en persons sjukdoms- och vårdhistoria, sociala situation och önskemål. Kontinuitet i ledning och styrning, *management*, syftar på att vården organiseras så att den blir konsekvent och samordnad utifrån individens tillstånd och skiftande behov, oavsett utförare och vårdnivå.

Om rapporten

SBU. Kontinuitet i vården. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska och etiska aspekter (2021). SBU-rapport nr 329. Projektledare SBU: Per.Lytsy@sbu.se Fullständig rapport med sammanfattning finns på www.sbu.se/329



SBU:S SLUTSATSER KONTINUITET I VÅRDEN

Vid jämförelse av högre i förhållande till lägre relationskontinuitet har följande framkommit:

- För personer med **astma** eller **KOL** ger högre relationskontinuitet i vården:
 - lägre risk att dö i förtid (låg tillförlitlighet)
 - lägre risk för sjukhusinläggning i måttlig till hög utsträckning (måttlig tillförlitlighet)
 - lägre risk för akutmottagningsbesök (låg tillförlitlighet)
 - lägre hälso- och sjukvårdskostnader (låg tillförlitlighet).
- Utifrån hälsoekonomiska scenarionanalyser baserade på resultaten på vårdutnyttjande medför högre relationskontinuitet för personer med **astma** eller **KOL**:
 - 30–60 procent färre sjukhusinläggningar. I Sverige skulle detta kunna innebära besparingar i storleksordningen 235–470 miljoner kronor per år för sjukhusvistelser.
 - 10–60 procent färre akutmottagningsbesök. I Sverige skulle detta kunna innebära besparingar i storleksordningen 16–100 miljoner kronor per år för den typen av besök.

► För personer med **allvarlig psykisk sjukdom** ger högre relationskontinuitet i vården:

- lägre risk att dö i förtid (låg tillförlitlighet)
- lägre risk för akutmottagningsbesök (låg tillförlitlighet)
- förbättrad livskvalitet (låg tillförlitlighet).
- Utifrån hälsoekonomiska scenarionanalyser baserade på resultaten för vårdutnyttjande medför högre relationskontinuitet för personer med **allvarlig psykisk sjukdom**:
 - 5–15 procent färre akutmottagningsbesök. I Sverige skulle detta kunna innebära besparingar i storleksordningen 2–7 miljoner kronor per år för den typen av besök.

Skattningarna av vårdutnyttjande och relaterade kostnadsförändringar ska ses som exempel på vad förbättrad relationskontinuitet skulle kunna innebära i en svensk kontext, snarare än som underlag för långsiktiga prognoser eller överföring till personer med andra kroniska sjukdomar. Kostnadsresultaten är känsliga för förändringar i vårdorganisation och över tid, och inkluderar inte kostnader i andra delar av vården.

För personer med astma eller KOL kan

relationskontinuitetens betydelse för följsamhet till läkemedelsbehandling samt upplevelsen av vården och hanterbarheten av sjukdomen inte bedömas utifrån det vetenskapliga underlaget.

För personer med allvarlig psykisk sjukdom kan relationskontinuitetens betydelse för risken för sjukhusinläggning, hälso- och sjukvårdskostnader, symtom och funktion, samt följsamhet till läkemedelsbehandling inte bedömas utifrån det vetenskapliga underlaget.

Resultaten för de två studiepopulationerna som undersökts är samstämmiga i bemärkelsen att högre grad av relationskontinuitet har ett samband med gynnsamma effekter. Resultaten kan ses som en indikation på att relationskontinuitet skulle kunna vara av betydelse även vid andra kroniska tillstånd, somatiska såväl som psykiska.

De effekter av relationskontinuitet som har utvärderats i forskningen rör framför allt medicinska värden. I den etiska analysen framhålls att andra aspekter och konsekvenser av relationskontinuitet, som patienters delaktighet, trygghet och säkerhet i den behandling och vård de får, kan ha andra värden utöver medicinska effekter.



PROFFSLEDD TOLVSTEGSINSATS ÖKAR CHANSEN TILL VARAKTIG NYKTERHET

Jämfört med vanliga behandlingar vid skadligt alkoholbruk, som KBT och motivationshöjande behandling (MET), ger professionellt ledd behandling enligt tolvstegsmodellen lika god effekt – i vissa avseenden något bättre. Fyra studier tyder samtidigt på lägre kostnader. Det visar en systematisk översikt som SBU har granskat.

COCHRANE-ÖVERSIKTEN, i vilken de flesta av studierna är från USA, visar att olika professionellt ledda

tolvstegsinsatser i högre utsträckning leder till varaktig nykterhet än kognitiv beteendeterapi, KBT, och MET. Upp till tre år efter behandlingen var fler deltagare som fått tolvstegsinsatser fortfarande nyktra.

Tolvstegsbehandling var dock likvärdig med de andra behandlingarna i fråga om andelen nyktra dagar, drickandets omfattning och förekomsten av alkoholrelaterade konsekvenser.

Tolvstegsinsatserna har som del av sin målsättning att engagera deltagarna i Anonyma Alkoholister (AA), som är en

självhjälpsorganisation. I studierna är det dock professionellt ledda insatser som har jämförts med annan behandling, och inte självhjälpsgrupperna i sig, framhåller SBU i sin kommentar.

När studierna jämförde olika typer av korta hänvisande insatser för att öka deltagandet i AA noterades också en skillnad. Insatser som aktivt motiverade och slussade vidare personerna till deltagande i AA-grupper, och som följde upp att personerna deltog, ledde till något bättre varaktig nykterhet än sådana som bara informerade om AA.



ANTONIODIAZ/SHUTTERSTOCK

Enligt översikten finns det generellt starkare vetenskapligt stöd för tolvstegsprogram som är manualbaserade än för sådana som inte är det, och detta gäller även korta hänvisande insatser.

De fyra studier i översikten som hade undersökt kostnader tyder på att de professionellt ledde tolvstegsprogrammen förmodligen innebär lägre kostnader för hälso- och sjukvården än andra behandlingsinsatser.

Enligt översiktsförfattarna behövs det studier från andra länder för att se om resultaten gäller även där. SBU noterar

dock att översikten av oklara skäl utelämnar en publicerad nordisk undersökning, som hade gjort resultaten mer allmän-giltiga.

SBU KONSTATERAR vidare att en svaghet i underlaget är att insatsernas inriktning och omfattning varierar mellan studier – från begränsad rådgivning till strukturerad behandling med olika grad av manualstöd, och från enstaka, korta sessioner till omfattande program under flera månader. Även om översiktsförfattarna har tagit hänsyn till graden av manualstöd, är det oklart om de har beaktat andra skillnader mellan insatserna.

SBU:S GRANSKARE PÅPEKAR också att författarna frångår Cochranes egna riktlinjer när de bedömer risken för snedvriden rapportering som låg. Många av studieprotokollen hade nämligen inte förhandsregistrerats, och enligt riktlinjerna innebär detta hög eller oklar risk.

Ingen studie i översikten rapporterar livskvalitet, funktionsförmåga eller psykologiskt välbefinnande – viktiga utfall som enligt SBU:s kommentar bör ingå i framtida forskning. ♦ **RL**

Om kommentaren

Effekter av tolvstegsbehandling och korta insatser för att understödja deltagande i AA vid alkoholberoende. SBU, 2021. Sakkunnig: med dr Joar Guterstam, spec psykiatri o beroendemed, Karolinska inst. Granskare: Arne Gerdner, prof soc arbete, Hälsohögskolan, Jönköping. Projektledare SBU: Nils.Stenstrom@sbu.se Komm översikt: Kelly JF, et al. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. Cochrane Database of Syst Reviews 2020, Issue 3. Läs hela kommentaren på: www.sbu.se/2021_02



Tolvstegsmodell

Professionell tolvstegsbehandling använder "tolv steg för tillfrisknande" från självhjälpssgrupperna Anonyma Alkoholister (AA). All tolvstegsbehandling förespråkar deltagande i AA under och efter avslutad behandling, men professionell tolvstegsbehandling är inte detsamma som självhjälpssgrupperna i AA. Behandling enligt tolvstegsmodellen sker vanligtvis i grupp, antingen på behandlingshem eller inom öppenvård. Omfattning och intensitet varierar. I den kommenterade översikten ingår både korta insatser för att främja deltagande i AA:s självhjälpssgrupper och behandlingsprogram under flera månader, båda med eller utan stöd av en manual. Professionella tolvstegsinsatser leds oftast av alkohol- och drogbehandlare med egen erfarenhet av beroende och tolvstegsprogram.

TRAVELLING-LIGHT / DREAMTIME.COM

För vuxna som har ångest inför att umgås med andra ("social fobi") ger KBT-program som de går igenom på egen hand – efter sedvanlig diagnostik men utan vidare samtalskontakt med behandlare – möjligen likvärdig effekt som grupp-KBT. Och för vuxna med hälsoångest ("hypokondri") är sådan internetförmedlad KBT möjligen likvärdigt med traditionell individuell KBT på kort sikt – men långsiktigt kanske något sämre. Vid andra psykiatriska tillstånd är det oklart hur programmen står sig gentemot annan behandling. SBU:s nya utvärdering pekar också på etiska frågor.

Psykiatri Nätverktyg kan lindra som annan kbt vid social ångest

INTERNETFÖRMEDLAD KBT (iKBT) kan vara till hjälp vid en del psykiatriska tillstånd. Det är ett slags program för eget arbete enligt KBT, där kontakten med behandlare begränsas sig till kortfattad skriftväxling. År 2013 jämförde SBU sådana program med att enbart stå på väntelista. Myndighetens nya utvärdering visar att det fortfarande är ont om studier som jämför programmen med andra behandlingsalternativ, vid olika psykiatriska tillstånd. En del jämförelser av effekt har gjorts i forskningen – framför allt när det gäller vuxna. I övrigt är det knappt med sådan kunskap.

DET FINNS VISSA belägg för att iKBT hos vuxna med diagnosen social ångest kan ha likvärdig effekt på symtomen som vanlig kbt i grupp, även efter sex månader. Om effekten verkligen visar sig vara likvärdig, skulle iKBT kunna vara ett kostnadsbesparande behandlingsalternativ vid detta tillstånd, skriver SBU.

Hos vuxna med diagnostiserad hälsoångest ger iKBT möjligen likvärdig symptomlindring som traditionell individuell kbt på kort sikt. Samtidigt visar resultaten för denna patientgrupp att iKBT långsiktigt kan vara något sämre.

