

Vetenskap & Praxis

Information från SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering



När det glappar mellan evidens och beslut

Forskare och beslutsfattare har helt skilda roller – uppdragen kan inte ersätta varandra. Men många menar att glappet mellan dem måste minska om samhället ska klara utmaningarna inom hälsa och välfärd.

Läs vidare på sidan 2 ►

SBU – KUNSKAPSCENTRUM FÖR VÅRDEN OCH SOCIALTJÄNSTEN

Nya rapporter Förlossningsbristningar 4 • Förlossningsrädsla 6

Svår depression: djup magnetstimulering 8

LÄS OCKSÅ EVIDENS & BESLUT 2 • PANDEMI & INFODEMI 2 • TANDVÅRDENS EVIDENS 9 • SKEVA ÖVERSIKTER 10 • FÖRTIDA FÖDSEL, GRAVIDITETSKLÅDA & FOGLOSSNING 14 • HÄLSOEKONOMI 16 • HEMBESÖK HOS ÄLDRE 20 • BEDÖMA SKÖRHEIT 20 • HINNSVEPNING 20 • SUICID: ANHÖRIGSTÖD 21 • PSYKIATRI: LEVNADSVANOR 21 • COVID-19 HOS GRAVIDA 21 • POSTCOVID 22 • RESULTATFISKE 24

Inte bara ryktena förvirrar

DEN 15 FEBRUARI 2020 förklarade WHO:s generaldirektör att världen inte bara måste bekämpa ett nytt virus utan också en ”infodemi” av felaktiga påståenden som ”sprids snabbare och lättare än ett virus och är lika farligt”. Både i början av pandemin och ett år senare, när vaccineringen skulle börja, rapporterade Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) om desinformation via sociala medier. Sådan ryktesspridning är förstas allvarligt. Men frågan är om inte förvirringen över pandemin och vaccinerna till större del har berott på mindre spektakulära problem med kommunikationens grundfrågor: vad, vem, var, när, hur och varför.

Den första frågan är *vad* som sägs. Under en kris måste det framgå om budskapet är ett förslag eller ett påbud. Och det måste framgå vad man vet och inte vet, utan överdrift åt någotdera hållet. Att försöka skyla över sådant som är vetenskapligt ovisst eller att bagatellisera sådant, är farligt. Det straffar sig dessutom i längden – som i Storbritannien under den galna ko-sjukan när jordbruksministern John Gummer inför tv-kamerorna serverade hamburgare till sin dotter för att visa att brittiskt nötkött aldrig hade varit hälsosammare.

Den andra frågan är *vem* som säger något och till vem. Effektiv kommunikation kräver att avsändaren är trovärdig i mottagarnas ögon och anpassar innehåll och format till dem. Med så många avsändare på många olika nivåer, och med så många kanaler, har kommunikationen under pandemin sällan fungerat så. Viktiga frågor om avsändaren har ofta lämnats utan svar: expert på vad, ansvarig för vilka beslut på vilken nivå – och med vilka bindningar eller särintressen?

NÄSTA FRÅGA är *när*. Behovet av information är inte detsamma i början, mitten och slutet av en kris. I akutfasen behövs fakta om vad som hänt och tydliga instruktioner. I nästa fas börjar de som berörs att planera på längre sikt och behöver stöd för att orka hålla ut. Och i slutfasen söker många hjälp till nyorientering. Men med en smitta som drabbar ojämnt, går i vågor och förändras är inte alla i samma fas. Några försöker förstå en personlig katastrof, samtidigt som andra bara vill tillbaka till ett vanligt liv. Samma budskap kommer att uppfattas olika.

En närliggande fråga är *var* – i vilket sammanhang möts mottagaren av budskapet och på vilken plats? Samtidigt som befolkningen har förväntats följa nationella rekommendationer för landet som helhet, har smittläget varierat kraftigt mellan och inom länder. Regler som är rätt i Skåne är fel i Norrbotten. Men mycket rapporteras ju gränslöst, samtidigt som människor vill resa och flytta på sig. Det blir svårt. Sist men inte minst beror genomslaget på *hur* budskapet presenteras, till exempel med eftertryck eller oengagerat, och i vilket syfte. Det måste märkas *varför* någon alls ska bry sig om det.

En pandemi innebär svåra prövningar, även kommunikativt. Många vill nå ut, och journalistiken ställs inför svårförenliga krav att både förmedla och granska information. Så länge krisen pågår ligger fokus här och nu. Men inför framtiden måste vi även försöka förstå mer om hur fakta kan sovras, tajmas och förmedlas på bästa sätt.



Ragnar Levi Chefredaktör

FÖRHÅLLANDET MELLAN vetenskap och politik är inte enkelt. Många forskare har beskrivit problemen med klyftan mellan dem – *the science-policy gap*.

Medan vetenskapen är engagerad i att söka kunskap, diskuterar politiken mest vad man vill uppnå utifrån sina värderingar och var resurserna ska tas. Rollerna måste visserligen hållas isär, men de borde samverka bättre, menar kritikerna.¹ Många efterlyser mer kunskapsbaserad och helhetsgrepp i besluten – inte minst när det gäller komplexa och genomgripande framtidshot som farliga infektionssjukdomar, rovdrift på planetens tillgångar och klimatförändringar.² Men att överbrygga klyftan mellan vetenskap och politik innebär flera utmaningar.

EN FÖRSTA UTMANING hänger ihop med superspecialisering och fragmentering av såväl vetenskap³ som beslutsfattande,⁴ samtidigt som många problem griper in i varandra. Människors hälsa och välfärd hänger ju inte bara på beslut om vård och omsorg. Utbildning, sysselsättning, ekonomi, livsmiljö inklusive arbets- och boendemiljö, transportmöjligheter och sociala relationer påverkar också.

Själva frågorna hänger ihop – men det gör sällan ansvarsområden, budgetar och planering. Stuprörstänkande, revirbevakning och bristande överblick inom både akademien och politiken kan bli förödande, när samspelet mellan människors livsstil, levnadsvillkor och hälsa är komplicerat.

NÄSTA PROBLEM ÄR att hantera ofullständig kunskap och vetenskaplig osäkerhet. Beslutsfattare, och även de tjänstemän som bereder besluten, kan ha bristande kännedom om relevanta forskningsresultat. De kan sakna kunskap för att avgöra om resultaten är tillförlitliga och hur de ska tolkas. Ibland finns det inte heller några vetenskapligt välunderbyggda svar på aktuella beslutsfrågor,⁵ till exempel därför att det är svårt eller omöjligt att pröva dem experimentellt.⁶ Många forskningsstudier inriktas på snäva frågor, utan hänsyn till de kunskapsluckor där behovet av ett bättre beslutsunderlag är som störst.^{7,8} Politiskt intressanta frågor kan vara otydligt definierade. Osäkerheten kräver extrapolering eller generalisering, baserade på antaganden och modeller.

EN TREDJE SVÅRIGHET är att forskare och beslutsfattare ofta har olika tidshorisont. Politiken rör sig inte sällan snabbare än vetenskapen. Samhällsproblem är ibland svåra att förutsäga och kan snabbt bli akuta. Tidigare bortglömda frågor kan plötsligt få hög aktualitet. Politiker ser sig ofta tvungna att fatta snabba beslut på grundval av preliminär kunskap och prognoser, medan forskare omsorgsfullt vill pröva nya hypoteser och sakta bygga vidare på kunskap som redan finns.⁹ Verksamheterna kan inte alltid synkroniseras så ett aktuellt och tillförlitligt underlag föreligger just när ett beslut ska fattas.

NÄR FORSKARE TILLFRÅGAS i enkäter om sin kommunikation med beslutsfattare svarar många att de gärna vill men inte hinner.¹⁰ I en svensk enkät år 2018 till 18 000 forskare och forskarstuderande angav två tredjedelar av de 3 700 forskare som besvarade frågan att beslutsfattare och politiker är den allra viktigaste gruppen att kommunicera med. Samtidigt hamnade denna målgrupp bara på femte plats bland dem som man faktiskt hade kommunicerat med under det senaste året.¹⁰ Den rapporterade tidsbristen kan i sin tur tänkas ha många orsaker. I internationella studier¹¹ pekar forskare och beslutsfattare även på betydelsen av kontaktmöjligheter, informationstillgång, organisatoriskt stöd, ömsesidig förståelse för varandras roller och arbetsprocesser samt kostnader och ekonomi.

DET ÄR INTE HELLER GIVET att alla beslutsfattare och forskare är intresserade av själva forskningsresultaten respektive beslutsproblemen. Deras drivkrafter är olika.² I extremfall tar de direkt avstånd från varandras arbete – något som kallas ”faktaresistens” respektive ”politikerförakt” – eller utnyttjar enbart de delar som stärker deras egen uppfattning och agenda.

Beslutsfattarens användning av vetenskaplig kunskap kan delas in i tre kategorier – instrumentell, konceptuell och symbolisk användning.¹² Instrumentell användning innebär att kunskapen ses som direkt styrande för vilka beslut som ska fattas. Konceptuell användning är mer indirekt – kunskapen påverkar långsiktigt politikerna och tjänstemäns inställning till olika problem och hur de ska hanteras – medan symbolisk användning innebär att man redan bestämt sig



och bara söker legitimitet för ett beslut. I praktiken kan blandformer antas vara vanligt, och beslutsfattande kräver ofta att den generella kunskapen från forskning anpassas till en specifik situation i en viss miljö.

Forskare, å sin sida, kan vara ointresserade av politiska beslutsproblem och ideologiskt grundade prioriteringar. De kan sakna förståelse för att besluten inte enbart grundas på kunskap och för att policyer även formas av vad som är möjligt att få igenom i den politiska beslutsprocessen. Även om de statliga universitetens och högskolornas så kallade samverkansuppdrag inbegriper att verka för att forskningsresultaten kommer till nytta,¹³ finns också betydande oklarhet hos forskare om innebörden av detta.¹⁴

SAMTIDIGT SOM MÅNGA pekar på ett tydligt behov av ett bättre samarbete mellan forskning och politik, ger andra författare argument för att tydligt hålla isär den kunskapsgenererande rollen från den politiskt normerande. Båda behövs men de är inte utbytbara. Till exempel finns det demokratiska problem med ett expertvälde där kunskapen ersätter politiken, eller en dogmatisk politik som maskerar sig som kunskap.¹⁵ En oreflekterad respekt för alla påståenden som uppfattas som expertutlåtanden är också problematisk.

Eftersom politiska beslut bereds av tjänstemän har dessa också en nyckelroll i dialogen mellan forskare och politiker. Som ett slags mellanhand måste de ha tillräcklig kunskap för att inte feltolka forskningsresultat. De måste kunna förstå beslutsunderlaget så att politikerna kan se vad detta betyder utifrån ideologi och vad som är politiskt möjligt utifrån väljarnas värderingar och acceptans.

