MEDICINSK OCH SOCIAL

#2/2017

Vetenskap & Praxis

Information från SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

Hjälpmedel kan lyfta fler till en bättre vardag

Smart teknik kan hjälpa människor med sjukdom och funktionshinder att leva och fungera som vanligt. Men i dag är hjälpmedlens prestanda och kostnadseffektivitet sällan kända. Tillgången är inte heller likvärdig i landsting och kommuner. Med bättre kunskap skulle fler kunna få hjälp till ett bättre liv, och resurserna skulle utnyttjas bättre.

Läs vidare på sidan 2 ▸

SBU – KUNSKAPSCENTRUM FÖR VÅRDEN OCH SOCIALTJÄNSTEN

Nya rapporter Kemikalier i arbetsmiljön & hjärt-kärlsjukdom 6

LÄS OCKSÅ KONTINUITET 2 • SÅ ARBETAR SBU 9 • CHECKLISTOR FÖR GRANSKNING 9 • KETAMIN VID SVÅRBEHANDLAD DEPRESSION 11 TILLIT 12 • PRISER, LAGAR & KOSTVANOR 14 • ÖVERTRYCKSBEHANDLING 14 • DELAKTIGHET 16

LIGHTSPRING/SHUTTERSTOCK

Trygghet kräver kontinuitet

KONTINUITET ÄR VIKTIGT för trygghet och kvalitet i vården och socialtjänsten. Ändå har detta blivit en allt mer sällsynt fågel – snart utrotningshotad. I stället är det tillfälliga inhopp, hyrpersonal och oförutsägbarhet som präglar stora delar av sjukvården och det sociala arbetet. Några exempel:

- För de tusentals barn och unga som varje dag är placerade i samhällsvård (dygnsvård) är socialsekreteraren en nyckelperson. Många unga vill att socialsekreteraren ska känna dem.[1] Men så ser inte verkligheten ut. Tvärtom. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) fann i en analys[2] att 33 placerade barn var med om 57 byten av handläggare. Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys[1] är det inte ovanligt att barn och unga har kontakt med tio olika handläggare under placeringen. Och personalomsättningen är hög. Bland Akademikerförbundet SSR:s medlemmar valde var femte socialsekreterare att sluta i yrket år 2014 och var fjärde 2015.[3]
- Primärvården ska stå för kontinuitet och samordning i patienters möte med vården. Men i en internationell jämförelse[4] rankas Sverige bland de sämsta när patienter bedömer om vårdpersonal känner till viktig information och patienters medicinska historia. Landstingens ständiga kamp med bristande läkarkontinuitet och beroende av bemanningsföretag drabbar patienterna, enligt IVO.[5] Övrig personal belastas med mer ansvar och stress, vilket också kan gå ut över patienterna.
- Vård och omsorg för de äldsta och sjukaste, och för andra som har sammansatta vårdbehov, ställer särskilt höga krav på kontinuitet. Trots att många äldre känner sig nöjda och tacksamma med det som erbjuds i dag, anger var femte äldre person med stora sammansatta behov att de har alltför många personer att förhålla sig till, påpekar IVO.[6]

DEN SAMMANTAGNA BILDEN är att detta inte bara skapar otrygghet hos de mest utsatta. Det sannolika är att samtal och bedömningar också blir sämre, och att personalen måste ägna mer tid än nödvändigt åt att läsa in nya journalhandlingar. Då ökar risken för att provsvar eller remisser inte följs upp och att utredningar behöver göras om. Det är väl också troligt att detta sammantaget genererar ännu fler vårdkontakter – med nya personer – och fler bedömningar än vad som annars hade behövts. En ond cirkel.

Att utvecklingen nu måste vändas slås fast i utredningen Effektiv vård.[7] Kontinuitet ska vara en bärande princip i vården. Den måste genomsyra dess styrning, organisation och arbetssätt. Vården ska ju enligt lag ”tillgodose patientens behov av kontinuitet”. Men hur?

SBU ligger i startgroparna för att ta sig an frågan utifrån sitt uppdrag och utvärdera den forskning som finns. Detta är en rejäl utmaning – men förhoppningsvis kan vi bidra till en något klarare bild av vad som kan göras och med vilka uppoffringar. Att inte försöka vore värre.

[1]Hittar vi hem? Vårdanalys, 2016. [2]Gör tillsynsombud skillnad …? IVO, 2013. [3]Erkers H, et al. Socialtjänstens kris … Dagens Samhälle, 3 januari 2017. [4]Vården ur befolkningens perspektiv 2016. Vårdanalys, 2016. [5]Hyrläkare – vårdgivarens dilemma? IVO, 2016. [6]Tillsynsrapport. IVO, 2014. [7]Effektiv vård. SOU 2016:2.

Ragnar Levi Chefredaktör

MÄNNISKOR SOM OAVSETT ålder och funktionsförmåga ska kunna ha ett bra liv och delta i samhällslivet kan behöva funktionella hjälpmedel. Tekniska lösningar kan vara till hjälp för att klara grundläggande funktioner som att se och höra, tala, röra sig, äta, klä sig och sköta sin hygien. Hjälpmedel behövs också för att kompensera andra funktionsnedsättningar så att man kan leva självständigt och vara delaktig socialt.

Men utmaningarna är många. Bland annat beror det på att hjälpmedelsområdet är brett, att teknikutvecklingen är så snabb och att många aktörer är involverade. Dessutom är det flera regelverk som berörs. Den statliga hjälpmedelsutredning som tillsattes 2015 har haft ett omfattande uppdrag. Nu vidtar arbetet för att förbättra situationen.

EN AV DE MEST omdebatterade frågorna om hjälpmedel har varit olikheter inom landet i fråga om avgifter och regelverk. Skillnader har påtalats länge, både av intresseorganisationer för frågor om funktionshinder, av yrkesorganisationer för bland annat arbetsterapeuter och fysioterapeuter och av myndigheter.

Socialstyrelsen har konstaterat att de avgifter som brukarna måste betala för hjälpmedel skiljer stort både inom och mellan olika landsting, regioner och kommuner. Det gäller både hur höga avgifterna är, och för vilka hjälpmedel de tas ut. Inom vissa områden, som ortopedteknik och hörsel, är det vanligare med hjälpmedelsavgifter. Vilka hjälpmedel som var och en får köpa själv, så kallade egenansvarsprodukter, varierar.

Enligt ett räkneexempel kan en patient beroende på landsting få betala från 100 kronor till 1 700 kronor i olika avgifter. Avgiften för två förskrivna hörapparater varierar mellan 80 och 1 550 kronor.

IBLAND ÄR HJÄLPMEDLEN kostnadsfria för den enskilde, och ibland finns en så kallad förskrivningsavgift eller utprovningsavgift. På några håll förekommer även besöksavgift hos förskrivaren. På vissa ställen finns ett särskilt högkostnadsskydd. Den enskilde betalar då bara kostnader upp till en viss gräns. För hörapparater finns det ibland ett kostnadstak i stället. Då står samhället för kostnader upp till ett visst belopp och den enskilde betalar återstoden. Barn med bestående funktionsnedsättning har dock alltid kostnadsfria hjälpmedel.

JENNY STURM / SHUTTERSTOCK

EN ANNAN KNÄCKFRÅGA har varit anskaffningen av hjälpmedel genom upphandling. Svårigheten är att utnyttja tekniken utan att låsa in sig i dyra, osäkra eller långsiktigt tvivelaktiga lösningar. Det gäller även support- och serviceavtal. Upphandlingsmyndigheten har efterlyst bättre kompetens för dem som sköter upphandling hos huvudmännen, och tidigare i år tog myndigheten fram en vägledning som stöd för arbetet.

Flera har också framhållit att användarnas delaktighet och valmöjligheter måste stärkas, annars fyller inte produkterna deras behov och kan inte anpassas. Det har angetts att ungefär en tredjedel av alla hjälpmedel som förskrivs inte används. Enligt en kartläggning från Socialstyrelsen 2015 är den främsta orsaken att personerna som behöver hjälpmedel inte har varit delaktiga i bedömningen av deras behov eller den fortsatta förskrivningsprocessen. Delaktigheten är låg bland personer som anger att de har dålig hälsa.

EFTERSOM EFFEKTIVA hjälpmedel kan vara avgörande för det dagliga livet, och eftersom det offentligas kostnader för hjälpmedlen är avsevärda, kan det vara mycket som står på spel när människor inte får ändamålsenliga och anpassade hjälpmedel. Nettokostnaden år 2015 för funktionshinder- och hjälpmedelsverksamhet var 5,6 miljarder kronor enbart i landstingen, enligt siffror från Statistiska centralbyrån. Till detta kommer kommunernas kostnader.

De flesta hjälpmedel som förskrivs i dag gäller personer från 65 år. Många bedömare räknar med att behovet av hjälpmedel kommer att växa – andelen personer över 65 år i Sverige förväntas öka med 30 procent år 2010–2050.

Samtidigt kommer ny teknik att göra det lättare att kompensera en del funktionshinder. Exempelvis förses allt fler vardagsföremål med elektronik som sensorer, datorer och uppkoppling till internet. Föremålen kan kopplas ihop i nätverk och utbyta data.

