SVEPET

Medlemstidning för Svensk Epidemiologisk Förening (SVEP)
Årgång 35, 2017, Nr 1

SVEPET är medlemstidningen för Svensk Epidemiologisk förening och ges ut med fyra nummer per år.

Det är kostnadsfritt att annonsera om kurser och konferenser i SVEPET. Redaktionen förbehåller sig emellertid rätten att ändra i annonsernas layout så att de passar ihop med tidningens innehåll i övrigt.

Ansvarig utgivare
Elisabeth Strandhagen
elisabeth.strandhagen@gu.se

Redaktion

Eva Andersson
eva.andersson@amm.gu.se

Hanne Krage Carlsen
(Avhandlingssammanfattningar,
Kurser och konferenser)
hannekcarlsen@envmed.umu.se

Linus Schiöler
(Statistik och epidemiologisk metodik)
linus.schioler@amm.gu.se

Svensk Epidemiologisk Förening
(SVEP) är en tvärvetenskaplig sammanslutning av personer verksamma inom epidemiologi eller angränsande områden. Medlemsavgiften är 150 kr/år,
alternativt 600 kr för fem år.
Plusgirokonto 440 31 69 –8
Hemsida:
http://www3.svls.se/sektioner/svep/

Medlemskap och adressändring
Jeong-Lim Kim
Enheten för arbets- och miljömedicin
Avd. för samhällsmedicin och folkhälsa
Sahlgrenska Akademin,
Göteborgs universitet
Box 414
405 30 Göteborg
jeong-lim.kim@amm.gu.se

ORDföranden har ORDet

Hej!

I detta nummer av SVEPET kan vi läsa om ett konsortiesamarbete inom nutritionsforskning, Swedish Diet Cohort Consortium. Denna typ av samarbeten ger fördelen att använda olika kohorter för att skapa större undersökningar, men ger också utmaningar när det gäller att harmonisera variabler. I Vetenskapsrådets utlysning för forskningsinfrastrukturer sökte flera liknande initiativ om bidrag till att bygga kohortkonsortier relevanta för epidemiologisk forskning. Vi återkommer till detta i kommande nummer av SVEPET.

De senare åren har det gjorts olika satsningar för att underlätta registerbaserad forskning i Sverige. Vi tar dock upp ett problem som många forskare brottas med – att inom rimlig tid få ut beställda, och dessutom korrekta, data från Socialstyrelsen. Det jobbas hos dem på olika sätt för att korta väntetiderna och kvalitetssäkra arbetet, bl a genom att förbättra informationen till beställarna. Läs mer om det i tidningen!

Dessutom kan du läsa om situationen för läkemedels-epidemiologin i Sverige, och om två intressanta avhandlingar.

Avslutningsvis har vi fått en hälsning från vår systerförening på Island. Vi hoppas kunna presentera alla de nordiska föreningarna i samband med att Sverige i år står som värd för NordicEpi.

Önskar alla en fin sommar!

Elisabeth Strandhagen, Ordförande i SVEP
elisabeth.strandhagen@gu.se

Redaktions- och föreningsruta

Årsmötet.
Årets årsmöte kommer äga rum i samband med NordicEpi i Lund. Konferensen börjar vid lunch onsdag 13 september och årsmötet kommer hållas kl 11.00 - 11.45 i en närliggande lokal.
Kallelse kommer via e-post och på föreningens facebook-sida.

Medlemsavgiften.
Trots att elektroniken gör många saker enklare var vissa saker på sätt och vis enklare förr. Som t ex att betala in medlemsavgiften när man fick ett inbetalningskort…
Vi har nu gått igenom medlemslistan och kommer att höra av oss till alla medlemmar om hur situationen är när det gäller detta.

Svepet.
Redaktionen tar gärna emot fler medlemmar! Vill du vara med, hör av dig till oss!

Innehåll

Swedish Diet Cohort Consortium – nytt samarbete inom nutritions-epidemiologisk forskning..... 4

Läkemedelsepidemiologi i dag och i morgon 6

Rutinmässig uppföljning av nytta och säkerhet av nya läkemedel i klinisk vardag..... 8

Gröna närmiljöers betydelse för folkhälsan 10

Hur man får data snabbare från Socialstyrelsen..... 12

Korrekta data ännu viktigare än snabba data..... 13

The Icelandic Society for Epidemiology and Biostatistics..... 15

Swedish Diet Cohort Consortium – nytt samarbete inom nutritions-epidemiologisk forskning

Anna Winkvist, Avdelningen för invärtesmedicin och klinisk nutrition, Institution för medicin, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs universitet
E-post: anna.winkvist@nutrition.gu.se

Rikard Landberg, Biologi och bioteknik, Institutionen för livsmedelsvetenskap, Chalmers tekniska högskola
E-post: rikard.landberg@chalmers.se>

Swedish Diet Cohort Consortium (SDCC) är ett samarbete mellan forskare i Sverige som arbetar med studier av samband mellan kost och hälsa. Forskningen bygger på kohorter av varierande storlek där kostexponering mäts genom såväl enkäter och kostregistrering som med biomarkörer. Samband mellan kostexponering och olika hälsoutfall studeras genom länkning av kohorterna till olika hälsoregister och genom att undersöka variationer i riskmarkörer, i metabolomet och i mikrobiota. Konsortiet syftar till att underlätta samarbeten inom nutritionsepidemiologi i Sverige.

Swedish Diet Cohort Consortium (SDCC) är ett samarbete mellan forskare inom nutrition och epidemiologi i Sverige och initierades under 2016. Konsortiet samordnar information om svenska kohorter som möjliggör forskning kring samband mellan kostexponering och sjukdom och deras riskfaktorer samt förtidig död.