TROTS SVÅRIGHETER och fallgropar är många ändå överens om att klyftan borde minska mellan vad forskningen visar och vad politiken gör. Välinformerade beslut om hälsa och välfärd – en evidensinformerad policy – bygger så långt som möjligt på ett relevant, tillförlitligt och allsidigt sakunderlag, och på tillräcklig kunskap om sannolika effekter. ♦ RL

Referenser

1. Widman Lundmark L, et al. "Var är forskningen i de politiska manifesten?" Debattartikel av företrädare för 61 kunskapsorganisationer i SvD 2018-09-09.
2. Martin K, et al. Overcoming the research to policy gap. *The Lancet Global Health* 2019. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30082-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30082-8)
3. Vetenskapsrådet. Forskningsöversikt 2019. Medicin och hälsa. Nerladdad från www.vr.se
4. Marmot M, et al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008;375:1661-9.
5. Science Advice for Policy by European Academies. Making sense of science for policy under conditions of complexity and uncertainty. Berlin: SAPEA, 2019. <https://doi.org/10.26356/MASOS>
6. Brännmark J. Evidensbaserad politik. I: Sahlén NE [red]. Vetenskap och beprövad erfarenhet: Politik. Lund: Lunds universitet, 2018.
7. Chalmers I, et al. Avoidable waste in the production ... of research evidence. *Lancet* 2009;374:86-9.
8. Glasziou P, et al. Research waste is still a scandal. *BMJ* 2018;363:k4645.
9. Bell C, et al. Providing policy makers with timely advice: The timeliness-rigor trade-off. World Bank policy research working paper No. 7610, 2016.
10. Bohlin G, et al. Forskares syn på kommunikation och öppen vetenskap. Nationell enkätundersökning 2019. VA-rapport 2019:8.
11. Oliver et al. A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. *BMC Health Services Research* 2014;14:2.
12. Knaggård Å. Vetenskaplig kunskap i politiken. I: Sahlén NE [red]. Vetenskap och beprövad erfarenhet: Politik. Lund: Lunds universitet, 2018.
13. Högscolelag 1992:1434. Nerladdad från <https://lagen.nu/1992:1434#K1P252>
14. Bohlin G, et al. Forskares syn på forskningskommunikation och öppen vetenskap. VA-rapport 2018:1.
15. Torgerson D. Between knowledge and politics: Three faces of policy. *Analysis & Policy Sciences* 1986;19:33-59.

Om kvinnor som nyss fött barn undersöks av två barnmorskor eller läkare i stället för en, identifieras betydligt fler av de förlossningsbristningar som har uppstått. Att ha vårdprogram för diagnostik och behandling kan också leda till att dubbelt så många bristningar påvisas. Det framgår av SBU:s nya granskning av den samlade forskningen.

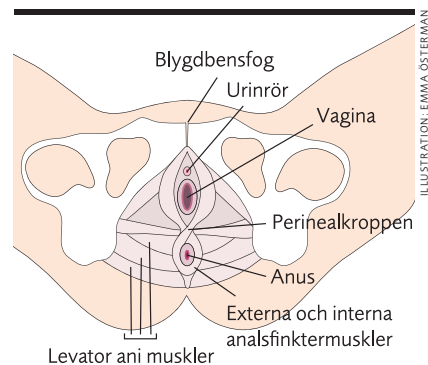
Nyförlost Två undersökare och vårdprogram avslöjar bristning

OM DEN NYFÖRLÖSTA KVINNAN undersöks av två personer i stället för en, och om vårdprogram för diagnostik och handläggning används, kan fler förlossningsbristningar identifieras. Det är två resultat i SBU:s granskning av forskningen om hur diagnostiken kan förbättras vad gäller bristningar i bäckenbotten vid vaginal förlossning.

BLAND ANNAT VISAR rapporten att när kvinnor som just har fött barn undersöks av ytterligare en barnmorska eller läkare diagnostiseras 37–46 procent fler förlossningsbristningar. För detta finns ett måttligt vetenskapligt stöd.

Det finns ett visst stöd även för att införande av vårdprogram för diagnostik, hantering och behandling av bristningar av grad 3 och 4 medför att dubbelt så många bristningar upptäcks i samband med förlossningen.

IDAG UPPTÄCKS följderna av vissa bristningar inte förrän efter lång tid, då problem med anal inkontinens och annat har dykt upp. Men det är ont om forskning om diagnostik och uppföljning. SBU konstaterar att det fortfarande saknas studier av akutdiagnostik av bristningar i de djupa bäckenbottenmusklerna, så kallade levatorbristningar. ▶



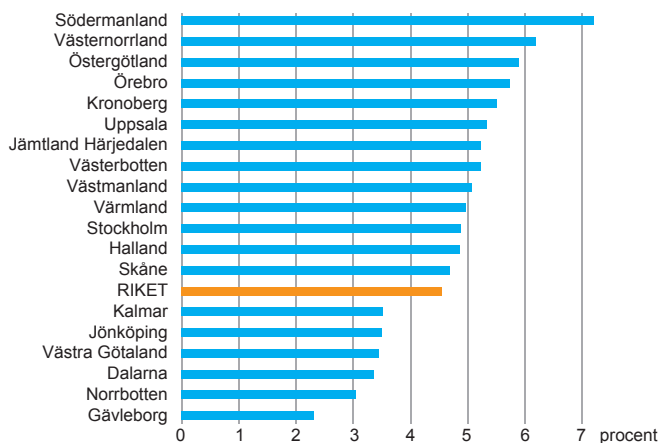
Bristning vid förlossning

Bristningar i bäckenbotten i samband med förlossning är vanligt, särskilt hos förstföderskor. Bristningarna kan orsaka problem både på kort och lång sikt och delas grovt in i fyra svårighetsgrader.

Bristningar av grad 1 (i hud eller slemhinna) och 2 (även i underliggande muskel eller fästen) omfattar bristningar i mellangården (perinealruptur) och slidväggarna (vaginalruptur) men inte i ändtarmsmusklerna.

Grad 3 innebär att den yttre och ibland den inre ändtarmsmuskeln (sfinktern) har bristningar och grad 4 att inte bara sfinktrarna utan också ändtarmsväggen har drabbats.

Svårare, bestående skador kan leda till oförmåga att hålla urin, gas och avföring, och att det kommer avföring när man ska släppa gaser. De kan också leda till framfall och påverka den sexuella funktionen. Mer omfattande bristningar kan öka risken för bestående problem. Anal inkontinens förvärras i hög grad kvinnans livskvalitet.



Andelen konstaterade bristningar i ändtarmsmusklerna hos förstföderskor varierade mellan Sveriges regioner år 2019 mellan 2,3 och 7,2 procent. Detta kan avspegla skillnader i befolkningens sammansättning, förebyggande insatser och diagnostiska åtgärder eller en kombination. Gotland och Blekinge är inte med eftersom data skyddas av sekretesskal när fallen är få. Källa: Medicinska födelseregistret vid Socialstyrelsen. Figur från SBU:s rapport.



GORODENKOFF/SHUTTERSTOCK

SBU har också sammanställt forskningen om vad kvinnor som fått bristningar har erfårit och upplevt.

Det finns ett visst underlag för att kvinnor med förlossningsbristningar upplever att det är genant att berätta om intima problem och önskar att vårdpersonalen ställer direkta och specifika frågor. Att bli bemött professionellt, kompetent och respektfullt av vårdpersonalen med individ- och situationsanpassad information upplevs förbättra den fysiska och psykiska återhämtningen.

SBU:S UTVÄRDERING bygger på en systematisk översikt av 18 studier om diagnostik av bristningar och systematisk innehållsanalys av 12 studier om erfarenheter och upplevelser.

Utbildning rörande förlossningsbristningar bedrivs på en rad sjukhus i landet. Det sker bland annat utifrån sajten backenbottenutbildning.se som Svensk förening för obstetrik och gynekologi och Svenska Barnmorskeförbundet står bakom och som beskriver hur man kan förebygga, upptäcka och behandla förlossningsskador. ◆ RL

Om rapporten

SBU. Förlossningsbristningar – diagnostik samt erfarenheter av bemötande och information. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2021. SBU-rapport nr 323. Projektledare SBU: Naama.Kenan.Moden@sbu.se Fullständig rapport med sammanfattning finns på www.sbu.se/323

SBU:S SLUTSATSER FÖRLOSSNINGSBRISTNINGAR

Identifiering

- ▶ Om den nyförlösta undersöks av ytterligare en barnmorska eller läkare identifieras mellan 37 och 46 procent fler bristningar.**
- ▶ När man inför vårdprogram för diagnostik, hantering och behandling av bristningar av grad 3 och 4 på förlossningskliniken fördubblas antalet diagnostiserade bristningar, från cirka 1,5 procent till 3 procent.**
- ▶ Om analt ultraljud används som tillägg till sedvanlig klinisk undersökning direkt efter förlossning leder det till att förekomsten av analinkontinens tre till tolv månader efter förlossningen kan minska.**
- ▶ Det saknas studier kring akutdiagnostik avseende bristningar i de djupa bäckenbottenmusklerna, så kallade levatorbristningar.

Både tydliga vårdprogram och att vara två undersökare är rimliga åtgärder för att höja kvaliteten i förlossningsvården idag. Däremot finns det problem med användbarheten av analt ultraljud på grund av praktiska svårigheter med utförande och tolkning. Brist på detaljerad klassificering och dokumentation av förlossningsbristningar försvårar både forskning och klinisk uppföljning. Undersökningsmetoderna bör vara enkla men samtidigt tillförlitliga och känsliga. Det behövs dock mer kunskap om vilka undersökningsmetoder som kan användas rutinmässigt efter förlossning.

Erfarenheter och upplevelser

- ▶ Kvinnor med förlossningsbristningar upplever att det är genant att berätta om intima problem och önskar att vårdpersonalen ställer direkta och specifika frågor som underlättar att de tas upp.**
- ▶ Kvinnor med förlossningsbristningar upplever att ett professionellt, kompetent och respektfullt bemötande från vårdpersonalen som innefattar individ- och situationsanpassad information underlättar och främjar deras fysiska och psykiska återhämtning.**

Det saknas studier som fokuserar på upplevelser av vårdens bemötande och information bland mer socialt utsatta grupper av kvinnor.

Diagnostik, bemötande och information kring förlossningsskador hänger nära samman. Kompetens kring diagnostik och behandling är nödvändigt för att vårdpersonalen som möter dessa kvinnor ska kunna tillhandahålla adekvat bedömning och behandling med tydlig och individuellt anpassad information och uppföljning.

** Slutsatsen har låg tillförlitlighet vid GRADE-bedömning.
*** Slutsatsen har måttlig tillförlitlighet vid GRADE-bedömning.



Föda barn Svår rädsla verkar fångas upp väl av VAS-skalor

De flesta fall av svår förlossningsrädsla skulle kunna fångas upp i mödravården med så kallade visuellt analoga skalor, VAS. Befintlig forskning ger däremot inga besked om lämplig utformning, kliniskt relevanta tröskelvärden eller bästa behandling.

SBU HAR PÅ REGERINGENS uppdrag utvärderat hur svår förlossningsrädsla, depression och ångestsjukdom under graviditeten kan identifieras och behandlas. Arbetet har inriktats på mödrahälsovårdens uppdrag. Projektet har inte inkluderat svår depression eller läkemedelsbehandling eller kejsarsnitt.

Utvärderingen ger ett visst stöd för att visuellt analoga skalor (VAS), där kvinnan anger på en skala hur stark rädsla hon upplever, kan fånga upp de flesta fall av svår förlossningsrädsla som behöver undersökas närmare. Hur tillståndet behandlas bäst kan forskningen däremot inte avgöra än, konstaterar SBU. Och

även om skalorna verkar vara känsliga, det vill säga bra på att identifiera kvinnor som har svår förlossningsrädsla, tyder skalorna ibland på att tillståndet finns hos kvinnor som faktiskt inte har detta, visar rapporten. Uppföljande intervju eller formulär behövs även av detta skäl.