I FRÅGA OM DEPRESSION och annan psykisk sjukdom är effekten av iKBT jämfört med annan behandling mestadels oviss. Det har visats att iKBT som tillägg till sedvanlig behandling i primärvård av lindring till måttlig depression hos vuxna

möjligtvis ger en liten tilläggs effekt på symtomen (i snitt 2,5 poäng på den så kallade BDI-II-skalan) upp till ett halvår efter behandling. Men det är oklart om skillnaden kvarstår över tid och om tillägget av iKBT påverkar funktionsförmågan eller medför nackdelar.

UTVÄRDERINGEN, SOM ÄVEN diskuterar etiska frågor, visar att det behövs fler studier som jämför internetförmedlad och sedvanlig behandling vid olika diagnoser, för personer i olika åldrar. Om fortsatta studier bekräftar att effekten är likvärdig vid en viss diagnos, skulle behandlingskostnaderna kunna minska och resurser frigöras för fler patienter och andra insatser inom psykiatin. Men om iKBT tillåts tränga undan traditionell behandling, riskerar personer som har svårigheter med internetförmedlad behandling att få sämre tillgång till vård, framhåller SBU.

Vid eventuellt ökad användning av internetbaserad behandling bör jämlikhets- och rättvisaspekter övervägas och individens behov av vård bedömas, så att patienter med likvärdiga behov också får jämlik tillgång till behandling. I rådande kunskapsläge är det viktigt att fortsätta följa upp och utvärdera iKBT i kliniska verksamheter. ♦ **RL**

Om rapporten

SBU. Internetförmedlad psykologisk behandling. Jämförelse med andra behandlingar vid psykiatrisk syndrom (2021). SBU-rapport nr 337. Projektledare SBU: Monica.Hultcrantz@sbu.se. Fullständig rapport med sammanfattning finns på www.sbu.se/337



Terapi på egen hand

Efter sedvanlig professionell diagnostik går klienten stegvis igenom terapin på egen hand på nätet under en period på 6–12 veckor. Det stöd som behandlaren ger är begränsat till kortfattad skriftväxling på distans. Innehållet är uppdelat i moduler, där varje modul innehåller information, övningar och hemuppgifter ungefär motsvarande en traditionell terapiesession. Klienten arbetar med innehållet några timmar i veckan för att lära sig strategier och nå sina behandlingsmål. Återkoppling ges via webben, där klienten också kan ställa frågor till sin terapeut. Behandlingen kan anpassas till olika speciella behov och åldrar.

Innehållet i internetförmedlad psykologisk behandling bygger oftast på kognitiv beteendeterapi (KBT), men det har även utvecklats program som bygger på interpersonell psykoterapi (IPT) och psykodynamisk terapi (PDT).



SBU:S SLUTSATSER INTERNETFÖRMEDLAD PSYKOLOGISK BEHANDLING

► För vuxna personer med diagnosen **social ångest** är iKBT på kort och lång* sikt möjligen likvärdigt med KBT i grupp i fråga om effekten på symtom, funktionsförmåga och livskvalitet (låg tillförlitlighet). Förutsatt att effekten är likvärdig skulle iKBT kunna vara ett kostnadsbesparande behandlingsalternativ.

► För vuxna personer med diagnosen **hypokondri/hälsoångest** är iKBT möjligen likvärdigt med traditionell individuell KBT i fråga om effekten på symtom och funktionsförmåga på kort sikt (låg tillförlitlighet), men samtidigt är risken för kvarvarande symtom på längre sikt möjligen något större med iKBT (låg tillförlitlighet).

► För vuxna personer som har diagnosen **depression** och som får sedvanlig behandling kan tillägg av iKBT kortsiktigt minska symtomen ytterligare något (låg tillförlitlighet). Effekterna på lång sikt kan inte bedömas, och därmed inte heller kostnadseffektiviteten.

► För barn och ungdomar går det inte att bedöma effekterna av iKBT, jämfört med andra behandlingsalternativ, för någon av de granskade diagnoserna.

► Trots att det har bedrivits forskning på iKBT under många år finns det fortfarande relativt få studier som jämfört effekterna med andra relevanta behandlingsalternativ. Det behövs fler sådana studier för samtliga diagnoser och åldersgrupper som granskats.

Alla Sveriges regioner erbjuder iKBT till vuxna, och femton regioner erbjuder det även till barn och unga med ångest eller depression (enligt uppgifter från SKR). Det behövs fler studier för att kunna bedöma för vilka diagnoser och åldersgrupper iKBT skulle kunna vara ett likvärdigt alternativ till andra behandlingar. I rådande kunskapsläge är det viktigt att fortsätta följa upp och utvärdera iKBT i kliniska verksamheter.

I flera studier av iKBT som tillägg till sedvanlig vård vid lindrig till måttlig depression framkommer det att följsamheten till den internetförmedlade behandlingen är bristfällig. Det är tänkbart att bristande följsamhet försämrar resultaten för den individuella patienten. Det kan även tyda på svårigheter att genomföra behandlingen så som den är tänkt.

Man behöver även vara uppmärksam på de etiska aspekter som kan aktualiseras vid internetförmedlad psykologisk behandling. Behandling via internet skulle potentiellt kunna öka tillgången till behandling. Om effekten skulle visa sig vara likvärdig, och iKBT därmed skulle vara ett kostnadsbesparande behandlingsalternativ, skulle det finnas en potential att frigöra resurser för de patienter som behöver andra typer av insatser. Det finns samtidigt en potentiell risk att iKBT i praktiken tränger undan traditionell behandling och att grupper som kan ha svårt att tillgodogöra sig behandling via internet därigenom får en försämrad tillgång till vårdinsatser.

Om internetförmedlad behandling införs behöver därför jämlikhets- och rättvisaspekterna utvärderas och övervägas, och individens behov av vård bedömas, så att patienter som kan ha svårt att tillgodogöra sig sådan behandling inte får försämrad tillgång till vård.

* Minst sex månader.



Valet av insats är ibland ett etiskt vägval

Vilka insatser som erbjuds inom vård och socialtjänst har att göra med vad som anses vara ett gott liv och hur samhället ska främja detta. Innan en insats införs i vård och omsorg – eller fasas ut – måste beslutsfattare veta hur väl den stämmer med verksamhetens värdegrund och mål. Det är därför SBU belyser etiska aspekter i många av sina utvärderingar.

A TGÄRDER INOM VÅRD och omsorg har etisk betydelse. Syftet är att göra gott och inte skada. Verksamheten ska bygga på alla människors lika värde och olika behov, där störst behov ska ges högst prioritet. Vad insatserna kostar ska stå i rimlig proportion till den hälsa och livskvalitet som blir resultatet. Individens integritet och självbestämmande ska respekteras.

I lägen då det är svårt att uppnå samtliga mål samtidigt, ställs verksamheten inför etiska dilemman. Olika etiska värden måste vägas mot varandra. Särskilt tydligt blir detta i omtvistade frågor som dödshjälp, genetisk screening, genmodifiering och sen abort. Men även vardagliga beslut om diagnostik, behandling och omvårdnad kan innebära etiskt betydelsefulla avvägningar och gränsdragningar. Att klargöra vad som ligger i vågskålen vid olika handlingsalternativ ingår i SBU:s utvärdering av etiska aspekter.

DET ÄR OFTA VIKTIGT, även ur etisk synvinkel, att analysera de ekonomiska följderna av olika beslut. Insatser som kostar mycket utan att vara till större nytta riskerar att tränga undan sådant som verkligen behövs. Detta går stick i stäv med rådande lagar och den etiska plattform som gäller för verksamheten. Vidare är vissa metoder etiskt diskutabla

för att de inskränker individens och de närståendes självbestämmande, oberoende och integritet. Att använda sådana metoder bland sköra och utsatta människor som har svårt att ge uttryckligt samtycke kan vara etiskt högst problematiskt – även om syftet anses gott.

ATT BESKRIVA OCH DISKUTERA etiska aspekter av olika insatser är därför en naturlig del av SBU:s uppdrag, och det ingår i myndighetens större utvärderingar som utgör beslutsunderlag för vård och omsorg.

Syftet är inte att bedöma vilka insatser som bör genomföras eller inte. I stället handlar det om att analysera hur olika insatser kan inverka på värden med koppling till hälso- och sjukvårdslagens mål om god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen, och till sociallagstiftningens mål om skälig levnadsnivå och goda livsvillkor.

Att belysa etiska frågor om åtgärder och användningsområden som är bristfälligt studerade är en särskild utmaning. När metoder är helt nya eller har blivit föråldrade saknas det ofta studier som jämför effekterna med alla aktuella alternativ. Vetenskaplig osäkerhet om metodernas nytta, risker och kostnader kan försvåra etiska resonemang. Följderna av olika beslut är svårare att förutse.

VIDARE ÄR DET viktigt att komma ihåg att etiska konsekvenser kan variera mellan individer, grupper, situationer, platser och tidpunkter. Följderna beror på sammanhanget – till exempel var, när, hur och för vem en diagnosmetod eller behandling är avsedd. En insats som några uppfattar som etiskt okontroversiell kan av andra anses oacceptabel eller högst tvivelaktig. Även om verksamheten har en värdegrund som alla bekänner sig till, kan individens inställning till specifika insatser skilja sig åt och dessutom förändras med tiden.

MENINGEN MED att belysa etiska aspekter av olika insatser är alltså att visa vilka värden som står på spel – att tydliggöra etiska dilemman, målkonflikter och skilda perspektiv så att de beslut som fattas kan bli mer genomtänkta.

Bland annat kan det vara viktigt att överväga insatsernas inverkan på

- **jämlikhet och rättvisa:** Riskerar användning av insatsen att medföra ojämlik och orättvis tillgång till vård- och omsorgsresurser?
- **autonomi:** Har patienten/brukaren möjlighet att förstå och delta i besluten då insatsen ska användas? Påverkar insatsen personens möjlighet till självbestämmande i andra situationer? ►



- **integritet:** Hur påverkar insatsen personens och närståendes fysiska och personliga integritet?
- **tredje part:** Hur påverkas tredje part (till exempel donatorer, närstående och biologiska släktingar, surrogatföräldrar) med avseende på jämlikhet, rättvisa, autonomi, integritet, hälsa och livskvalitet?

