

HomO hotar psykiatrin med åtal för användning av skattningsskala

Sedan juni 2005 riskerar psykiatrer som använder det sk Y-BOCS-formuläret – som mäter svårighetsgraden av tvångssyndrom – att åtalas av HomO för diskriminering vad gäller sexuell läggning. Konsekvensen kan bli försämrade diagnostik och behandling av en grupp patienter, dvs de med tvångssyndrom, som redan idag får gå alldeles för länge utan att få rätt diagnos och behandling.

I juni 2005 skickade HomO (Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning) ut ett informationsbrev [1] till alla psykiatriska kliniker i Sverige där man avråder från användning av det vanligaste skattningsskalat för tvångssyndrom, Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) [2]. I brevet hotas med skadeståndstalan och rättslig prövning om en patient som undersöks med hjälp av frågeformuläret skulle anmäla detta. Innebörden är alltså, något sensationellt, att den som använder Y-BOCS i sin diagnostik eller behandlingsuppföljning riskerar åtal.

Hur blev det så här? Hela historien börjar 2003 med att en patient på en psykiatrisk mottagning gör en anmälan till HomO för diskriminering på grund av sexuell läggning.



CHRISTIAN RÜCK
överläkare, med dr
Christian.ruck@ki.se



JAN BERGSTRÖM
psykolog, doktorand; båda vid
Ångestprogrammet, Psykiatri
Karolinska, Psykiatri Nordväst
Stockholm

Vad är Y-BOCS? Y-BOCS är ett skattningsskalat avsett att mäta svårighetsgraden av tvångssyndrom (se Faktaruta) och används som en del i diagnostik, utredning och uppföljning av behandlingsresultat. I SBU:s nyligen publicerade rapport »Behandling av ångestsyndrom« [3] skrivs om Y-BOCS att »skalans känslighet för förändring är god och den anses som 'the golden standard'. Skalan har använts i flertalet läkemedelsstudier sedan 1990 och på senare år även i psykologiska studier.« Y-BOCS är utan jämförelse det mest använda formuläret för tvångssyndrom såväl i Sverige som internationellt.

Till skalan hör en symptomchecklista med exempel på omkring 60 tvångstankar eller tvångshandlingar. Syftet med checklistan är att kartlägga vilka typer av tvångstankar som den sjuke har. Under rubriken »Sexuella tvångstankar« frågas efter fyra olika typer av vanliga sexuella tvångstankar: »Förbjudna eller perversa sexuella tankar, inre bilder eller impulser«, »Innehållet involverar barn och/eller incest«, »Innehållet involverar homosexualitet« samt »Sexuellt beteende gentemot andra (aggressiv)«.

Hela ärendet utgår alltså från den tredje typen av sexuella tvångstankar, »Innehållet involverar homosexualitet«.

HomOs kritik. I informationsbrevet från HomO till de psykiatriska klinikerna står följande: »Enligt HomOs uppfattning är användandet av formuläret problematiskt. De frågor som ställs kring tvångstankar generellt rör sådant som vår kultur, och därigenom vår lagstiftning, kommit att betrakta som starkt oönskat eller straffbart. Sådant som inledningsvis tas upp i formuläret är exempelvis frågor kring tankar på att skada sig själv och andra, stjäla, obsceniteter, smuts och bakterier. Till detta läggs sedan en fråga om just homosexualitet.« [1]

Huvudproblemet och den missuppfattning som enligt vår mening ligger till grund för hela ärendet är att det helt enkelt inte är sant att det »till detta läggs sedan en fråga om just homosexualitet«. Det frågan handlar om är *tvångstankar* om homosexualitet, och det är denna helt avgörande skillnad som HomO inte har beaktat. Y-BOCS är inte ett formulär

VAD ÄR TVÅNGSSYNDROM?