LINDRIG TILL MÅTTLIG depression hos gravida kan behandlas med kognitiv beteendeterapi, kbt, och effekten verkar enligt befintliga studier vara ganska god.

Effekten av så kallad psykoedukation vid samma tillstånd bedöms vara så liten att den saknar klinisk relevans.

För flera andra metoder kan effekterna inte bedömas vetenskapligt. ♦RL

Om rapporten

SBU. Förlossningsrädsla, depression och ångest under graviditet. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter (SBU); 2021. SBU-rapport nr 322. Projektleddare SBU: Nathalie.Peira@sbu.se Fullständig rapport med sammanfattning finns på www.sbu.se/322



Stark rädsla hos gravida

Svår förlossningsrädsla kan ha många orsaker och innebär att oro och rädsla allvarligt stör personens dagliga liv. Idag saknar mödrahälsovården allmänt vedertagna rutiner för att identifiera svår rädsla. När sådana problem identifieras kan stöd erbjudas vid specialmottagningar.

Symtomen vid depression eller ångestsjukdom är inte annorlunda under graviditeten, även om situationen är speciell. Vid lindrig depression eller ångestsjukdom erbjuds oftast stödsamtal med barnmorska eller mödrahälsovårdpsykiolog. Vid måttlig depression eller ångestsjukdom erbjuds oftast korttidspsykioterapi.

SBU:S SLUTSATSER SVÅR RÄDSLÅ, DEPRESSION OCH ÅNGEST HOS GRAVIDA

- ▶ En självskattning med visuellt analoga skalor (VAS) kan användas för att identifiera gravida vilkas förlossningsrädsla behöver utredas vidare.**
- ▶ Effekten av behandling av förlossningsrädsla kan inte bedömas på grund av mycket låg tillförlitlighet hos det sammanvägda resultatet.
- ▶ Kognitiv beteendeterapi (KBT) kan minska depressiva symtom hos gravida med lindrig till måttlig depression.** Vi bedömer minskningen som kliniskt relevant och måttligt stor. Effekten av KBT för gravida med ångestsjukdomar kan dock inte bedömas på grund av mycket låg tillförlitlighet hos det sammanvägda resultatet.
- ▶ Psykoedukation kan minska depressiva symtom hos gravida med lindrig till måttlig depression, ångestsjukdom eller båda.** Vi bedömer dock minskningen som för liten för att vara kliniskt relevant.

- ▶ Effekten av behandling med interpersonell terapi (IPT), beteendeaktivering eller mindfulness för gravida med lindrig till måttlig depression, ångestsjukdom eller båda kan inte bedömas på grund av mycket låg tillförlitlighet hos det sammanvägda resultatet. Inga inkluderade studier har undersökt effekten av stödsamtal eller psykodynamisk terapi (PDT).

I fråga om identifiering av förlossningsrädsla ger studierna ingen vägledning för hur skattningsskalor ska vara utformade eller vilket tröskelvärde som är kliniskt relevant. Studierna visar att skalorna är bättre på att identifiera personer som har förlossningsrädsla än på att utesluta personer som inte har det (sensitivitet 85–98 %, specificitet 65–80 %). Därför behövs fördjupad anamnes.

För att studera behandling av förlossningsrädsla behövs specifika behandlingsstudier av gravida med förlossningsrädsla av klinisk relevans. Det behövs även behandlingsstu-

dier som tar hänsyn till orsaker bakom och till innehållet i rädslan.

Det behövs även fler studier om behandling av depression och ångestsjukdomar specifikt under graviditeten. Att underlaget är bristfälligt ska inte likställas med att åtgärderna inte har någon effekt.

För att bedöma hälsoekonomiska aspekter behövs dels studier av behandlingseffekter och resursförbrukning, dels längre tidsperspektiv för att fånga alla relevanta effekter för kostnadseffektiviteten.

Identifierade etiska problem handlar om tillgången till en effektiv vård och om den blir ojämlig på grund av stigmatisering eller bristande kontinuitet och samverkan inom vården. Vid identifiering av förlossningsrädsla blir det etiskt problematiskt ifall gruppen ses som enhetlig då en utebliven fördjupad anamnes kan hindra anpassning av eventuell behandling.

** Slutatsen har låg tillförlitlighet vid GRADE-bedömning

Depression Möjligt bli bra av H-magnet när annat sviktar

Fyra veckors behandling med djup magnetstimulering genom kraniet (dTMS) kan leda till att en del personer med svårbehandlad depression blir symtomfria. Det är dock vetenskapligt ovisst om effekten kvarstår under längre tid.

VID EN BEHANDLING som kallas repetitiv transkranieell magnetstimulering (rTMS) placeras en elektromagnetisk spole formad som siffran 8 på patientens huvud. Spolen ska ge upprepade pulser för att med svaga elektriska fält stimulera delar av hjärnan som tros ha med depressionen att göra. En variant av detta är djup transkranieell magnetstimulering (dTMS). Då används en elektromagnetisk spole med annan form – en så kallad H-spole.

SBU HAR NU UPPDATERAT en rapport från 2015 om effekter och biverkningar av behandling med dTMS vid depression. Orsaken är att resultat från flera nya randomiserade studier har publicerats.

Uppdateringen visar att det inte går att säga om effekten av dTMS med H-spole skiljer sig från effekten av rTMS med figur 8-spole, eftersom det bara finns en enda studie som jämfört behandlingarna. SBU anger dock att effekten kan vara i samma storleksordning. Jämfört med

överksam spole (placebo), verkar fler patienter med svårbehandlad depression bli symtomfria av dTMS. Efter fyra veckors behandling med H-spole kan omkring 11 procentenheter (eller någonstans mellan 1 och 22) fler bli symtomfria än med överksam spole. Resultatet är ganska osäkert – den vetenskapliga tillförlitligheten är låg. Man vet inte heller om effekten kvarstår under längre tid eller klingar av.

NÄR DET GÄLLER BIVERKNINGAR av dTMS är det främst lokal smärta som har noterats. Även epileptiska anfall kan förekomma, även om det är ovanligt. Inget tyder på att dTMS ger kognitiva biverkningar – något som ses vid en väletablerad behandlingsform mot svår depression, nämligen elbehandling.

SBU:s projektgrupp diskuterar bristen att dTMS inte har jämförts direkt med elbehandling, som anses vara den mest effektiva metoden i den här patientgruppen. Det saknas också direkta jämförelser av dTMS och ett annat nyligen godkänt behandlingsalternativ vid svårbehandlad depression – ketamin. ♦ **RL**

Om rapporten

SBU. Behandling av depression med transkranieell magnetstimulering med H-spole (dTMS). En uppdatering. Stockholm: SBU, 2020. SBU-rapport nr 318. Projektledare SBU: Susanne.Johansson@sbu.se Fullständig rapport med sammanfattning finns på sbu.se/318



ILLUSTRATION: EMMA ÖSTERMAN

Svårbehandlade fall

Antidepressiva läkemedel och psykologisk behandling hjälper inte alltid vid depression. När sådana behandlingsförsök inte ger tillräcklig effekt och symtomen är svåra rekommenderar Socialstyrelsen att litium provas. Andra möjligheter inkluderar elbehandling (elektrokonvulsiv terapi, ECT) och så kallad transkranieell magnetstimulering, då svaga elektriska fält i hjärnvävnaden skapas av en elektromagnet. Den spole som utvärderats här kallas H1.

SBU:S SLUTSATSER DJUP MAGNETSTIMULERING MED H-SPOLE (dTMS)

► Det går inte att bedöma effekterna av dTMS jämfört med rTMS med figur-8-spole. Det saknas tillförlitliga studier som jämför dTMS med andra behandlingar mot depression.

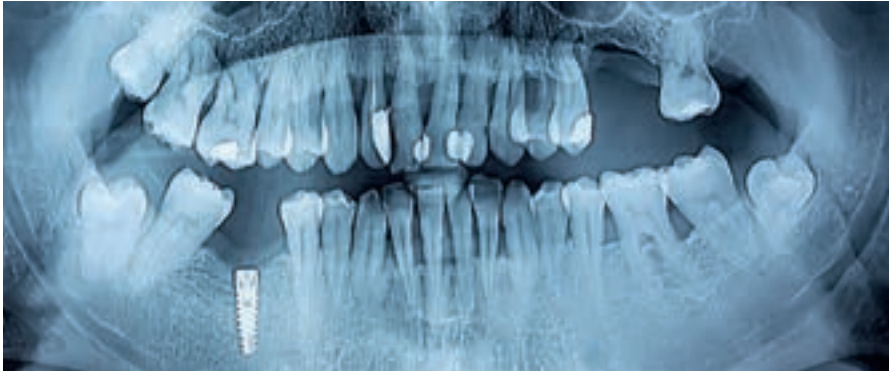
► Jämfört med behandling med överksam spole leder fyra veckors behandling med dTMS vid svårbehandlad depression till att 11 procentenheter fler blir symtomfria (mellan 1 och 22 procentenheter fler).** Det går inte att bedöma om effekten kvarstår under längre tid.

► Epileptiska anfall kan förekomma vid dTMS-behandling, men är ovanliga. Det finns inget som tyder på att kognitiva biverkningar förekommer. Jämfört med behandling med en överksam spole orsakar dTMS lokal smärta hos 22 procentenheter fler (mellan 15 och 28 procentenheter).***

Avsikten med dTMS har varit att åstadkomma en större effekt än den idag etablerade rTMS för patienter med svårbehandlad depression. Det är inte tillräckligt utvärderat hur effekten av dTMS står sig jämfört med annan behandling, men effekten verkar vara i ungefär samma

storleksordning som för rTMS med annan spole. Samtidigt förefaller metoden ha få biverkningar förutom lokal smärta. Studierna har utgått från olika populationer och antalet tidigare behandlingsförsök varierade. Det går inte att utesluta att dTMS är mer effektivt för specifika patientgrupper och det vore värdefullt med utvärderingar inriktade på väldefinierade grupper som idag saknar lämpliga behandlingsalternativ.

** Slutatsen har låg tillförlitlighet vid GRADE-bedömning
*** Slutatsen har måttlig tillförlitlighet vid GRADE-bedömning



BYMANDESIGNS/SHUTTERSTOCK

område	antal relevanta översikter	antal översikter (andel i %) med låg eller måttlig risk för bias
bettfysiologi	214	101 (47 %)
dentala implantat	627	258 (41 %)
endodonti	150	91 (61 %)
kariologi	283	157 (55 %)
käkkirurgi	622	254 (41 %)
odontologisk radiologi	81	35 (43 %)
oral protetik	283	102 (36 %)
orofacial medicin	366	134 (37 %)
ortodonti	353	230 (65 %)
parodontologi	298	176 (59 %)
pedodonti	164	78 (48 %)
övrigt	34	19 (56 %)

Totalt antal relevanta systematiska översikter inom olika tandvårdsområden sedan 1999, samt antalet översikter som på övergripande nivå har bedömts ha låg eller måttlig risk för bias.

EVIDENS HAR KARTLAGTS INOM HELA TANDVÅRDEN

SBU har identifierat och granskat tusentals systematiska översikter inom tandvården. I en stor klickbar tabell, en "evidenskart", kan praktiker, forskare och forskningsfinansiärer hitta välgjorda översikter och se på vilka områden sådana saknas.

Totalt sedan år 1999 har nära 3 000 systematiska översikter identifierats inom de olika tandvårdsområdena, varav cirka 1 300 bedöms ha låg eller måttlig risk för snedvridning, bias, på övergripande nivå.