FÖRVÄNTNINGARNA PÅ tekniska hjälpmedel för samhällets välfärdstjänster är höga. Många hoppas till exempel att de växande problemen med att finansiera och bemanna vård och omsorg för en allt äldre befolkning åtminstone delvis ska kunna lösas med stöd av nya smarta hjälpmedel – välfärdsteknik. Det är digital teknik som syftar till att man – trots funktionsnedsättning – kan bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet. Ett exempel är teknik som kan användas i hemmet för ▶

Kategorier av hjälpmedel

Syftet med hjälpmedel kan vara att:
- kompensera nedsättning eller förlust av funktioner
- bibehålla eller förbättra ett funktionstillstånd
- minska begränsningar i aktivitetsförmåga.

Hjälpmedel kompletterar andra åtgärder inom rehabilitering och habilitering. Ett sätt att dela in hjälpmedel är efter funktion, till exempel:

Höra – hörapparat och hörhjälpmedel, t ex telefonhjälpmedel och signalsystem
Se – synhjälpmedel (t ex Daisyspelare), punktskriftsprogram, ledfyrar
Sköta hygienen – inkontinenshjälpmedel (t ex katetrar, lakansskydd)
Tänka, planera och minnas – kognitivt stöd (t ex planeringstavlor, klockor)
Kommunicera – talhjälpmedel (t ex samtalsapparater, talsynteser)
Förflytta sig – rörelsehjälpmedel (t ex rollatorer, käppar, rullstolar)
Bo – hjälpmedel i hemmet (t ex toalettstolsförhöjare, duschstolar, sängar)
Röra sig – ortopediska hjälpmedel (t ex handledsbandage, skoinlägg, proteser)
Behandla – hjälpmedel för vård/behandling (t ex inhalatorer, ventilatorer)

Två termer

- **Hjälpmedel** – produkt som syftar till att bibehålla eller öka aktivitet, delaktighet eller självständighet genom att kompensera en funktionsnedsättning. Enligt Socialstyrelsens termbank är de flesta hjälpmedel för det dagliga livet medicintekniska produkter.
- **Välfärdsteknik** – digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning. Till skillnad från hjälpmedel provas välfärdsteknik inte alltid ut individuellt.

ANDREY POPOV / SHUTTERSTOCK

Funktionsnedsättning och hjälpmedel

Funktionsnedsättning innebär att den fysiska, psykiska eller intellektuella funktionsförmågan är nedsatt. Nedsättningen kan uppstå till följd av sjukdom, annat tillstånd eller som följd av en medfödd eller förvärvad skada. Orsakerna kan vara bestående eller övergående.

Hur många människor i landet som uppskattas ha en funktionsnedsättning beror på hur tillstånden avgränsas och mäts. När Statistiska centralbyrån (SCB) undersöker levnadsförhållanden utgår man från frågor som valts av Myndigheten för delaktighet. Då har funktionsnedsättning omfattat personer med synsvårigheter, nedsatt hörsel, nedsatt rörelseförmåga, svåra besvär av astma eller allergi, svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, i hög grad nedsatt aktivitetsförmåga, stora problem på grund av dyslexi och/eller dyskalkyli eller en neuropsykiatrisk diagnos. Beroende på hur människor svarar på SCB:s undersökning bedöms de antingen ha funktionsnedsättning eller inte.

Med det här sättet att mäta bedöms 35 procent av befolkningen, 16 år eller äldre, ha en funktionsnedsättning. Bland 25–64-åringar är siffran 30 procent. Nedsatt hörsel och rörelsehinder är vanligast. Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar beräknas finnas hos 5 procent och psykiska funktionsnedsättningar hos 3 procent av befolkningen. **Inom hjälpmedelscentralernas verksamhet är förflyttningshjälpmedel det största området. Därnäst kommer hjälpmedel vid personlig medicinsk behandling, till exempel för att förebygga trycksår och stimulatorer för att lindra smärta.**

Enligt FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (artikel 26.3) ska konventionsstaterna främja tillgång till, kännedom om och användning av hjälpmedel och teknik som är utformade för personer med funktionsnedsättning och som främjar habilitering och rehabilitering. Tillgång till hjälpmedel vid funktionsnedsättning är också lagstadgat. Landsting eller regioner och kommuner är enligt hälso- och sjukvårdslagen skyldiga att erbjuda de hjälpmedel som individen anses behöva för att kunna fungera i det dagliga livet eller som en del av vård och behandling. Andra lagar som berörs är patientsäkerhetslagen, lagen om medicintekniska produkter, patientlagen, socialtjänstlagen och skollagen.

Hjälpmedlen förskrivs oftast som lån, men i några landsting, regioner och kommuner finns också möjlighet till så kallat fritt val av hjälpmedel. Det innebär att individen själv kan köpa hjälpmedel på rekvisition eller kan lägga till pengar och välja en dyrare produkt. Den som tappar bort ett hjälpmedel eller skadar det på annat sätt än genom vanlig användning kan bli ersättningsskyldig.

Enligt en lägesrapport från Socialstyrelsen (2017) tar samtliga landsting och regioner ut någon form av avgift i samband med hjälpmedelsförskrivning. Samtliga landsting tar också ut besöksavgift inom något hjälpmedelsområde, men det är endast sex landsting som har angett en enhetlig besöksavgift på 100 eller 200 kronor. Knappt hälften av alla kommuner, 140 stycken, tar ut avgifter i samband med hjälpmedelsförskrivning. Dessa varierar mellan 0 och 400 kronor (median 150 kronor). Majoriteten av dessa kommuner tar ut en avgift för att bedöma hjälpmedelsbehov, två tredjedelar tar ut en besöksavgift för träning och hälften av kommunerna tar en summa för att följa upp hjälpmedel.

► *Forts*
att påminna, varna och vägleda. En del av den nya tekniken – som smarta telefoner och surfplattor – innehåller funktioner som delvis ersätter äldre produkter. Till exempel kan handdatorer användas som kognitiva hjälpmedel. Fältet utvecklas hela tiden.

En bidragande orsak till att hjälpmedelsområdet är svåröverskådligt är att ansvaret är uppdelat. Vem som ska erbjuda ett hjälpmedel beror bland annat på vilken del av livet det gäller. Landstingen, regionerna och kommunerna är skyldiga att erbjuda hjälpmedel för vård, behandling och det dagliga livet till dem som behöver det. Hjälpmedel som gör att man kan arbeta är Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans ansvar, medan hjälpmedel inom undervisning är ett delat ansvar mellan varje skola eller lärosäte och hälso- och sjukvården.

DESSUTOM ÄR MÅNGA professioner involverade. Individens behov kan utredas och hjälpmedel kan förskrivas av arbetsterapeut, fysioterapeut, logoped, audionom, synpedagog eller sjuksköterska. Ibland krävs remiss från läkare. Man utreder hur funktionsnedsättningen påverkar vardagslivet och vilka behov och önskemål som personen själv och de närstående beskriver. I utredningen kan man behöva hjälpas åt att skilja mellan behov och önskemål.

Förskrivarna använder olika metoder för behovsbedömning. Instrumenten kan vara olika beroende på vilken funktionsnedsättning och vilket hjälpmedel som det gäller och på förskrivarens inriktning. Ibland används så kallade behovstrappor för att prioritera mellan livsuppehållande behov, basbehov, funktionsbehov i vardagen och behov som gäller fritiden. Men i många fall saknas det kunskap om hur tillförlitliga bedömningsinstrumenten är och vilken betydelse de har för att användarna ska vara delaktiga, uppfatta hjälpmedlen som ändamålsenliga och använda dem.

ATT HÅLLA SIG UPPDATERAD om utbudet av hjälpmedel kan vara mycket svårt – såväl för brukare och närstående som för förskrivare och inköpare. I takt med den snabba tekniska utvecklingen växer utbudet dramatiskt. Inom en kategori av hjälpmedel finns det ofta många varianter och olika varumärken. Med dagens snabba innovationstakt har tekniken ofta kort livscykel. Det kan bli svårt att hinna testa och jämföra metoderna så att de är säkra, effektiva och gör mesta möjliga nytta för pengarna. Många tillverkare är små eller medelstora företag som inte har resurser för några omfattande användarstudier. Tillförlitliga jämförelser av produkter, tjänster och metoder saknas ofta.

SBU BIDRAR GENOM att sammanställa vetenskaplig kunskap på området. Myndigheten har utvärderat en mängd medicintekniska metoder och ett antal hjälpmedel. Under 2017 kartlägger SBU forskningen om digitala verktyg som social stimulans för äldre och ett sätt att kanske motverka psykisk ohälsa. Ämnet aktualiserar den viktiga frågan om när människor vill – eller inte vill – att tekniska lösningar ska ersätta fysiska kontakter.

Kunskap är grunden för att behovsbedömningar och förskrivningar av hjälpmedel ska bli så bra som möjligt. Teknikutvecklingen och efterfrågan skärper kraven på tillförlitlig kunskap på hjälpmedelsområdet. Förskrivarna behöver veta vilka lösningar som är kostnadseffektiva. Och olika alternativ måste analyseras ur ett etiskt perspektiv.