Anna Winkvist

I de olika kohorterna kan kostexponering ha mätts genom såväl enkäter och kostregistrering som med objektiva biomarkörer. Effekterna av kostexponeringen studeras ofta genom länkning av kohorterna till olika regionala och nationella hälsoregister. Det är också vanligt med uppföljande enkäter och provtagning så att samband kan studeras med variation i riskmarkörer, i metabolomet och i mikrobiota. Även interaktioner mellan kostexponering och genetiska faktorer undersöks ofta. Vissa kohorter samlar fortfarande in exponeringsdata på nya individer och andra kohorter har en stabil studiebas men samlar in mer information om utfall över tid.

I dagsläget beskrivs kohorter av varierande storlek från ett par hundra till drygt hundra tusen individer, såsom Malmö Kost Cancer, Malmö Offspring Study, Intergene, KVUS, H70, PIVUS, ULSAM, SMC, COSM, NSHDS-VIP, NSDD och MONICA Norra Sverige i SDCC. Fler kohorter är välkomna att ansluta sig till SDCC.

I ett första skede syftar SDCC till att etablera en gemensam metadatabas med beskrivning av de kohorter som ingår i konsortiet. Detta skapar möjlighet att identifiera framtida gemensamma forskningsstudier inom kostområdet i Sverige, där delmaterial från

olika kohorter kan kombineras i en ny satsning, eller där forskning inom en kohort kan upprepas inom en annan kohort.

Rickard Landberg

Metadatabasen om SDCC finns nu hos SND: (https://snd.gu.se/sv/externa-samlingar/swedish-diet-cohort-consortium). Många av de kohorter som ingår i SDCC finns sedan tidigare beskrivna med metadata hos SND. Inom SDCC har man dock nu samlat in mer detaljerad beskrivning om variabler som ingår i kohorterna och rör nutritionsepidemiologi, såsom vilken kost-undersökningsmetod som användes, hur frågorna var ställda, om information om kosttillskott ingår mm. Detaljerad information om provtagning av biologiskt material som möjliggör analys av metabolom och mikrobiota har även lagts till. Allt detta syftar till att underlätta för forskare att se vilka forskningsmöjligheter som finns inom nutritionsepidemiologi i Sverige idag, baserat på svenska kohortmaterial.

Ett pilotprojekt som inkluderar mer än 250000 deltagare utförs just nu med syfte att utvärdera möjligheterna till samarbete mellan kohorterna. Samband mellan intag av kostfibrer från olika livsmedelskällor och body mass index kommer att studeras inom samtliga kohorter. Detta pilotprojekt ger forskarna tillfälle att testa möjligheter och utmaningar med att harmonisera kost-variabler mellan de olika kohorterna.

Pilotprojektet kan förhoppningsvis inspirera till framtida gemensamma projekt där kostdata från de svenska kohorterna i större utsträckning kan samutnyttjas för större undersökningar.

SND-veckan 14-17 november

Svensk Nationell Datatjänsts traditionella höstarrangemang:

14 november SND forum – för alla som är intresserade av och involverade i frågor som rör lagring och tillgänglighet till forskningsdata

15 november SND workshop – för forskare kring frågeställningar som rör forskningsdata

16-17 november SNDs kurs i datahantering – om metadata, datahanteringsplaner, dokumentation och juridiska frågor som rör forskningsdata

Detaljerat program inom kort på www.snd.gu.se

Läkemedelsepidemiologi i dag och i morgon

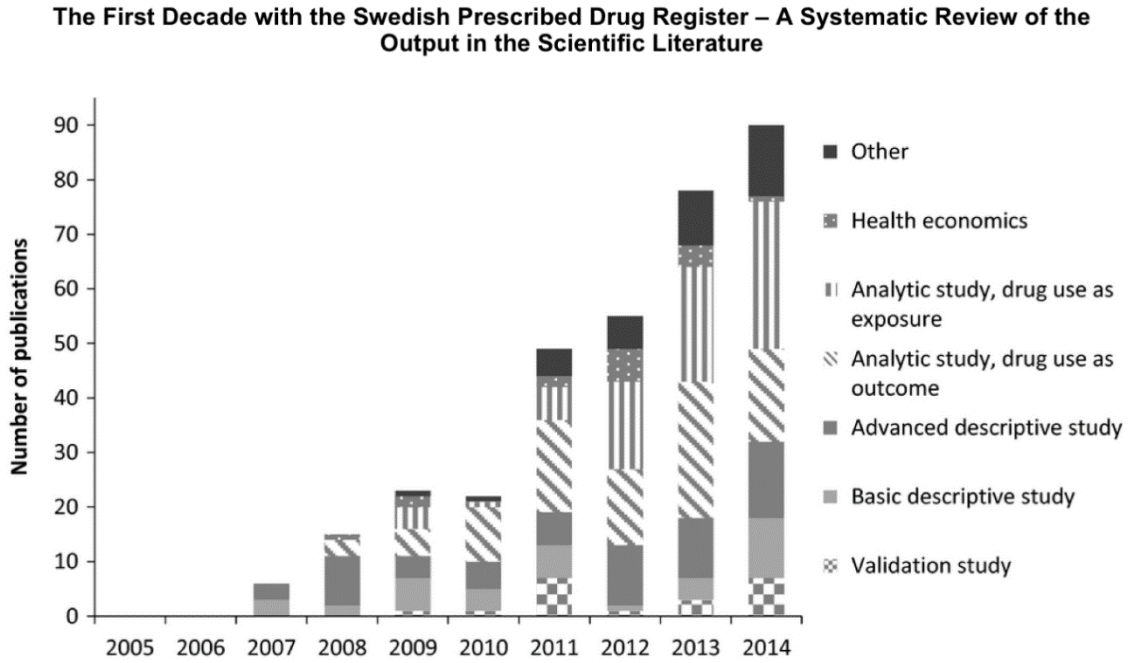
Mikael Hoffmann, Stiftelsen NEPI – nätverk för läkemedelsepidemiologi
E-post: mikael.hoffmann@nepi.net
Twitter: @lakemedel

Läkemedelsepidemiologi är ett ungt forskningsfält inom epidemiologin. Metoderna utvecklas allteftersom nya datamängder blir tillgängliga. En viktig drivande faktor för detta är intresse för läkemedelsepidemiologi från kliniskt aktiva forskare samt från epidemiologer.