Inom vissa områden, som dentala implantat och käkkirurgi, finns betydligt fler översikter än inom exempelvis odontologisk radiologi och pedodonti.

DE FLESTA AV översikterna gäller behandling. Färre handlar om diagnostik och prevention. Andelen översikter med låg eller måttlig risk för bias varierar mellan områdena, se tabell.

Projektet har omfattat litteratursökning, relevansgallring, ämnesindelning och granskning av övergripande risk för bias på grund av metodologiska brister. Resultatet redovisas på sbu.se som en stor klickbar tabell, indelad efter tandvårdens nio specialtområden samt kariologi och dentala implantat. Översikter som kan ha missat relevanta studier eller som inte har kvalitetsgranskat ingående studier bedöms ha hög risk för bias.

SBU har däremot inte gjort någon egen bedömning av risken för bias i de många enskilda studier som ingår i översikterna. SBU har inte heller bedömt vilka översikter som kan vara föråldrade, och återger inte slutsatserna. **◆ RL**

Om rapporten

SBU. Kartläggning av metoder för tandvården. Stockholm: SBU, 2021. SBU-rapport nr 321. Projektledare SBU: Helena.Domeij@sbu.se Fullständig rapport med sammanfattning finns på www.sbu.se/321



CUSTAVO FRAZAO/SHUTTERSTOCK

Risken för snedvridning

De systematiska översikterna som kartlades skulle uppfylla tre kriterier för att anses ha låg eller måttlig risk för snedvridning (bias) på övergripande nivå. Författarna skulle ha:

- sökt litteratur på ett sådant sätt att de relevanta studierna bör fångas upp och redovisat sökningen så tydligt att den kan upprepas
- bedömt varje studies relevans med hjälp av minst två personer oberoende av varandra
- bedömt risken för bias i studierna med hjälp av minst två personer oberoende av varandra samt tydligt redovisat bedömningen och dess betydelse för översiktens slutsats.

Bedömningen gjordes med stöd av en mall som bygger på frågorna i AMSTAR (Shea BJ, et al. External validation of a measurement tool to assess systematic reviews, AMSTAR. PLoS ONE 2007;2:e1350).

Felaktig syntes ger skev helhetsbild

Systematiska översikter kan ge säkrare svar än enskilda studier. En viktig del av översiktsarbetet är möjligheten att kombinera resultaten från de studier som ingår, till exempel genom metaanalys. Antalet sådana analyser har tiodubblats på två årtionden, och tilltron till resultatens giltighet är stor. Men många av analyserna utförs felaktigt och klarar inte ens grundläggande kvalitetskrav.

SYNTESER AV FORSKNINGSRISULTAT förekommer på många fält¹ och har blivit ett forskningsområde i sig. Systematiska översikter kan tillföra värdefull kunskap – exempelvis när de enskilda studierna är för små för att ge säkra svar. En samlad bild blir ofta mer rättvisande.

Ett viktigt statistiskt verktyg i det arbetet är *metaanalys* (se faktaruta). Värdet av att lägga ihop fler observationer i en metaanalys är bland annat att öka den så kallade *teststyrkan* (eng. *statistical power*). Då kan man, med godtagbar statistisk säkerhet, påvisa även små effektskillnader – till exempel en liten men viktig skillnad mellan två metoder i behandlingseffekt.

MEN SYFTET MED en metaanalys är inte alltid att matematiskt väga ihop resultaten. Ibland är det att undersöka hur resultaten i olika studier varierar.² Om metaanalysen huvudsakligen har detta syfte, eller om den siktar på att göra breda generaliseringar för många olika grupper, kan analysen avsiktligt inkludera studier av helt olika kategorier av deltagare.²

I båda fallen är metaanalysen ett verk-

tyg som måste hanteras med kunskap. Och i takt med metodens snabbt ökande popularitet, varnar allt fler forskare för slarv och felaktig användning.^{3,4} Helhetsbilden blir missvisande om analysen och sammanräkningen av studiernas resultat görs på fel sätt. Eftersom metoden är komplicerad finns det också risk för avsiktlig manipulation.^{3,4}

Därför gäller det att granska systematiska översikter med metaanalyser minst lika kritiskt som andra forskningsstudier – kanske mer, med tanke på att anspråken på giltighet vanligen är större.

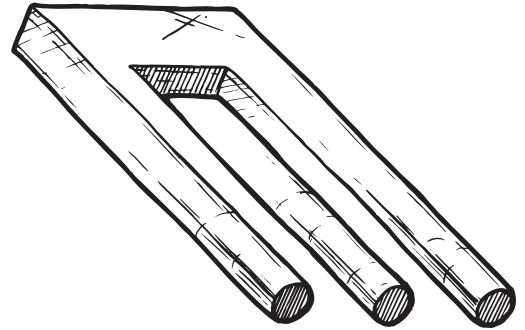
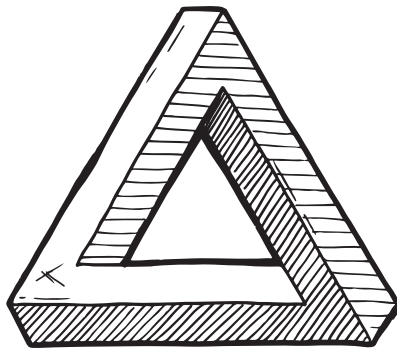
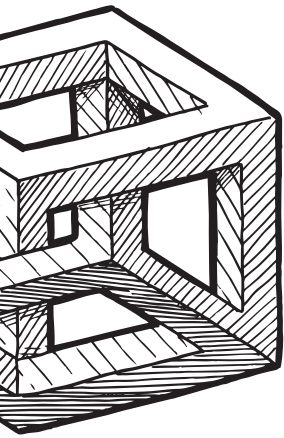
TILL ATT BÖRJA MED är det inte säkert att en sammanläggning som någon kallar metaanalys verkligen är en sådan. Att till exempel beskriva graden av vetenskapligt stöd för en åtgärd genom att räkna hur många studier som talar ”för” respektive ”emot” åtgärden är ingen metaanalytisk metod – och siffrorna kan vara direkt vilseledande. Ändå förekommer sådan ”rösträkning” (eng. *vote-counting*) i översikter.³ Några författare kan till exempel försöka styrka sina antaganden genom att räkna studier med statistiskt signifikanta respektive icke-signifikanta

resultat. Men att det finns fler signifikanta än icke-signifikanta resultat säger föga om bevisläget.

EN UTMANING VID metaanalys är att välja lämplig modell – *fixed* eller *random effects*. Valet beror på analysens syfte och hur lika deltagarna i de olika studierna bedöms vara. Om deltagarna är tillräckligt lika, kan varje enskild studie betraktas som ett stickprov på den större population som man egentligen vill uttala sig om. Sammanvägningen bidrar då till en bättre bild av resultatet i den större populationen, och *fixed effect*-modellen används. Men om studierna skiljer sig åt så mycket att deltagarna anses representera olika populationer, bör i stället *random effects*-modell användas. Resultatet av analysen motsvarar i så fall ett genomsnitt för populationerna, vilket ju kan avvika från det faktiska resultatet i var och en av dem.

METAANALYS KRÄVER också att man granskar och rangordnar data innan dessa vägs samman. Man måste använda väletablerade statistiska metoder för att beräkna effektstorlek, genomföra ▶





METAANALYS

Statistisk analysmetod för att kvantitativt väga samman resultat från primärstudier av samma diagnosmetod eller insats. Används ofta inom ramen för systematiskt översiktsarbete och följer en i förväg fastställd process.

Efter uttömmande litteratursökning anskaffas alla tillgängliga forskningsresultat om de frågor som man avser att besvara. Materialet gallras och granskas enligt förutbestämda kriterier och vägs ihop till ett sammantaget resultat med tillhörande konfidensintervall. Större studier med fler deltagare och fler kliniska händelser ges större vikt i sammanvägningen.

Analysen ger överblick över tillgängliga resultat och hur samstämmiga de är. Historiens första metaanalys genomfördes 1904, men metoden etablerades först under 1990-talet. Metaanalys i sig utgör ingen bedömning av risken för snedvridning, utan denna skattas sedan i en särskild evidensgradering.

INTERNATIONELLA NORMER

- **AMSTAR** – checklista för att på övergripande nivå (inte för enskilda utfall) bedöma systematiska översikters metodologiska kvalitetet <https://amstar.ca>
- **ROBIS** – verktyg för att bedöma risk för snedvridning i systematiska översikter <https://www.bristol.ac.uk/population-health-sciences/projects/robis/robis-tool/>
- **MECIR** och **MECCIR** – Cochrane respektive Campbell Collaborations standarder för systematiskt översiktsarbete och redovisning <https://community.cochrane.org/mecir-manual>
- **PRISMA** – vetenskapliga tidskrifters och utgivares grundkrav på hur systematiska översikter och metaanalyser ska redovisas <http://www.prisma-statement.org>
- **RAMESES** – brittiskt projekt med krav och verktyg för redovisning av översikter av studier med kvalitativ ansats <https://www.ramesesproject.org>

viktning av resultat från olika studier och hantera eventuell spretighet i dessa, så kallad *heterogenitet*.

Viktningen av resultat sker ofta utifrån konfidensintervallens bredd. Syftet är att kunna skilja osäkerheten i enskilda studier från den osäkerhet som själva sammanläggningen innebär.² Utan viktning blir det svårt att bedöma hur ”stabil” metaanalysens samlade resultat är som helhet, och hur beroende detta är av vissa ingående studier. Viktningen förhindrar också att små studier inverkar för mycket på det samlade resultatet (i *fixed effect*-modellen), något som annars kan bli ett problem – av två skäl.

FÖR DET FÖRSTA är små studier automatiskt mer känsliga för *slumpfel*. Ju färre observationer som har gjorts i en studie, desto större spelrum får slumpen. Försök med få deltagare blir mer känsliga för slump effekter – resultaten varierar mer än i större försök.²

För det andra vet man att den vetenskapliga publiceringen av små behandlingsstudier med negativa resultat tenderar att dröja eller i värsta fall helt utebli, så att resultaten förblir okända. Detta snedvrider helhetsbilden av behandlingseffekt – det föreligger *publiceringsbias*.² Inom forskningsområden där små behandlingsstudier dominerar blir därför helhetsbilden av behandlingens effekt ofta överdrivet positiv.

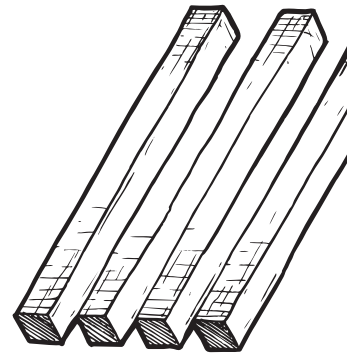
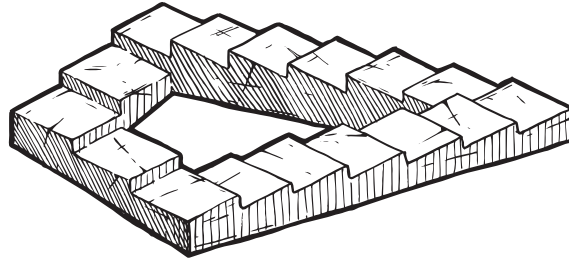
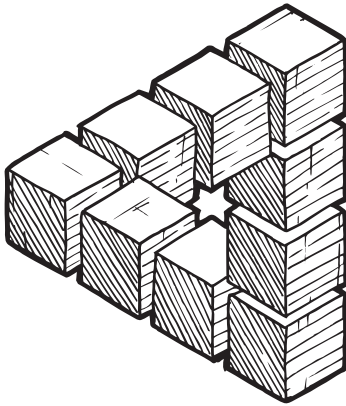
FRÅN ATT HA BESKRIVITS som en bristvara i forskningslitteraturen på 1990-talet, publiceras numera resultaten från ett överflöd av metaanalyser. En stor andel har kritiserats som onödiga, felaktiga eller bådadera.^{4,5} Att forskarnas åsikter om

sakfrågor kan snedvridera deras resultat är inte unikt för metaanalys. Liksom i andra arbeten måste man till exempel göra avgränsningar som kan påverka resultatet.⁴ Forskarna måste avgöra vilka slags studier som tas med, hur gamla arbetena får vara och vilka språk som inkluderas. Kvalitetskriterierna som används för att gallra studier kan också vara olika strikta och tillämpas olika.