Om sådana kunskaper brister, är risken stor att människor begränsas i sin livsföring. Priset kan bli högt både för den enskilde och för det offentliga. ◆ **RL**

Lästips

- Hjälpmedelsutredningen (S 2015:08). Direktiv för utredningen: dir 2015:134 och dir 2016:81 www.regeringen.se
- Statistiska centralbyrån. SCB:s räkenskapssammandrag för kommuner och landsting 2015 (www.scb.se) samt Statistik om hjälpmedel – en översikt av nationella undersökningar. Hjälpmedelsinstitutet, 2009 (se www.mfd.se).
- Vårdanalys. Mot en mer effektiv och jämlik användning av medicinteknik. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys, 2015.
- Socialstyrelsen. Hjälpmedel i kommuner och landsting. En nationell kartläggning av regler, avgifter, tillgång och förskrivning. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.
- Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2017. Stockholm: Socialstyrelsen, 2017.
- Socialstyrelsen. Kartläggning av vetenskapliga studier kring förskrivningsprocessen. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015.
- Kåhlin I, et al. "Ojämlik tillgång till kognitiva hjälpmedel." Debattartikel. Dagens Medicin 2016-10-27. Nerladdad från www.dagensmedicin.se
- Vårdguiden – 1177. Att få ett hjälpmedel – så går det till. http://www.1177.se/Tema/Hjalpmedel/Artiklar/Att-fa-ett-hjalpmedel/
- Upphandlingsmyndigheten. Upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik – en kartläggning, 2016.
- Upphandlingsmyndigheten. Upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik. Vägledning nr 1, 2017.

PÅ GÅNG

Exempel på SBU-projekt

BEHANDLING AV ARMFRAKTUR HOS ÄLDRE
Karin.Stenstrom@sbu.se
Plan publ: sommar 2017

ENDOMETRIOS: UTVÄRDERING & UNDERLAG TILL NATIONELLA RIKTLINJER
Jenny.Odeberg@sbu.se
Plan publ: se www.sbu.se

EPILEPSI: UTVÄRDERING & UNDERLAG TILL NATIONELLA RIKTLINJER
Sten.Anttila@sbu.se
Plan publ: se www.sbu.se

FÖRÄLDRAINSATSER VID VÅLD ELLER FÖRSUMMELSE MOT BARN
Lina.Leander@sbu.se
Plan publ: jan 2018

INSATSER FÖR BÄTTRE HÄLSA HOS BARN SOM PLACERATS I FAMILJEHEM
Knut.Sundell@sbu.se
Plan publ: höst 2017

PROSTATCANCER: DIAGNOSTIK MED TILLÄGG TILL PSA
Helena.Domeij@sbu.se
Plan publ: vinter 2017

PSORIASIS: UTVÄRDERING & UNDERLAG TILL NATIONELLA RIKTLINJER
Anna.Christensson@sbu.se
Plan publ: se www.sbu.se

RÄTTSPSYKIATRI: KARTLÄGGNING AV EVIDENS
Alexandra.Snellman@sbu.se
Plan publ: sommar 2017

STÖD TILL ENSAMKOMMANDE BARN
Pernilla.Ostlund@sbu.se
Plan publ: höst 2017

TILLGÅNG TILL VÅRD OCH TANDVÅRD FÖR PLACERADE BARN/UNGA
Sofia.Tranaeus@sbu.se
Plan publ: vinter 2017

ÅTGÄRDER VID STEN I DEN DJUPA GALLGÅNGEN
Jan.Adolfsson@sbu.se
Plan publ: vinter 2017–8

ÄLDRE: EVIDENS OM DIGITAL TEKNIK SOM SOCIAL STIMULANS
registrator@sbu.se
Plan publ: höst 2017

Arbetsmiljö Kemikalier kopplas till sjukdomar i hjärta och kärl

Hjärtsjukdom är vanligare hos personer som arbetar där det förekommer exempelvis kvartsdamm, motoravgaser och svetsning. Det visar SBU:s granskning av arbetsmiljöstudier av samband mellan olika kemiska ämnen och sjukdom i hjärta och kärl.

Med hjälp av ledande forskare har SBU utvärderat arbetsmiljöstudier av exponering för olika kemikalier på arbetet och förekomst av vissa sjukdomar i hjärta och kärl: hjärtsjukdom, stroke, högt blodtryck och lung-hjärtsjukdom, *cor pulmonale*, ett tillstånd där lungsjukdom har fått blodtrycket i lungorna att stiga och hjärtats högersida att svikta.

Resultaten sammanfattas i tabellen här intill. Kunskaperna kan få betydelse bland annat för arbetsmiljöarbetet – exponeringen för vissa faktorer på svenska arbetsplatser kan behöva följas och insatser prövas för att minska exponeringen.

RAPPORTEN VISAR hur olika kemikalier i arbetsmiljön har kunnat kopplas till hjärt-kärlsjukdom i så kallade epidemiologiska studier. Granskningen visar också hur säkra kopplingarna i dessa undersökningar är, och på vilka områden det saknas kunskap. Däremot visar SBU-rapporten inte hur starka de påvisade sambanden är, det vill säga hur mycket vanligare en sjukdom är när ett visst ämne förekommer i arbetsmiljön.

VAD EN EXPONERING KAN innebära för en enskild person måste alltid bedömas från fall till fall, betonar SBU. Bland annat varierar förutsättningarna för hälsa och sjukdom hos olika individer. Dessutom har de epidemiologiska studierna analyserat exponering för kemikalier på arbetsplatsen som helhet, inte på individnivå.

SBU framhåller att den forskning som har utvärderats nu inte kan förväntas fånga upp samtliga ämnen med koppling till sjukdom i hjärta och kärl. För det första är det fortfarande ett begränsat antal ämnen som har undersökts. För det andra finns det sällan epidemiologiska studier av ämnen som leder till akut död i hjärt-kärlsjukdom – sådana kemikalier är ovanliga i arbetsmiljön. Ändå vet man exempelvis att fluorvätesyra kan leda till dödlig rubbning av hjärtrytmen redan vid hudkontakt. Detta har dokumenterats på annat sätt.

EN AV MÅNGA utmaningar för arbetsmiljöforskare är den så kallade *healthy worker survivor*-effekten. Vissa arbets- ▸

SBU:S SLUTSATSER KEMI & HJÄRT-KÄRLSJUKDOM

SBU har systematiskt granskat och sammanställt den samlade forskningen om samband mellan exponering för kemiska ämnen i arbetsmiljön och hjärt-kärlsjukdom. Här används hjärt-kärlsjukdom som ett övergripande begrepp för hjärtsjukdom, lung-hjärtsjukdom, stroke och högt blodtryck.

▸ **Hjärtsjukdom**: Det finns ett påvisat samband med exponering för kvartsdamm, motoravgaser och svetsning i arbetsmiljön, vilket är vanligt i Sverige i dag. Samband har också påvisats när det gäller arsenik, bens(a)pyren, bly, dynamit, koldisulfid, kolmonoxid, skärvätskor, samt tobaksrök i arbetsmiljön. Detsamma gäller arbete med elektrolytisk aluminiumframställning och framställning av papper med sulfatmetoden. Samband har också konstaterats för ämnen som i dag inte är tillåtna i svensk arbetsmiljö, som fenoxisyror och nyanvändning av asbest.

▸ **Lung-hjärtsjukdom (cor pulmonale)**: Det finns ett påvisat samband med exponering för kvartsdamm och asbest i arbetsmiljön.

▸ **Stroke**: Det finns ett påvisat samband med exponering för bly, koldisulfid och fenoxisyror, liksom för arbete med elektrolytisk aluminiumframställning.

▸ **Högt blodtryck**: Det finns ett påvisat samband med exponering för asbest och bly i arbetsmiljön.

▸ Det saknas underlag för att bedöma om sårbarheten för hjärt-kärlsjukdom skiljer sig mellan kvinnor och män som har samma exponering för kemiska ämnen i arbetsmiljön.

GRAFIK: BJÖRN LUNDKVIST

Kemiska ämnen i arbetsmiljön	Hjärt-sjukdom	Lung-hjärt-sjukdom	Stroke	Högt blodtryck
Arsenik				
Asbest				
Bens(a)pyren				
Bly				
Elektrolytisk aluminium-framställning				
Fenoxisyror med TCDD				
Framställning av papper med sulfatmetoden				
Koldisulfid				
Kolmonoxid				
Kvarts och andra former av kristallin kiseldioxid				
Motoravgaser				
Nitroglycerin/dynamit				
Skärvätskor				
Svetsning				
Tobaksrök på arbetsplatsen				
Övriga kemiska exponeringar*	*	*	*	*

* SBU har bearbetat data som gäller många andra ämnen, där det vetenskapliga underlaget inte räcker för att avgöra om exponering är kopplat till hjärt-kärl-sjukdom. Ett exempel är kvicksilver, där underlaget är otillräckligt för att bedöma eventuella samband med hjärtsjukdom, stroke och högt blodtryck. En fullständig sammanställning finns i SBU-rapporten.

Samband har påvisats mellan exponering för ämnet och förekomst av tillståndet.

Det går inte att avgöra om det finns ett samband eller inte. (Observera att "otillräckligt" vetenskapligt underlag inte behöver innebära att ämnet är riskfritt. Det betyder bara att kunskap saknas.)