En vanligt förekommande definition av läkemedelsepidemiologi är ”läran om hur läkemedel används och deras effekter på befolkningens hälsa”. Ibland utvidgas detta till att även omfatta ”på samhället” för att inkludera hälsoekonomi och prioriterings-överväganden.

Läkemedelsregistret

Efter en längre politisk diskussion utökades läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen med individdata från och med 1 juli 2005. Sedan dess finns alltså alla receptexpeditioner vid svenska apotek lagrade i läkemedelsregistret kopplat till personnummer samt vissa uppgifter kring receptutfärdaren (bl a arbetsplats, egenskaper för arbetsplats, förskrivarens specialiteter). Sverige var det sista nordiska landet med individbaserat läkemedelsregister. År 2007 publicerades 6 studier baserade på läkemedelsregistret, ingen av dem utnyttjade samkörning. 2014 publicerades 90 studier, varav 80 utnyttjade samkörning. Figuren visar fördelningen mellan olika typer av studier över åren.



I mars lämnade regeringen en proposition om att vidga läkemedelsregistrets ändamål till att utöver forskning och statistik även få användas för uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården. Även ordinationsorsak kommer nu antagligen få finnas med i registret

Två grenar

Det finns två huvudsakliga grenar inom läkemedelsepidemiologi – deskriptiv och analytisk. För dem båda finns det tre stora utmaningar idag - exposition, läkemedel som administreras vid mottagningar och avdelningar samt patientens förhistoria.

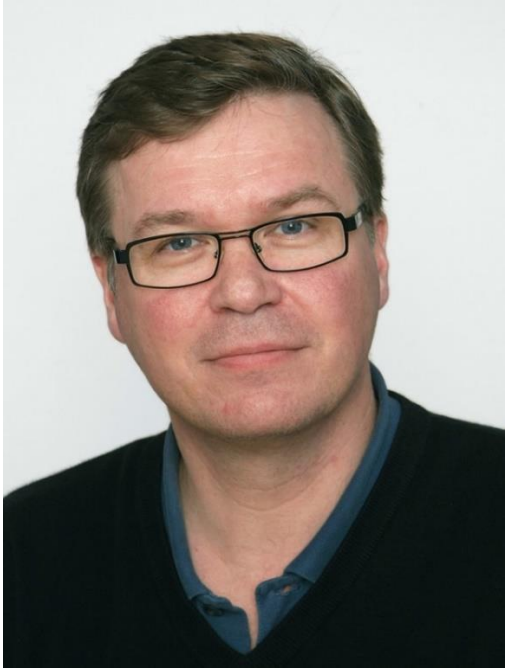
Exposition är en nyckeluppgift inom epidemiologi. Inom läkemedelsepidemiologiska registerstudier bildar recept-expedierade läkemedel utgångspunkt för att uppskatta hur patienten har ordinerats sina läkemedel. De metodologiska problemen är stora då ordinationer som dosändringar och utsättningar inte alltid motsvaras av ett nytt recept.

Nationell läkemedelslista

Arbetet med en nationell läkemedelslista strävar efter att kunna ge en bild för patient, ordinerande vårdpersonal och expedierande farmaceut över vilka ordinationer som gällde från dag till dag. På sikt finns också förhoppningar om att kunna fånga åtminstone vissa viktiga läkemedel som ges vid avdelningar och mottagningar. Om detta genomförs, och om informationen kommer att få föras till läkemedelsregistret skulle Sverige få ett världsunikt individbaserat läkemedelsregister. Men det kommer ta många år, om det ens går att genomföra.

Utmaningar

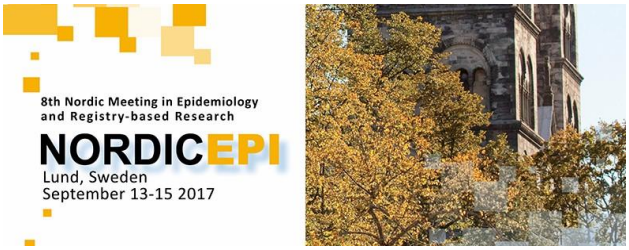
För att utvärdera dagens nya läkemedel krävs mer information inte bara om hur det går för patienen utan även om vilka andra behandlingar patienten fått tidigare, liksom närmare kunskap om patientens typ av sjukdom. Det är information som måste hämtas från patientjournaler och/eller kvalitetsregister. Här finns ett stort gemensamt intresse av att utveckla nya arbetssätt för läkemedelsepidemiologer och epidemiologer.



Mikael Hoffmann

[1] Wallerstedt S, Wettermark B, Hoffmann M. The First Decade with the Swedish Prescribed Drug Register – A Systematic Review of the Output in the Scientific Literature. Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology 2016:119(5);464-9. doi:10.1111/bcpt.12613

Nordic Epi 2017



NordicEpi 2017 börjar närma sig. När sista datum för att skicka in abstrakt hade passerats hade ca 150 abstrakt kommit in vilket arrangörerna i Lund var nöjda med. Dessa granskas nu av medlemmar i den vetenskapliga kommittén, och efter 10 juni tar arbetet vid att ta fram det detaljerade programmet.

I den vetenskapliga kommittén sitter Jonas Björk, Kirk Scott, Catarina Almqvist, Gunnar Andersson, Anita Berglund, Ilona Koupil, Jesper Lagergren, Annika Rosengren, Magnus Stenbeck och Elisabeth Strandhagen. Föreningarna i de övriga nordiska länderna är representerade av Thor Aspelund, Laufey Tryggvadottir, Lise Lund Håheim, Lau Caspar Thygesen, Eero Pukkala och Anssi Auvinen.

Hoppas att få se många av SVEP:s medlemmar i Lund!

