

Blygsam effekt av läkemedel vid prostataförstoring med avflödes hinder

Effekten av läkemedel vid godartad prostataförstoring med avflödes hinder är blygsam. Det är ett av fynden i en sammanställning som gjorts av SBU.

Problem med vattenkastning till följd av förstörd prostata är som bekant vanliga. I Sverige opereras årligen ca 4 500 patienter för sådana besvär. SBU har tittat på studieläget från 1975 och framåt och konstaterar att män med svåra vattenkastningsbesvär är den patientgrupp som är aktuell för kirurgisk behandling.

Transuretral resektion av prostata (TURP) är den dominerande operationsmetoden. Till icke-invasiva metoder hör transuretral mikrovågsbehandling (TUMT), som dock inte är lika effektiv som TURP. Den sistnämnda metoden är också den mest kostnadseffektiva behandlingen givet att patienten har omfattande besvär, konstaterar SBU.

Alternativet till kirurgi är läkemedel, som främst ges till patienter med lindrigare besvär. SBU:s genomgång visar dock att läkemedel överlag endast har blygsam effekt. Däremot kan farmakologisk behandling vara till nytta för enskilda patienter, och det är därför viktigt att man följer upp patienterna för att säkerställa att medicineringen verkligen gör nytta. Vid sidan av registrerade preparat finns ett antal olika naturläkemedel. Vissa av dessa tycks kunna ge effekt, men de är i dagsläget inte tillräckligt studerade.

Behovet av behandling ska ses mot bakgrund av att drabbade patienter får försämrad livskvalitet och nedsatt sexuell funktion, konstaterar SBU vidare och understryker vikten av att informera patienterna noga inför såväl kirurgisk som farmakologisk behandling.

När det gäller diagnostiken finns det inte en enskild metod som kan använ-

»Vid sidan av registrerade preparat finns ett antal olika naturläkemedel. Vissa av dessa tycks kunna ge effekt, men de är i dagsläget inte tillräckligt studerade.«

das för att diagnostisera godartad prostataförstoring med avflödes hinder. I stället handlar det om att utesluta andra diagnoser, däribland urinvägsinfektion, prostatacancer och blåscancer.

Viktigt att notera är att SBU upptäckt geografiska skillnader, då behandlingspraxis tycks skilja sig mellan olika landsting. Myndigheten efterfrågar en analys kring dessa skillnader och vad de beror på.

Anders Hansen
leg läkare, frilansjournalist

SBU. 2011. SBU-rapport nr 209.

Fördelar med mobila tuberkulosteam för högriskgrupper

Att använda mobila team för att diagnostisera och stödja tuberkulosmittade i högriskgrupper verkar vara framgångsrikt och kostnadseffektivt, enligt en studie publicerad i BMJ.

I England får varje år runt 9 000 personer tuberkulos, och ungefär 40 procent av dessa lever i London. Tuberkulos ökar dock framför allt i högriskgrupper, vilket i England ofta innebär hemlösa och missbrukare.

Sedan 2005 cirkulerar mobila team i London. Teamen utgörs av av rörliga radiologiska enheter som aktivt kan screena för tuberkulos i sårbara populationer. Under 2007 kompletterades radiologin med en så kallad find and treat-service, där även kontakterna kring själva behandlingen kan upprätthållas med individer som annars löper risk att försvinna ur systemet.

Den aktuella studien ville granska om denna service fungerar och om den är kostnadseffektiv. Data kring diagnostik, uppföljning och behandling av tuberkulosmittade som identifierats aktivt via find and treat jämfördes med motsvarande från tuberkulosmittade som hittats passivt (från myndigheter-



Foto: Colourbox

Att aktivt söka upp och screena för tuberkulos bland hemlösa och missbrukare är kostnadseffektivt, enligt engelska myndigheter.

nas sida) genom övriga tuberkulosövervakningssystem först då personen själv sökt vård. Resultaten användes sedan i hälsoekonomiska modeller. Modellen

uppskattade att 23 procent av de smittade med längst anamnes på symtom som diagnostiserats via find and treat annars inte hade identifierats, då de inte hade sökt sjukvård trots att de hade besvär. Dessutom var ytterligare 35 procent av dem som aktivt diagnostiserats asymtomatiska och hade alltså inte heller sökt sjukvård. Modellen visade även att de mobila teamen hade en betydligt lägre risk för bortfall än konventionella inrättningar.

Sammantaget kostade de mobila teamen runt 1,4 miljoner pund per år och beräknades spara runt 220 kvalitetsjusterade levnadsår (QALY), vilket gav en summa på runt 6400–10 000 pund per QALY (runt 65 000–102 000 kronor). Detta är inom ramen för vad engelska myndigheter anser är kostnadseffektivt och kan visa på möjligheterna med att aktivt uppsöka högriskgrupper.

Karin Sundström
läkare, doktorand,
Karolinska institutet,
Stockholm

Jit M, et al. BMJ. 2011;343:d5376.
doi:10.1136/bmj.d5376



Samtyckesdokumenten har blivit längre – i vissa fall längre än många vetenskapliga artiklar.