Tvångssyndrom (obsessive compulsive disorder, OCD) karakteriseras av att en tanke med ett för personen obehagligt innehåll väcker starkt obehag. Personen med tvångssyndrom försöker hantera obehaget genom »ritualer« som syftar till att neutralisera ångesten. Vanligt förekommande är tvångstankar om att skada någon annan, att bli nedsmutsad eller att bli smittad av sjukdom. Den drabbade har insikt i det orimliga i tankarna och ritualerna, vilket i sin tur ofta leder till stark skam och att personen gör allt för att dölja sitt tillstånd.

som frågar efter typ av sexuell läggning utan typ av tvångstankar och tvångshandlingar. Utan denna grundförståelse blir enligt vår mening varje diskussion om enskilda formuleringar i formuläret helt förvrängd.

Att homosexualitet på alla tänkbara sätt är likvärdigt med heterosexualitet är lika självklart för oss som det är för HomO. Vår mening är dessutom att det inte finns något i utformningen av Y-BOCS eller i de vetenskapliga artiklar som beskriver formuläret som skulle indikera någon annan värdering än den som HomO och vi delar.

Individer som drabbas av tvångssyndrom utvecklar ofta tvångstankar med för dem oönskade, skrämmande eller obscena teman. Tvångstankar är därför inte någon fristad från de fördomar som finns i det samhälle som omger den tvångsdrabbade. En inte helt ovanlig tvångstanke är t ex »Nu skakade jag hand med den svarte mannen som säkert hade ett sår på handen, så nu blev jag säkert HIV-smittad!« En sexuell tvångstanke kan vara »Nu tittade jag ju på den där killen i duschen, jag är nog bögl!«

En individ med tvångssyndrom får en sådan tvångstanke, blir ångestfylld och utför tvångshandlingar (s k ritualer) för att neutralisera ångesten. Med Y-BOCS försöker man fånga upp denna problematik för att kunna diagnostisera och lägga grund för korrekt behandling och därmed minskat lidande och sjukdom. Ingenstans i denna process av psykiatrisk diagnostik med hjälp av detta formulär ger man, menar vi, uttryck för en åsikt eller ett vetenskapligt ställnings-

tagande som värderar homosexualitet annorlunda än heterosexualitet (vilket HomO hävdar).

En annan del i HomOs kritik är att check-listan inte innehåller frågor om heterosexuella tvångstankar. I ett brev till Socialstyrelsen skriver HomO: »Det faktum att formuläret endast tar upp frågan om tvångstankar kring homosexuella beteenden (och inte heterosexuella) visar på ett angreppssätt som genomsyras av heteronormativ utgångspunkt.« [4]

Begreppet heteronormativitet kommer från den akademiska tradition som inrymmer bl a genusforskning och queerteori. En definition finner man t ex hos professor Tiina Rosenberg [5]: »Heteronormativitet är enkelt uttryckt antagandet att alla är heterosexuella och att det naturliga sättet att leva är heterosexuellt. Med begreppet heteronormativitet åsyftas i forskningssammanhang de institutioner, strukturer, relationer och handlingar som vidmakthåller heterosexualitet som något enhetligt, naturligt och allomfattande.«

Det är inte svårt att instämma i att samhället i stort, liksom mycket av utbildning och forskning, genomsyras av »antagandet att alla är heterosexuella och att det naturliga sättet att leva är heterosexuellt«. En kritisk analys av heteronormativitet i psykologutbildningen, skriven av en av oss (JB), finns i antologin »I den akademiska garderoben« [6]. Sannolikt genomsyras även en del av bemötandet av homo- och bisexuella patienter inom psykiatri av ett heteronormativt förhållningssätt, och detta är givetvis mycket viktigt att bemöta och försöka förändra.

Är då inte Y-BOCS heteronormativ? Denna fråga skulle enligt vår uppfattning kunna besvaras med ja endast om det vore så att tvångstankar om heterosexualitet var vanligt förekommande men inte togs upp i formuläret. Att endast tvångstankar om homosexualitet tas upp i Y-BOCS, och inte tvångstankar om heterosexualitet, beror dock på att man i forskningen om tvångstankars art och frekvens inte funnit vanligt förekommande exempel på tvångstankar om heterosexualitet, medan tvångstankar om homosexualitet är relativt vanligt förekommande.