/Elisabeth Strandhagen

Avhandlingssammanfattningar

Rutinmässig uppföljning av nytta och säkerhet av nya läkemedel i klinisk vardag

Thomas Cars, Institutionen för medicinska vetenskaper, Uppsala Universitet
E-post: thomas.cars@medsci.uu.se

Innan ett läkemedel når marknaden har dess effekt utvärderats i kliniska studier. Randomiserade kontrollerade studier anses vara gyllene standard för att utröna effekten av en behandling. Ofta görs dock dessa studier på en selekterad studiepopulation som inte alltid motsvarar de patienter som kommer att behandlas med läkemedlet i klinisk rutinvård. Syftet med denna avhandling har därför varit att ta fram en modell för att kontinuerligt kunna följa upp nytta och säkerhet av nya läkemedel i klinisk vardag.

Innan läkemedel når marknaden utvärderas dess effekt och säkerhet i kliniska studier. Ofta görs dock dessa studier på en selekterad studiepopulation som inte alltid motsvarar de patienter som kommer att behandlas med läkemedlet i klinisk rutinvård. I klinisk vardag används de nya läkemedlen ofta under en längre period än vad som studerats och av patienter med annan samtidig sjuklighet och läkemedelsbehandling. Det är därför inte säkert att de resultat man sett i kliniska studier av ett nytt läkemedel motsvarar de resultat man får i klinisk vardag. Detta gör att det finns ett stort behov av att utveckla metoder för att kunna följa upp hur läkemedel fungerar i rutinsjukvård. Många länder, inklusive Sverige, har register på individnivå för läkemedel som förskrivs på recept (Socialstyrelsens läkemedelsregister) men dessvärre finns ingen motsvarighet för läkemedel som ges på sjukhus. Detta är ett stort problem då fler och fler läkemedel kommer att introduceras inom sjukhusvården.

Med införandet av elektroniska journalsystem inom hälso- och sjukvården har det öppnats nya möjligheter att kunna följa upp läkemedel som ges på sjukhus. Syfte med denna avhandling var att undersöka om det är möjligt att strukturerat kunna följa upp läkemedel genom att använda data från elektroniska journalsystem samt vidare att bygga en modell för att i realtid kunna monitorera nya läkemedel med avseende på dess nytta och säkerhet i klinisk rutinsjukvård.

Avhandlingsarbetet delades upp i två delar. I den första delen utvecklades och utvärderades två olika modeller för att via elektroniska journalsystem kunna följa upp läkemedel som ges på sjukhus. I detta metodarbete användes data från journalsystemet TakeCare som är det journalsystem som huvudsakligen används inom Stockholms läns landsting.

Avhandlingens författare, Thomas Cars.

Extraktionsmodellerna utvärderades med det biologiska (TNF-alfahämmare) läkemedlet infliximab som bl.a. används vid reumatism. Detta läkemedel valdes då det ges som en intravenös infusion ofta vid sjukhus eller

sjukhusanknuten vård. Det fanns också ett stort behov av att studera användningsmönstret av detta läkemedel då infliximab under många år stått för den största kostnadsposten för läkemedel inom Stockholms läns landsting. Den första modellen byggde på en helt automatiserat process för extraktion och analys av data från journalsystemet TakeCare med syfte att utvärdera prestanda och kvalitet av en automatisk process. I den andra modellen (semi-automatisk modell) applicerades algoritmer för att tvätta, harmonisera, transformera samt korrigera eventuella felaktigheter i data.

Resultaten visade att det är möjligt att via journalsystemet TakeCare strukturerat få ut information om hur infliximab används inklusive information om dosering samt på vilken indikation infliximab administrerats. Den automatiserade extraktionsmodellen kunde snabbt ta fram antalet patienter som behandlats med infliximab samt analysera enklare variabler som tex. patientkaraktäristika. För analys av indikation för infliximab samt analys av dosering krävdes algoritmerna framtagna i den semi-automatiska modellen.

I nästa delarbete valde vi att använda den semi-automatiska extraktionsmodellen för att analysera läkemedelsanvändning inom ett terapiområde som både inkluderar läkemedel som förskrivs på recept samt administreras på sjukhus. Detta för att få en helhetsbild hur läkemedelsanvändningen ser ut. Vi valde att analysera läkemedelsanvändning vid inflammatorisk tarmsjukdom (IBD) då biologiska läkemedel (som ofta ges på sjukhus) är en del av behandlingen vid IBD. Förutom data från journalsystemet TakeCare så inkluderades även data från bl.a. Socialstyrelsen läkemedelsregister. Denna studie visar på vikten av att inkludera både receptförskrivna läkemedel samt sjukhusadministrerade läkemedel vid analys av läkemedelsanvändning. Vi fann i denna studie att 5,7% av IBD-populationen behandlades med biologiska läkemedel när vi inkluderade data från både journalsystem och Socialstyrelsens läkemedelsregister. Om vi endast inkluderat data från över receptförskrivna läkemedel (Social-styrelsens läkemedelsregister) hade prevalensen behandlade med biologiska läkemedel varit 3,6 %.

Avhandlingens andra del byggde vidare på dessa extraktioner från elektroniska journalsystem för att ta fram en modell för att följa upp läkemedel i klinisk vardag. Fokus var att studera läkemedels nytta och säkerhet. Modellen baserades på data från journalsystem men även andra hälso-dataregister inkluderades för att få en bättre täckningsgrad i informationen.

Modellen är uppbyggd för att kontinuerligt (när data genereras i de kliniska systemen) i realtid göra *head-to-head* jämförelser mellan två olika läkemedel då dessa används i rutinsjukvård. För att bygga och utvärdera denna modell användes det relativt nya antiarytmiska läkemedlet dronedaron. Dronedaron jämfördes med läkemedlet flekainid och matchning och justering genom propensity scores användes för att göra studiegrupperna jämförbara. För att efterlikna utfallsmåtten i de kliniska studierna för dronedaron valdes tid till återinsjuknande i förmaksflimmer som utfallsmått i denna head-to-head jämförelse mellan dronedaron och flekainid. Studiens resultat visade ungefär 1,5 gånger högre risk att återfå sitt förmaksflimmer med dronedarone jämfört med flekainid.