ÄVEN INVERKAN PÅ vårdens och omsorgens struktur och finansiering kan ha etisk betydelse. Hit hör frågor om

- **kostnadseffektivitet:** Hur är balansen mellan insatsens kostnader och patientnytta?
- **resursfördelning och organisation:** Finns det begränsningar som kan påverka vilka som får tillgång till insatsen eller som kan leda till att annan vård och omsorg får mindre utrymme? Kan fördelningen av vård- och omsorgsresurser i befolkningen påverkas, och

vilka gynnas eller missgynnas i så fall? Stämmer detta med allmänt accepterade riktlinjer för prioritering, så att fördelningen kan anses bli rättvis? Enligt gällande prioriteringsregler ska insatser som avser stora behov av hälso- och sjukvård prioriteras före små eller obetydliga behov.

- **regelverk:** Har insatsen betydelse för något som regleras i gällande lagar?

INSATSER INOM VÅRD och omsorg kan också ha betydelse för människors värderingar och intressen. Vad som betraktas som önskvärt påverkas bland annat av vad som är praktiskt möjligt. Till exempel kan nya diagnos- och behandlingsmetoder ändra synen på vad som är sjukligt, vilka diagnoser som ska sökas och vad som bör behandlas. Därför finns det skäl att beskriva hur en insats förhåller sig till

- **professionernas värderingar:** Kan värderingar inom berörda vårdprofessioner påverka användningen av insatsen och därmed leda till en ojämlig tillgång till den? Hur påverkas vårdpersonalens handlingsfrihet och möjligheter att fullfölja sina arbetsuppgifter enligt rådande yrkesetik? Spelar metoden någon roll för yrkesidentiteten?
- **sociala normer:** Hur fungerar metoden enligt olika livsåskådningar – står metoden i strid med religiösa, politiska eller kulturella övertygelser?
- **särintressen:** Finns det särintressen som kan påverka användningen av insatsen och därmed leda till en ojämlig tillgång till den? Har forskare, beslutsfattare, innovatörer eller tillverkare egna intressen av att metoden används? Att den utvärderas?

SBU:S UTVÄRDERINGAR av den vetenskapliga litteraturen visar både på befintlig kunskap och kunskapsluckor. Forskningsetiska aspekter kan bli aktuella i

- **fortsatt forskning:** Om det saknas vetenskapligt underlag om insatsens effekt, finns det etiska och/eller metodologiska problem med att bedriva studier?
- **tidigare forskning:** Finns det indikationer på att de studier som ligger till grund för utvärderingen har genomförts på ett sätt som innebär forskningsetiska problem?

SLUTLIGEN MÅSTE OLIKA långsiktiga etiska konsekvenser diskuteras, som inverkan på samhällsstruktur och kultur. Att använda en metod kan till exempel leda till nya moraliskt betingade krav. När man börjar undersöka människor för att upptäcka en viss sjukdom, kommer många av dem som får en diagnos också att förvänta sig effektiv terapi. Detta kan förändra samhällets syn på sjukdomen, indikationerna för behandling, individens och sjukvårdens ansvar samt relationen mellan patient och läkare. Påverkas patienternas självuppfattning eller deras ställning och anseende i samhället?

Utvärdering av etiska aspekter av medicinska och sociala metoder innebär att beskriva balansen mellan sannolika etiska fördelar och risken för etiska nackdelar. Det handlar om frågor som angår de flesta människor – som möjligheten till självbestämmande, integritet och värdighet. I förlängningen handlar det om inverkan på de berörda individernas mänskliga rättigheter. ♦ **RL**

Referenser

- Heintz E, et al. Framework for systematic identification of ethical aspects of healthcare technologies: the SBU approach. *Int J Technol Assess Health Care* 2015;31:124-30.
- Hofmann B. Towards a procedure for integrating moral issues in HTA. *Int J Technol Assess Health Care* 2005;21:312-8.
- SBU. Kapitel 13. Etiska aspekter. I: Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: en metodbok. Stockholm: SBU, 2020. Nerladdad 2021-09-14. Tillgänglig på www.sbu.se/metodbok.

ETIK

Studiet av moraliska fenomen och föreställningar. Man undersöker och reflekterar över hur egna och andras värderingar och handlingsmönster ser ut och motiveras. Argument och principer som kan anföras för och emot olika sätt att handla i olika situationer analyseras, tolkas, ifrågasätts och systematiseras.

Etik är sedan gammalt en gren av såväl filosofin som teologin. Ordet etik härstammar

från två grekiska ord som är besläktade; *éthos* (vana, sedvänja, oskriven lag) och *ethos* (ståndpunkt, inställning, sinnelag). Ordet moral kommer från latinet och betyder sed, sedvänja, bruk, och rör människors praktiska och faktiska handlande.

Källor: Nationalencyklopedin och Statens medicinetiska råd.



ROZHNOSKAYA TANVA / SHUTTERSTOCK

Först filmas barn och föräldrar i vardagssituationer. Sen får föräldrarna se korta sekvenser där de har bemött sitt barn på ett lyhört sätt. Insatsen är beteendeorienterad och bygger på delad upplevelse av samspelen samt inläring genom imitation, så kallad modellinläring. Insatsen kan ges enskilt eller i grupp.

FILMAT SAMSPEL KAN BIDRA TILL FÖRÄLDRARS LYHÖRDHET FÖR BARNET

Föräldrar som har psykiska och sociala problem kan bli mer lyhörda för sina småbarns behov när de får återkoppling med video av hur de samspelar med dem. Det visar en välgjord systematisk översikt som SBU har kommenterat.

ÖVERSIKTEN HAR PUBLICERATS av forskarnätverket Cochrane. Författarna har undersökt om videoåterkoppling har effekt på föräldrars lyhörighet för sina barns behov och på barnens anknytning till föräldrarna.

Författarnas slutsats är att videoåterkoppling kan bidra till att föräldrarna blir känslomässigt mer lyhörda. Däremot finner de liten eller ingen evidens för att insatsen påverkar så kallad trygg anknytning, barnets beteende eller föräldrarnas stress och ångest.

Översikten bygger på 22 randomise-

rade eller kvasiexperimentella* studier av sammanlagt 1 889 familjer och konstellationer av barn och föräldrar, däribland familjehems- och adoptionsföräldrar. Studierna hade gjorts i Storbritannien, Italien, Litauen, Nederländerna, Norge, Portugal och Tyskland samt två i Nordamerika. De vuxna hade olika typer av psykiska och sociala problem och barnen kunde vara adopterade, vara för tidigt födda, ha hörsel- och synnedsättning

Om kommentaren

Videoåterkoppling för att stärka föräldrars lyhörighet – samspeleinervention för riskgrupper. SBU, 2021. Sakkunnig: prof Anna Sarkadi, socialmed, Uppsala univ. Granskare: doc Pia Risholm Mothander, klin psykol, Stockholms univ. Projektled SBU: Therese.Astrom@sbu.se. Komment översikt: O'Hara L, et al. Video feedback for parental sensitivity and attachment security in children under five years. Cochrane Database of Syst Rev 2019, Issue 11. Läs hela kommentaren: www.sbu.se/2021_03

eller tidiga utagerande beteendeproblem. Samtliga barn var under fem år och bedömdes ha riskfaktorer för att utveckla så kallad otrygg anknytning – otrygga känslomässiga band till de omsorgspersoner som de söker sig till när de är oroliga eller rädda.

DET FINNS FLERA insatser som använder videoåterkoppling i syfte att stärka föräldrars lyhörighet för barnen. I Sverige används till exempel metoden *Marte Meo*. I studierna användes bland annat *Video-feedback intervention to promote positive parenting* eller varianter av denna metod, *Video interaction guidance* och *Video-feedback of infant-parent interaction* som är en mer strukturerad form av *Marte Meo*.

Videoåterkopplingen jämfördes med standardbehandling, inaktiv intervention (som ett telefonsamtal eller några hembesök) eller ingen insats alls. Studier där videoåterkoppling ingick som en del av en kombinerad insats togs inte med i översikten.

ÄVEN OM LYHÖRDHET är en viktig föräldraförmåga, behöver ökad lyhörighet inte leda till att föräldrarna mår bättre, skriver SBU:s sakkunniga i kommentaren. I fråga om barnens beteende noterar SBU att dessa observationer i studierna var färre och att uppföljningstiderna sällan var längre än tre månader. Det kan behövas fler och längre studier för att bedöma eventuell effekt.

SBU efterlyser studier i Sverige som inriktas på någon av metoderna i översikten. Det behövs även studier som gäller andra målgrupper och som prövar betydelsen av att insatsen ges med olika intensitet, i hemmiljö eller på mottagning.

FÖRÄLDRARS LYHÖRDHET handlar om deras förmåga att se och bekräfta barnet samt deras känslighet för barnets behov. Detta anses ha stor betydelse för barnets möjlighet att utveckla en trygg anknytning till föräldern. Otrygg anknytning hos barn är på gruppnivå kopplat till mer kamratproblem och utagerande beteendeproblem. Det senare är i sin tur en betydande riskfaktor för problem i skolan och olika slags utanförskap längre fram i livet. ♦ **RL**

* Studier där deltagarna fördelas till de insatser som jämförs på annat sätt än med lottning – något som minskar resultatens tillförlitlighet.

Det behövs fler välgjorda behandlingsstudier av så kallad provocerad vulvodyni – vestibulit – en intensiv beröringssmärta runt slidöppningen som drabbar samliv, vardagsaktiviteter och livskvalitet. I befintlig forskning har endast vissa kombinerade fysioterapeutiska åtgärder visats kunna minska samlagssmärta och förbättra sexuell funktion.

Vulvasmärta Bättre kunskap behövs om föga känt tillstånd

DIAGNOSEN PROVOCERAD vulvodyni ställs utifrån sjukdomshistoria och gynundersökning. Så fort slemhinnan kommer i kontakt med något eller töjs uppstår en intensiv, brännande smärta. Vården bygger på flera olika strategier – ofta smärtbehandling, rehabilitering av bäckenbottenmusklernas funktion och psykosocialt stöd.

I FRÅGA OM DE FLESTA behandlingar går det inte att avgöra om dessa är bättre än placebo eller andra metoder, visar SBU:s utvärdering. Det gäller såväl olika lokala och generella läkemedelsterapier som kirurgi och psykologisk behandling, till exempel varianter av kognitiv beteendeterapi och mindfulness.

Många av metoderna har visserligen testats vetenskapligt, fast vanligen bara i någon enstaka studie och sällan med många deltagare.

