

SSRI inte hjälper just sådana suicidala patienter som uppvisar denna genetiska variant.

Det har även rapporterats att deprimerade ungdomar med s k S-allel (short allele) av serotonintransportgenen svarar dåligt på behandling med SSRI-preparat [20]. Enligt Caspi och medarbetare [21] är förekomst av denna S-allel en tänkbar riskfaktor för depression och suicidalitet hos ungdomar som varit utsatta för trauma under uppväxttiden. Alla dessa nya rön är tänkvärda och visar sannolikt att behandling med SSRI inte generellt kan hjälpa alla deprimerade och suicidala individer.

Vi behöver lära oss mera om hur man skall skraddarsy behandlingar som är väl anpassade inte bara till individens, familjens och den psykosociala situationen, som är kulturellt bunden, utan även till den genetiska uppsättning som vi föds med. Det fordrar en nyanserad hållning i forskningsarbetet och tydliga och genomförbara visioner i det självmordspreventiva arbetet. Denna utveckling är inte betjänt av tron på att antidepressiva läkemedel är det viktigaste botemedlet för suicid. Det krävs en betydligt mer varierad syn på suicidproblematiken än så.

## Referenser

- Rutz EM, Wasserman D. Trends in adolescent suicide mortality in the WHO European Region. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004;13:321-31.
- Socialstyrelsen. Folkhälsa och sociala förhållanden. Lägesrapport 2003. Stockholm: Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen; 2003.
- Hawton K, Arensman E, Wasserman D, Hulstén A, Bille-Brahe U, Bjerke T, et al. Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:191-4.
- Zenere FJ 3rd, Lazarus PJ. The decline of youth suicidal behavior in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention program. *Suicide Life Threat Behav* 1997;27:387-402.
- Aseltine RH Jr, DeMartino R. An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *Am J Public Health* 2004;94:446-51.
- Ramberg IL. Promoting suicide prevention: An evaluation of a programme for training trainers in psychiatric clinical work [dissertation]. Stockholm: Karolinska University Press; 2003.
- Alin-Åkerman B. Hur upptäcker vi sårbara elever? Utvärdering av en filmdokumentär för självmordsprevention bland gymnasieelever. Rapportserie från Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP). Stockholm: NASP; 2002:1-84.
- Knox KL, Litts DA, Talcott GW, Feig JC, Caine ED. Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *BMJ* 2003;327:1376.
- SBU. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2004. SBU rapport 166 (3 vol).
- Zhang X, Gainetdinov RR, Beaulieu JM, Sotnikova TD, Burch LH, Williams RB, et al. Loss-of-function mutation in tryptophan hydroxylase-2 identified in unipolar major depression. *Neuron* 2005;45:11-6.

## Fel återgivet om SBU och atenolol

I Läkartidningen nr 6 2005, sidan 364, anges felaktigt att »SBU år 2004 rekommenderade betablockeraren Atenolol som förstahandsval vid hypertoni».

Påståendet är dubbelt fel. För det första utfärdar inte SBU rekommendationer. SBU:s uppdrag är att granska den vetenskapliga dokumentationen om nytta, risker och kostnader för olika metoder i vården, för att sedan dra slutsatser och förmedla kunskap om metodernas effektivitet och kostnadseffektivitet.

Vilket preparat som ska rekommenderas som förstahandsval är en fråga för Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, läkemedelskommittéer och ansvariga för vårdprogram. Sådana rekommendationer baseras på kunskapsunderlaget, men också på överväganden rörande resurser och prioriteringar.

### Slutsatser

För det andra har alla som läst den aktuella rapporten sett att SBU inte drar slutsatser om enskilda preparat utan formulerar följande slutsatser:

- De olika grupper av blodtryckssänkande läkemedel som vanligen används i Sverige (tiaziddiuretika, ACE-hämmare, kalciumantagonister, angiotensinreceptorblockerare (ARB) och betablockerare) ger en likartad sänkning av blodtrycket (ca 10/5 mm Hg) när läkemedlen används separat (Evidensstyrka 1).
- För personer med okomplicerad hypertoni är de gynnsamma behandlingseffekterna på insjuknande i hjärt-kärlsjukdom likartade för terapi med de stora läkemedelsgrupperna tiaziddiuretika, ACE-hämmare, kalciumantagonister, ARB och betablockerare (Evidensstyrka 1).
- Ett lägre nyinsjuknande i typ 2-diabetes har observerats hos personer under behandling som baserats på läkemedel som direkt påverkar renin-angiotensin-aldosteronsystemet (ACE-hämmare och ARB) i jämförelse med behandling baserad på tiaziddiuretikum i kombination med betablockerare eller behandling baserad på kalciumantagonist (Evidensstyrka 2).

Dessa slutsatser kvarstår fortfarande. Med anledning av de resultat som har framkommit om atenolol kommer SBU tillsammans med Läkemedelsverket diskutera möjligheterna att på motsvarande



I Läkartidningen nr 6 2005 angavs felaktigt att SBU utfärdar rekommendationer.

sätt specialstudera övriga enskilda preparat i gruppen betablockerare.

**Nina Rehnqvist**

professor, chef för Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)

## Mer om Susanna och Bengt!

I LT 50/2004 (sidan 4145) gisslar kollegan Åke Elner oskicket att använda enbart förnamn i annonser, namnskyltar och vid telefonförsäljning.

Då landstinget inte kunde tänka sig att förlänga mitt vårdavtal efter fyllda 65 använder jag mitt överskott av energi som försäkringsläkare.

Jag bladdrar veckovis igenom ett stort antal patientjournaler och häpnar över vårdcentralsanteckningar som: »remitteras till Margit«, »Pelle får ta hand om det«, »bör bedömas av Johan« eller »skall prata med Bengt«. Man kan bara gissa och fundera över om det rör sig om mer erfaren kollega, sjukgymnast, psykoterapeut, ergonom, kurator eller myndighetsperson.

Jag förstår att många kollegor uppfattar patientjournaler som eget arbetsinstrument, men kravet på tydlighet är ovillkorligt.

Kollegor, skärpning i leden!

**Julius Soreff**

Lidingö; pensionerad universitetslektor i ortopedi, Karolinska institutet