DÄRFÖR MÅSTE vetenskapssamhället bevaka att forskarna redovisar vilka val de har gjort och hur de har gått till väga. Att författarna öppet och tydligt redovisar och motiverar sina val – så kallad transparens i rapporteringen – är nödvändigt för att en metaanalys ska anses tillförlitlig.

Teknikutvecklingen på området, till exempel maskininläring och artificiell intelligens, medför både möjligheter och problem. Bred tillgång till avancerade statistiska analysverktyg gör det tekniskt möjligt för allt fler forskare att genomföra allt mer komplicerade beräkningar – utan att nödvändigtvis ha tillräcklig sakkunskap eller statistisk kompetens. Ju snärigare analyserna blir, desto svårare blir det både för forskaren själv och för omgivningen att upptäcka misstag och snedvridning.

ETT EXEMPEL PÅ DETTA är så kallad *nätverksmetaanalys* – en avancerad analysmetod som blir allt vanligare och som lätt kan ge felaktiga resultat.⁶ Det är en typ av metaanalys som jämför två eller flera behandlingar genom att kombinera resultat från jämförande primärstudier och indirekta jämförelser. Medan vanlig metaanalys endast gör direkta jämförelser mellan insatser, gör nätverksmetaanalys



BABICH ALEXANDER / SHUTTERSTOCK

även indirekta sådana – alltså av insatser som aldrig har prövats sida vid sida i en och samma studie. För en enskild jämförelse av två insatser görs i stället ett slags extrapolering från övriga jämförelser. En stor nätverksmetaanalys kan omfatta över 20 jämförelser.

I **VILKA LÄGEN** som det alls är lämpligt att använda nätverksmetaanalys beror återigen på hur lika studierna är. Den bedömningen kräver ämneskunskap och påverkar valet av statistisk metod – där alternativen är många. Olika förslag till granskningsmallar för nätverksmetaanalys har publicerats.⁷⁻¹⁰

Mängder av fällor måste undvikas när man genomför och tolkar metaanalyser, från de enklaste till de mest komplicerade. Samtidigt som metaanalys som statistiskt verktyg har visat sig vara värdefullt, används det många gånger felaktigt. En stor andel publicerade analyser har bedömts vara undermåliga.⁴

Det gäller att komma ihåg att syntesen i sig absolut inte är någon kvalitetsgaranti. ♦ **RL**

Referenser

1. Gough D, et al. Syst Rev. 2020;9:155.
2. Gurevitch J, et al. Nature 2018;555:175-82.
3. de Vrieze J. Science 2018;361:1184-8.
4. Ioannidis JPA. Milbank Q. 2016;94:485-514.
5. Leclercq V, et al. BMJ Open 2020;10:e036349.
6. Anttila S. SBU, Vetenskap & praxis, 2018;(1-2):12-3.
7. Nikolakopoulou A, et al. PLoS Med 2020;17:e1003082.
8. Puhan MA, et al. BMJ 2014;349:g5630.
9. Jansen J, et al. Value Health 2014;17:157-73.
10. Brignardello-Petersen R, et al. BMJ 2020;371:m3907

VÄLGJORDA SYSTEMATISKA ÖVERSIKTER – EXEMPEL PÅ KÄNNETECKEN

Studieurvalet matchar syftet

- Översiktens syfte har bestämts i förväg, liksom kriterierna för vilka studier som ska tas med.
- Urvalet av studier passar den fråga som översikten ska besvara.
- Kriterierna för urvalet är entydiga och beaktar studiernas aktualitet, storlek och kvalitet samt utfallens relevans.
- Urvalet beaktar typ av källa, t. ex. typ av publikation, språk och tillgång på rådata.
- En förteckning anger vilka studier som inte har tagits med i sammanvägningen.

Litteratursökningen är grundlig

- Sökningen täcker lämpliga databaser och andra viktiga källor.
- Söktermer och -fraser är utformade så att flest möjliga relevanta studier identifieras.
- Avgränsningar i fråga om publikationsår, publikationstyp och språk redovisas tydligt och är adekvata.
- Särskilda åtgärder har vidtagits för att minska risken för snedvridet urval av studier. Ämnessakkunniga har tillfrågats.

Studierna granskas kritiskt

- Särskilda åtgärder har vidtagits för att undvika fel när data hämtas från studierna. Försöksdeltagare, insatser och behandlingar beskrivs ingående.
- Översiktsförfattarna har tillräcklig information och kunskap för att tolka uppgifterna.

- Samtliga relevanta utfall tas med och redovisas vid sammanvägning.
- Risken för bias i resultaten har bedömts på ett strukturerat sätt med adekvata kriterier, och bedömningen motiveras tydligt.
- Särskilda åtgärder har vidtagits för att undvika felbedömning av risken för bias och hantera oenighet om bedömningen.

Sammanställningen är noggrann

- Översikten tar med alla studier som uppfyller de förutbestämda kriterierna och beskriver samtliga studiers relevans för den fråga som översikten ska besvara.
- Alla i förväg beslutade analyser presenteras och eventuella avvikelser förklaras.
- Valet av analysmodell motiveras. Studier vilkas resultat vägs samman bedöms vara tillräckligt lika i frågor, upplägg och utfallsmått. Eventuella olikheter mellan studierna hanteras väl.
- Sammanvägda resultat håller för en känslighetsanalys, och risken för snedvriden publicering av studier har bedömts med olika metoder och beaktats.
- De svagheter som har identifierats i studierna beaktas i översiktens egna slutsatser. Risken för bias i dessa slutsatser och i författarnas tolkning av sina fynd beskrivs och hanteras väl. Författarna presenterar inte enbart statistiskt signifikanta fynd utan redovisar alla utfall. Finansiärer för översiktsarbetet redovisas.

Källor: Whiting P, et al. ROBIS: A new tool ... J Clin Epidemiol. 2016;69:225-34 samt SBU:s metodbok



SBU har identifierat välgjorda forskningsöversikter om diagnostik och behandling av hotande förtida födsel, hepatos ("graviditetsklåda") och bäckensmärta ("foglossning") – och pekar samtidigt på områden där sådana översikter fattas.

Graviditet Evidensläget för olika insatser mot tre komplikationer

SBU HAR KARTLAGT EVIDENS, respektive brist på evidens, rörande diagnostik och behandling av tre graviditetskomplikationer som är vanliga eller potentiellt allvarliga. Det gäller hotande spontan förtidsbörd, intrahepatisk cholestas (ibland kallat graviditetsklåda eller hepatos) och bäckensmärta hos gravida, så kallad foglossning.

NÄR DET GÄLLER att bedöma risken för spontan tidig födsel har vissa översiktsförfattare funnit ett visst stöd för mätning av ämnet fibronektin i sekret från livmoderhalsen liksom för mätning av livmoderhalsens längd med hjälp av ultraljud. Respektive undersökning har i båda fallen kombinerats med vanlig klinisk bedömning av kvinnor med hotande förtida födsel.

Man har också funnit viss evidens för att vissa värkhämmande läkemedel kan fördröja födseln något bland dessa kvinnor och har förknippat detta med bättre hälsa hos barnet.

VISSA ÖVERSIKTSRESULTAT tyder också på att antibiotikabehandling vid infektionssymtom hos kvinnor med risk för förtidsbörd minskar risken för allvarlig infektion hos kvinnan och skyddar det nyfödda barnets hälsa – men inte hos kvinnor som saknar tecken på infektion. Vidare saknas det välgjorda översikter om effekten av vätsketillskott, sängvila och att kirurgiskt sätta stygn i livmoderhalsen, *cerklage*.

I fråga om behandling av "fog-

lossning", det vill säga bäckensmärta hos gravida, finns det många välgjorda översikter. De gäller bland annat bål-stabiliserande träning, akupunktur och manipulering eller stabilisering av bäckenet. Effekter på smärta, funktion, livskvalitet och sjukskrivning har studerats, liksom bieffekter av behandling. Effekterna på stress, depression och kvinnornas upplevelser och erfarenheter har däremot inte undersökts i välgjorda översikter.

I FRÅGA OM HEPATOS (intrahepatisk kolestas), en påverkan på levern som kan drabba gravida och som ger nattlig klåda, finns det en enda tillräckligt välgjord systematisk översikt. Enligt denna saknas det kunskap om värdet av nivån av gall-syra i blodet som markör.

De två översikter som gäller behandling med ursodeoxicholsyra är oeniga i fråga om den eventuella effekten på klåda. Däremot finner båda dessa översikter ett visst stöd för att behandlingen inte verkar påverka fostret, samt att det saknas vetenskaplig kunskap om effekten på förtida födsel. Den eventuella effekten av egenvård är också oviss. ♦RL

Om kartläggningarna

Kartläggning ... diagnostik och behandling av hotande spontan förtidsbörd, graviditetsrelaterad bäckensmärta och intrahepatisk kolestas. Identifiering av evidens och vetenskapliga kunskapsluckor utifrån systematiska översikter. Stockholm: SBU, 2021. SBU-rapport nr 320_1, 320_2 och 320_3. Projektledare SBU: Helena. Domeij@sbu.se Fullständiga rapporter med evidens-kartor finns på www.sbu.se/320

9	2	3	2	6	4
26	14	2	1	3	
13	6	2	1	4	

Evidenskartor

Kartläggning av evidens innebär att SBU söker på ett strukturerat sätt i forskningslitteraturen efter systematiska översikter. Sedan bedöms översikternas vetenskapliga kvalitet på övergripande nivå. Alla som är tillräckligt välgjorda presenteras i en tabell, en så kallad evidenskarta. Tabellen ger en överskådlig bild av områden där det finns bra översikter, en digital karta där man enkelt kan klicka sig fram.

Kartan visar också på vilka områden som det saknas välgjorda systematiska översikter, så kallade vetenskapliga kunskapsluckor. Att kartläggningen enbart avser systematiska översikter innebär att enskilda studier (primärstudier) som ännu inte har ingått i någon välgjord systematisk översikt inte redovisas.

Hälsoekonomer undersöker hur resurserna kan räcka till mer hälsa

När behovet av vård och omsorg är stort samtidigt som resurserna tryter är det extra viktigt att satsa på de åtgärder som ger mest för pengarna. SBU:s hälsoekonomer vill underlätta valet genom att jämföra nyttan av olika insatser med deras kostnader.

NÄR EFTERFRÅGAN PÅ VÅRD och omsorg är större än vad samhället kan erbjuda måste man hushålla med resurserna. De räcker inte till allt som efterfrågas. Ekonomer brukar tala om *alternativkostnad* för att beskriva den ”kostnad” som uppstår – det som man avstår från – varje gång som begränsade resurser används på det ena alternativet i stället för det andra.

