

vudsakligen på SBU:s värdering (Måttligt förhöjt blodtryck; 2004) av den studien:

»Kvaliteten på denna studie bedöms vara avsevärt lägre än för HAPPHY då svårigheter föreligger att få insikt i hur förlängningen av studien gick till och då okonventionella statistiska analyser användes.«

Nyligen har en kanadensisk metaanalys [1] presenterats där slutsatsen är:

»Beta-blockers should not be considered first-line therapy for older hypertensive patients without another indication for these agents; however, in younger patients beta-blockers are associated with a significant reduction in cardiovascular morbidity and mortality.«

Göran Berglund efterlyser hälsoekonomiska analyser avseende de olika insatserna, vilket återfinns i flera av bakgrundsdokumenterna samt i SBU-rapporten om hypertoni. Prioritering av de olika insatserna sker inom ramen för Socialstyrelsens prioriteringsarbete i enlighet med Läkemedelsverkets samarbetsavtal med Läkemedelsförmånsnämnden, SBU och Socialstyrelsen.

Berglund har en poäng i att man nog i högre grad än idag i rekommendationer av denna typ borde försöka beräkna konsekvenser vad gäller kostnader och övrig resursåtgång vid varierande följsamhet till rekommendationerna.

Sammanfattningsvis kan vi förstå Berglunds skepsis när det gäller bristen på studier inom det preventiva området, men eftersom hjärt-kärlsjukdomarna drabbar stora delar av vår befolkning finns det ur etisk synvinkel en klar skyldighet att utfärda rekommendationer på det evidensunderlag som finns tillgängligt idag. Det kommer aldrig att finnas studier inom alla delar av den kliniska medicinen. Just därför finns det ett motiv för konferenser där en bred grupp av experter gemensamt värderar tillgänglig evidens och utifrån dessa ger de konkreta rekommendationer som kliniker behöver, med angivande av den vetenskapliga tyngden bakom respektive rekommendation.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENS

1. Khan N, McAlister FA. Re-examining the efficacy of beta-blockers for the treatment of hypertension: a meta-analysis. CMAJ 2006;174:1737-42.

Läs mer Se medicinsk kommentar på sidan 3694.

Y-BOCS riskerar att bidra till diskriminering i sjukvården på grund av sexuell läggning

Rück och Bergström påstår i Läkartidningen 46/2006 (sidorna 3643-4) att »HomO hotar psykiatrin med åtal för användning av skattningsskala.«

HomOs arbete grundar sig i europeisk och svensk diskrimineringslagstiftning. Sedan den 1 januari 2005 gäller ett utökat skydd mot diskriminering på grund av sexuell läggning i Sverige genom Lag (2003:307) om förbud mot diskriminering. Lagskyddet omfattar nu även hälso- och sjukvården. Som diskriminering betraktas bl a ett uppträdande som kränker en patients värdighet som person och som har samband med sexuell läggning.

Avsikten med HomO:s informationsbrev

var att fästa uppmärksamheten på att användningen av Y-BOCS-formuläret i klinisk verksamhet – i den del det avser sexuell läggning – kan bli föremål för skadeståndstalan och rättslig prövning om en enskild patient som undersöks skulle anmäla förfarandet som diskriminering. HomOs synpunkter på användningen av formuläret utgår från lagens förbud mot kränkningar inom hälso- och sjukvården. De tar naturligtvis inte sikte på de heterosexuella patienter som eventuellt kan lida av tvångstankar om homosexualitet. För dessa patienter är kanske formuläret inget problem.

Synpunkterna tar istället sikte på de homo- och bisexuella patienter som inte lider av några sådana tvångstankar och som – med fog – kan uppleva det som direkt kränkande att ställas inför frågor som från patientens horisont klumpar ihop samkönade relationer med t ex övergrepp på barn.

Om man vill undvika risken att patologisera homosexualitet, men samtidigt ha kvar möjligheten att ringa in sexuella tvångsbeteenden, förefaller den enklaste lösningen vara att helt enkelt ta bort frågan kring homosexualitet och att omformulera frågan om för en person förbjudna eller perversa sexuella tankar, inre bilder eller impulser så att den blir mer generell, t ex så här: »Beskriv för dig förbjudna eller perversa sexuella tankar, inre bilder eller impulser.«

Om en sådan formulering av någon på vetenskap grundad anledning inte skulle vara möjlig att använda, torde ett minimikrav vara att frågan om sexuella

handlingar med någon av samma kön inte rutinmässigt tas upp tillsammans med straffbara sexuella beteenden på det sätt som formuläret nu inbjuder till. På det sättet kan risken för att homo- eller bisexuella patienter allvarligt kränks helt i onödan minskas betydligt.

Hans Ytterberg

Ombudsman mot diskriminering på grund av sexuell läggning

George Svéd

kanslichef;

Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO)

George.Sved@homo.se

Replik:

Y-BOCS är bra – men kan användas fel

Vår ståndpunkt är att en användning av Y-BOCS där man – som HomO gör såväl i sitt informationsbrev till psykiatrin som i sin replik – blandar samman homosexualitet och *tvångstankar om homosexualitet* mycket väl kan vara kränkande eller diskriminerande, medan formuläret *i sig* inte är det. Det är glädjande att HomO nu fokuserar på hur man ska undvika att denna sammanblandning blir del av »patientens horisont«.

Att ta bort frågan om homosexuella

tvångstankar som myndigheten föreslår skulle dock minska formulärets möjlighet att fånga upp specifika och skambelagda tvångstankar och kan inte försvaras utifrån en klinisk eller vetenskaplig ståndpunkt. Risken att kränka homosexuella patienter minskas bäst med den typ av upplysning som Socialstyrelsen föreslagit, vars utformning vi, och säkert även HomO, gärna bidrar till.

Jan Bergström

psykolog, doktorand;

Christian Rück

överläkare, med dr;

båda vid Ångestprogrammet, Psykiatri Karolinska, Psykiatri Nordväst, Stockholm
Christian.ruck@ki.se