

**SBU-kommentar om hypotermi:**

## En otillräckligt utforskad metod som kan prövas inom ramen för en studie

Nya, inte tillräckligt utforskade metoder ska självfallet prövas – men då inom ramen för väl upplagda studier. Det skriver SBU-företrädare om sänkning av kroppstemperaturen efter hävt hjärtstopp.

■ Kommentar till Hans Fribergs och Sten Rubertssons medicinska kommentar »Kylterapi efter hävt hjärtstopp tycks skydda hjärnan« (Läkartidningen 8/2007 (sidorna 570-1)).

SBU använder sig av strikta kriterier för vad som är tillräckligt vetenskapligt stöd för en viss metod. Dessa kriterier har utarbetats i samarbete med ett stort antal utvärderingsorganisationer världen över. En granskning av varje enskild studie sker mot en checklista, och slutligen görs en sammanvägning och litteraturens sammanlagda bevisvärde fastställs.

Denna mödosamma men stringenta källkritik tillämpas ännu inte fullt ut i specialistorganisationernas riktlinjearbete. Man avstår dessutom, inte sällan medvetet, från kostnadseffektivitetsbedömning och etiska aspekter. En relevant etisk frågeställning vid utarbetandet av riktlinjer om hypotermi efter hävt hjärtstopp är vilka patientkategorier som ska få tillgång till IVA-platser, ofta en bristvara i sjukvården.

**SBUs uppgift är alltså** att vid en viss tidpunkt gå igenom all samlad litteratur och bedöma om det finns vetenskapligt stöd för en behandlings effekter och kostnadseffektivitet. Bedömningen görs utifrån det vetenskapliga underlag som just då finns tillgängligt. Tillkommer nya studieresultat kan bedömningen bli

**HELENE TÖRNQVIST**

hälsoekonom, chef för SBU Alert  
tornqvist@sbu.se

**LARS RYDÉN**

professor, ordförande i Alerrådet

**NINA REHNQVIST**

professor, ordförande i SBU:s styrelse

en annan. En metod kan mycket väl i framtiden visa sig vara utmärkt även om det i dagsläget inte finns vetenskapligt stöd för att så är fallet. Men, det finns även exempel på att metoder som initialt anses lovande kan visa sig ha mindre effekt än väntat eller vara förenade med okända risker, vilket inte kunde upptäckas innan tillräckligt stora, välgjorda studier hade genomförts. Utan studier vet man inte med säkerhet om en metod tillhör den förra eller den senare kategorin.

**Om en utvärdering utmynnar** i att det i dagsläget finns otillräckligt stöd för att metoden har effekt så bör detta enligt resonemanget ovan inte uppfattas som att metoden har dömts ut. För metoder som tycks lovande skulle denna slutsats i stället kunna bli en sprängbräda för forskare och anslagsgivare att initiera och genomföra studier.

**Vårdens resurser** är begränsade. Om man väljer att behandla en patient så binds resurser i form av personal, utrustning och lokaler som inte samtidigt kan användas till att behandla en annan patient. På vilka grunder ska då resurser i vården fördelas? Ska det vara slumpen som avgör eller ska man ha ett annat system för prioritering? Att prioritera behandlingar för vilka det finns ett klart vetenskapligt belägg i fråga om effekt och kunskap om biverkningar är en annan väg. Med ett sådant synsätt skulle det inte vara dags att införa en metod i den kliniska vardagsrutinen förrän tillräckligt underbyggda data om den finns tillgängliga.

**Utvecklingen av nya metoder** förutsätter personer som kan tänka i nya banor. Att lägga sordin på sådan utvecklingskraft kan aldrig vara målet. Dock skulle tydliga spelregler kunna leda till mer kunskap och en effektivare spridning av den. Nya, inte tillräckligt utforskade metoder ska självfallet prövas – men då inom ramen för väl upplagda studier. Användningen kommer då att generera kunskap som kommer patienterna till godo genom att metoder sprids först om de visat sig vara effektiva och säkra.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

a