Beslutsfattare prioriterar ju ständigt mellan olika alternativ. Men de stora utgifterna under pandemin ställde frågorna på sin spets. Vilken insatser måste väljas bort för att vi ska klara detta? Varifrån ska resurser tas till vård och omsorg för dem som drabbas?

I Sverige ska prioriteringar inom ofentligt finansierad hälso- och sjukvård göras utifrån den så kallade *etiska plattformen*, som antogs av riksdagen år 1997. Den omfattar människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen.

NÄR SBU analyserar *kostnadseffektivitet* handlar det om att undersöka vilka insatser som ger mest hälsa för pengarna, enligt plattformens tredje princip. Kunskapsområdet kallas *hälsoekonomi*

och bygger på nationalekonomi. Man använder kunskap och teorier om människors beteenden och värderingar, hälso- och sjukvårdens organisation och dess finansiering. Inom hälsoekonomi brukar olika insatser kostnader jämföras med deras effekter på hälsa och livskvalitet. Liknande utvärderingar görs också av insatser inom socialtjänsten, även om effekterna då inte enbart gäller hälsa.

ANALYS AV kostnadseffektivitet innebär att man jämför två eller fler insatser med avseende på både kostnader och effekter. En insats som har både lägre kostnad och bättre effekt än en annan kallas *dominant*. Då är valet av insats enkelt ur hälsoekonomisk synpunkt. Men den vanliga situationen är att effektivare insatser också är mer kostnadskrävande. Då vill man ta reda på om den mer effektiva insatsen är värd den ökade kostnaden.

SÄTTET ATT MÄTA och analysera kostnadseffektivitet kan variera. Det effektmått som föredras av hälsoekonomer kallas *kvalitetsjusterade levnadsår*, på engelska *quality-adjusted life-years*, **QALY**. Det är ett mått som inte bara tar hänsyn till hur länge man lever med ett visst hälso-

tillstånd utan också hur livskvaliteten är under tiden.

Livskvaliteten, som även kallas **QALY**-vikt, brukar anges på en skala mellan 0 och 1, där 0 motsvarar död och 1 motsvarar full hälsa. För att ange hur en behandling påverkar såväl livslängd som livskvalitet, multipliceras antalet vunna levnadsår med den skattade genomsnittliga livskvaliteten. En behandling som till exempel förlänger livet i snitt fem år med en genomsnittlig livskvalitetsvikt på 0,7 resulterar alltså i $5 \times 0,7 = 3,5$ **QALY**.

QALY ANVÄNDS brett inom hälsoekonomi, oavsett vilken sjukdom som analyseras – som ett slags universellt mått på hälsoeffekter vid olika slags tillstånd och behandlingar. Tanken är att man ska kunna jämföra hur mycket hälsa som uppnås till en viss kostnad, även om de behandlingar och tillstånd som analyseras är helt olika. Jämförelserna förutsätter dock att skattningen av livskvalitet vid olika tillstånd, alltså den **QALY**-vikt som man räknar med, är helt korrekt och allmängiltig. Detta är en av de faktorer som avgör om en hälsoekonomisk kalkyl blir rättvisande eller inte.

QALY-vikten kan beräknas med ►





► *fortsättning från sidan 17:* direkta eller indirekta metoder. Till de direkta metoderna hör dels standard gamble och time trade-off där personer ombeds välja mellan olika scenarier, dels visuella analogskalor där personerna skattar hälsotillståndet på en skala från bästa tänkbara till sämsta tänkbara. Indirekta metoder utgår i stället från svar på frågeformulär som kallas livskvalitetsinstrument (till exempel EQ-5D, SF-6D och HUI-3). Svaren räknas om till en QALY-vikt med hjälp av ett så kallat värderingssystem, en ”tariff”, som i sin tur har tagits fram med någon av de direkta metoderna.

NÄR MAN GRANSKAR hälsoekonomiska analyser är det viktigt att bedöma hur QALY-vikten har beräknats, alltså vilket livskvalitetsinstrument och värderingssystem som har valts. Det spelar roll vilken kategori av personer som har undersökts – till exempel om livskvaliteten vid tillståndet har skattats av allmänheten (alltså hypotetiskt av personer utan egen erfarenhet av tillståndet), av ämnesexperter (alltså personer med professionell kunskap och erfarenhet), eller av personer eller patienter som faktiskt har tillståndet. Livskvaliteten skattas ofta högre av dem som själva lever med detta än av den allmänna befolkningen som föreställer sig situationen.*

HÄLSOEKONOMER ANVÄNDER flera typer av analysmetoder, se faktarutan. Valet av metod beror på vilken fråga som analysen ska besvara, men även på vilka data som finns tillgängliga. När värden står inför ett val mellan två insatser som är lika effektiva och medför likvärdiga risker, så är det naturligt att nöja sig med en så kallad *kostnadsminimeringsanalys*. Handlar det om alternativa metoder som främst

påverkar dödligheten kan det i vissa fall räcka att göra en *kostnadseffektanalys* med levnadsår som effektmått. Om det däremot rör sig om behandling av kroniska tillstånd som inte är direkt livshotande, är det nödvändigt att även beakta effekterna på livskvalitet. Då är *kostnadsnyttoanalys* en lämplig metod.

RESULTATET AV EN hälsoekonomisk jämförelse av två insatser presenteras ofta som en *inkrementell kostnadseffektivitetskvot* (incremental cost-effectiveness ratio, ICER) – kvoten mellan kostnadsskillnad och effektskillnad. Denna kvot anger alltså kostnaden för att uppnå ytterligare en effektenhet (till exempel ett vunnet levnadsår) när man väljer den ena insatsen framför den andra.

När insatsens ICER diskuteras brukar hälsoekonomer sätta det i relation till något belopp som samhället har verkat vara villigt att betala för en viss effektenhet, exempelvis en QALY. Detta belopp kallas *tröskelvärdet för samhällets betalningsvilja*. Även om detta tröskelvärde kan analyseras med vetenskapliga metoder, bestäms värdet av ett samhälles värderingar och beslutsfattare – inte av forskare.

DET FINNS OLIKA SÄTT att definiera och studera tröskelvärdet, och något exakt tröskelvärde för Sverige har inte fastslagits. Enligt den hälsoekonomiska litteraturen finns betydande variation – någon studie har skattat att individer är villiga att avstå mellan 150 000 och 350 000 kronor i konsumtion för att få ytterligare en QALY, medan en annan har kommit fram till ett belopp på 2,4 miljoner kronor. I linje med riksdagens etiska plattform för prioriteringar påverkas betalningsviljan i svensk hälso- och sjukvård också av andra faktorer, som till exempel tillståndets svårighetsgrad, sällsynthet, behandlings-

effektens storlek och den hälsoekonomiska analysens tillförlitlighet.

KOSTNADER FÖR sjukdom, vård och omsorg brukar delas in i *direkta* och *indirekta kostnader*. Direkta kostnader uppstår som direkt följd av vård och behandling – personal, lokaler, utrustning samt kostnader som belastar patienten. Indirekta kostnader är resurser som förloras indirekt på grund av sjukdom eller behandling, till exempel nedsatt arbetsförmåga eller produktionsbortfall, när tillståndet eller behandlingen leder till att människor inte kan arbeta. Som produktionsbortfall räknas även så kallad sjuknärvaro, när individen arbetar men har lägre produktivitet än tidigare till följd av sin sjukdom eller skada. Vilka kostnader som inkluderas i en hälsoekonomisk analys beror på vilken typ av insats som utvärderas, och vilket perspektiv som tillämpas – exempelvis ett hälso- och sjukvårdsperspektiv eller ett samhällsperspektiv. Även den etiska plattformens människovärdesprincip påverkar vilka kostnader som inkluderas.

Myndigheter som SBU anlägger ett samhällsperspektiv för att visa de totala kostnaderna och effekterna för hela

* Aronsson M, et al. Differences between hypothetical and experience-based value sets for EQ-5D used in Sweden: Implications for decision makers. *Scand J Public Health*. 2015;43:848-54. .



samhället, inte bara för en viss sektor. Kostnader och effekter ska beaktas oavsett var de uppkommer, men man brukar ändå beskriva hur kostnader och effekter fördelar sig på olika aktörer. Dessutom beskriver man hur indirekta kostnader påverkar kostnadseffektiviteten.

NÄR SBU UTVÄRDERAR hälsoekonomiska aspekter brukar det första steget vara att göra en översikt av publicerade hälsoekonomiska studier. Myndigheten granskar både så kallade *empiriska studier*, som har lagts upp för att samla in data om både kostnader och effekter inom ramen för samma prövning, och *modellanalyser*, som kombinerar effektdata från kliniska studier (eller meta-analyser av sådana studier) med uppgifter om kostnader och risker för sjukdom från andra källor.

Modellanalyser kräver vissa antaganden och kan inte ersätta empiriska studier. De används främst för att försöka förutse kostnader och effekter på längre sikt än befintliga studier täcker. De används också när det saknas effektstudier eller uppgifter om kostnader och QALY. De vanligaste metoderna för modellanalys kallas *beslutsträd* och *Markov-modeller*.

EN VIKTIG FRÅGA VID granskning av hälsoekonomiska studier är att bedöma risken för att resultaten har påverkats av jäv, till exempel i vissa fall av industrisponsoring. Eftersom beräkningarna ofta har gjorts i andra länder, måste man också bedöma om de uppgifter som har använts verkar avvika väsentligt från svenska förhållanden, och om svenska data skulle ha gett ett likartat resultat. Länderna kan skilja sig väsentligt – till exempel i fråga om organisation, kostnader, sjukdomsförekomst, dödlighet och livskvalitet. Modeller kräver utförlig *känslighetsanalys* som undersöker resultatens tillförlitlig-

het. Författarna ska på det sättet visa hur ”stabila” resultaten är när vissa förutsättningar, data och antaganden ändras. Till exempel kan de undersöka hur resultatet påverkas när vissa avvikande data utesluts eller ersätts med alternativa värden. Ibland görs en så kallad *probabilistisk känslighetsanalys* där osäkerheten i olika värden och antaganden analyseras samtidigt för att undersöka den sammantagna osäkerheten.

BEFINTLIG HÄLSOEKONOMISK litteratur besvarar inte alltid de beslutsfrågor som ställs i SBU:s projekt. Då kan SBU i samråd med ämnessakkunniga göra egna analyser av kostnadseffektivitet, utifrån kliniska studier och svenska kostnadsdata. I vissa fall räcker det med att olika insatsers kostnader har studerats för att myndigheten mot bakgrund av effektstudier ska kunna bedöma insatsernas kostnadseffektivitet. I andra fall behövs det fullständiga modellanalyser.

Resultatens tillförlitlighet är givetvis en central fråga när det gäller hälsoekonomiska beräkningar. I randomiserade studier kan tillförlitligheten av hälsoekonomiskt relevanta utfall (till exempel antal vård dagar) evidensgraderas precis som medicinska utfall. Med kostnadseffektivitet är detta svårare eftersom olika utfall slås samman.