Tvångstankar om homosexualitet är med andra ord vanliga hos heterosexuella patienter med tvångssyndrom, och vi har vid vår enhet behandlat ett flertal patienter med just detta symptom.

Vi har dock aldrig i utredning eller behandling haft en homosexuell patient

med tvångstankar om heterosexualitet (dvs att tanken att eventuellt vara heterosexuell skulle väcka stark ångest och följas av handikappande ritualer). Däremot har vi behandlat homosexuella patienter med andra typer av tvångstankar, t ex det allra vanligaste temat – smuts och smitta.

Enligt den forskningslitteratur vi har översikt över finns inte heller homosexuella patienter med just tvångstankar om heterosexualitet beskrivna.

Man kan utifrån detta givetvis inte utesluta att det faktiskt finns homosexuella patienter med tvångstankar om heterosexualitet. Baserat på det man vet om tvångstankars natur finns det dock starka skäl att betvivla att detta fenomen skulle förekomma. Skälet till att en viss person utvecklar tvångstankar är ju att temat för tankarna för honom eller henne är motbjudande eller obscent till den grad att det väcker stark ångest.

Parar man denna psykiatriska kunskap om tvångssyndrom med kunskap om hur begreppet heteronormativitet används blir det också lättare att förstå varför tvångstankar om heterosexualitet sannolikt är sällsynta eller icke förekommande hos homosexuella patienter. I ett heteronormativt samhälle är ju utsikten att vara heterosexuell inte något negativt, motbjudande eller obscent.

Begreppet heteronormativitet skulle alltså snarare kunna kasta ljus över varför personer drabbade av tvångssyndrom får tvångstankar om att vara homo- men inte heterosexuella. Av ett samhälle som »vidmakthåller heterosexualitet som något enhetligt, naturligt och allomfattande« [5] skulle man inte förvänta sig just denna effekt på personer drabbade av tvångstankar?

Frågan om tvångstankar om homosexualitet i Y-BOCS finns alltså med för att fånga upp ett fenomen som skulle kunna sägas vara en effekt av ett heteronormativt samhälle. Det är dock orimligt, hävdar vi, att säga att frågan, och därmed formuläret, i sig skulle vara heteronormativ.

Är formuläret i sig diskriminerande och kränkande? Hela diskussionen om Y-BOCS kan enligt vår mening delas upp i huvudsakligen två skilda frågeställningar:

1. Kan Y-BOCS och dess fråga kring tvångstankar om homosexualitet *i sig* anses vara diskriminerande eller kränkande?
2. Kan Y-BOCS och dess fråga kring tvångstankar om homosexualitet anses vara potentiellt diskriminerande

eller kränkande för enskilda homosexuella patienter om den inte ställs inom en professionell ram?

Den första frågan menar vi alltså kan besvaras med ett tydligt nej, medan den andra sannolikt kan besvaras med ett ja. Med »professionell ram« menar vi att patienten har rätt att få veta syftet med den psykiatriska utredningen, inklusive alla ingående formulär. När det gäller Y-BOCS är det särskilt viktigt att patienten får beskrivet för sig vad tvångssyndrom och därmed tvångstankar och tvångshandlingar är. Med en patient som är homosexuell är det rimligen av särskild vikt att förklara distinktionen mellan tvångstankar och verklig sexuell läggning samt att Y-BOCS intresserar sig för endast det första och ej det senare (och att det därför inte handlar om en patologisering av homosexualitet).

