

Replik om Läke-medelsverkets nya riktlinjer för primärprevention av hjärt-kärlsjukdom:

Etisk skyldighet utfärda rekommendationer på tillgängligt evidensunderlag

Då hjärt-kärlsjukdomarna drabbar stora delar av vår befolkning är vi etiskt skyldiga att utfärda rekommendationer på det vetenskapliga underlag som står oss till buds i dag, skriver Björn Beermann som här försvarar Läke-medelsverkets rekommendationer mot Göran Berglunds kritik på annan plats i detta nummer.

Många riktlinjer om primärprevention av hjärt-kärlsjukdomar har publicerats, men det här är första gången vi prövar ett så stort grepp som att utgå från de viktigaste riskfaktorerna som en helhet, inkluderande livsstil, och inte enbart från måtvärden av enstaka riskfaktorer. Detta är en svår, men nödvändig uppgift, som knappast blir perfekt fullgjord första gången, eftersom många frågor återstår att besvara.

Alla tjänar på att ofullständigt belysta områden uppmärksammas och identifieras, att data som ändå redan finns förtydligas, att det anges vilka studier som är pågående samt att det tydligt klargörs var det finns störst behov av att initiera och genomföra väldesignade (inklusive hälsoekonomiska) studier. Rekommendationer och riktlinjer måste dock baseras på bästa nuvarande kunskap – även inom områden där stora randomiserade studier saknas.

Inledningsvis sägs i Göran Berglunds inlägg att ett 40-tal deltagare samlades för att under två dagar diskutera fram



BJÖRN BEERMANN
professor, Läke-medelsverket,
Uppsala
bjorn.beermann@mpa.se

gemensamma riktlinjer för hur sjukvården skall agera för att minska individens risk för framtida hjärt-kärlsjukdom. »Överläggningarna« pågick under tre dygn och föregicks av att ett stort antal experter gjort litteratursammanställningar, vilka tillsammans täckte det aktuella området. I bakgrundsdocumentationen ingick SBU:s hypertoni-rapport och andra HTA (Health Technology Assessment)-dokument inklusive Cochraneanalyser. De vid mötet framdiskuterade preliminära riktlinjerna diskuterades sedan via e-post under flera månader och var alltså inte ett hastverk som klarades av på två dagar.

Göran Berglund anser att rekommendationerna till stor del bygger på tyckande. Tyvärr har han tydligen inte uppmärksammat att evidens- och rekommendationsstyrka konsekvent anges i dokumentet. Den dokumentation som rekommendationen bygger på är publicerad i Information från Läke-medelsverket (juni 2006) och på www.lakemedelsverket.se. Där återfinns de referenser som evidensgraderingen bygger på. Där finns också de definitioner Göran Berglund efterlyser, såsom definitioner på bukfetma, apo B/apo A1, grad av fysisk aktivitet, sunda matvanor etc.

Berglund påpekar att befolkningsriktade interventioner inte har lett till minskning av hjärtinfarkt eller stroke. Det är svårt att förstå varför han tar upp detta här eftersom vår rekommendation handlar om (skraddarsydd) individuell prevention.

Han riktar kritik mot användningen av SCORE. Riskskattningsinstrument är trubbiga och måste användas med förnuft, vilket också påpekas i rekommendationerna. Det torde ändå vara betydligt bättre att använda dem än att, som tidigare, värdera risken genom att utgå endast från blodtrycket eller lipidnivåerna och kombinera detta med klinisk erfarenhet avseende andra riskfaktors vikt.

Frågorna om åtgärder för att uppnå förbättrad psykosocial hälsa, förbättrad kost och ökad fysisk aktivitet besvaras i



Foto: IBL

I de nya riktlinjerna för prevention av hjärt-kärlsjukdom har Läke-medelsverket för första gången prövat att utgå från de viktigaste riskfaktorerna som en helhet, inkluderande livsstil, och inte enbart från måtvärden av enstaka riskfaktorer.

respektive bakgrundsdocument. Detta skulle naturligtvis ha kunnat bakas in i rekommendationen, men bedömningen var att det skulle leda till en alltför lång och tungläst text. I SBU:s rapport om hypertoni (2004) framhålls också dessa åtgärder:

»Det finns ett flertal olika livsstilsförändringar (fysisk aktivitet, viktminskning, kostförändring, stresshantering, rökstopp och minskning av högt alkoholinlag) som gynnsamt kan påverka riskfaktorer för framtida hjärt-kärlsjukdom med eller utan samtidig sänkning av blodtrycket (Evidensstyrka 1).

Livsstilsåtgärder kan minska behovet av behandling med läkemedel och ska vara basen i omhändertagandet av personer med högt blodtryck (Evidensstyrka 1). Även för personer med högt blodtryck är rökstopp en prioriterad åtgärd, som kan medföra stora behandlingsvinster (Evidensstyrka 1).«

Glädjande nog får läke-medelsdelen nästan godkänt av Berglund bortsett från att betablockerarna har flyttats ned på rangskalan vid behandling av hypertoni. Kritiken gäller att den då enda systematiska analysen avseende dessa läke-medels förebyggande effekt vid hypertoni uteslöt MAPHY-studien. Det beror hu-

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