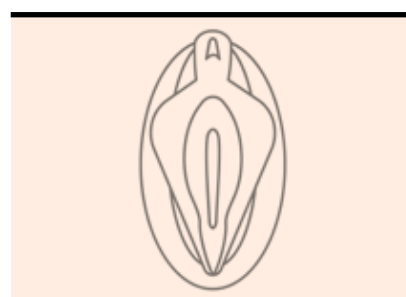
ETT UNDANTAG FINNS. Kombinerade fysioterapeutiska åtgärder som manuell behandling, patientutbildning, bäckenbottenmuskelträning och hemövningar kan ge en betydelsefull minskning av samlagssmärta samt förbättra sexuell funktion, jämfört med lokalbedövning med lidokainsalva. Och vid uppföljning sex månader efter avslutad behandling verkar effekterna kvarstå.

Det saknas också välgjorda studier av metoder som kan komplettera och för-

bättra den kliniska diagnostiken. Detta kan dock anses vara ett mindre problem än bristen på bra behandlingsstudier, enligt utvärderingen som är ett regeringsuppdrag. En erfaren kliniker kan oftast ställa diagnosen provocerad vulvodyni utifrån det som patienten berättar och fynden vid gynekologisk undersökning.

FORTSATT FORSKNING ÄR nödvändigt för att ta reda på vilka typer av behandling som ger bäst effekt. Den mycket låga tillförlitligheten i forskningsunderlaget behöver inte betyda att metoderna saknar effekt. Men det betyder att man inte vet hur bra eller dåliga de är. Därmed blir det extra viktigt att följa upp enskilda patienters nytta av eventuella behandlingsförsök och att patienten får veta hur kunskapsläget ser ut.

KUNSKAPSBRISTEN BLIR etiskt problematiskt om den leder till att vården förbiser tillståndet. Enligt en kartläggning från Socialstyrelsen 2018 upplever många kvinnor med provocerad vulvodyni att de möts av bristande kunskap när de väl söker hjälp för sina problem, och det kan därför ta lång tid att få en korrekt diagnos. Detta talar för att det behövs utbildning om tillståndet bland gynekologer, allmänläkare och andra vårdprofessioner som först möter kvinnorna när de söker för sina problem, skriver SBU:s projektgrupp. ♦ **RL**



ART STUDIO G / SHUTTERSTOCK

Brännande smärta

Provocerad vulvodyni drabbar främst unga kvinnor. Dess orsaker är inte klarlagda, men fysiologiska och psykologiska faktorer antas samverka. Lätt beröring, tryck eller töjning av slemhinnan runt slidöppningen ger en brännande smärta som i många fall är så intensiv att det inte går att använda tampong, ha vaginalt samlag eller undersökas gynekologiskt. Många har också svårt att cykla och bära trånga byxor. Tillståndet är komplext och medför sänkt livskvalitet för både kvinnan och eventuell partner. Den sexuella och reproduktiva hälsan kan också drabbas långsiktigt.

Om rapporten

SBU. Diagnostik och behandling av provocerad vulvodyni. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, sociala och etiska aspekter (2021). SBU-rapport nr 326. Projektledare SBU: Karin. Wilbe.Ramsay@sbu.se Fullständig rapport med sammanfattning finns på www.sbu.se/326

VOVAGERIX / SHUTTERSTOCK



SBU:S SLUTSATSER PROVOCERAD VULVODYNI (VESTIBULIT)

► Det går inte att utifrån sammanställningen av vetenskapliga studier bedöma effekterna av läkemedelsbehandling vid provocerad vulvodyni, eftersom resultaten har mycket låg tillförlitlighet. Av samma skäl går det inte heller att bedöma effekter av de psykologiska behandlingsmetoder som har studerats (olika varianter av kognitiv beteendeterapi och mindfulness) och inte heller av kirurgisk behandling.

► Kombinerade fysioterapeutiska åtgärder (manuell behandling, patientutbildning, bäckenbottenmuskelträning och hemövningar) kan ge en betydelsefull minskning av samlagssmärta samt förbättra sexuell funktion, jämfört med lokal behandling med bedövningssalva (lidokain) (låg tillförlitlighet). Effekterna har visats kvarstå sex

månader efter avslutad behandling (låg tillförlitlighet).

► Det saknas välgjorda studier av diagnostiska metoder för provocerad vulvodyni.

► Det behövs fler välgjorda forskningsstudier om behandling av provocerad vulvodyni. Särskilt behövs studier som utvärderar effekten av kombinerade behandlingsmetoder och multiprofessionella insatser. För att kunna sammanväga studier och dra slutsatser om effekter är det önskvärt att ta fram överenskommelser om gemensamma utfallsmått (prioriterade utfall, eng *core outcome set*).

Ett stort antal behandlingsmetoder med olika verkningsmekanismer identifierades i utvärderingen. I de flesta fall fanns dock

endast en liten eller måttligt stor studie per behandlingsmetod. Detta begränsade möjligheterna att lägga samman resultat och dra vetenskapligt tillförlitliga slutsatser om effekter. Att underlaget har mycket låg tillförlitlighet är dock inte liktydigt med att behandlingsinsatserna saknar effekt. Det betyder däremot att det behövs fortsatt forskning för att förbättra kunskapsläget om effekterna av olika insatser vid provocerad vulvodyni.

Avsaknaden av vetenskapligt stöd för diagnostiska metoder kan ses som mindre problematisk, eftersom patientens sjukdomshistoria och fynden vid klinisk undersökning oftast är tillräckligt för att en erfaren kliniker ska kunna ställa diagnos.

Så används termerna på SBU

I SBU:s granskningar och sammanställningar av forskningsresultat återkommer vissa facktermer med specifik innebörd. Här är exempel från SBU:s metodbok.

evidens

forskningsresultat som är systematiskt sökta, relevans- och kvalitetsgranskade och sammanvägda, i ett medicinskt eller socialt vetenskapligt sammanhang

Vid avsaknad av evidens föreligger en vetenskaplig kunskapslucka. Evidensen avser alltid en tydligt formulerad fråga, till exempel vilken effekt en åtgärd har för en viss population eller hur ett samband ser ut i ett specifikt sammanhang.

Engelska: evidence

systematiskt fel

bias; snedvridning; ett resultatfel i forskningsprocessen som har uppstått i en studies upplägg, genomförande, effektbedomning, publikation eller annan hantering av resultaten, och som inte beror på slumpen

Engelska: bias

tillförlitlighet

giltigheten hos ett systematiskt sökt, relevans- och kvalitetsgranskat och sammanvägt forskningsresultat (evidens) bedömt utifrån:

- hur stor risken är för systematiska fel i studierna,
- hur mycket studierna motsäger varandra,
- i vilken grad som de studerade förhållandena skiljer sig från den aktuella frågan,
- hur stor den statistiska osäkerheten är samt
- hur stor risken är för snedvidden publicering av studier och resultat

Engelska (enligt GRADE-systemet): certainty

confounder

förväxlingsfaktor; störfaktor; faktor som är kopplad till både en intervention (eller exponering eller omständighet) och effekt, och som därför antingen kan dölja specifika samband mellan exponering och effekt eller skapa skenbara samband mellan exponering och effekt

Engelska: confounder; confounding factor

systematisk översikt

sammanställning av resultat från sådana studier som med systematiska och explicita metoder har identifierats, valts ut och bedömts kritiskt och som avser en specifikt formulerad fråga

Innehåller ofta men inte alltid en metaanalys. Ett viktigt syfte med systematiken är att minimera snedvridning.

Engelska: systematic review; systematic overview

metaanalys

statistisk analysmetod för att väga samman resultat från primärstudier av samma diagnosmetod, behandling eller intervention

Engelska: meta-analysis

primärstudie

vetenskaplig undersökning som innebär insamling och analys av originaldata

Skiljs från sekundärstudier, där tidigare insamlade data analyseras igen utifrån till exempel en ny forskningsfråga eller ett nytt perspektiv, exempelvis genom systematisk översikt.

Engelska: primary study

HTA

health technology assessment; tvärvetenskaplig process som använder specificerade utvärderingsmetoder för att bedöma värdet av en hälso- och sjukvårdsåtgärd i något stadium av dess livscykel, och som syftar till att ta fram ett beslutsunderlag som främjar likvärdig och effektiv hälso- och sjukvård av hög kvalitet

De åtgärder som utvärderas kan syfta till att förebygga, undersöka, behandla, befärma hälsa, rehabilitera eller till att organisera hälso- och sjukvård – till exempel testprocedurer, medicintekniska produkter, läkemedel, vacciner, ingrepp, terapier, program och system. Arbetet är formaliserat, systematiskt, transparent och använder bästa möjliga metodik (t.ex. systematiska översikter) för att ta fram bästa tillgängliga evidens. Såväl avsedda som icke avsedda konsekvenser jämförs för befintliga åtgärdsalternativ. Ofta innefattar detta klinisk effektivitet och säkerhet; kostnader och ekonomiska effekter; etiska, sociala, kulturella och juridiska aspekter; organisatoriska och miljömässiga aspekter; betydelse för patient, närstående, vårdare och befolkning.

evidenskartläggning

inventering av befintliga systematiska översikter (samt i vissa fall enskilda studier) inom ett område, i syfte att påvisa förekomst eller frånvaro av forskningsresultat som är systematiskt sökta, relevans- och kvalitetsgranskade och sammanvägda, och som utgör evidens eller vetenskaplig kunskapslucka.

Resultater i en evidenskarta.

Engelska: evidence map, evidence-and-gap map, systematic map

prioriterade utfall

överenskommet minimiurval av utfall (och utfallsmått) vilka prioriterats som särskilt viktiga att mäta och rapportera i studier av effekter

av insatser vid ett specifikt tillstånd

Såväl utfall som utfallsmått bör specificeras, det vill säga både vad som ska mätas och hur. Detta tas fram i projekt där en eller flera intressentgrupper gör en gemensam prioritering, och där samverkan med patienter och brukare är en särskilt viktig del av processen.

Engelska: core outcome set, COS

vetenskaplig kunskapslucka

forskningsfråga som aldrig har undersökts i någon systematisk översikt eller som endast har undersökts i systematisk översikt som

- har hög risk för bias på övergripande nivå, eller
- har som mest måttlig risk för bias på övergripande nivå och visar antingen avsaknad av studier av det enskilda utfallet eller ett sammanvägt utfall med mycket låg tillförlitlighet

Risken för bias på övergripande nivå i den systematiska översikten ska ha bedömts med något vedertaget instrument som Amstar, modifierad Amstar eller ROBIS. Tillförlitligheten i enskilda utfall i översikten ska ha bedömts med något vedertaget ramverk för evidensgradering, t.ex. GRADE.