Inom hälsoekonomi, liksom andra kunskapsområden, är det viktigt att siffrorna aldrig uppfattas som säkrare och exaktare än de faktiskt är. ♦ **RL**

Lästips

- Socialdepartementet (1995), Vårdens svåra val. Prioriteringsutredningens slutbetänkande, SOU 1995:5.
- Socialdepartementet (1996/97), Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Proposition, 1996/97:60.
- SBU:s metodbok, www.sbu.se/metodbok

KLASSISKA ANALYSER INOM HÄLSOEKONOMI

kostnadsminimeringsanalys – jämför kostnader för olika insatser där effekten förutsätts vara helt lika

kostnadskonsekvensanalys – jämför kostnader och effekter vid olika insatser, med redovisning av flera olika mått på effekter

kostnadseffektsanalys – jämför kostnader och effekter vid olika insatser, med effekter uttryckta i en angiven enhet, till exempel levnadsår

kostnadsnyttoanalys – jämför kostnader och effekter vid olika insatser, med effekter uttryckta i kvalitetsjusterade levnadsår (QALY)

kostnadsintäktsanalys – jämför kostnader och effekter vid olika insatser, med effekter uttryckta i monetära termer, till exempel kronor



KLARGÖR EVIDENSLÄGET INFÖR BESLUT

Vilka välgjorda systematiska översikter har publicerats om olika insatser i vård och omsorg? Här är några aktuella svar från SBU:s upplysnings-tjänst.

TJÄNSTEN GÅR UT PÅ att snabbt ge beslutsfattare evidens i en avgränsad fråga. Ofta handlar det om att peka på välgjorda systematiska översikter, berättar Irene Edebert som samordnar arbetet med SBU:s svar.

– Grunden är att vi dels söker strukturerat efter översikter och studier, dels bedömer översiktens risk för snedvridning på övergripande nivå – alltså den generella risken att resultaten har över- eller underskattats av författarna.

Svaren utformas av myndighetens kansli – vid behov med stöd av ämnessakkunnig – som regel inom tre månader.

– När vi har hittat en systematisk översikt som är välgjord på övergripande nivå, refererar vi författarnas slutsatser. Ekonomiska aspekter och hälsoekonomiska studier ingår också vid behov. Däremot granskar vi inte risken för snedvridning av enskilda utfall i översikten och analyserar sällan överförbarheten till svenska förhållanden.

SBU:S SVAR redovisar hur litteratursökningen har gått till. Enskilda studier vid sidan av översikterna listas också, tillsammans med en beskrivning av hur dessa har valts ut, men kvaliteten bedöms inte. Därför gör upplysningstjänsten inte heller några sammanvägningar av enskilda studiers resultat. Arbetstempot innebär att svaren inte bedöms av SBU:s råd eller nämnd.

– Vi försöker möta frågeställarens behov av snabba svar, säger Irene Edebert. Ibland räcker det med en referenslista eller sökstrategi.

Tjänsten är anpassad för personer i ledande befattning – som verksamhets- och sektionschefer samt beredande tjänstemän i regionerna. Syftet är att ge ett kunskapsunderlag för policybeslut.

– Men alla som ansvarar för val av insatser i vården är välkomna att komma med frågor. Numera kan vi också besvara frågor från socialtjänsten.

År 2020 besvarades 40 frågor, huvudsakligen via formuläret på sbu.se. ♦ **RL**

Förebyggande hembesök hos äldre utan hjälp

Förebyggande hembesök syftar till att bibehålla självständighet och hälsa hos äldre personer som bor kvar hemma utan hemtjänst eller hemsjukvård. Innehållet i besöken kan variera mellan olika verksamheter och länder. På förfrågan från Socialstyrelsen har SBU sökt och på övergripande nivå kvalitetsgranskat relevanta systematiska översikter. Fyra översikter med låg eller måttlig risk för snedvridning ingår i SBU:s svar. Översiktsförfattarna drar slutsatsen att evidensläget när det gäller förebyggande hembesök är oklart och att studierna visat på motstridiga resultat i fråga om effekter. Samtliga påtalar att de inkluderade studierna är så olika att det är svårt att dra övergripande slutsatser. Enligt några översikter skulle vissa



PHOTOGRAPHEE.EU/SHUTTERSTOCK

typer av förebyggande hembesök eventuellt kunna ha en svag effekt på dödlighet. Det är ännu inte fastställt vilka interventionskomponenter som i så fall är nödvändiga för att uppnå denna effekt. Författarnas slutsatser har inte analyserats utifrån svenska förhållanden. ♦ **RL**

SBU:s svar finns på www.sbu.se/ut202004

Bedömning av skörhet inför intensivvård



Skörhet definieras av Världshälsoorganisationen (WHO) som ett åldersrelaterat och tilltagande tillstånd av ökad sårbarhet, nedsatt förmåga att klara olika

slags belastning samt nedsatta kroppsfunktioner. Clinical Frailty Scale (CFS) är ett instrument för att bedöma hur skör en person är (vilket kan påverka vårdnivå och vårdtyngd) – en bedömning som görs fullständigt med multiprofessionell utredning. På förfrågan från Socialstyrelsens krisledning har SBU sökt efter studier som undersökt hur rättvisande bedömning med CFS blir inför intensivvård. I litteraturen fann SBU 23 relevanta studier, varav 11 bedömdes ha låg eller måttlig risk för snedvridning för minst ett utfall. Enligt studierna kan skattning med CFS inför intensivvård till viss del förutsäga dödsfall under sjukhusvistelse och inom 30 dagar. Men bedömningen har inte stämt för samtliga individer i studierna. En del personer som är mycket sköra enligt CFS kan ändå överleva, så varje patient måste bedömas efter sina förutsättningar. ♦ **RL**

SBU:s svar finns på www.sbu.se/ut202023

Hinnsvepning för att sätta igång förlossning

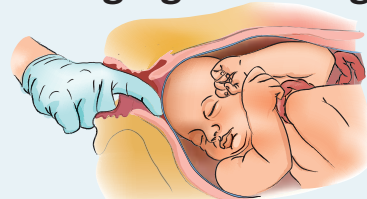


ILLUSTRATION: ANNA SJÖLIN

Vid hinnsvepning använder barnmorskan ett finger för att sätta i gång förlossning. SBU har identifierat fyra systematiska översikter där risken för snedvridning är låg eller måttlig. Översiktsförfattarna drar slutsatsen att hinnsvepning möjligen är effektivt för att initiera förlossningsstart och att ingreppet eventuellt även minskar behovet av till exempel stimulering med syntetisk oxytocin eller håltagning på fosterhinnan, amniotomi. Antalet spontana vaginala födsel respektive kejsarsnitt verkade dock inte påverkas. Hinnsvepning bedömdes av författarna inte heller öka dödlighet eller risken för skador hos barnet eller modern, till exempel blödningar, men resultatet hade låg tillförlitlighet. Metoden rapporterades medföra ett visst obehag och smärta för kvinnan. SBU har inte analyserat slutsatserna utifrån svenska förhållanden. ♦ **RL**

SBU:s svar finns på www.sbu.se/ut202019

Insatser inom psykiatri för kost och motion



Personer som får psykiatrisk öppenvård har ofta svårt att upprätthålla goda levnadsvanor. Det kan leda till fysisk ohälsa, exempelvis övervikt och följsjukdomar

av detta eller av substansberoende. Efter litteratursökning och kvalitetsgranskning identifierade SBU endast en systematisk översikt, som på övergripande nivå bedömdes ha måttlig risk för snedvridning. Den gäller insatser via internet för personer med depression – främst kognitiv beteendeterapi men även *acceptance and commitment therapy* (ACT) och metoder som bygger på socialkognitiv teori. Översiktens författare drar slutsatsen att sådana insatser kan ha effekt på kost, motion och alkoholvanor. De skriver också att livsstilsförändring kan vara en viktig del av behandlingen av depression. Författarnas slutsatser har inte analyserats utifrån svenska förhållanden. ♦ RL

SBU:s svar finns på www.sbu.se/ut202024

KIROKSTA/SHUTTERSTOCK

Stöd till familjer med barn med typ-1-diabetes



Att vårda barn med kronisk sjukdom kan vara svårt för familjen. Om barnet har diabetes typ 1 kan familjen

via kurator erbjudas exempelvis familjeterapi, psykoterapi och utbildning. SBU har identifierat två systematiska översikter som på övergripande nivå bedömdes ha låg eller måttlig risk för snedvridning. Översikterna fann att psykosociala insatser med pedagogiska inslag har positiv effekt på barnens blodsockernivåer. Enligt den ena översikten ger insatserna också ökad kunskap om hur sjukdomen hanteras, och enligt den andra upplever barnen större egen förmåga att klara detta. SBU har inte analyserat resultaten utifrån svenska förhållanden. ♦ RL

SBU:s svar finns på www.sbu.se/ut202001

AFRICA STUDIO/SHUTTERSTOCK

Stöd till de närmaste efter suicid

Kan organiserade stödinsatser från omgivningen till de närmaste efter ett suicid påverka sorgens intensitet, psykosocial hälsa och suicidrisk? Svaret är osäkert, konstaterar SBU:s upplysningstjänst. Frågan har visserligen undersökts i tre systematiska översikter med måttlig övergripande risk för snedvridning, men de sammanställda studierna har enligt översiktförfattarna hög risk för snedvridning. Studierna gäller stöd från såväl nära anhöriga som skol- eller arbetskamrater. Bland insatserna finns kamratstöd via nätet, mindfulness, social samvaro, kognitiv beteendeterapi och annan psykoterapi samt manualbaserad terapi, individuellt eller i grupp, för komplicerad sorg. Översiktförfattarna genomförde ingen metaanalys utan endast berättande analys. Översiktförfattarna menar att några studier tyder på viss minskning av sorgens intensitet och suicidrisk men finner sammantaget endast svag evidens för effekterna. Författarnas slutsatser har inte analyserats utifrån svenska förhållanden. SBU har även identifierat en relevant primärstudie från år 2020 som saknas i översikterna men resultatets risk för snedvridning har inte granskats. ♦ RL

SBU:s svar finns på www.sbu.se/ut202035

LIGHTSPRING/SHUTTERSTOCK

Covid-19 hos gravida



Misstanken finns att gravida kvinnor oftare än andra drabbas av allvarliga följder av covid-19. SBU har undersökt frågan och har även granskat studier av hur fetma, diabetes och hypertoni hos gravida påverkar risken för allvarlig sjukdom och död. Efter litteratursökning och granskning identifierade SBU en systematisk översikt med måttlig övergripande risk för snedvridning. Det är en så kallad levande översikt som uppdateras när nya studier tillkommer. I januari 2021 var översiktsförfattarnas slutsats att gravida kvinnor med covid-19 oftare läggs in på intensivvårdsavdelning och oftare får invasiv andningshjälp än icke-gravida kvinnor med covid-19, men dödligheten hos de gravida befanns inte vara högre. Gravida kvinnor som har covid-19 och som är överviktiga eller har högt blodtryck eller diabetes blir oftare allvarligt sjuka än andra gravida. Författarnas slutsatser hade inte analyserats utifrån svenska förhållanden. Utöver denna översikt, och de studier som ingick, fann SBU tio systematiska översikter med hög risk för snedvridning och sju enskilda kontrollerade studier med måttlig risk. ♦ RL

SBU:s svar finns på www.sbu.se/ut202105

HIPEDESIGN/SHUTTERSTOCK

PÅ GÅNG

Exempel på SBU-projekt



EXTREMT GRAVIDITETSILLAMÄNDE

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

FIBROMYALGI

Anna.Christensson@sbu.se
Plan publ: höst 2021

HJÄLPMEDEL FÖR RÖRELSE/FÖRFLYTTNING

Susanna.Larsson.Tholen@sbu.se
Plan publ: vår 2022

KONTINUITET I VÅRDEN

Per.Lytsy@sbu.se
Plan publ: sommar 2021

LIPÖDEM

Helena.Domeij@sbu.se
Plan publ: sommar 2021

LÅNGVARIG SMÄRTA: KOMPLEXA INSATSER

Anna.Christensson@sbu.se
Plan publ: höst 2021

MAT VID DIABETES

Goran.Bertilsson@sbu.se
Plan publ: höst 2021

PSYKISK OHÄLSA HOS BARN: FÖREBYGGANDE PROGRAM (UPPDAT)

Agneta.Pettersson@sbu.se
Plan publ: vinter 2021

PSYKISK SJUKDOM EFTER FÖRLÖSSNING

Goran.Bertilsson@sbu.se
Plan publ: sommar 2021

SÄRADE BUKMUSKLER-EFTER GRAVIDITET

Martin.Norman@sbu.se
Plan publ: vår 2022

VULVASMÄRTA

Karin.Wilbe.Ramsay@sbu.se
Plan publ: sommar -21

ÅNGEST & DEPRESSION: INTERNETFÖRMEDLAD PSYKOLOGISK BEHANDLING

Monica.Hultcrantz@sbu.se
Plan publ: vinter 2021

ÅTERGÅNG I ARBETE: EFFEKTER AV ARBETSMARKNADSINSATSER

Elizabeth.Ahsberg@sbu.se
Plan publ: vår 2022

ÖNSKAT KEJSARSNITT

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

SKA SPORRA TILL NY FORSKNING OM INSATSER VID PSYKISK OHÄLSA

En aktuell SBU-rapport pekar på forskningsfrågor om psykisk ohälsa som kan behöva besvaras med systematiska översikter eller nya studier.

