

»Varför ondgöra sig över rabatterat impotensmedel?» (Läkartidningen 11/97) vill jag säga följande.

Visst, livet igenom gäller det att prioritera och prioritera rätt. Det är orättfärdigt av politiker att spela ut en slagen grupp mot en annan och att omfördela medel avsedda för sjukvård till röststarkare grupper.

Det finns rättfärdigare och kraftfullare alternativ. När skall vi t ex införa att trafikförsäkringarna betalar hela kostnaden för trafikskadorna? Den trafikskadade måste tas om hand omedelbart medan gamla som aldrig ägt en bil får vänta med att få sin utslitna höft utbytt. Kostnaderna får han dock bära. Kanske måste trafikförsäkringsavgiften två-tredubblas och mopeder och cyklar skattebeläggas som i Schweiz, men finns det något rättfärdigare alternativ?

VIP-service

Idrott är viktigt, men vissa idrotter har en betydande skadefrekvens, och idrottskador måste ofta tas om hand akut. Skall idrottsstjärnor och andra idrottsutövare även fortsättningsvis på VIP-service för en spottstyrver eller skall man kräva att idrottsrörelsen bär sina egna sjukvårdskostnader?

Det finns många prioriteringar att göra, speciellt för en sjukvårdspolitik. Frågan är: Skall man fortsätta gynna starka väljargrupper genom orättfärdiga och populistiska beslut, eller skall man våga bryta trenden att slå de redan slagna och i stället ta tillvara deras intressen?

Det senare skulle på lång sikt återinföra en viss respekt och tilltro till politikerkåren som hela samhällsmaskineriet skulle må bra av.

Arne M Olsson
docent, överläkare,
urolog/androlog, Universitetssjukhuset, Lund

Generaliseringar om promiskuitet i den afrikanska kulturen

Harold Sihm bidrar i Läkartidningen med en utmärkt överblick över HIV-/aidsepidemiens aktuella läge i Afrika söder om Sahara [1].

Särskilt påpekandet att den

för skandinaver närmast ofattbara resursbristen och vidgningen av sociala och ekonomiska klyftor inom populationerna i många länder i Afrika är av grundläggande betydelse för HIV-/aidsepidemiens förlopp förtjänar att understrykas.

Dock bekymrar det mig att Harold Sihm – givetvis oavsiktligt – också bidrar till att kolportera redan väletablerade fördomar och myter i relation till HIV-/aidsepidemin i Afrika. Det anges i artikeln att »–den ofantligt djupa fattigdomen leder till migration till städerna, promiskuitet, som i den afrikanska kulturen är accepterad och utbredd, samt till smittspridning.» Medan början och slutet på denna mening utgör ett väldokumenterat påpekande innehåller den centrala delen av meningen både sakfel och fördomar.

Många olika kulturer

För det första finns det i Afrika inte någon enda och enhetlig kultur, men som bekant på den afrikanska subkontinenten söder om Sahara åtskilliga hundra. Enbart här i Kenya räknar vi med ett femtiotal, sins emellan ganska olika kulturer, inom vilka populationernas attityder, beteenden och trosföreställningar på området sexuell och reproduktiv hälsa företer synnerligen heterogena drag.

För det andra saknar jag dokumentation för det ofta framförda påståendet att »promiskuitet (generellt) är accepterad och utbredd i afrikansk(a) kultur(er)».

Min egen erfarenhet är visserligen begränsad till sammanlagt ungefär tolv års arbete som läkare på olika nivåer inom hälsovårdsstrukturen i sammanlagt nio länder i Afrika söder om Sahara, men ingens stans har jag ännu träffat på någon kultur där »promiskuitet» var accepterad!? Ytliga och multipla sexuella relationer förekommer med hög prevalens i selekterade subgrupper av migrerande populationer och många kvinnor tvingas – av den extrema fattigdomen, som Harold Sihm korrekt påpekar – ut i prostitution i många afrikanska städer. Men att generalisera dessa observationer till att vara representativa för kontinentens population som helhet är givetvis obehövt. Sådana generaliseringar kan endast

bidra till att förstärka den flora av stigmatiserande myter och fördomar som med stöd i förenklade påståenden och kasuistiska observationer i fackpressen [2, 3] kan spåras i den skandinaviska debatten om HIV-/aidsepidemin i Afrika.

Frants Staugård
professor, Senior Policy Adviser to the Ministry of Health, Nairobi

PS Kan någon av Läkartidningens läsare för övrigt hjälpa mig att definiera begreppet »promiskuitet»? Enligt min Oxford Reference Dictionary [4] betyder promiskuitet »having casual sexual relations with many people». Men vad betyder då »casual»? Och vad innebär »many»? Bästa svaret belönas med ett exemplar av vår nya bok om aids i Afrika [5].