Engelska: evidence gap

Lästips

- SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: en metodbok. Stockholm: SBU, 2020. Nerladdad 2021-09-14. Tillgänglig på www.sbu.se/metodbok
- INAHTA, et al. HTA glossary. Nerladdad 2021-09-14. Tillgänglig på <http://htaglossary.net>
- Comet initiative. Core outcome measures in effectiveness trials. Nerladdad 2021-09-14. Tillgänglig på www.comet-initiative.org
- Campbell collaboration. Evidence and gap maps. Nerladdad 2021-09-14. Tillgänglig på www.campbellcollaboration.org/evidence-gap-maps.html

POSTCOVID: FORSKNINGSFRÅGOR RANKADES AV FLERA BERÖRDA

Patienter, närstående och vårdpersonal, som kan ha en annan infallsvinkel än forskare, har ombetts att tillsammans prioritera forskningsfrågor om långvariga symtom efter covid-19. Resultatet har sammanställts av SBU till en samlad topplista.

SBU HAR PÅ SIN webbplats bett personer, som på olika sätt berörs av långvariga symtom, komplikationer och restbesvär av covid-19, bedöma vilka frågor som är mest angelägna att studera vetenskapligt. Vem som helst som själv hade, eller hade haft, långvariga symtom efter covid-19 eller som var närstående, vårdpersonal eller forskare inom området kunde medverka via SBU:s webbplats.

Inventeringen av frågor och prioriteringen av dessa gjordes enligt den brittiska organisationen James Lind Alliances metod. Syftet är att inte bara forskare och forskningsfinansiärer ska göra sådana bedömningar. Även andra berörda ska ges tillfälle att lyfta sina frågor – patienter, närstående och vårdpersonal som inte forskar själva. I detta projekt valde dock SBU att även låta forskare delta.

ARBETET INLEDDES med en bred inventering av önskemål om forskningsfrågor i en öppen enkät på webbplatsen. Sammanlagt 553 personer uttryckte intresse för att medverka, varav de flesta själva hade eller hade haft långvariga covid-19-symtom. Totalt inkom 1483 förslag som, efter gallring och kategorisering av SBU, formulerades som 97 övergripande forskningsfrågor.

SEDAN OMBADS deltagarna att var för sig och anonymt välja de tio viktigaste frågorna utifrån sin infallsvinkel som patient, anhörig, vårdpersonal och/eller forskare. Resultatet av denna första omröstning sammanställdes, och en bantad topplista delgavs samtliga deltagare som ombads rösta individuellt igen. Denna gång hade de alltså möjlighet att justera sitt val utifrån hur andra hade röstat.

DÄREFTER LISTADE SBU de 25 forskningsfrågor som totalt hade fått flest röster i den andra omgången. Detta urval gick ut till sex mindre arbetsgrupper, totalt 29 personer, med både patienter och vårdpersonal representerade i samtliga

grupper. Dessa fick i uppdrag att diskutera och utforma var sin topplista med tio frågor rangordnade efter angelägenhetsgrad.

DE SEX LISTORNA summerades slutligen av SBU i en samlad lista på tio forskningsfrågor som sammantaget hade getts högst prioritet, se ovan. Vilken plats som en fråga har fått på topplistan avspeglar gruppernas bedömning av angelägenhetsgrad.

Däremot avspeglar listan inte nödvändigtvis i vilken tidsordning som frågorna bör undersökas. Vissa av frågorna är så breda det kan krävas flera typer av studier för att besvara dem, medan andra ligger så nära varandra att de kanske kan besvaras inom ramen för samma studie eller forskningsprogram. ♦ **RL**

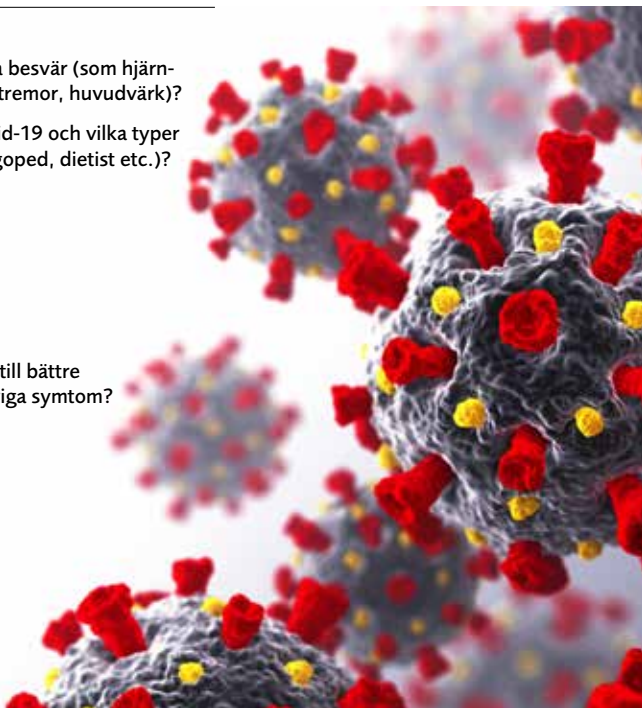
Om rapporten

SBU. Inventering och prioritering av forskningsfrågor gällande långvariga symtom vid covid-19 (postcovid). Prioritering baserad på James Lind Alliance metod (SBU); 2021. SBU-rapport nr 324. Projektledare SBU: Marie.Osterberg@sbu.se och Christel.Hellberg@sbu.se. Fullständig rapport med sammanfattning finns på www.sbu.se/324

Forskningsfrågor i fallande prioritetsordning*

- 1 Vilken behandling hjälper mot långvariga neurologiska symtom och kognitiva besvär (som hjärntrötthet, minnessvårigheter, koncentrationssvårigheter, fatigue, domningar, tremor, huvudvärk)?
- 1 Hur kan man optimera rehabiliteringsinsatser efter långvariga besvär vid covid-19 och vilka typer av insatser bör ingå (arbetsterapi, fysioterapi, insats av psykolog, kurator, logoped, dietist etc.)?
- 3 Vilken behandling är effektivast mot långvarigt nedsatt andnings- och syreupptagningsförmåga samt mot problem med andningsuppehåll?
- 4 Av vilken orsak utvecklar vissa personer långvariga symtom vid covid-19?
- 5 Hur kan man på ett objektivt sätt diagnostisera långvariga symtom, oavsett PCR-svar under det akuta skedet eller påvisbara antikroppar?
- 6 Kan utökad diagnostik för att undersöka vilka organ som är involverade leda till bättre behandling och motverka framtida komplikationer hos personer med långvariga symtom?
- 7 Varför är symtombilden olika hos olika personer med långvariga symtom?
- 8 Hur kan man i det akuta förloppet behandla personer för att förhindra att långvariga symtom vid covid-19 uppkommer?
- 8 Vilka kliniska fynd och organförändringar förekommer efter längre tid?
- 10 Har personer med långvariga symtom ett annorlunda immunsvär, exempelvis vad gäller t-celler, antikroppar, autoimmunitet?

* Siffran 1 anger högst prioritet. Samma siffror på två ställen innebär att frågorna har ansetts vara lika viktiga.



ISTOCKPHOTO

Ytterst lite är känt om hur vården bäst identifierar och hjälper personer med smärtsam fettansamling, så kallat lipödem. Bristen på evidens drabbar patienterna. Kunskapen skulle förbättras om man tog fram enhetliga diagnoskriterier, beskrev försöksdeltagarna tydligt och analyserade orsakerna till att vissa deltagare faller bort i studierna när behandlingseffekter ska följas upp.

Lipödem Diagnoskriterier och behandlingsstudier behövs

TYSKLAND, NEDERLÄNDERNA och Storbritannien har nationella riktlinjer för diagnostik och behandling av lipödem – men någon internationell konsensus om diagnoskriterier finns inte. Befintligt vetenskapligt underlag räcker inte heller för att fastställa hur väl olika behandlingsmetoder fungerar eller för att göra relevanta hälsoekonomiska beräkningar. Det visar SBU:s utvärdering, som är ett regeringsuppdrag.

Dessutom visar granskningen att det saknas studier av upplevelser och erfarenheter hos personer som lever med lipödem och hos dem som vårdar personer med sjukdomen.

DEN BEHANDLING SOM ges idag – bland annat kost- och motionsrådgivning, kompressionsbehandling och fettsugning – syftar till att lindra symtom och minska funktionsbegränsningar. Men effekterna är bristfälligt testade. Vad gäller

fettsugning har ingen av de åtta studier som identifierats använt kontrollgrupp. Försöksdeltagarna har beskrivits på ett bristfälligt sätt, och det finns risk för att urvalet av deltagare är snett. Jämförelser före och efter behandling har inte gjorts på individnivå, utan enbart för gruppen som helhet, och bortfallet i studierna har inte analyserats tillräckligt.

NÄR DET GÄLLER icke-kirurgiska metoder, till exempel kompressionsplagg, manuellt lymfdränage, fysisk aktivitet och olika dieter, fann SBU bara enstaka små studier. Och inget av behandlingsutfallen hade undersökts i mer än en studie.

Dagens brist på evidens när det gäller att identifiera och hjälpa personer med lipödem tas upp i SBU-rapportens kapitel om etiska aspekter. Avsaknaden av vetenskaplig kunskap kan bidra till både under- och feldiagnostik, skriver författarna. Det kan dröja orimligt länge

mellan den första vårdkontakten och korrekt diagnos. Personerna riskerar att inte få adekvat och jämlik vård. Ökad smärta och nedsatt funktionsförmåga kan gå ut över livskvaliteten och leda till sämre förutsättningar att fungera i arbete och privat (till exempel som förälder), nedsatt autonomi och sämre möjligheter att leva ett värdigt liv.

Diagnosen lipödem ställs genom att man väger samman sjukdomshistoria, symtom och klinisk bild, samt genom uteslutning av förväxlingsdiagnoser som lymfödem, Dercums sjukdom och fetma med ett BMI* över 30. ♦ **RL**

Om rapporten

SBU. Lipödem - diagnostik, behandling, upplevelser och erfarenheter (2021). SBU-rapport nr 326. Projektledare SBU: Helena.Domeij@sbu.se. Fullständig rapport med sammanfattning finns på sbu.se/327

* Body mass index (BMI) är kroppsvikten (kg) dividerat med kvadraten på kroppslängden (m).