Det är mycket möjligt att det finns brister i denna professionella ram vid olika psykiatriska verksamheter och därmed ett skäl för översyn av rutiner och informationsinsatser. En välfunnen uppmaning finns i Socialstyrelsens förslag till informationsbrev till verksamhetschefer för psykiatriska kliniker:

»Socialstyrelsen [vill] uppmärksamma de psykiatriska verksamheterna på att frågor som gäller eventuella tvångstankar kring sexualitet skall hanteras med stor varsamhet. Socialstyrelsen vill framhålla vikten av att patienten förstår syftet med frågorna och att de ställs så att de inte kan uppfattas som diskriminerande eller på annat sätt kränkande.« [7]

Konsekvenser av ett förbud. Då HomO hävdar att formuläret *i sig* är diskriminerande och kränkande aviserar myndigheten i sitt informationsbrev att åtal kan bli aktuellt för den som använder Y-BOCS. För oss som arbetar med Y-BOCS såväl kliniskt som i forskning skulle det få betydande negativa konsekvenser om psykiatri i Sverige skulle följa HomOs uppmaning att inte använda formuläret. Då Y-BOCS är »gyllene standard« inom internationell forskning om tvångssyndrom kan man fråga sig om det skulle kunna bedrivas någon högkvalitativ forskning kring tvångssyndrom i Sverige med »förbud« mot skalan.

Inget talar för att Y-BOCS kommer att sluta användas internationellt inom överskådlig tid. Vi har talat med inhemska och internationella experter i denna fråga, och även kort beskrivit ärendet i American Journal of Psychiatry [8], och har hittills inte funnit någon som delat HomOs ståndpunkt.

Konsekvensen av ett »förbud« mot

det mest använda formuläret för tvångs- syndrom kan mycket väl bli försämrad diagnostik och behandling av en grupp patienter som redan idag får gå aldeles för länge utan att få rätt diagnos och därmed rätt behandling. Den situationen skulle inte gynna någon patient, vare sig homo-, bi- eller heterosexuell.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. HomO. Informationsbrev till psykiatriska klinikers verksamhetschefer 050621. HomO. Dnr 667-2003 (aktbilaga 17); 2005.
2. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry. 1989;46:1006-11.
3. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Behandling av ångestsyndrom: en systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2005.
4. Gilljam C (HomO). Brev till H Silverhielm (Socialstyrelsen) 050113. HomO. Dnr 667-2003 (aktbilaga 11); 2005.

5. Rosenberg T. Queerfeministisk agenda. Stockholm: Atlas; 2003.
6. Bergström J. Den allmänna människan och de avvikande andra – om heteronormativitet på psykiologutbildningen. I: Olsson AC, Olsson C, editors. I den akademiska garderoben. Stockholm: Atlas; 2004. p. 215.
7. Hulth-Backlund G (Socialstyrelsen). Förslag till informationsbrev 050506. HomO. Dnr 667-2003 (aktbilaga 16, bilaga 1); 2005.
8. Rück C, Bergström J. Is the Y-BOCS discriminatory against gays and lesbians? Am J Psychiatry. 2006;163:1449.

Behov av fortsatt strukturrationalisering av akutvården

Mina gamla vänner Stig Bengmark och Johannes Järhult debatterar väntetiderna vid akutmottagningarna och hur dessa skall kunna kortas ner [1, 2]. Båda för fram viktiga synpunkter på det eventuella behovet av strukturrationalisering av akutsjukhusen.

Bengmark menar att ett välbemannat och välfungerande akutintag per län i många fall kanske skulle vara tillräckligt för att hålla väntetiderna nere: »Förlusten av tid på väg till akutintag och omhändertagande är försumbar, jämfört med den tid som går åt sedan man väl anlänt till akutintaget.«

Järhult säger sig inte förstå vitsen med den centralisering som Bengmark saknar, eftersom de mindre sjukhusen har »hyfsade väntetider«. Detta beror enligt Järhult på att man på dessa sjukhus har färre patienter per tidsenhet, per doktor, per sjuksköterska och per undersköterska.

Detta är säkert helt riktigt, enligt min uppfattning. Vad jag saknar i Järhults inlägg är kostnadsaspekterna på detta. De samlade sjukvårdskostnaderna rakar som bekant i höjden beroende inte minst på de medicinska framstegen, som gör att vi läkare kan behandla allt fler och allt äldre sjuka med allt mer sofistikerade och dyrbara metoder/läkemedel. För att kunna erbjuda all denna fina sjukvård måste vi spara pengar där det går att spara.