Resultaten från denna uppföljningsmodell visar på möjligheten att kontinuerligt kunna utvärdera nya läkemedels effektivitet och säkerhet med ökad precision ju mer data om läkemedlen som ackumuleras i de kliniska systemen.

Med en ökad läkemedelsanvändning samt ett kraftigt ökat antal av nya, ofta dyra, biologiska läkemedel är det viktigt att optimera uppföljning av nytta, säkerhet och kostnadseffektivitet av nya läkemedel i klinisk vardag. Vi tror att de modeller som presenterats i denna avhandling kan bidra till att fylla detta behov.

Länk till avhandlingen: http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1015130/FULLTEXT01.pdf

Gröna närmiljöers betydelse för folkhälsan

Hanna Weimann, Arbets- och miljömedicin, Lunds Universitet
E-post: Hanna.Weimann@med.lu.se

Gröna miljöer är betydelsefulla för befolkningens välmående men riskerar att minska i takt med ökad förtätning av bostadsområden. I avhandlingen ”Green neighbourhood environments” beskrivs hur betydelsen av gröna miljöer för hälsa och fysisk aktivitet skiljer sig åt mellan grupper baserade på individuella förutsättningar och upplevd säkerhet. Avhandlingen visar även att lekmiljöns kvalitet är associerad med mer fysisk aktivitet bland barn, samt innehåller en intervjustudie om gröna miljöer och hälsa.

Tillgången till och kvaliteten på den gröna miljön där människor bor har samband med fysiskt och psykiskt välbefinnande och fysisk aktivitet, och tidigare studier har visat att tillgång till grönska är potentiellt viktigare i socioekonomiskt utsatta grupper. Att förtäta bostadsområden är en alltmer använd strategi för att minska bostadsbristen. I denna process finns risk att det sker en gradvis minskning av grönområden och andra gröna element i människors livsmiljö, vilket i sin tur riskerar att minska det allmänna välbefinnandet i befolkningen.

Avhandlingen, som består av tre kvantitativa studier och en intervjustudie, bidrar med nya insikter om orsakssamband, relevanta confounders och betydelsen av single source bias i studier om grön närmiljö och hälsa. I artikel 2 användes även en variant av propensity score (i artikeln kallad prognostic score) för att dela in kohorten i grupper baserat på sannolikheten att ha god hälsa.

I den första artikeln undersöktes sambandet mellan objektiv fysisk aktivitet och lekmiljöns kvalitet, definierad som mängden gång- och cykelvägar, lekplatser och spelplaner, samt skog och öppna grönytor inom 300 meter kring bostaden, hos 205 barn i åldern 4-11 år boende i Västsverige. Vi fann att barn med högre andel lekplatser m.m. i närheten av bostaden också var mer fysiskt aktiva.

Artikel 2 och 3 baserades på data från ett antal folkhälsoenkäter genomförda i Skåne under åren 2000-2012. För att bedöma hur människor upplever kvaliteten på sin gröna närmiljö använde vi uppgifter från folkhälsoenkäten från år 2008. Deltagarna graderade hur de upplevde kvaliteten på sin gröna närmiljö inom 10 minuters gångväg från bostaden utifrån fem olika egenskaper: rofylldhet, vildhet, artrikedom, rymd och kulturhistoria. Skåne delades in i rutor om 1 km^2 vardera och det kombinerade värdet från alla svarande boende inom samma ruta användes som exponeringsmått.

I artikel 2 användes data från en longitudinell folkhälsoenkät genomförd år 2000, 2005 och 2010 för att undersöka hur den allmänna och mentala hälsan förändrades vid en flytt till ett annat bostadsområde, där den gröna närmiljön var rankad bättre eller sämre än tidigare. Kohorten om 13 604 kvinnor och män i åldern 18-80 år delades in i fyra undergrupper (i artikeln kallade prognostic groups) baserat på faktorer relevanta för sannolikheten att ha god hälsa. För allmän hälsa inkluderades kön, ålder, långvarig sjukdom, BMI, rökvanor, civilstånd, födelseland, bostadstyp, ekonomiska problem, utbildningsnivå och yrke i modellen. Tillgång till gröna kvaliteter och hälsoutfall analyserades med

logistisk regression inom respektive undergrupp, dels som tvärsnitt (inkluderande hela kohorten) och dels i en longitudinell modell (bland de individer som bytt bostadsadress under uppföljningstiden). Resultaten för allmän hälsa visade skilda mönster mellan undergrupperna i de båda analysmodellerna. I tvärsnittmodellen sågs starkast positiva samband för undergruppen med högst sannolikhet för god hälsa medan effekterna i den longitudinella modellen var starkast i gruppen med lägst sannolikhet för god hälsa.

Med hjälp av folkhälsoenkäten från år 2012 och samma exponeringsmått som i artikel 2 undersökte vi i artikel 3 hur sambandet mellan grön närmiljö och fysisk aktivitet samt allmän hälsa påverkades av huruvida man upplevde sitt bostadsområde som säkert eller inte. Bland de 23 693 respondenterna var det 92 % av männen och 80 % av kvinnorna som upplevde sig mycket eller ganska säker i sitt bostadsområde. Regressionsanalyser av sambandet mellan gröna kvaliteter och hälsoutfall visade att tillgång till en grön närmiljö av god kvalitet främjade fysisk aktivitet, men bara bland personer som också upplevde sitt bostadsområde som säkert. Upplevd säkerhet är alltså en viktig faktor för hur mycket nytta man har av de gröna ytorna i sin närmiljö. Motsvarande modererande inverkan av upplevd säkerhet sågs inte för allmän hälsa.