SBU:S SLUTSATSER **LIPÖDEM**

► Det saknas vetenskapliga studier av metoder för diagnostik av lipödem inklusive metoder för att särskilja sjukdomstillståndet från möjliga förväxlingsdiagnoser.

► Det saknas vetenskapliga studier som på ett tillförlitligt sätt visar effekterna av olika metoder för att behandla lipödem respektive lindra symtomen.

► Det saknas vetenskapliga studier av personers upplevelser och erfarenheter av att leva med lipödem samt av erfarenheter inom hälso- och sjukvården av att vårda personer med lipödem.

► Det saknas vetenskapligt underlag för att göra relevanta hälsoekonomiska beräkningar.

En uppsättning internationellt överenskomna och vedertagna kriterier skulle kunna användas som en referensstandard i kommande studier av diagnostisk tillförlitlighet. Sådana studier behövs för att bedöma tillförlitligheten vid diagnostik av lipödem.

Det behövs också jämförande studier av effekterna av olika behandlingsmetoder samt studier av upplevelser och erfarenheter utifrån personen och hälso- och sjukvårdens

perspektiv. I framtida behandlingsstudier bör till exempel gruppens försöksdeltagare beskrivas tydligt. Orsaker till att vissa personer inte fullföljer studien bör undersökas. Behandlingsresultaten bör bedömas med standardiserade metoder.

Ur ett etiskt perspektiv finns en risk för ojämlig vård och påverkad autonomi. Avsaknad av vetenskapligt underlag kan leda till att personer med lipödem inte uppmärksammas av hälso- och sjukvården och inte får adekvat vård.

SVAR OM EVIDENSLÄGET INFÖR BESLUT

Så arbetar SBU:s upplysningstjänst med svar på avgränsade frågor.

För vem är tjänsten avsedd?

SBU:s upplysningstjänst riktar sig främst till dem som behöver ett beslutsunderlag i sitt arbete – personer i ledande befattning, verksamhetschefer, sektionschefer, områdesansvariga samt deras rådgivare och utredare.

Varför finns den?

Syftet är att ge kunskapsunderlag för strategiska beslut. Som regel ges svar inom tre månader, men SBU försöker också tillmötesgå behov av snabbare svar om frågan är mer akut, särskilt angelägen eller av stort allmänintresse.

Vilka frågor besvaras?

SBU:s upplysningstjänst svarar på frågor som rör vård och socialtjänst och som lämpar sig för SBU:s arbetsmetod. Det kan vara frågor om hälso- och sjukvård, tandvård, psykiatrisk vård, läkemedel och alternativmedicin eller insatser och bedömningsmetoder inom socialtjänst och området som berör funktionstillstånd/-hinder. SBU kan till exempel svara på om det finns

sammanställd forskning om behandling av olika sjukdomar och tillstånd.

Hur ställs frågorna?

Via SBU:s webbplats.* Tjänsten är kostnadsfri. Efter en tid kontaktas frågeställaren av SBU:s upplysningstjänst. Det är viktigt att frågan är avgränsad och strukturerad och möjlig att besvara med SBU:s arbetsmetoder. SBU:s utredare hjälper beslutsfattaren att formulera frågan tydligt.

Hur utformas svaren?

De utformas av SBU:s kansli, vid behov med stöd av ämnessakkunnig. Arbetet följer i stort myndighetens gängse metod för urval av litteratur, men bedömningen av risken för bias är begränsad. Eftersom svaren ska levereras snabbt, är de inte evidensgraderade eller bedömda av SBU:s råd och nämnd. Man kan få olika typer av svar. Oftast redovisas sökstrategi, urval av studier och en sammanfattning av resultaten. Ibland utgörs svaret enbart av referenser till vetenskaplig litteratur. ►

* www.sbu.se/fragaut
Fler svar på nästa sida.

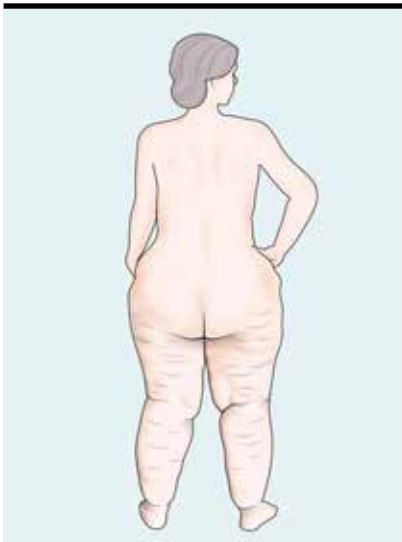


ILLUSTRATION: JAN FUNKE

Lipödem

Yttrar sig som smärtsam och trycköm fettansamling hos kvinnor på båda benen, höfterna och stussen, ibland även på armarna. Händer och fötter är oftast opåverkade. Fettet kan vara knöligt med indragna så kallade snörfår vid knän, fotleder och handleder som ger ansamlingen en manschett- eller muffliknande form.

Lipödem beskrivs dels utifrån svårighetsgrad, vilken avgörs av hudens utseende och underhudens konsistens, dels utifrån var på kroppen fettets sitter. Typ I betyder ansamling endast på stuss och höfter. Vid typ II finns fett på stuss och höfter ner till och med knäna och vid typ III ända ner till anklarna. Typ IV avser armarna och typ V endast underbenen. Kombinationer av dessa förekommer.

Lipödem anses ha en ärftlig komponent och kan uppstå när kroppens hormoner förändras som vid pubertet, graviditet eller klimakterium.

Napp mot plötslig spädbarnsdöd?



När barn under ett år avlider oväntat och utredning inte kan fastställa dödsorsaken, talar man om plötslig spädbarnsdöd. År 2019 registrerades 13 sådana fall i Sverige. Barnen löper betydligt större risk när de sover på mage i stället för på rygg. Att utsätta foster eller nyfödda för nikotin ökar också risken, liksom viss sovmiljö. Frågan har väckts om napp tvärtom kan minska risken. Socialstyrelsen bad SBU att söka efter evidens.

Efter litteratursökning och granskning fann SBU en norsk systematisk översikt från 2005 med måttlig risk för snedvridning. Översikten bygger på fem fall-kontrollstudier av totalt 5503 barn. Fyra andra översikter var relevanta men har hög risk för snedvridning. Den norska översiktens författare drog slutsatsen att samband finns mellan nappsugning och minskad risk för plötslig spädbarnsdöd, men ansåg det ovisst om kopplingen avspeglar ett orsaks-samband. SBU har inte analyserat resultatet utifrån svenska förhållanden. SBU fann sammanlagt 18 enskilda studier. Risken för bias i dessa har inte bedömts. ◆ RL

SBU:s svar finns på www.sbu.se/ut202115



KORNEVAKRISTINA / SHUTTERSTOCK

Tidig nappanvändning och amningsproblem

Amning etableras oftast under barnets första levnadsveckor. Eftersom användning av napp tillfredsställer barnets sugreflex har frågan väckts om det kan störa amningen att barnet suger på napp. Socialstyrelsen ställde frågan till SBU:s upplysningstjänst.

Strukturerad litteratursökning i fyra databaser identifierade inte någon systematisk översikt, däremot 13 olika studier av sambandet mellan nappintroduktion under de första levnadsveckorna och amning upp till tre månader. Elva är observationsstudier, där det är svårt att avgöra om eventuella amningsproblem kan ha orsakats av nappanvändning eller av andra faktorer.

SBU:s upplysningstjänst har inte bedömt risken för snedvridning i studierna och refererar därför inte resultaten. Studierna listas dock och beskrivs i tabeller. ◆ RL

SBU:s svar finns på www.sbu.se/ut202114

Självvald inläggning vid allvarlig psykisk sjukdom

Självvald inläggning på psykiatrisk vårdavdelning är en relativt ny vårdform för personer med allvarlig psykisk sjukdom och stort vårdbehov. Patienten bedöms kunna avgöra sitt eget behov av sjukhusvård och ges möjlighet till några dagars heldygnsvård utan att först bedömas av läkare. Förutsättningarna regleras i ett kontrakt som upprättas vid ett vårdplaneringsmöte.

Under vårdtiden ingår det oftast samtal med sköterskor och möjlighet att delta i aktiviteter på avdelningen. Kontakt med psykiater ingår sällan och förändringar i medicinering görs oftast inte.

På förfrågan från Socialstyrelsen har SBU undersökt vilka vetenskapliga studier som finns på området.

Forskningen på området är begränsad, och de studier som finns kommer främst från Skandinavien. Efter litteratursökning och relevansgranskning identifierades en systematisk översikt från 2015, i vilken risken för snedvridning bedömdes som hög. Bristerna gäller sättet att redovisa litteratursökningen och granskningen av studier. Översiktsförfattarna bedöms dock ha identifierat relevant publicerad litteratur.

Översikten inkluderar sex artiklar utifrån fyra studier med både kvantitativa och kvalitativa data. Deltagarna hade diagnoser som schizofreni och affektiv störning, i vissa fall med samtidigt allvarligt missbruk. Författarna

framhåller själva att resultaten är osäkra men drar slutsatsen att självvald inläggning kan öka autonomin och minska tiden i heldygnsvård bland patienter som har allvarlig psykisk sjukdom och hög vårdkonsumtion. Enligt översikten är vårdformen uppskattad av patienterna.

Utöver denna översikt identifierade SBU 27 enskilda studier av olika patientgrupper – kvantitativa eller kvalitativa studier, med eller utan kontrollgrupp. De kvalitativa studierna gäller upplevelser och erfarenheter hos patienter och vårdpersonal, och en av de övriga studierna gäller hälsoekonomi. SBU:s upplysningstjänst granskar dock inte risken för snedvridning i enskilda primärstudier. SBU beskriver även dessa arbeten i sitt svar till Socialstyrelsen men påpekar att resultaten kan vara otillförlitliga.