Bengmark menar att vi har gjort för mycket av dessa nödvändiga besparingar med osthyvelsprincipen och att vi har i gång för många akutmottagningar med egna kirurgiska jourlinjer. Jag vill belysa detta med hänvisning till en undersökning som Bo Jordin, Göran Engholm och Pia Fagerström på Socialstyrelsen och jag gjorde mellan 1996 och 1998.

Vi studerade belastningen på jourtid

under en tvåveckorsperiod i åtta län, såväl i primärvården som vid de 22 sjukhusen, varav 13 länsdelssjukhus. Jourtid definierades som all tid utom 08.00–17.00 måndag till fredag. Tiden för undersökningen kan synas kort men omfattade dock ett befolkningsunderlag på 1,96 miljoner invånare.

Studien, som redovisade bl a jourbelastning, jourkostnader, patientvolym och besöksmönster, är publicerad i Läkartidningen [3]. Ur detta stora material skall här endast hämtas besöksfrekvenser och kostnader för jourverksamheten.

Länsjukhusen rapporterade mellan 27 och 65 patienter – i medeltal 41 – per kväll och natt, medan länsdelssjukhusen rapporterade mellan 8 och 41 besök, i medeltal 21. Ett sjukhus hade mindre än tolv besök per kväll och natt.

Trots denna låga besöksfrekvens hade elva länsdelssjukhus jourverksamhet i fyra specialiteter – varav dock ett hade stängd operationsavdelning. Antalet genomförda operationer på de patienter som lagts in under jourtiden var i vissa fall så lågt som en operation var tredje natt.

Vi försökte också beräkna kostnaderna för den totala jourverksamheten i varje län. De beräknade kostnaderna baserades delvis på schabloner som t ex overheadkostnader. Kostnaderna för respektive län varierade mellan omkring 40 miljoner och 140 miljoner kronor per år.

En försiktig beräkning av kostnaderna för jourverksamheten vid länsdelssjukhus gav en kostnad på minst ca 12 miljoner kronor per år, vilket motsvarade kostnaden för minst 20 specialistläkartjänster eller 49 sjukskötersketjänster.

Denna studie bekräftar Järhults förklaring till de korta väntetiderna vid mottagningarna på de mindre sjukhusen.

Man har korta väntetider under jourtid för att man har få patienter, dvs personalen skulle kunna ta emot fler patienter under jourtid. Sjukhusets upptagningsområde är emellertid för litet för att antalet sökande under jourtid skulle öka. För att kunna hålla denna goda service har man i gång inte bara akutmottagningens personal utan även operationsavdelningarna.

En annan aspekt är kvaliteten på den vård som ges. Om detta kan man säga mycket, och Järhult har skrivit mycket om det. Men om nu övning ger färdighet, så kanske kvaliteten på vården blir bättre om varje doktor får vara med om att behandla ett större antal patienter.

En rationalisering av jourverksamheten torde enligt vår analys kunna ge möjligheter att frigöra resurser bl a till de större akutmottagningarna. Där skulle man då kunna öka antalet personer som är jour, framför allt läkare, och därmed korta väntetiderna för de akut sjuka patienterna.

Jag delar således Bengmarks uppfattning om bristen på strukturrationalisering i vården. Visserligen sker under stor vanda kontinuerligt en viss rationalisering, men enligt min uppfattning sker det inte tillräckligt mycket och inte tillräckligt snabbt.

Sven Dahlgren

professor emeritus, Uppsala
sven.dahlgren@bredband.net

REFERENSER

1. Bengmark S. Om akutintagseländet – sett inifrån ... Läkartidningen. 2006;103:2308-9.
2. Järhult J. Inget axiom att allt blir bättre bara för att det centraliseras. Läkartidningen. 2006;103:3303.
3. Dahlgren S, Engholm G, Fagerström P, Jordin B. Kan nedläggning av lågutnyttjad jourverksamhet öka vårdkvaliteten? Läkartidningen. 1999;96:2732-9.