Ingen studie motsvarade de krav som ställdes i översikten.

För "tillstånd med blodtrycksförändringar under graviditet" gick det inte att avgöra om det fanns något samband med exponering för kemiska ämnen i arbetsmiljön.

▶ *Forts*

platser ställer nämligen krav på fysisk arbetsförmåga vid anställningen. Då kan det redan från början bli ett urval av ovanligt friska personer som anställs. Dessa börjar med ett hälsomässigt bättre utgångsläge än andra. Dessutom är det bara personer som håller sig friska som i längden finns kvar i samma arbetsmiljö. Alla som tidigare har arbetat där och som har blivit sjuka saknas. Skulle forskarna rakt av jämföra hälsan hos personer som finns på en sådan arbetsplats med hälsan i den allmänna befolkningen, skulle läget alltså se likvärdigt ut i båda grupperna, även om arbetsmiljön har varit skadlig. Det finns dock metoder i forskningen för att försöka kompensera för sådana metodfel.

I SBU-PROJEKTET granskades och gallrades över 8 000 artikelsammanfattningar utifrån studiernas relevans och kvalitet. Kvar blev 164 vetenskapliga artiklar som gällde olika kemikalier och olika sjukdomar i hjärta och kärl. Slutsatserna bygger på just dessa studier, som avser exponering för kemiska ämnen i arbetsmiljön, inte i den allmänna miljön eller i hemmiljön.

Den nya översikten kompletterar en tidigare utvärdering från 2015 där SBU granskade andra faktorer i arbetsmiljön som kan ha samband med hjärt-kärlsjukdom. Andra tidigare SBU-rapporter om arbetsmiljö har inriktats på sömnstörningar, symtom på depression och utmattningstillstånd, ryggproblem och artrosbesvär. ◆ **RL**

Om rapporten

Arbetsmiljöns betydelse för hjärt-kärlsjukdom. Exponering för kemiska ämnen. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, sociala och etiska aspekter (2017). SBU-rapport nr 261. Ordförande: Prof em Töres Theorell. Projektledare SBU: Charlotte.Hall@sbu.se Hela rapporten med sammanfattning: www.sbu.se/261

SOUL WIND / SHUTTERSTOCK

Samband med hjärt-kärlsjukdom har påvisats

Exponeringen för kemikalier i arbetsmiljön sker i olika form: som vätska, gas eller aerosol – små partiklar som är finfördelade i luften, i flytande form eller som fast materia, det vill säga damm. Partiklarna når olika långt ner i andningsorganen beroende på sin storlek. De sammanvägda forskningsrönen i SBU-rapporten redovisas utifrån ämne, inte partikelstorlek.

Kemikalier kan delas in på många olika sätt. Ett system som används för ämnen och blandningar som släpps ut på marknaden inom EU är *classification, labelling and packaging*, CLP. Ett annat system inom EU är *registration, evaluation, authorisation and restriction of chemicals*, Reach. SBU har dock inte utgått från dessa kategoriseringar – de studier som rapporten vägt samman har andra utgångspunkter.

Observera att listan nedan bara anger ämnen där befintliga studier har påvisat ett samband med hjärt-kärlsjukdom. Ämnen som inte undersökts alls eller där underlaget inte räcker för en slutsats har inte tagits med här.

- **Aluminiumframställning med elektrolys** kan innebära exponering för bl a aluminiumoxid, kryolit, polycykliska aromatiska kolväten, fluorider, kolmonoxid och svaveldioxid.
- **Arsenik** förekommer t ex i arbetsmiljöer där man smälter bly, zink och koppar, där man tillverkar eller använder bekämpningsmedel samt inom mikroelektronik- och läkemedelsindustrin.
- **Asbest** förbjöds främst pga cancerrisken. Materialet har främst använts i byggindustrin, men det förekommer i äldre byggnadsmaterial, men även t ex som isolering på båtar, samt i bromsband.
- **Bens(a)pyren** är ett polycykliskt aromatiskt kolväte som bildas vid förbränning av organiska ämnen i många industriella processer.
- **Bly** förekommer bl a i arbetsmiljön på blysmältverk, vissa gjuterier, glasbruk, vid skrotning, skärbränning, slipning och renoveringsarbeten i material som innehåller bly eller målats med blyfärg.
- **Dynamit** innehåller nitratestrar. Vid sidan av personer som tillverkar sprängämnen exponeras t ex bergsprängare, gruv- och byggnadsarbetare.
- **Fenoxisyror** har använts som växtbekämpningsmedel och har sålts under namnet hormoslyr, som använts bl a för bekämpning av sly inom skogsbruket. Förbjöds 1992 i Sverige.
- **Koldisulfid** används främst som lösningsmedel vid tillverkning av rayontextilier men också vid tillverkning av andra kemikalier.
- **Kolmonoxid** bildas vid ofullständig förbränning av organiska material och finns bl a i cigarrettrök. Ämnet är också förknippat med många industriprocesser som gjuteriarbete, elektrolytisk aluminiumframställning, motoravgaser, framställning av koks och stadsgas samt svetsning med acetylengas.
- **Kvartsdamm** (kristallin kiseldioxid) är vanligt inom gruv-, sten- och stålindustrin samt vid glas- och slipvarutillverkning, porslins- och keramikarbete och byggnadsarbete. Cirka 85 000 personer är yrkesexponerade i vårt land.
- **Motoravgaser** innehåller dels partiklar med en kärna av elementärt kol som polycykliska aromatiska kolväten fastnar på, dels gaser med en blandning av många ämnen, bl a kväveoxider, koldioxid och kolmonoxid. Omkring 81 000 personer i Sverige utsätts för dieselavgaser på arbetet.
- **Papperstillverkning med sulfatmetoden** innebär exponering för svavelväte, dimetylsulfid, dimetyldisulfid och metylmerkaptan. I Sverige arbetar 40 000 personer med framställning av pappersmassa och papper. Sulfatmetoden är den vanligaste. (De arbetsmiljöstudier som SBU har sammanställt räcker inte för att dra slutsatser om sulfitmetoden och hjärtsjukdom.)
- **Skärvätskor** (kylvatten eller kylvätska) kan vara syntetiska eller halvsyntetiska och innehåller ibland mineraloljor, bakterier och endotoxiner. Vätskorna används vid metallbearbetning inom verkstadsindustrin, som slipning, svarvning, borrning och fräsning.
- **Svetsrök** innehåller oftast järnpartiklar, men flera andra metaller kan ingå, t ex aluminium, mangan och bly. Antalet svetsare i landet brukar uppskattas till 20 000, men betydligt fler svetsar i arbetet utan att kallas svetsare.
- **Tobaksrök** i arbetsmiljön förekommer fortfarande i Sverige, bl a vid arbete i andras hem och på vissa vårdhem och institutioner. Många människor har exponerats tidigare vid arbete i restauranger och barer men också i kontorsmiljö och inom vården.

Så arbetar SBU

SBU ÄR EN STATLIG myndighet som har i uppdrag att göra oberoende vetenskapliga utvärderingar av insatser, rutiner och arbetssätt inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. SBU ska också göra sådana utvärderingar inom LSS-verksamheten (lag om stöd och service).

Vetenskaplig utvärdering innebär att systematiskt samla, granska och väga samman befintliga forskningsresultat. Att analysera ekonomiska, etiska och samhälleliga aspekter ingår också i en bred och allsidig utvärdering.

SYFTET ÄR ATT TA reda på om olika åtgärder är effektiva, vilken nytta de gör i förhållande till kostnaderna, hur insatserna upplevs och vilka följder dessa kan få etiskt och socialt. SBU undersöker också om det finns frågor i verksamheten som skulle behöva belysas i nya forskningsstudier.

Exempel på frågor som SBU utvärderar kan vara vilken behandling som är bäst vid en viss sjukdom, hur man ställer diagnos på bästa sätt eller vilka stödinsatser som är effektiva inom socialtjänsten. SBU har också utvärderat faktorer i arbetsmiljön som har koppling till ohälsa.

Många SBU-rapporter innefattar så kallade systematiska litteraturöversikter. Sådana forskningsöversikter kan antingen sammanfatta kvantitativa undersökningar, som mäter resultat i siffror, eller kvalitativa studier, där forskarna i ord beskriver till exempel hur patienter och brukare upplever hjälpen som de erbjuds eller förändringarna som en åtgärd medför. Gemensamt är systematiken och att det framgår hur SBU har kommit fram till ett sammantaget resultat.

SBU:S ARBETE BEDRIVS som projekt. För varje större projekt rekryterar vi en tvärvetenskaplig arbetsgrupp som består av sakkunniga inom området. Arbetsgruppen hjälper till att utvärdera det insamlade vetenskapliga underlaget. Till detta läggs ofta en hälsoekonomisk och etisk utvärdering, som ofta kräver särskild expertis.

Förslag på insatser som SBU ska utvärdera kommer från många håll, till exempel från yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, från andra myndigheter eller från SBU:s vetenskapliga råd eller nämnd.