I avhandlingen ingår även en, ännu opublicerad, intervjustudie där 16 personer fick beskriva hur de använde och upplevde sin gröna närmiljö. Materialet analyserades med innehållsanalys och resulterade i sex olika kategorier som alla beskriver sätt på vilket deltagarna upplevde att den gröna närmiljön fungerade som en stödjande miljö för hälsa och välbefinnande. Bland annat upplevde deltagarna att den gröna närmiljön främjade aktiviteter, kunde erbjuda en reträtt från vardagens krav, var en plats för kreativitet, och bidrog till att skapa en känsla av sammanhang med naturen och med andra människor.

Troligtvis är betydelsen av allmänna gröna ytor mindre för människor som har egen trädgård och/eller möjlighet att regelbundet ta sig till grönområden längre bort från bostaden. Avhandlingens resultat indikerar att de som har störst nytta av en grön närmiljö sannolikt också ofta har mer begränsade ekonomiska och praktiska möjligheter att själva söka sig till gröna miljöer, vilket gör betydelsen av den gröna närmiljön nära bostaden viktig, speciellt i områden där människor med socioekonomiskt sämre förutsättningar är överrepresenterade. Det finns en mängd olika sätt på vilket den gröna närmiljön har potential att främja hälsa och fysisk aktivitet. Det finns därför ett behov av att ta hänsyn till grön närmiljö från flera perspektiv när man planerar att förtäta städer eller genomföra andra förändringar, för att minska risken att detta får negativa följder för hälsa och välbefinnande i befolkningen.

Avhandlingen försvarades i Lund den 19 maj 2017 och nås via:
http://www.lu.se/lup/publication/1c551a21-c983-49c8-8e8f-87c5bc60ff26

TEMA: registerdata

Hur man får data snabbare från Socialstyrelsen

Anna Bennet-Bark, Registerservice, Socialstyrelsen
E-post: Anna.BennetBark@Socialstyrelsen.se

Du har kanske märkt att det tar längre tid än förut att få data från Socialstyrelsen? Här vill vi berätta om varför det är så och hur du själv kan påverka handläggningstiden när du ansöker om data.

Under 2016 hade vi brist på personal vilket resulterade i att det uppstod en kö till att få en handläggare. Kön gör att den totala tiden från beställning till dataleverans har blivit längre, även om den faktiska handläggningstiden för en enskild beställning är densamma, eller till och med kortare, nu jämfört med innan 2016.

Vi har vidtagit flera åtgärder för att få ner den långa väntetiden. Det är fler personer än någonsin som arbetar med beställningarna. Vi har också effektiviserat våra arbetsprocesser och numera kan flera personer arbeta parallellt med olika delar av samma beställning. Vi håller på att utveckla en ny beställningstjänst som ska guida dig att skicka in rätt bilagor och fylla i blanketten och vi har tätare samarbete med SCB och vetenskapsrådet.

Under hösten 2016 testade Socialstyrelsen tillsammans med en organisation som ofta beställer data från oss ett nytt arbetssätt. Beställarorganisationen har systematiskt arbetat för att skicka in tydligare och mer genomarbetade beställningar med målet att få data snabbare. De har utsett en ”superbeställare” och arbetar aktivt för att följa tipsen i listan nedan. Superbeställaren har extra bra kunskaper om vad Socialstyrelsen behöver veta för en snabb och smidig handläggning. Hen fungerar som ett stöd till personer inom beställarorganisationen som står i begrepp att beställa data. Beställarorganisationen har också arbetat för att bara beställa uppgifter som behövs för forskningsprojektet. Socialstyrelsen får, enligt lagen, endast lämna ut uppgifter till en forskare om det står klart att uppgifterna behövs för att forskningen ska kunna genomföras. Är studiepopulationen och variablerna tydligt avgränsade och står i proportion till forskningsfrågan går handläggningen mycket smidigare. Samma gäller för väldigt omfattande studier, där kan man spara handläggningstid genom att dela upp i flera, mindre forskningsprojekt istället för ett stort. Vi arbetar alltså intensivt med att minska tiden för beställning av data. Vi vet också att du som beställer data själv kan påverka handläggningstiden.

Här kommer några enkla tips som gör att du också kan få dina data snabbare och som på sikt gör att vi gemensamt kan minska kötiden.

1. **Var aktiv.** När du har fått en handläggare så behöver du vara aktiv och beredd på att lägga ner tid på att svara på frågor. Ju noggrannare svar, desto snabbare handläggningstid.

2. **Läs instruktionerna och följ dem.** På vår webplats och i de mejl du får av oss beskriver vi hur du ska göra för att beställa data eller skicka in datafiler till oss. Hittar du inte det du söker kan du ringa oss på måndagar och torsdagar kl 9-11, så guidar vi dig.

3. **Kontrollera faktureringsuppgifterna.** Kontrollera dessa en extra gång så att de är korrekta och aktuella. Fråga din ekonomiavdelning om du är osäker.

4. **Hänvisa alltid till ditt diarienummer.** Handläggarna kan ha 25-30 beställningar som de arbetar med parallellt. Hänvisa alltid till ditt diarienummer, till exempel i ämnesraden i mejl. Mejla hellre än att ringa. Låt mejlet hänga ihop i konversationer genom att svara på vår senaste fråga, hellre än att påbörja ett helt nytt mejl.

5. **Fråga personuppgiftsombudet eller en jurist.** Är du osäker på vilken sekretess uppgifterna kommer att omfattas av eller om du behöver ett personuppgiftsbiträ-desavtal? Personuppgifts-ombudet i din organisation bör kunna svara på dylika frågor.

6. **Kontrollera att allt är etikprövat.** Kontrollera att de uppgifter du beställer finns beskrivna i EPN-ansökan. Du kan spara mycket handläggningstid hos Social-styrelsen genom att skriva en tydlig ansökan till EPN.

7. **Variabellistorna kräver omtanke.** Gör en prydlig och välstrukturerad variabellista. Ta bara med de variabler du verkligen behöver beställa för att besvara forsknings-frågan. Motivera varför du behöver variablerna. Beskriv hur detaljerade uppgifter du behöver (till exempel tre- eller femställig nivå på ICD-koder).