Projektet har inventerat frågor om insatser där det vetenskapliga kunskapsläget kan behöva förbättras. Det är frågor där det behövs en systematisk översikt eller fler enskilda studier.

Inventeringen gäller insatser inom hela kunskapsområdet psykisk ohälsa. Men den är begränsad till sådana bristfälligt besvarade forskningsfrågor som har identifierats av vissa aktörer – bland andra SBU, Socialstyrelsen, den brittiska hälso- och sjukvårdsmyndigheten NICE och Cochrane – i deras arbete med effektutvärdering och vetenskapliga underlag under de senaste femton åren.

Brist på evidens – en så kallad vetenskaplig kunskapslucka – betyder att

effekten av en insats i en viss population inte har fastställts. Man har funnit att det saknas en välgjord systematisk översikt eller att en översikt visar att kunskapen om effekten är otillräcklig. Orsaken kan vara att det saknas tillräckligt stora och välgjorda studier eller att resultaten är motstridiga.

SBU PÅPEKAR ATT en del av de luckor som någon gång har konstaterats under åren 2005–20 sannolikt har fyllts av senare evidens. SBU understryker också att brist på evidens om effekten av en insats inte är detsamma som att insatsen är bevisat ineffektiv.

Rapporten, som har gjorts inom ramen för ett regeringsuppdrag till SBU, publiceras sommaren 2021 och riktar sig främst till andra myndigheter, forskningsfinansierare och forskare som kan åtgärda kunskapsbristerna. ♦RL



PAUL CRAFT / SHUTTERSTOCK

Om rapporten

Inventering och analys av vetenskapliga kunskapsluckor inom området psykisk ohälsa. Stockholm: SBU, 2021.

Projektledare SBU: Malin.Hoistad@sbu.se

Sök även i hela SBU:s databas med kunskapsluckor: www.sbu.se/vkl

POSTCOVID – SBU GÖR LÖPANDE ÖVERSIKT AV STUDIER AV BEHANDLING OCH REHAB

Forskare över hela världen bygger nu upp kunskap om långvariga komplikationer hos personer som har haft covid-19. SBU har fått regeringens uppdrag att löpande utvärdera och sprida kunskap om studier som gäller behandling och rehabilitering av sjukdomens långtidseffekter.

På forskningsfält som expanderar snabbt publiceras ständigt nya forskningsöversikter som delvis överlappar varandra. Då kan det vara ett bättre alternativ att göra en så kallad levande systematisk översikt, *living systematic review*, som författarna uppdaterar löpande.

REGERINGEN HAR NU gett SBU uppdraget att löpande utvärdera det vetenskapliga underlaget för behandling och rehabilitering av patienter med långvariga effekter av sjukdomen covid-19, så kallad postcovid. I uppdraget ingår att



ATIF ABISHAD / SHUTTERSTOCK

särskilt uppmärksamma sådana effekter hos barn.

Syftet är att utveckla ett vetenskapligt stöd för vården vid långvariga följdverkningar av covid-19 och för fortsatt forskning. Den samlade bilden av kunskapsläget måste uppdateras löpande, eftersom det handlar om en ny sjukdom som studeras intensivt.

Enligt regeringsuppdraget ska den kunskap som SBU tar fram spridas och bland annat kunna användas av Socialstyrelsen som underlag för rekommendationer.

I UPPDRAGET TILL SBU ingår också att följa och utvärdera internationella aktörers arbete med frågan och att löpande identifiera forskningsbehov på området. Regeringsuppdraget ska slutredovisas senast den 15 augusti 2022.

På sbu.se finns ytterligare information och länkar till utvärderingsarbete om covid-19 på regionala och internationella HTA-enheter och på SBU.

Webbtips som gäller nya studier av sjukdomen finns på nästa sida i tidningen. ♦RL

Om uppdraget

Uppdrag att löpande utvärdera och sprida kunskap om det vetenskapliga stödet avseende långvariga effekter av sjukdomen covid-19. Regeringsbeslut S2021/02146.

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 @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
VÅRDFÖRBUNDET

Sofia Rydgren Stale
SVERIGES LÄKARFÖRBUND

Johan Sanmartin Berglund
BLEKINGE TEKNISKA HÖGSKOLA

Elisabeth Wallenius
FUNKTIONSRÅTT 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 BEROENDEFORSKNING, UPPSALA UNIVERSITET

Lars Sandman
PROFESSOR, ETIK, LINKÖPINGS UNIVERSITET

Anna Sarkadi
PROFESSOR, SOCIALMEDICIN, UPPSALA 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 MILJÖMEDICIN, UPPSALA UNIVERSITET

Sverker Svensjö
ÖVERLÄKARE, INST FÖR KIR VET, UPPSALA UNIVERSITET

Magnus Tideman
PROFESSOR, HANDIKAPPVETENSKAP, HÖGSKOLAN I HALMSTAD

Pernilla Åsénlöv
PROFESSOR, FYSIOTERAPI, UPPSALA UNIVERSITET

GENERALDIREKTÖR SBU

Susanna Axelsson

WEBBTIPS

VETENSKAP & PRAXIS WEBB

På tidningens nya webb sbu.se/vop kan du söka och filtrera artiklar från tidigare nummer, hitta tecknat material och testa om du vet vad olika utvärderingstermer betyder.
www.sbu.se/vop

SYSTEMATISKA ÖVERSIKTER

Sökning efter systematiska översikter kan ske i flera databaser, inte enbart de stora välkända ämnesdatabaserna. Exempel på specialdatabaser som kan vara användbara är:
www.cochranelibrary.com
www.epistemikos.org
www.evidence.nhs.uk
database.inahta.org
www.scie-socialcareonline.org.uk
www.campbellcollaboration.org/better-evidence

HÄLSOEKONOMI

Svensk förening för hälsoekonomi, på engelska förkortat SHEA, verkar för vetenskaplig utveckling och tillämpning av hälsoekonomi
<https://sfhe.se>

STUDIER AV COVID-19

Dagliga länkar till nya forskningsartiklar, från amerikanska National Library of Medicine.
www.ncbi.nlm.nih.gov/research/coronavirus/

Register över nya studier, upprättat av Cochrane.
<https://covid-19.cochrane.org>

Lista över olika vetenskapliga kunskapskällor som gäller pandemin, upprättat av EPPi Centre vid University College London.
<http://eppi.ioe.ac.uk>

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 funktionshinder (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 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 |
|ex VoP 3–4/2017 |ex VoP 2/2015 |

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 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



Frankeras ej.
Mottagaren
betalar portot

SBU

Statens beredning
för medicinsk och
social utvärdering

Svarspost

20087634
110 06 Stockholm



Felkälla när forskare fiskar efter resultat

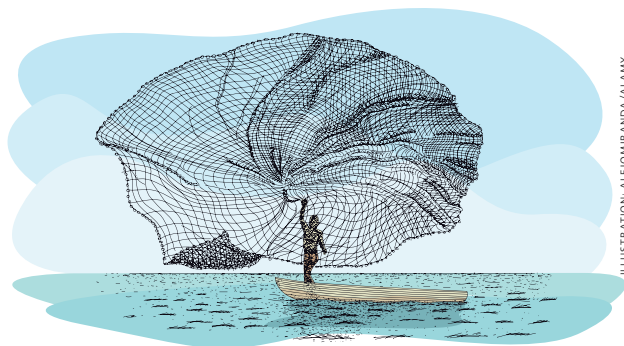


ILLUSTRATION: ALEJBRANDA/ALAMY

Forsningslitteraturen blir missvisande när forskare analyserar datamängder på alla ledder och sedan enbart redovisar sådana statistiskt signifikanta resultat som de önskar.

IBLAND UNDERSÖKER forskare så många tänkbara samband att det rent slumpmässigt uppstår statistiskt signifikanta korrelationer, som tas för sanna. På engelska kallas det *data dredging*, *data fishing*, *data snooping* eller *p-hacking* när forskare i efterhand fortsätter att analysera data tills de finner något.

Att göra så och enbart redovisa sina statistiskt säkerställda utfall är direkt olämpligt. Vad som då inte syns är att resultatet kan bero på slumpen.

Detta är en av många felkällor i forskningen som har beskrivits av en forskargrupp vid Centre for Evidence-Based Medicine vid Oxford-universitet. Deras lista kallas *Catalogue of bias* och finns på <https://catalogofbias.org>.

RESULTATFISKE MED överdrivet många utfall och analyser ska undvikas eftersom det ofta blir vilseledande. En rad besläktade fel kan förebyggas genom att forskare till exempel:

- ▶ redovisar alla de grundförutsättningar och resultat som vid studiens början ansågs viktiga att undersöka
- ▶ i förväg beslutar hur mycket data som ska samlas in, i stället för att vänta med detta beslut tills man

har sett om statistisk signifikans har uppnåtts

- ▶ fullföljer datainsamlingen enligt sitt protokoll – även om statistiskt signifikanta resultat skulle observeras före planerat avslut
- ▶ beslutar vilka data som ska tas med eller uteslutas ur analyser innan man undersöker hur detta beslut påverkar studiens resultat
- ▶ medger att ett fynd är oväntat, om så är fallet, i stället för att presentera det som bekräftelse på en hypotes som har konstruerats i efterhand
- ▶ aktivt överväger om fynden kan förklaras av bakgrundsfaktorer som kön, ålder och socioekonomiska faktorer
- ▶ refererar väsentliga resultat från andra forskare, även sådana som försvagar den egna hypotesen. ◆RL

Committee for Human Medicinal Products. Guideline on multiplicity issues in clinical trials. Draft. European Medicines Agency (EMA), 2016. Nerladdad från www.ema.europa.eu

John LK, et al. Measuring the prevalence of questionable research practices with incentives for truth telling. *Psychol Sci* 2012;23:524-32.

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**