Olika publikationstyper

- **SBU UTVÄRDERAR** – en allsidig utvärdering med systematisk översikt, (hälso-)ekonomisk analys samt genomgång av sociala och etiska aspekter.
- **SBU KOMMENTERAR** – andra aktörers systematiska översikter granskas och kommenteras ur ett svenskt perspektiv.
- **SBU KARTLÄGGER** – ringar in områden där det finns evidens och pekar på områden där säker kunskap saknas – vetenskapliga kunskapsluckor.
- **SBU BEREDER** – beredning av frågor för annan myndighets verksamhet eller beslut, exempelvis till nationella riktlinjer.
- **SBU UPPLYSER** – SBU:s upplysningstjänst besvarar frågor från vården eller socialtjänsten om vilka relevanta översikter och studier som finns.

Checklistor är till hjälp när SBU granskar det vetenskapliga underlaget

På www.sbu.se finns checklistor och mallar som SBU använder för att kritiskt granska och värdera forskningsresultat.

I SBU:s större utvärderingar ingår det som en viktig del av arbetet att göra systematiska litteraturöversikter.

När den vetenskapliga litteraturen har sökts igenom systematiskt och studierna har gallrats utifrån relevans, gör SBU en detaljerad kvalitetsgranskning av varje studie som är relevant för att besvara en viss fråga.

Syftet är att bedöma i vilken utsträckning som studiens resultat kan bero på systematiska fel, *bias* på engelska. Eftersom felkällorna kan vara många, är det ofta bra att använda en mall eller checklista som stöd för granskningen.

På SBU:s webbplats finns mallar för att granska exempelvis randomiserade studier, observationsstudier och studier med kvalitativ metod. Där finns också checklistor för att granska systematiska översikter. ◆ **RL**

Granskningsmallarna finns på www.sbu.se/sv/var-metod/
Ytterligare information finns i SBU:s handbok som just nu uppdateras.

VICTORIA SHAPIRO / SHUTTERSTOCK

KETAMIN KANSKE KAN HJÄLPA FLER SOM ÄR DJUPT DEPRIMERADE

Det finns ett begränsat vetenskapligt stöd för att en enstaka, låg dos av narkosmedlet ketamin kan ha effekt vid medelsvår eller svår depression – även hos personer som inte blivit bättre av sedvanlig behandling. I dag används metoden bara på ett fåtal håll i landet, och depression ingår inte i det användningsområde som har godkänts av Läkemedelsverket.

En enstaka injektion av ketamin i låg dos kanske kan minska symtomen hos personer med medelsvår eller svår depression. Effekten, mätt med skattning på symtomskalor, kan i så fall komma inom 24 timmar och vara i upp till en vecka. Även hos personer som inte har blivit bättre av andra läkemedel eller elbehandling skulle ketamin kunna ha effekt.

Det visar en systematisk översikt från Cochrane-biblioteket som SBU har granskat och kommenterat.

Resultatet är intressant, eftersom det brukar ta veckor eller månader för vanliga antidepressiva läkemedel att ge effekt. Dessutom saknas det effektiv behandling för en av fyra personer med svår depression, och risken för självmord är ökad.

DET VETENSKAPLIGA underlaget är dock fortfarande begränsat, konstaterar både översiktsförfattarna och SBU. Det pågår nya studier, bland annat i Sverige. Men de randomiserade prövningar som hittills har publicerats är få och mestadels mycket små. Deras upplägg har brister, liksom rapporteringen av data. Och det saknas tillförlitliga uppgifter om självmordsbenägenhet och biverkningar.

Olika studier gäller dessutom depression av olika svårighetsgrad. Några undersökningar avser djup eller svårbehandlad depression, medan andra gäller mildare former. Vissa patienter hade annan psykiatrisk sjuklighet samtidigt.

Enligt en enkät som SBU har genomfört om ketaminbehandling av svår depression hos vuxna används metoden inte alls i 12 av 21 landsting. Sju svarade att det förekommer men i mycket begränsad omfattning – och då som upprepade injektioner, inte engångsbehandling. Två landsting besvarade inte enkäten.

När det gäller effekten på depressiva symtom vid bipolär sjukdom går det inte att dra några slutsatser. Studierna är alltför få.

BIVERKNINGSPROFILEN vid användning av ketamin vid depression är fortfarande oklar. Däremot finns det omfattande uppgifter om biverkningar och säkerhet vid kortvarig användning av högre doser ketamin som sövningsmedel. Eftersom ketamin kortsiktigt kan ge eufori är det viktigt att kontrollera att läkemedlet inte utlöser mani hos personer med bipolär sjukdom. SBU efterlyser studier som gäller även denna grupp. ◆ **RL**

Om kommentaren

Ketamin vid svårbehandlad depression. Sakkunnig: Carl Sellgren Majkowitz, med dr, PhD, spec i psykiatri, Harvard Medical School samt Karolinska Inst. Projektledare på SBU: Malin Höistad och Rebecca Silverstein.
De översikter som SBU kommenterar är:

- Caddy C, et al. Ketamine and other glutamate receptor modulators for depression in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 9.
- McCloud TL, et al. Ketamine and other glutamate receptor modulators for depression in bipolar disorder in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 9.

Kontaktperson på SBU: malin.hoistad@sbu.se
Fullständig kommentar finns på www.sbu.se/2017_01

BUBAONE / GETTY

Ketamin och depression

Depression är vanligt och innebär ofta stort lidande. Den som drabbas fungerar sämre och svårigheterna leder också till ekonomisk förlust. Vid medelsvåra symtom används läkemedel eller psykologisk behandling, vid svårare tillstånd läkemedel eller elbehandling (elektrokonvulsiv behandling, ECT).

Ketamin har använts som narkosmedel sedan 1970-talet. För femton år sedan upptäcktes att det även kan verka antidepressivt. Ketamin blockerar receptorer i det så kallade glutamatsystemet, ett av hjärnans signalsystem. Många har antagit att detta skulle kunna förklara effekten, men en ny djurstudie föreslår en annan mekanism.

De doser som används vid svår depression är betydligt lägre än de som används vid narkos och liknar mer de doser som brukas för att bryta svåra smärttillstånd.

Ketamin kan också missbrukas men då är doserna betydligt högre, och det handlar ofta om blandmissbruk. Studier pågår för att visa vilka doser av ketamin som är direkt giftiga.

Kunskap för rättspsykiatrin analyseras

BRUCE ROLFF / SHUTTERSTOCK

Regeringen har gett SBU i uppdrag att ta fram systematiska kunskapsöversikter inom rättspsykiatri. Uppdraget består av olika delar. Först ska SBU inventera behovet av ny eller bättre vetenskaplig kunskap, såväl för diagnostik som för behandling, rehabilitering, habilitering och sociala insatser. Denna del av arbetet avrapporteras i juni 2017. Sedan ska SBU med utgångspunkt från behovsinventeringen genomföra systematiska översikter på särskilt angelägna områden. I beslutet hänvisar regeringen bland annat till betänkandet Rapport från Bergwallkommissionen (SOU 2015:52). Utredningen pekade på särskilda brister på sammanställd kunskap när det gäller patienter inom rättspsykiatrin som har personlighetsstörning. ◆ **RL**

Uppdrag till SBU att ta fram systematiska kunskapsöversikter inom rättspsykiatrin, www.regeringen.se
Diarienummer: S2016/05823/FS.

NOMAD SOUL / SHUTTERSTOCK

Tillit är grunden för vårdens och omsorgens insatser

Praktiker inom vård och socialt arbete måste ha ett tillitsfullt samarbete med människor som behöver hjälp. Öppna och förtroliga samtal är en grundbult för professionella bedömningar och för insatser i människovårdande verksamheter. Tillit är ett viktigt tema i flera forskningstraditioner och i aktuell debatt.

I boken *Tillit som bot* skriver socialantropologen Lisbeth Sachs om betydelsen av tillit för så kallade placeboeffekter i medicinen. Hon berättar bland annat om patienten som känner sig mycket bättre av att ha genomgått en EEG-undersökning, och om barnet som med sitt skrubbsår strax slutar gråta när föräldern blåser på det onda.

Placebofenomenet har beskrivits i olika tidsepoker och i skilda delar av världen. Dess verkan tycks variera mellan sjukdomstillstånd och individer. Kliniska forskare har observerat placeboeffekter i översikter av randomiserade läkemedelsstudier av exempelvis smärta och illamående. Neurofysiologer har noterat förändringar i hjärnans aktivitet vid blotta anblicken av något eller någon som vi tror är helande.

DEN LINDRING SOM vården kan åstadkomma beror inte enbart på själva åtgärderna utan också på människors tilltro till dem, menar Lisbeth Sachs. Det gällde för medicinhistoriens schamaner, och det gäller för modern vårdpersonal. Hon får medhåll av Marit Karlsson, överläkare inom palliativ vård, universitetslektor och ledamot i Svenska Läkaresällskapets etikdelegation.

– Att skapa en tillitsfull relation med patienterna uppfattar jag som otroligt viktigt i mitt dagliga jobb, säger Marit Karlsson.

– Många patienter som jag träffar är väldigt rädda, osäkra och har en svår situation. Ovanpå en allvarlig grundsjukdom har många en rädsla, till exempel för svår smärta. Ofta handlar det om en överdriven oro och negativ förväntan.