Foto: Colourbox

»Informerat samtycke« inte så informerat

Få studiedeltagare läser igenom samtyckesdokument innan de samtycker till att vara med i en vetenskaplig studie. Dagens samtyckesdokument behöver reformeras, menar man i en analys i *Annals of Internal Medicine*.

Det informerade samtycket är en av hörnstenarna i dagens vetenskap, även om undantag från regeln att inhämta samtycke i vissa studier kan medges. I USA har dock längden på de dokument som krävs för att ge samtycke ökat. I en studie kring genetiska faktorerers betydelse för hälsa och risk för hematologiska sjukdomar blev samtyckesdokumentet mer än 2800 ord långt. Detta är längre än många vetenskapliga artiklar men reflekterar vad den lokala etikprövningsnämnden tyckte var ett lämpligt format.

Författarna utförde därför en separat analys kring sin egen samtyckesprocess. Studiedeltagarna rekryterades från en studentpopulation vid University of Michigan i USA. Studenterna inbjöds via e-post och dirigerades till en webbplats där de fick ta del av ett dokument kring informerat samtycke och ett frågeformulär kring fenotypisk information. Tiden som studenterna använde från att de kommit till samtyckesformuläret till att de klickade på »samtycker« mättes. Totalt 1209 personer deltog i studien.

Beräknad minimilästid för dokumentet var 9 minuter och 26 sekunder, men mediantiden för samtycke var 53 sekunder. 23 procent av studiedeltagarna samtyckte inom 10 sekunder, och 93

Starka data i studie av viktnedgång

En aldrig sinande ström av olika bantningsmetoder är som bekant något vi ständigt översköjs med i medierna. Våldigt få av dessa vilar på en solid vetenskaplig grund, och endast ett fåtal studier har publicerats i riktigt namnkunniga medicinska tidskrifter. Dessa fåtalet undersökningar har dessutom överlag visat dåliga eller obefintliga resultat för de metoder som testats. Det är därför anmärkningsvärt att en tidskrift av Lancets kaliber presenterar en studie inom fältet.

Studien har bedrivits i Storbritannien, Tyskland och Österrike och omfattar 722 individer med övervikt eller fetma (BMI mellan 27 och 35). Medelåldern var 47 år, och en överväldigande majoritet (87 procent) av deltagarna var kvinnor. Det genomsnittliga BMI-värdet då studien påbörjades uppgick till 31. Deltagarna lottades till två grupper: en som fick ett års gratis medlemskap i det kommersiella viktnedgångsprogrammet Viktväktarna och en grupp som fick standardbehandling inom primärvården. Viktväktarprogrammet omfattade möten en gång per vecka, vid vilka deltagarna uppmuntrades till motion och till en kost med lågt kaloriinnehåll. Vid mötena vägdes även deltagarna, och gruppdiskussioner hölls där de kunde stötta varandra. Dessutom gavs de möjlighet att planera kost och motion via ett Internetbaserat program.

Gruppen som fick standardbehandling gavs under ett års tid vikt- och motionsråd av primärvården baserat på de riktlinjer som gällde i respektive land. Detta innebär således att kontrollgruppen fick en behandling som skilde sig lite beroende på varifrån deltagarna kom.

Efter ett år hade deltagarna i Viktväktargruppen i genomsnitt gått ned 5,1 kilo, vilket ska jämföras med 2,3 kilo i kontrollgruppen. Även när man tittade

på parametrar som midjemått, fastglukos och blodfetter noterades en starkare utveckling i Viktväktargruppen. Resultaten var jämförbara i samtliga tre länder där studien genomförts. En relativt stor andel av deltagarna fullföljde inte programmet, 39 procent i Viktväktarprogrammet och 46 procent i standardvårdprogrammet slutade i förtid.

I en kommentar till artikeln, också den publicerad i *Lancet*, skriver två forskare från Storbritannien att en bidragande faktor till skillnaden kan vara att människor i Viktväktargruppen upplever metoden som särskilt värdefull då man normalt får betala för den ur egen ficka jämfört med primärvården, där patienten inte betalar. Detta skulle kunna innebära att deltagare i Viktväktargruppen redan från början var mer motiverade att nå resultat.

Mycket viktigt att understryka är att studien delvis finansierats av just Viktväktarna.

Anders Hansen
leg läkare, frilansjournalist

Jebb SA, et al. *Lancet*. Epub 7 sep 2011.
doi: 10.1016/S0140-6736(11)61344-5



Foto: Colourbox

Gratisdeltagande i ett viktnedgångsprogram, som normalt kostar pengar, i detta fall Viktväktarna, gav bättre resultat än ett kostnadsfritt program i primärvården.

procent samtyckte innan minimilästiden passerat. Resultaten indikerar att rutinerna för informerat samtycke måste utvärderas mer aktivt än vad som sker i dag. Populationen i studien var unga studenter, och det är möjligt att äldre deltagare hade läst dokumentet noggrannare. Med tanke på samtyckets

centrala roll i forskningen ter det sig ändå högst prioriterat att utvärdera alternativa former för dylika dokument, anser författarna.

Karin Sundström
läkare, doktorand

Desch K, et al. *Ann Intern Med*. 2011;155:316-22.