8. **Använd väntetiden effektivt.** När du väntar på att få en handläggare, passa på att skicka in kompletteringar till EPN, uppdatera variabellistorna, läsa på om personuppgiftslagen etc. Då är du bättre förberedd när handläggningen startar. Skicka in eventuella EPN-kompletteringar till registerservice@socialstyrelsen.se

9. **Be någon annan läsa din beställning.** Be någon läsa igenom din beställning innan du skickar in den. Det är alltid bra att få en andra åsikt på att det du skickar in uppfyller punkterna enligt ovan.

Kontakta oss om du tycker att det vore intressant att ha en superbeställare i din organisation. Vi hjälper er att komma igång! Lycka till med din beställning.

Korrekta data ännu viktigare än snabba data

Eva Andersson, Arbets- och miljömedicin, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
E-post: eva.andersson@amm.gu.se

Kan vi lita på resultaten från svenska registerstudier de senaste två åren?

Det är bra och viktigt att Socialstyrelsen tar itu med de allt längre handläggningstiderna. Men ännu viktigare är att man hittar rutiner för att korrekta data levereras. Önskvärt är också att handläggarna förstår hur forskarna arbetar, som att arbetsmedicinsk forskning behöver ha anställningstider och arbetsuppgifter i sina dataset. En kännedom om epidemiologiska metoder hos handläggarna skulle underlätta kontakterna även om vi som beställer data säkert kan öka vår beställarkompetens också. Men framför allt måste det bli rätt och den insikten måste finnas på Socialstyrelsens Registerservice, annars blir studierna meningslösa!

I frustration över att vi i ett projekt för fjärde gången på samma beställning hade fått felaktiga referensdata från Socialstyrelsen (incidensrater från slutenvårdsregistret) med långa väntetider mellan varje gång tog jag upp problemet med felaktiga data vid SVEP:s styrelsemöte i februari i år. Flera andra i styrelsen hade också själva eller hade kollegor som även de råkat ut för problem som inte bara hade med väntetider att göra utan resulterat i felaktiga data. Vi var överens om att det var ett mycket stort problem särskilt som vi befarar att alla inte upptäcker att data är felaktiga. För man kan ju inte tro att Socialstyrelsen skickar fel, man förutsätter att kontrollen är fullgod på levererat material. Vi har också upplevt att man inte tagit saken på tillräckligt allvar när vi påpekat att det varit fel. Man ska till exempel inte behöva jämföra erhållna incidensrater med publicerad

statistik för att skaffa sig en uppfattning om huruvida de är rimliga eller inte.

Ibland blir felet inte så stort så det kan vara svårt att upptäcka. I ett annat projekt som jag deltar i fick vi felaktiga incidensrater för sju av nio cancerformer från cancerregistret, Socialstyrelsen hade tagit med benigna tumörer i incidensraten för dessa sju. Det var först en mycket nitisk statistisk reviewer som upptäckte detta då han summerade antal förväntade och antal observerade fall för de nio cancerformerna som specialredovisades med summan för all cancer, förväntad och observerad. Skillnaderna blev i de flesta fallen inte så stora men vi är djupt tacksamma att vi blev uppmärksammade på felet och fick möjlighet att korrigera det.

Ibland har beställda incidensrater inte täckt de år som beställts, ibland har inte skifte i diagnoskoder för olika ICD-versioner beaktats trots att de klargjorts i beställningen, dubletter har förekommit med samma årtal, ålderklass och kön men olika rat.

Andra har i matchade data erfarit färre fall i totalen för en diagnos än för någon av underdiagnoserna, eller att antal fall i det matchade datasetet överstiger det totala för landet i incidensraten som ska användas som referens. Eller att olika delar i materialet har behandlats på olika sätt fast samma regler skulle ha gällt för till exempel matchningen av datasetet och de referensdata man ansökt om.

Flera delar erfarenheten av långa mailväxlingar där det tar lång tid innan man får gehör för de fel som upptäckts. Trots nästan ett års korrespondens, under tilltagande tidspress för projektet, och nya försök att leverera rätt data, byte av handläggare med mera kom en avhandling att bygga på åtminstone delvis felaktiga uppgifter. Förhoppningsvis blev det rätt i den slutliga publikationen men hur ska man veta det?

Med först långa initiala väntetider, sedan risk för lång tid och korrespondens för att få korrekta data är det omöjligt att hålla de vanligen treåriga projekttider som gäller, doktorandprojekttider med mera. Planerad avsatt tid för analys kan inte nyttjas då data inte kommit. Listan av problem kan göras lång. Men största problemet är ändå: Kan vi lita på resultaten från de senaste två årens registerstudier?

Anna Bennet-Bark, enhetschef för Registerservice på Socialstyrelsen, svarar:

Vi beklagaratt du inte är nöjd med kvaliteten på de data du först fick från Socialstyrelsen. God kvalitet är den enskilt viktigaste parametern och det är givetvis ett misslyckande då det inte blir ett korrekt uttag av data. Vi är mycket medvetna om att felaktiga dataleveranser kan medföra stora problem för våra kunder.

Socialstyrelsen har genomfört ett omfattande arbete under senaste året med att utveckla handläggningsprocesserna för uttag av data till forskare så att processen både ska vara rättssäker och kvalitetssäker. Därför är det extra tråkigt när det blivit fel i leveransen som i ditt fall. Vi rättar eventuella fel i datafilerna om de rapporteras inom tre månader efter leverans och vi skickar givetvis nya data i förekommande fall. Vi vill också framföra att vi även får mycket positiv återkoppling från beställare som upplever att datakvaliteten har blivit bättre under de senaste 2 åren.