– Men på avdelningen försöker vi förmedla att vi har varit med om det här förr. Vi försöker skapa en positiv förväntan tillsammans med patienten att smärtan är möjlig att lindra och att klara av. Jag uppfattar att det hjälper. Många känner sig tryggare och mår bättre.

– VI ANVÄNDER JU inte placebo. Men kanske handlar det om samma mekanism – en positiv förväntningseffekt.

Marit Karlsson understryker att den tillit som skapas aldrig får missbrukas. Att till exempel förespegla en dödssjuk person att den kan bli frisk är oförenligt med det etiska kravet på att vården att vara öppen och sanningsenlig.

– Det måste vara realistiska förhoppningar vi ger, till exempel hopp om att nå delmål som faktiskt är möjliga att uppnå. Vi får ju aldrig konstruera eller missbruka ett förtroende genom att ljuga och manipulera – inte ens om vi tror att patienten mår bättre av det.

– Skulle löftena visa sig vara tomma, rasar människors förtroende. Det blir kontraproduktivt.

Lästips

- Sachs L. Tillit som bot. Placebo i tid och rum. Lund: Studentlitteratur, 2004.
- Hróbjartsson A,et al. Placebo interventions for all clinical conditions. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD003974.
- Vårdanalys. Vården ur befolkningens perspektiv 2016. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys, 2016.
- Svanevie K. Evidensbaserat socialt arbete: Från idé till praktik. Umeå: Umeå universitet, 2011.
- Bengtsson N. Hur påverkas motivation av ökad kontroll? SNS Analys nr 27, 2015.
- Hardin R. Trust. Key concepts in the social sciences. Cambridge, UK: Polity, 2006.
- Becker LC. Trust as noncognitive security about motives. Ethics 1996;107:43-61.
- Uslaner EM. The moral foundation of trust. New York: Cambridge University Press, 2002.
- Rothstein B. Trust and Social Capital. I Goodin RE. A Companion to Contemporary Political Philosophy. Oxford: Blackwell, 2007.
- Finansdepartementet. Tillit i styrningen. Kommittédirektiv 2016:51. www.regeringen.se

Tillit har kallats ”samhällets kitt”. Med ett samhällsvetenskapligt perspektiv finns tilliten i ett komplicerat nät av kulturella, sociala och historiska sammanhang.

Vissa forskare som betonar det instrumentella i mänskligt beteende har framfört teorin att vi litar på dem som vi tycker att vi vet tillräckligt om – och då bara i just det avseende som vi känner till. Andra anser att tilliten hänger ihop med en optimistisk grundsyn hos individen. Att människor ska betraktas som goda tills motsatsen har bevisats.

Ytterligare en teori betonar samspelet mellan människor. Vår tillit beror på hur vi väntar oss att andra ska agera när de anförtros något av värde.

PSYKOTERAPIFORSKARE HAR undersökt hur tillitsfulla, hjälpande relationer, tankemönster och så kallade arbetsallianser kan bidra till terapins effekter. Tilliten mellan klient och terapeut brukar räknas som en så kallad generell faktor, till skillnad från specifika terapimetoder. Inverkan av generella faktorer har diskuterats flitigt såväl i Sverige som utomlands. Många forskare inom socialt arbete menar att relationen med brukaren är ytterst betydelsefull. Liknande erfarenheter har beskrivits av omvårdnadsforskare. Svensk sjuksköterskeförening har pekat på tilliten som ett centralt värde i mötet mellan patient och vårdare och en förutsättning för god omvårdnad.

TILLIT ÄR EN UPPLEVELSE av att andras godhet, ärlighet och skicklighet går att lita på. Detta kan i sin tur kan leda till att makt överförs till en person eller ett system. Förutsättningarna för tillit skapas och vidmakthålls därför inte bara på den individuella nivån utan också på systemnivå. Exempel på sådana förutsättningar kan vara att det finns kontinuitet i kontakterna och säkra system för att hantera känslig information.

SARAH ORSAG / GETTY

Det är rimligt att anta att människors förtroende för systemet som helhet kan ha betydelse även i den individuella kontakten – både för den som söker hjälp och dem som erbjuder den. Men svenska siffror i den internationella befolkningsenkäten Health policy survey tyder enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys på att många svarande inte tycker att hälso- och sjukvårdssystemet fungerar väl i dag. De anger att förtroendet för detta system har sjunkit jämfört med tidigare.

ENLIGT MYNDIGHETEN VISAR också människors upplevelse av information, delaktighet och samordning att det behövs betydande förbättringar. Många upplever att vårdpersonal inte involverat dem så mycket som de önskat i beslut om vård och behandling. Visserligen svarar de ungefär lika ofta som i andra länder att läkare och sjuksköterskor på sjukhus behandlar dem med vänlighet och respekt. Men Sverige får bland de sämsta resultaten när patienter svarar på om vårdpersonal känner till viktig information och deras medicinska historia, tillbringar tillräckligt med tid med dem och förklarar saker på ett sätt som är lätt att förstå.

De flesta professioner inom vård och omsorg tycks vara överens om att den tillitsfulla relationen är central, ibland helt avgörande. Däremot är det långt ifrån självklart hur välfärdssystemen ska organiseras och styras för att främja en sådan kontakt. På senare år har debatten varit intensiv om samspelet mellan uppdragsgivare och verksamheter som vård och socialtjänst. På ett övergripande plan har debatten delvis avspeglat den svåra balansgången mellan tillit och kontroll i den offentliga sektorn.

Samtidigt som strikt kontroll kan leda till att utgifter granskas mer noggrant och att omotiverade kostnader minskar, har många verksamhetsföreträdare betonat att detta inte får ske till priset av en svällande och kostsam administration, byråkratisering och avhumanisering av vård och socialt arbete.

TILLIT KRÄVS SÅLEDES även mellan uppdragsgivarna och professionerna. Detta har blivit särskilt tydligt i debatten om styrning till exempel genom *new public management*. Ännu ett uttryck för detta är den så kallade tillitsdelegation som tillsattes av regeringen år 2016. Direktivet efterlyser ”en tillitsfull styrning” som bygger på ömsesidigt förtroende mellan aktörerna.

Statsvetare har också framfört att social, mellanmänsklig tillit kan vara avgörande för hela samhället. Medborgarnas uppfattning om kvaliteten på de offentliga institutionerna, som vården och omsorgen, kan avgöra om det går att skapa goda levnadsvillkor även i framtiden. Institutionerna agerar på medborgarnas uppdrag enligt ett slags kontrakt. Bryter samhällseliten och institutionernas företrädare kontraktet, till exempel genom att agera oetiskt, skadas tilliten – och därmed försämras förutsättningarna för välfärden.

VÅRA LAGAR FÖR VÅRDEN och socialtjänsten slår fast att verksamheterna ska tillgodose människors trygghet. Texterna framhåller att verksamheten ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Hälso- och sjukvårdslagen betonar dessutom kontinuitet, säkerhet och goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Att skapa tillit i sådan verksamhet är ett stort åtagande som kräver inte bara tillräckliga resurser. Det kräver också professionalism, tillförlitlig kunskap om insatser och förhållningssätt och lyhördhet för synpunkter och önskemål från patienter och brukare.

Den tillit som verksamheterna har förtjänat måste förvaltas omsorgsfullt på alla nivåer i vården och socialtjänsten – av patienter, brukare, praktiker och uppdragsgivare. Att bygga upp tar tid. Att rasera kan gå fort. ◆ **RL**

ANA D / SHUTTERSTOCK

HUR PRISER OCH LAGAR KAN PÅVERKA KOSTVANOR

Det har gjorts en del vetenskapliga analyser av vad skatter, subventioner och lagstiftning skulle kunna betyda för olika gruppers konsumtion av sockerrika livsmedel, frukt, grönsaker och fisk. Det visar SBU:s upplysningstjänst som har tagit fram underlaget men inte granskat dess tillförlitlighet. Analyserna bygger på antaganden om priskänslighet i olika grupper, vilket medför osäkerhet. Hur hälsan eventuellt påverkas är inte klarlagt.

I fråga om reglering av sockerrika livsmedel har SBU:s upplysningstjänst funnit sex systematiska forskningsöversikter som gäller effekten av reglering av sådana livsmedel på olika hälsomått. Dessutom konstaterar upplysningstjänsten att det finns planer (protokoll) för fyra kommande systematiska översikter på området. De befintliga översikterna gäller dels skatter, dels reglering av reklam för ohälsosamma livsmedel som riktas till barn.

SBU noterar att olika översikter om sockerskatter till stor del har använt samma studier. I många fall rör det sig om så kallade modellstudier, med teoretiska beräkningar utifrån uppgifter som har hämtats från olika källor. I modellstudier kan man också göra olika antaganden för att försöka räkna fram tänkbara följder av åtgärderna, under skilda förutsättningar.

ENLIGT DE BEFINTLIGA översikternas författare kan ekonomiska styrmedel påverka konsumtionen av specifika sockerrika varor. Vissa författare anser att sockerskatt kan påverka mer i grupper med sämre ekonomiska förutsättningar. Översiktsförfattarna har inte kunnat påvisa starka samband mellan reglering av sockerrika livsmedel och utvalda mått på hälsa. Tidshorisonten är avgörande för eventuella hälsoeffekter. Detta varierade i studierna.