Självvald inläggning har använts för patienter med psykossjukdom, ätstörningar, emotionell instabilitet och självskadebeteende. Att erbjuda personer med dessa sjukdomstillstånd möjlighet att själva styra över inskrivningen syftar till att öka deras självbestämmande och förmåga att uppmärksamma signaler på försämring. Man hoppas dessutom kunna förebygga allvarliga försämringar och därigenom även minska behovet av tvångsvård och långa vårdtider. ♦ RL

SBU:s svar finns på www.sbu.se/ut202120



Videomöte jämfört med fysiskt besök inom primärvården

Videomöten har blivit en viktig del av kontakten mellan vårdpersonal och många patienter, och covid-19-pandemin har påskyndat förändringen. Under de första månaderna år 2020 nästan tiodubblades användningen av regionernas egna digitala tjänster. Även andelen vårdkontakter med privata digitala vårdgivare ökade kraftigt under våren 2020.

En arbetsgrupp för primärvårdskvalitet på SKR (Sveriges Kommuner och Regioner) bad SBU:s upplysningstjänst att ta fram vetenskapligt sammanställd forskning och studier om diagnostik och behandling inom primärvården via videomöte respektive fysiskt besök.

Den mer specifika fråga som SBU undersökte gällde betydelsen av videomöte mellan patient och vårdpersonal jämfört med sedvanligt fysiskt möte (face-to-face) i fråga om sjukdomsspecifika mått, patientnöjdhet och diagnostisk träffsäkerhet.

SBU:s strukturerade litteratursökning och metodologiska bedömning kunde inte identifiera någon relevant systematisk översikt med låg eller måttlig risk för snedvridning (bias). Dock fann SBU 25 översikter som samtliga bedömdes ha hög risk för snedvridning och vilkas resultat därför inte ansågs tillräckligt tillförlitliga för att återges i SBU:s svar till frågeställaren.

Utöver dessa forskningssammanställningar identifierade upplysningstjänsten 87 enskilda kontrollerade studier som hade relevans för frågan. Risken för snedvridning i de enskilda studierna bedömdes inte av upplysningstjänsten, som dock listar referenserna per ämnesområde för kritisk läsning av den som är intresserad.

En tidigare inventering av vetenskapligt underlag publicerades år 2018 av en regional utvärderingsenhet (HTA-enhet) i Örebro län. ♦ RL

SBU:s svar finns på www.sbu.se/ut202111



Protonstrålbehandling av cancer hos barn och vuxna

Vanlig strålbehandling utgörs av fotoner – oladdade partiklar utan massa som ska skada och krympa cancervävnaden. Om strålningen råkar skada även den friska vävnaden runt tumören kan patienten drabbas av problem och komplikationer.

Detta har väckt frågan om strålning med positivt laddade vätejoner (protoner) som kan riktas mer precist skulle vara mer skonsam för omkringliggande frisk vävnad – särskilt viktigt vid strålbehandling i bukålan, nära känsliga organ som hjärna och lungor samt hos barn och ungdomar.

På förfrågan av ett regionalt cancercentrum har SBU undersökt saken. Efter strukturerad litteratursökning och granskning fann SBU sex välgjorda systematiska översikter med låg till måttlig risk för snedvridning (bias). Slutsatserna är likartade – dokumentationen för många cancertyper har låg tillförlitlighet eller kan inte bedömas. Men protonstrålning bedömdes av översiktsförfattarna som ett behandlingsalternativ för vissa patientgrupper. SBU har dock inte analyserat slutsatsen utifrån svenska förhållanden. ♦ RL

SBU:s svar finns på www.sbu.se/ut202117



AMELIE-BENOIST / BSIP / GETTY

KBT respektive ACT i behandling av långvarig smärta: Individuell kontra gruppvis terapi



XPIXEL / SHUTTERSTOCK

Långvarig smärta, till skillnad från akut, behandlas ofta på likartat sätt oavsett orsak. Psykologiska metoder är vanligt och ingår ofta som en del i så kallad multimodal rehabilitering – program som ofta kombinerar ett beteendepsykologiskt förhållningssätt med exempelvis avspänning, ergonomiska åtgärder och utbildning. Till de psykologiska metoderna hör kognitiv beteendeterapi (KBT) och acceptance and commitment therapy (ACT). SBU har fått frågan om effekten är densamma när respektive terapi ges gruppvis och individuellt.

Efter litteratursökning, relevansgranskning och bedömning av risken för bias fann Upplysningstjänsten en systematisk översikt som var tillräckligt välgjord på övergripande nivå, plus sex primärstudier som inte ingick i översikten. Översikten gäller KBT vid

långvarig och icke-cancerrelaterad smärta hos personer över 60 år.

Översiktsförfattarna fann att den gruppbaseade terapin hade större effekt på smärtintensitet. Inga andra utfallsmått redovisas. SBU påpekar att rapporteringen har brister och att den individuella behandlingen i vissa studier bedrevs på distans, till skillnad från gruppbehandlingen. SBU har inte analyserat författarnas slutsats utifrån svenska förhållanden.

De enskilda studierna avser främst vuxna som fått någon form av KBT. I fråga om ACT identifierades endast en primärstudie. Eftersom Upplysningstjänsten inte granskar risken för bias i primärstudier redovisas dessa slutsatser inte i svaret till frågeställaren. ♦ RL

SBU:s svar finns på www.sbu.se/ut202118

PÅ GÅNG

Exempel på SBU-projekt



ARBETSMILJÖ & BESVÄR I NACKE, AXEL, ARM
Margareta.Hedner@sbu.se
Plan publ: vår 2022

DEPRESSION EFTER FÖRLOSSNING
Leif.Stromwall@sbu.se
Plan publ: vinter -22/-23

EXTREMT GRAVIDITETS-ILLAMÄNDE
Annicka.Hedman@sbu.se
Plan publ: vinter -22/-23

FIBROMYALGI
Anna.Christensson@sbu.se
Plan publ: vinter -21/-22

FRÄMJA PSYKISKT VÄLBEFINNANDE HOS BARN OCH UNGA
Lotta.Ryk@sbu.se
Plan publ: vinter -22/-23

HJÄLPMEDEL FÖR RÖRELSE/FÖRFLYTTNING
Susanna.Larsson.Tholen@sbu.se
Publ: vinter -21/-22

HORMONBEHANDLING VID KÖNSDYSFORI
Jan.Adolfsson@sbu.se
Plan publ: vinter -21/-22

MAT VID DIABETES
Goran.Bertilsson@sbu.se
Plan publ: vinter -21/-22

STANDARDISERADE METODER F. UTREDN. AV BARN/UNGA INOM SOC.
Therese.Astrom@sbu.se
Plan publ: vår 2022

SÄRADE BUKMUSKLER EFTER GRAVIDITET
Martin.Norman@sbu.se
Plan publ: vår 2022

VÅRDINSATSER VID LÅNGTIDS-SJUKSKRIVNING
Per.Lytsy@sbu.se
Plan publ: vinter -22/-23

ÅTERGÅNG I ARBETE: EFFEKTER AV ARBETSMARKNADSINSATSER
Elizabeth.Ahsberg@sbu.se
Plan publ: sommar 2022

ÖNSKAT KEJSARSNITT
Sigurd.Vitols@sbu.se
Plan publ: vinter -21/-22

ANSTÄLLNING VID NEDSATT INTELLKUELL FUNKTION

SBU har kommenterat en finsk systematisk översikt om stödsatser för att personer med intellektuell funktionsnedsättning ska komma in på den öppna arbetsmarknaden.

ÖVERSIKTEN SOM HAR publicerats i *Journal of Occupational Rehabilitation* undersöker om fler personer med intellektuell funktionsnedsättning blir anställda på den öppna arbetsmarknaden efter olika stödsatser. Anställning kan bland annat leda till nya sociala kontakter, känsla av meningsfullhet, tillhörighet, bättre ekonomi och ökad livskvalitet.

SBU:s sammanfattande kommentar till översikten är att fler välgjorda studier behövs för att dra säkra slutsatser om orsakssamband och visa vilka insatser som i så fall är effektivast, exempelvis olika former av utbildning, arbetsträning, coachning och tekniska hjälpmedel.

I ÖVERSIKTEN INGÅR kohortstudier från Sverige, Storbritannien och USA, men bara två experimentella studier med kontrollgrupp. De insatser som beskrivs i de

utländska studierna verkar likna dem som används i Sverige – exempelvis ett program kallat *supported employment*, där personen tidigt börjar på en arbetsplats och får stöd under tiden i stället för att träna först. Många insatser beskrivs dock på ett så övergripande sätt att det inte framgår vad som har ingått. Detta gör det svårare att bedöma hur insatserna skulle fungera i Sverige, enligt SBU:s sakkunniga.

ÖVERSIKTEN HAR BÅDE en kvantitativ del, som gäller anställningsgrad efter olika insatser, och en kvalitativ del, som gäller deltagares upplevelser.

De funktionsnedsättningar som översikten gäller innebär svårigheter att förstå ny och komplicerad information, att lära sig nya färdigheter och att fungera socialt utan stöd. Personer med nedsatt intellektuell funktion arbetar sällan på den öppna arbetsmarknaden. ♦ **RL**

Om kommentaren

Insatser för att stötta personer med intellektuella funktionsnedsättningar att få en anställning. SBU, 2021. Projektled SBU: Naama.Kenan.Moden@sbu.se Kommenterad översikt: Nevala N, et al. The effectiveness of rehabilitation ... J Occup Rehabil 2019;29:773-802. Fullständig SBU-kommentar: www.sbu.se/2021_01



Evidens om behandling av psykisk sjukdom efter förlossning

Omställningen av hormoner efter förlossning har misstänkts kunna utlösa psykisk sjukdom, samtidigt som livssituationen förändras. Problemen kan även påverka barnet.

SBU har kartlagt evidens om behandling av psykisk sjukdom hos kvinnor första året efter barnets födsel. Kartläggningen gäller olika läkemedel och psykologiska behandlingar men även insatser som fysisk aktivitet, akupunktur, ljusterapi och kosttillskott. Tillstånd som ingår är bland annat egentlig depression, bipolärt syndrom, psykotiska syndrom, olika ångest-, panik- och tvångssyndrom, ätstörningar och personlighetssyndrom.

Kartläggning innefattar strukturerad sökning i forskningslitteraturen efter systematiska översikter, vilkas tillförlitlighet bedöms av SBU på övergripande nivå. I det här fallet identifierades 72 systematiska översikter varav 58 bedömdes ha hög risk för snedvridning, medan elva hade måttlig och tre låg risk.