Vi kommer att fortsätta att utveckla arbetssätt och vår information till forskare så att risken för fel minimeras. Vi arbetar även med att införa e-tjänst för beställning, checklistor och annat som ska underlätta för den som beställer data att göra rätt vid beställningen. Vi har även en ökad dialog med forskarsamfundet, t ex genom öppna hus för forskare samt medverkan i konferenser och forskarskolor, för att skapa en gemensam grund och förståelse för beställning av registerdata. Det handlar om en stor och komplex verksamhet där flera olika kompetenser behövs för att kunna göra ett bra jobb. Sammantaget har vi nu byggt en organisation som kommer att kunna ta sig an framtida behov när vi har fått våra väntetider på handläggare på den nivå vi eftersträvar, dvs 4 veckor.

Vi hoppas på att fortsätta kontakten med er för att få återkoppling kontinuerligt kring vårt arbete och hur det kan utvecklats. Forskare som vill framföra synpunkter på vår verksamhet kan vända sig till Reigsterservice@socialstyrelsen.se eller till vår telefontid måndagar och torsdagar 9-11 (tel: 075-247 3000).

/Anna Bennet-Bark

TEMA: nordiska epidemiologiföreningar

The Icelandic Society for Epidemiology and Biostatistics

Laufey Tryggvadóttir, Icelandic Cancer Society, and Thor Aspelund, Icelandic Heart Association
E-post: E-post: laufeyt@krabb.is, thor@hi.is

The Icelandic Society for Epidemiology and Biostatistics has 130 members and celebrates its 10 year anniversary in 2017.

The aim of the Icelandic Society for Epidemiology and Biostatistics was from the onset to support and promote high quality epidemiology and biostatistics in Iceland. A special focus has been on promoting co-operation and open discussion within the field. Fortunately, it so happened that the University of Iceland founded a Centre for Public Health Sciences the same year as the Society, in September of 2007, which has revolutionized education in epidemiology and biostatistics in Iceland.

One of the first undertakings of the Society for Epidemiology and Biostatistics was to set up a committee for translating epidemiological concepts from English to Icelandic. This resulted in a dictionary published 2012, which has been used extensively by students and scientists. The list can be accessed on the homepage of the Society http://fltf.is/?page=idordasafn

In 2011 the Society hosted the NordicEpi conference in Reykjavik. This was the 5th Nordic Meeting in Epidemiology and Register-based Health Research and the main subject was *Increased use and harmonization of Nordic population-based health registries for epidemiologic studies*.

The Society has rarely participated in public debate, although in 2007 a resolution by members was sent to the parliament, regarding a law proposal concerning increased access to alcohol in public stores. The Society discouraged the enactment of this proposal and pointed out the threat this would pose to public health in Iceland. It also stressed that in case of enactment, the effects on public health, health-related costs and drinking habits of the population should be studied before and after enactment of the law. The Society volunteered to help with such a study.

Since the society was founded, its members have enjoyed a large number of meetings where Icelandic and international research projects have been presented and discussed. Also, numerous meetings, workshops and courses have been held, where the focus has been on methodological issues. The Society has actively participated in discussion on ethics, data protection and implementation of secure solutions for analysing data. Some lectures and courses have been held in co-operation with local and international institutions, such as the Faculty of Medicine, University of Iceland, the Harvard School of Public Health and Karolinska Institutet in Stockholm. Every December, a Christmas meeting is held in co-operation with students and teachers at the Centre for Public Health Sciences, including both scientific presentations and festivities.

During those 10 years we have experienced the fruitfulness of having a venue for meeting and discussing with each other. In the future we aim to withhold this, and also to increase our co-operation with other related fields.

Five of current board members can be seen on the photo. From left to right: Unnur A. Valdimarsdóttir, Laufey Tryggvadóttir, Sigríður Haraldsdóttir, Thor Aspelund (chairman) and Elías F. Guðmundsson. Two additional board members are Sigrún H. Lund and Þórhallur I. Halldórsson.

SVEPET-redaktionen
c/o Eva Andersson
Arbets- och miljömedicin
Medicinaregatan 16A
Box 414
40530 Göteborg

B Porto betalt Sverige

Kurser och konferenser

Namn	Datum	Plats	Info/kontakt
Sommarkurs i moderna metoder i biostatistik och epidemiologi	4-17 juni	Treviso, Italien	http://www.biostatepi.org/
IEA sommarkurs i epidemiologi	19 juni-7 juli	Firenze, Italien	http://www.eepe.org
The Society for Epidemiologic Research annual meeting	20-23 juni	Seattle, Washington	https://epiresearch.org/annual-meeting/50th-anniversary/
World Epi	9-22 augusti	Saitama, Japan	http://wce2017.umin.jp/welcome/index.html
International Symposium on Epidemiology in Occupational Health	28-31 augusti	Edinburgh, Skottland	http://www.epicoh2017.org/
Nationell konferens om kliniska studier	7-8 augusti	Uppsala, Sverige	https://www.kliniskastudier.se/nationell-konferens-kliniska-studier.html
Årliga mötet för socialmedicin	6-8 september	Manchester, Storbrittanien	https://socsocmed.org.uk/meetings/annual-scientific-meeting/
NordicEpi	13-15 september	Lund, Sverige	http://malmokongressbyra.se/nordicepi
ISEE (International Society for Environmental Epidemiology) conference	24-27 september	Sydney, Australien	http://www.isee2017.com/
International work-conference on Time Series	18-20 september	Granada, Spanien	http://itise.ugr.es/
SCB: Forskardagen 2017 Konferens för registerforskning	3 oktober	Stockholm, Sverige	http://www.scb.se/sv_/Vara-tjanster/Kalendarium/Save-the-date---Forskardagen-2017-konferensen-for-registerforskning/
10:e Europeiska folkhälsokonferensen: Sustaining resilient and healthy communities	1-4 november	Stockholm, Sverige	https://ephconference.eu/
Amerikanska folkhälsokongressen	4-8 november	Atlanta, USA	https://apha.org/events-and-meetings/annual
Framtidens Medicin och Hälsa (tidigare Riksstämman)	14-17 november	Stockholm, Sverige	http://www.sls.se/Riksstamman/?id=&epslanguage=sv
2018			
Swiss Epidemiology Winter School	14-18 januari	Wengen, Schweiz	https://www.epi-winterschool.org/