NÄR DET GÄLLER att subventionera mat som bedöms vara hälsosam fann SBU två systematiska översikter som gäller effekt på konsumtionen. Översikterna undersöker även beskattning av ohälsosam mat. De flesta studier som ingår är modellstudier, och några av dessa förekommer i båda översikterna.

Enligt den ena översiktens författare kan subventioner och skatter öka människors konsumtion av hälsosam mat och minska förbrukningen av ohälsosamma livsmedel. Enligt den andra översiktens författare kan subventioner öka konsumtionen av hälsosam mat, medan effekten på människors totala kaloriintag är oklar.

Enligt författarna finns det risk att individer med låg socioekonomisk status gagnas mindre av att hälsosamma livsmedel subventioneras. Därför anser de att framtida effektstudier även bör rikta in sig på utsatta grupper. Många av de studier som ingår i översikterna bygger på förutsägelser och antaganden om priskänslighet. Detta medför osäkerhet.

Ohälsosamma kostvanor kan orsaka övervikt, fetma och följdsjukdomar som typ 2-diabetes, högt blodtryck och hjärt- och kärlsjukdom. ◆ **RL**

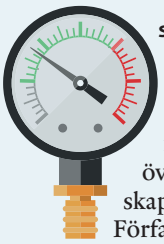
Läs svaren från SBU:s upplysningstjänst på följande webbsidor: www.sbu.se/ut201705 och www.sbu.se/ut201706

Viss kunskap finns om syrgas i tryckkammare

Efter frågor från vården har SBU undersökt vilka studier som finns av övertrycksbehandling med syrgas vid vissa strålskador och vid diabetessår på fötter.

Så kallad hyperbar syrgasbehandling innebär att patienten andas ren syrgas i en tryckkammare. Varje behandling tar 90 minuter och upprepas vid 30–40 tillfällen. Behandlingen antas öka mängden syre i blodet, stimulera nybildning av blodkärl och därmed förbättra läkning av vävnadsskada.

Ett sammanhang där metoden har testats är vävnadsdöd (nekros) i skelettet efter strålbehandling av cancer. SBU har identifierat fyra systematiska översikter på området. Översiktsförfattarna drog slutsatsen att metoden troligen kan öka chansen till läkning och minska risken för sårruptur. SBU har dock inte granskat översikternas kvalitet och har inte tagit ställning i sakfrågan.



VECTORSHOW / SHUTTERSTOCK

STRÅLBEHANDLING KAN också orsaka inflammation i ändtarmen, proktit. SBU har funnit tio systematiska översikter och en vetenskaplig utvärdering i ämnet. Författarna till de tre senaste systematiska översikterna bedömde att metoden verkar förbättra läkningen. Utvärderingen gjorde samma bedömning med reservationen att underlaget var av låg kvalitet.

Svårläkta diabetessår på ben eller fötter är ett annat tillstånd där metoden ibland har prövats som tillägg. I en systematisk översikt från 2015 drogs slutsatsen att behandlingen förbättrar läkningen upp till sex veckor (dock inte på längre sikt) samt verkar minska risken för amputation över fotleden. Den senaste randomiserade studien fann dock att metoden varken minskar risken för amputation eller förbättrar läkningen. Inte heller här har SBU granskat underlaget. ◆ **RL**

Läs svaren från SBU:s upplysningstjänst på www.sbu.se/sv/publikationer/hyperbar-syrgasbehandling/

MEDICINSK OCH SOCIAL
Vetenskap & Praxis

CHEFREDAKTÖR Ragnar Levi, levi@sbu.se • ANSVARIG UTGIVARE Susanna Axelsson • TEXT Ragnar Levi [RL]
POSTADRESS Box 6183, 102 33 Stockholm • TEL 08-412 32 00 • FAX 08-411 32 60 • www.sbu.se
E-POST registrator@sbu.se • GRAFISK DESIGN Alenäs Grafisk Form • TRYCK Elanders, Falköping 2017
4 nr per år, 157 000 ex • ISSN 1104-1250

SBU-NÄMNDEN

Nina Rehnqvist (ordf)
KAROLINSKA INSTITUTET

Peter Allebeck
FORTE

Heike Erkers
AKADEMIKERFÖRBUNDET SSR

Eva Franzén
STATENS INSTITUTIONSSTYRELSE

Vesna Jovic
SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING SKL

Jan-Ingvar Jönsson
VETENSKAPSRÅDET

Lars-Torsten Larsson
SOCIALSTYRELSEN

Stig Nyman
HANDIKAPPFÖRBUNDEN

Lars Oscarsson
ERSTA SKÖNDAL HÖGSKOLA

Sineva Ribeiro
VÅRDFÖRBUNDET

Heidi Stensmyren
SVERIGES LÄKARFÖRBUND

Anders Sylvan
VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING

Magnus Wallinder
SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING SKL

Susanna Axelsson
SBU

SBU:S RÅD "BRAGE"

Lars Hansson (ordf)
PROFESSOR, VÅRDVETENSKAP, LUNDS UNIVERSITET

Christel Bahtsevani
LEG SJUKSKÖTERSKA, MED DR, VÅRDVETENSKAP, MALMÖ HÖGSKOLA

Per Carlsson
PROFESSOR, HÄLSOEKONOMI, LINKÖPINGS UNIVERSITET

Björn-Erik Erlandsson
PROFESSOR, MEDICINTEKNIK, KTH, STOCKHOLM

Arne Gerdner
PROFESSOR, SOCIALT ARBETE, HÄLSOHÖGSKOLAN I JÖNKÖPING

Lennart Iselius
DOCENT, HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSDIREKTÖR, LANDSTINGET VÄSTMANLAND

Mussie Msghina
DOCENT, ÖVERLÄKARE, PSYKIATRI, KAROLINSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

Lars Sandman
PROFESSOR, VÅRDETIK, HÖGSKOLAN I BORÅS

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

Svante Twetman
PROFESSOR, TANDVÅRD, HALMSTAD SAMT KÖPENHAMNS UNIVERSITET

GENERALDIREKTÖR SBU

Susanna Axelsson

SBU:S RÅD "EIRA"

Kjell Asplund (ordf)
PROFESSOR, STOCKHOLM

Henrik Andershed
PROFESSOR I PSYKOLOGI, DOCENT I KRIMINOLOGI, ÖREBRO UNIVERSITET

Kristina Bengtsson Boström
DOCENT, BILLINGENS VÅRDCENTRAL, SKÖVDE

Christina Bergh
PROFESSOR, KVINNOKLINIKEN, SU/SAHLGRENSKA, GÖTEBORG

Anna Ehrenberg
PROFESSOR, VÅRDVETENSKAP, HÖGSKOLAN DALARNA

Ingemar Engström
PROFESSOR, PSYKIATRI, ETIK, ÖREBRO UNIVERSITET

Nils Feltelius
DOCENT, LÄKEMEDELSVERKET

Ylva Nilsagård
MED DR, DOCENT, FYSIOTERAPI, CAMTÖ, REGION ÖREBRO LÄN

Sten-Åke Stenberg
PROFESSOR, SOCIAL FORSKNING, STOCKHOLMS UNIVERSITET

Katarina Steen Carlsson
FIL DR, HÄLSOEKONOMI, IHE LUND

SBU AKTUELLT

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT INTERNATIONAL, HTAI, 2017

Årligt möte i Health Technology assessment International

Tid och plats: 17–21 juni, 2017, Rom, Italien

www.htai.org

PREVENTING OVERDIAGNOSIS

Tema: Winding back the harms of too much medicine

Tid och plats: 17–19 augusti, 2017, Québec, Kanada

www.preventingoverdiagnosis.net

GLOBAL EVIDENCE SUMMIT

Tema: Using evidence, improving lives

Internationell konferens om evidensbaserat arbete inom vård och socialtjänst. Samarrangeras av Guidelines International Network, Campbell Collaboration, Int Society for Evidence-based Health Care och Joanna Briggs Institute.

Tid och plats: 13–16 september, 2017, Kapstaden, Sydafrika

www.globalevidencesummit.org

PRIORITERINGSKONFERENS

Tema: Vårdens prioriteringar – union eller konflikt? Nionde nationella prioriteringskonferensen för personer som arbetar med prioriteringar i hälso- och sjukvården. Arr av Linköpings universitet m fl.