Resultatet presenteras i form av en klickbar tabell, en så kallad evidenskart, där översikterna har kategoriserats efter tillstånd, åtgärd och fyndens övergripande tillförlitlighet. Där framgår också var välgjorda översikter saknas, så kallade vetenskapliga kunskapsluckor. Att det föreligger en lucka behöver inte betyda att en behandling är ineffektiv, men det saknas evidens rörande effekten vid en viss användning.

I fråga om depression finns det inget som talar för att behandling skulle ha sämre effekt efter förlossning. ♦ **RL**

Om kartläggningen

SBU. Behandling av kvinnor som lider av psykisk sjukdom efter förlossning ... syst översikter (2021). Projektledare SBU: Goran.Bertilsson@sbu.se Fullständig rapport: www.sbu.se/325

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_sc • FACEBOOK @SBUkunnscapscentrum • GRAFISK DESIGN Alenäs Grafisk Form
 TRYCK Elanders, Falköping 2021 • 4 nr per år, 145 000 ex • ISSN 1104-1250



SBU-NÄMNDEN

Kerstin Nilsson (ordf)
ÖREBRO UNIVERSITET

Susanna Axelsson
SBU

Jonas Claesson
REGION ÖREBRO LÄN

Heike Erkers
AKADEMIKERFÖRBUNDET SSR

Björn Halleröd
VETENSKAPSRÅDET

Fredrik Lennartsson
SVERIGES KOMMUNER OCH REGIONER

Thomas Lindén
SOCIALSTYRELSEN

Olle Lundberg
FORTE

Ulf Näslund
UMEÅ UNIVERSITET

Monica Persson
KARLSTADS KOMMUN

Jenny Rehnman
SOCIALSTYRELSEN

Sineva Ribeiro
VÄRDFÖRBUNDET

Sofia Rydgren Stale
SVERIGES LÄKARFÖRBUND

Johan Sanmartin Berglund
BLEKINGE TEKNISKA HÖGSKOLA

Elisabeth Wallenius
FUNKTIONSRÄTT SVERIGE

SBU:S VETENSKAPLIGA RÅD

Svante Twetman (ordf)
PROFESSOR, TANDVÅRD,
KÖPENHAMNS UNIVERSITET

Christel Bahtsevani (vice ordf)
LEG SJUKSKÖTERSKA, MED DR,
VÅRDVET, MALMÖ UNIVERSITET

Martin Bergström
UNIV LEKTOR, SOCIALHÖGSKOLAN,
LUNDS UNIVERSITET

Lena Dahlberg
UNIV LEKTOR, DOCENT, SOCIALT
ARBETE, HÖGSKOLAN DALARNA

Anna Ehrenberg
PROFESSOR, OMVÅRDNAD,
HÖGSKOLAN DALARNA

Ata Ghaderi
PROFESSOR, PSYKOLOGI,
KAROLINSKA INSTITUTET

Martin Henriksson
UNIV LEKTOR, HÄLSOEKONOMI,
LINKÖPINGS UNIVERSITET

Jan Holst
DOCENT, VASKULÄRA SJD,
LUNDS UNIVERSITET

Ulrik Kihlbom
UNIV LEKTOR, ETIK,
UPPSALA UNIVERSITET

Mussie Msghina
DOCENT, INST MED VET,
ÖREBRO UNIVERSITET

Christina Nehlin Gordh
DOCENT, KLINISK BERÖENDE-
FORSKNING, UPPSALA UNIVERSITET

Lars Sandman
PROFESSOR, ETIK,
LINKÖPINGS UNIVERSITET

Katarina Steen Carlsson
FIL DR, HÄLSOEKONOMI,
LUNDS UNIVERSITET

Sten-Åke Stenberg
PROFESSOR, SOCIAL FORSKNING,
STOCKHOLMS UNIVERSITET

Britt-Marie Stålnacke
PROFESSOR, ÖVERLÄKARE,
REHABILITERINGSMEDICIN,
UMEÅ UNIVERSITET

Magnus Svartengren
PROFESSOR, ARBETS- OCH MILJÖ-
MEDICIN, UPPSALA UNIVERSITET

Sverker Svensjö
ÖVERLÄKARE, INST FÖR KIR VET,
UPPSALA UNIVERSITET

Magnus Tideman
PROFESSOR, HANDIKAPPVETENSKAP,
HÖGSKOLAN I HALMSTAD

Pernilla Åsenlöf
PROFESSOR, FYSIOTERAPI,
UPPSALA UNIVERSITET

GENERALDIREKTÖR SBU

Susanna Axelsson

SYSTEMATISK ÖVERSIKT: SEX STEG I ARBETET

Steg 1: Formulera en tydlig fråga enligt PICO-formatet (P – population/problem), den kategori av patienter/brukare/klienter som man är intresserad av; (I – intervention) den insats/metod/behandling som testas; (C – control/comparison) – det alternativ man jämför med; (O – outcome) utfall eller effekt av intresse, samt hur detta mäts.

Steg 2: Gör strukturerad litteratursökning. Sök i flera databaser utifrån PICO. I detta skede viktigt att inte missa något – ha en uttömmande ansats.

Steg 3: Galla de vetenskapliga artiklarna efter relevans. Läs alla artkelsammanfattningar och välj artiklar som belyser frågan i steg 1.

Steg 4: Kvalitetsgranska och sovra bland studierna. Arbeta i par, använd mallar som stöd, och sortera bort resultat med allvarliga svagheter, det vill säga hög risk för systematiska fel och snedvridna resultat (bias). Risken för bias kan vara olika stor hos olika utfall i en och samma studie.

Steg 5: Väg samman resultat av studier som klarat både relevansgallring och kvalitetsgranskning. Sammanvägning görs för varje utfall. Ger olika studier snarlika resultat eller inte?

Steg 6: Evidensgradera resultatet. Bedöm dess tillförlitlighet enligt något vedertaget system som GRADE. Fyndet att den ensa insatsen sammanlagt ger genomsnittligt större effekt än den andra kan vara mer eller mindre tillförlitligt.

Källa: www.sbu.se/metodbok

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

SBU:S RAPPORTER & SAMMANFATTNINGAR

SBU:s vetenskapliga publikationer finns sedan 2018 endast i digitalt format på www.sbu.se – men tidigare nummer av SBU:s tidning och populärvetenskapliga skrifter som SBU har tagit fram för spridning i tryckt format kan beställas nedan.

PATIENTINFORMATION ETC

Kostnadsfria, om inget annat anges

-ex Fakta om posttraumatisk stress, PTSD (2020), endast dig
-ex Utsatta barn & unga: bättre metoder (2020), nr 401-20
-ex Insatser funktionstillstånd/-hinder (2019), nr 902-28
-ex Arbetsmiljö och ohälsa (2018), nr 401-19
-ex För närstående t långvarigt sjuka äldre (2016), nr 401-17
-ex Bättre behandling (2015), nr 1004. Pris 50 kr + moms och frakt. Rabatt f pensionärer samt över 10 ex: 25 %

Trycksaker och faktura skickas till:

Namn

Postadress

E-post

SBU:S TIDNING, TIDIGARE NUMMER

- | | |
|----------------------|----------------------|
|ex VoP 1–2/2021 |ex VoP 3–4/2017 |
|ex VoP 3–4/2020 |ex VoP 2/2017 |
|ex VoP 1–2/2020 |ex VoP 1/2017 |
|ex VoP 3–4/2019 |ex VoP 3–4/2016 |
|ex VoP 1–2/2019 |ex VoP 2/2016 |
|ex VoP 3–4/2018 |ex VoP 1/2016 |
|ex VoP 1–2/2018 |ex VoP 3–4/2015 |

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 sparar 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



Frankeras ej.
Mottagaren
betalar portot

SBU

Statens beredning
för medicinsk och
social utvärdering

Svarspost

20087634

110 06 Stockholm



Psykiatrisk heldygnsvård av unga – grundfrågorna måste tacklas

Heldygnsvården inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) behöver svar på grundfrågor om verksamhetens syfte, innehåll, upplägg och samverkan. Detta kunde en grupp berörda unga, närstående och yrkesverksamma enas om vid prioritering av kunskapsbehov. Både forskning och verksamhetsutveckling krävs.

NÄR SBU OCH Socialstyrelsen bad berörda patienter, närstående och vårdpersonal att tillsammans lista de viktigaste kunskapsbehoven inom BUP:s heldygnsvård var det mestadels grundläggande frågor som lyftes.

De högst prioriterade kunskapsbehoven inom heldygnsvården gäller:

- behandling vid olika diagnoser, problem och samsjuklighet, exempelvis ätstörningar, självskadebeteende och autism
- bemötande och förhållningssätt vid samtliga dessa tillstånd
- vilken vård som är meningsfull, det vill säga hur heldygnsvårdens innehåll kan läggas upp och utvecklas
- hur samverkan mellan BUP:s heldygnsvård och olika aktörer utanför sjukvården (socialtjänst, skola, polis) samt öppenvården kan organiseras vid inläggning, behandling och uppföljning.

OMRÅDET INVENTERADES genom en öppen enkät på SBU:s webbplats, där 282 personer med olika bakgrund svarade. Frågorna kategoriserades av SBU. Sedan prioriterades frågorna med hjälp

av en konsensusmetod där deltagare som har olika infallsvinkel först lyfter de kunskaps- och utvecklingsbehov som de själva tycker är viktigast. I nästa steg samarbetar en mindre, blandad grupp för att bidra med ett gemensamt, bredare perspektiv på vilka behov av kunskap och utveckling som prioriteras. I detta fall deltog 18 personer i gruppen.

VARJE ÅR FÅR omkring 2 500 unga personer heldygnsvård inom svensk psykiatri. De flesta är i tonåren och över hälften är flickor. Majoriteten vårdas frivilligt efter akuta händelser, stannar någon natt på avdelning och skrivs ut. Några stannar månadsvis. ♦ **RL**



JOEL CALHEIROS / SHUTTERSTOCK

SBU. Prioriterade behov av kunskap och utveckling inom BUP heldygnsvård (2021). SBU-rapport nr 330. Proj led SBU: Karin. Rydin@sbu.se
Läs rapporten och mer om prioriteringsprocessen på www.sbu.se/330

SE TIDIGARE NUMMER PÅ NÄTET Artikelarkiv, tecknat och film finns på www.sbu.se/vop

www.sbu.se/vop

Få koll på forskningen



**LÄS OCH DELA ARTIKLAR FRÅN
DETTA OCH TIDIGARE NUMMER**