Tid och plats: 23-25 oktober 2017, Kalmarsalen, Kalmar

https://liu.se/artikel/prioriteringskonferensen

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

SAMMANFATTNINGAR 2014–2017

*Kostnadsfria**

.....ex Arbetsmiljö, hjärt-kärlsjukdom & kemi (2017), nr 261s
.....ex Patientdelaktighet i vården (2017), nr 260s
.....ex Op sten i gallblåsan & akut gallblåseinfl (2017), nr 259s
.....ex FAS och FASD (2017), nr 258s
.....ex Värdering av effektivitet i klin vardag ... (2016), nr 256s
.....ex Skakvåld. Triadens roll vid medicinsk utredning – en systematisk litteraturöversikt (2016), endast webb
.....ex Spel om pengar – behandling ... (2016), endast webb
.....ex Arbetsmiljöns betydelse för artrosbesvär (2016), nr 253s
.....ex Ungdomar m antisociala probl i instvård (2016), nr 252s
.....ex Behandl av luftvägsinfektioner hos barn (2016), nr 251s
.....ex Behandling av förlossningsskador (2016), nr 250s
.....ex Behandling av hetsätningsstörning (2016), nr 248s
.....ex Fosterdiagnostik med NGS (2016), nr 247s
.....ex Fosterdiagnostik med mikroarray (2016), nr 246s
.....ex Prev insatser, akut smärta rygg/nacke (2016), nr 245s
.....ex Förebygga missbruk ... hos barn, unga (2015), nr 501-89
.....ex Instrument för suicidriskbedömning (2015), nr 501-88
.....ex Skolprogr mot självskada/suicidförsök (2015), nr 501-87
.....ex Arbetsmiljö – hjärta och kärl (2015), nr 501-86
.....ex Rehab, äldre, höftfraktur (2015), nr 501-85
.....ex Rehab, äldre, stroke (2015), nr 501-84
.....ex Behandl depression, äldre (2015), nr 501-83
.....ex Nytta–risk f vanl läkemedel hos äldre (2014), nr 501-82
.....ex Kosttillägg för undernärda äldre (2014), nr 501-81
.....ex Arbetets betydelse för ryggproblem (2014), nr 501-80
.....ex Svårläkta sår hos äldre (2014), nr 501-79
.....ex Dyslexi hos barn och ungdomar (2014), nr 501-78
.....ex Arbetsmiljö: depr, utmattn-syndrom (2014), nr 501-77
.....ex Tidig upptäckt av symtomgivande cancer (2014), nr 501-76

PATIENTINFORMATION ETC

*Kostnadsfria, om inget annat anges**

.....ex För närstående t långvarigt sjuka äldre (2016), nr 401-17
.....ex Ny kunskap kan hjälpa kvinnor som fött barn (förlossningsskador) (2016), nr 902-27
.....ex Bättre behandling (2015), nr 401-16. Pris 50 kr + moms och frakt. Rabatt f pensionärer samt över 10 ex: 25%
.....ex Förebygg för barnens skull (2011), nr 401-16
.....ex Glaukom (grön starr) (2009/2016), nr 401-15-1
.....ex Läkemedel på äldre dar (2009), nr 401-14

Trycksaker och faktura skickas till:*

Namn .....

Postadress .....

E-post .....

Frankeras ej.
Mottagaren betalar portot

SBU
Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

Svarspost
20087634
11006 Stockholm

MILJÖMÄRKT
3041 0242
TRYCKSAK

STATISTIK

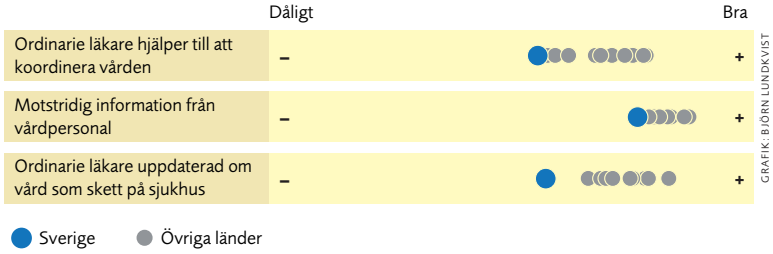
"Förbättra tillgång, samordning och delaktighet!"

När svenskar betygsätter vården är det tillgänglighet, information, delaktighet och samordning av vård som verkar kunna förbättras mest, jämfört med andra länder. Det visar en internationell enkät.

Enligt en undersökning av befolkningars erfarenheter av vården i elva länder (International health policy survey från The Commonwealth fund) är det färre i Sverige än i andra länder som anser att den övergripande kvaliteten på sjukvården är god och att sjukvårdssystemet fungerar väl. Det skriver Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, i den svenska delen av enkäten. Svenskarnas betyg på vårdsystemet har försämrats – vilket också stämmer med svenska primärvårdsläkares beskrivning i en undersökning år 2015.

I SVERIGE SVARADE 7 124 personer från 18 år och uppåt, i ett urval av cirka 50 000 telefonnummer. Svaren har jämförts med resultat från Australien, Kanada, Frankrike, Tyskland, Nederländerna, Nya Zeeland, Norge, Schweiz, Storbritannien och USA. Resultat från 2016 jämfördes dessutom med år 2010, 2013 och 2015 samt med andra svenska undersökningar av befolkningens erfarenheter av vården.

Samordning och kommunikation



Källa: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. PM 2016:5.

VÅRDENS TILLGÄNGLIGHET på kvällar och helger upplevs betydligt lägre i Sverige än i andra länder.

På områden som berör information, delaktighet och samordning får vården ett sämre omdöme i Sverige än i de flesta andra länder. Sverige får även bland de sämsta resultaten i fråga om att vårdpersonal känner till viktig information och den svarandes medicinska historia, ägnar en tillräckligt med tid och förklarar saker på ett sätt som är lätt att förstå.

I SVERIGE ANGER färre att de får hjälp av sin ordinarie läkare eller annan vårdpersonal med att koordinera eller planera sin vård. Även när det gäller informationsöverföring och samordning mellan specialistsjukvård får Sverige fortfarande sämre resultat än de flesta andra länder.

En aktuell SBU-rapport visar att ett personcentrerat arbetssätt och beslutsstöd som är riktade till långvarigt sjuka patienter förbättrar utfallsmått som har med delaktighet att göra. ◆ **RL**

SBU. Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården. En sammanställning av vetenskapliga utvärderingar av metoder som kan påverka patientens förutsättningar för delaktighet. Stockholm: SBU, 2017.

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

SBU-RAPPORTER 2012–2017

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

.....ex Arbetsmiljöns betydelse för hjärt-kärlsjukdom – exponering f kemiska ämnen (2017), nr 261, 200 kr
.....ex Patientdelaktighet i vården (2017), nr 260, 150 kr
.....ex Operation vid besvär av sten i gallblåsan och akut gallblåseinflammation (2017), nr 259, 150 kr
.....ex Fetalt alkoholsyndrom (FAS) och fetala alkoholspektrumstörningar (FASD) (2017), nr 258, 200 kr
.....ex Värdera effektiv i klin vardag (-16), nr 256, 150 kr
.....ex Skakvåld, syst litteraturövers (2016), nr 255, 150 kr
.....ex Behandl av spelberoende ... (2016), nr 254, 150 kr
.....ex Arbetsmiljö & artrosbesvär (2016), nr 253, 150 kr
.....ex Program för ungdomar med antisocial problematik inom institutionsvård (2016), nr 252, 150 kr
.....ex Analsfinkterskada vid förloss (2016), nr 249, 200 kr
.....ex Behandl av hetsätningsstörn (2016), nr 248, 200 kr
.....ex Fosterdiagn med NGS (2016), nr 247, 200 kr
.....ex Fosterdiagn med mikroarray (2016), nr 246, 200 kr
.....ex Preventiva insatser vid akut smärta från rygg och nacke (2016), nr 245, 200 kr
.....ex Förebygg missbruk barn/unga (-15), nr 243, 200 kr
.....ex Instr f bedömn av suicidrisk (2015), nr 242, 150 kr
.....ex Skolprogram mot självskada inkl suicidförsök (2015), nr 241, 150 kr
.....ex Arbetsmiljöns betydelse för hjärt-kärlsjukdom (2015), nr 240, 200 kr
.....ex Rehab, äldre, höftfrakturer (2015), nr 235, 150 kr
.....ex Rehab, äldre, stroke (2015), nr 234, 150 kr
.....ex Behandling av depression hos äldre, nr 233, 200 kr
.....ex Nytta–risk med läkemedel för äldre, nr 229, 150 kr
.....ex Arbetsmiljö, depr, utmattn (2014), nr 223, 250 kr
.....ex Tid uppt av symtomgiv cancer (2014), 222, 150 kr
.....ex Akutvård av äldre (2013), nr 221, 200 kr
.....ex Urininkontinens äldre/sköra (2013), nr 219, 200 kr
.....ex Mat vid fetma (2013), nr 218, 250 kr
.....ex ADHD (2013), nr 217, 250 kr
.....ex Arbetsmiljö & sömnstörn (2013), nr 216, 200 kr
.....ex Autismspektrumtillstånd (2013), nr 215, 250 kr
.....ex Skattning av njurfunktion (2012), nr 214, 250 kr
.....ex Schizofreni... (2012), nr 213, 250 kr
.....ex Diagn & uppfölj förstämning (2012), nr 212, 250 kr
.....ex Implementeringsstöd psyk (2012), nr 211, 150 kr
.....ex Arbetets betydelse för besvär och sjukdom: Nacken och övre rörelseapp (2012), nr 210, 250 kr

Se www.sbu.se för övriga publikationer från SBU och mer info om våra rapporter.

JA TACK, JAG VILL GÄRNA PRENUMERERA KOSTNADSFRITT PÅ:

☐ Information om SBU via e-post (inkl SBU Kommentarer)

☐ SBU:s tidning *Vetenskap & Praxis*

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

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