Referenser

1. Sihm H. Aids-pandemi i Afrika. Läkartidningen 1997; 94: 547-8.
2. Christenson B, Lundbergh P. HIV-positiva afrikaner sprider smitta. Läkartidningen 1993; 90: 1478-81.
3. Ekholm-Friedman K. Centralafrikansk syn på manlig sexualitet. Socialmedicinsk tidskrift 1993; (9-10): 483-8.
4. The Oxford Reference Dictionary, 1992; Oxford: Clarendon Press.
5. Cabrera C, Pitt D, Staugård F. Aids and the Grassroots – Problems, challenges and opportunities. 1996; Nairobi/Nordiska Hälsovårdshögskolan, Göteborg, Ipelegeng Publishers.

Replik:

Bakomliggande orsaker det väsentliga

Det är med intresse och glädje jag har läst Frants Staugårds kommentar till min artikel om Aids i Afrika. Otvivelaktigt måste han framför någon annan vara expert på ämnet. Det är inte jag. Om det värde laddade och dubiösa ordet »promiskuitet» stryks i min artikel kan vi troligen vara tämligen överens: »Ytliga och multipla sexuella relationer förekommer med hög prevalens

bland subgrupper av migrerande populationer och många kvinnor tvingas – av den extrema fattigdomen – ut i prostitution i afrikanska städer.»

Ur profylaktisk synvinkel är dock inte beteendet som sådant – »promiskuiteten», hur man nu definierar den – det väsentliga, utan de bakomliggande orsakerna: fattigdomen, migrationen och befolkningsrörligheten, urbaniseringen, rotlösheten, kvinnornas svaga ställning och andra kulturella orsaker [1].

Svar på frågorna

Naturligtvis vill också jag försöka ge bästa svar på Staugårds frågor i hopp om att förvärva boken »Aids i Afrika».

Hur många sexuella förhållanden »many» innebär uppfattas förmodligen helt individuellt, men i HIV-sammanhang kan det ju räcka med »ett» samlag om personen är HIV-positiv. »Casual» tycker jag kan översättas med »tillfälliga» eller »lösa» förbindelser [Engelsk-Dansk Ordbog].

Frågan är om »promiskuitet» uppfattas på samma sätt i Afrika som i Västvärlden, om själva begreppet i dag i Västvärlden har samma valör som för 50 år sedan, och om det är skillnad på England [Oxford Dictionary] och Sverige [Bonniers Svenska Ordbok] i detta avseende.

Bonniers Svenska Ordboks definition på »promiskuitet» är: Sexualliv som inte är reglerat av äktenskapsregler». I Afrika säger man: »Polygamy without wedding rings».

Harold Sihm
med dr, Färia

Referenser

1. Fee E, Fox DM. Aids. The making of a chronic disease. USA: University of California Press 1992.

Patientfokuserad sjukvård?

Häromdagen fick jag inbjudan från Euroform – i samarbete med: Deloitte & Touche Consulting Group och Formera Management AB – till »Högaktuell workshop för Dig som arbetar i vården». Priset för detta tvådagarsmöte är 7 400 kr men rabatt gives: anmäles fyra personer från samma företag betalar de endast för tre – ja, det står företag. Titeln på work-

shopen är: »Patientfokuserad sjukvård».

Får andra yrkesgrupper inbjudan till Människofokuserad självvård, Fordonsorienterad bilreparation, Djurfokuserad veterinärvård, Hårorienterad frisörverksamhet?

Anders Rydholm
leg läkare,
ortopediska kliniken,
Universitetssjukhuset
Lund

Ersättning till lobotomerade: även i Sverige?

Norska stortinget beslöt 1996 ge 100 000 nkr till lobotomerade patienter [1, 2]. Beslutet föregicks av livlig populärpressdebatt (påhejad av scientologerna), medan professionen förhöll sig påfallande tyst. Jag arbetade i Norge vid denna tid och hade svårt att tolka kollegernas tystnad: ansågs ersättningen berättigad, rymde den avståndstagande eller kände man sig överkörd? Norska psykiatriska föreningen tillfrågades aldrig, det var inte fråga om medicinsk utredning av om patienten hade råkat speciellt illa ut, utan beslutet var rent politiskt. Satens helsetilsyn (mot-svarande Socialstyrelsen) annonserade, och nu har ca 430 patienter fått ersättning. Bör även svenska lobotomifall ersättas?

Behandlingen väcker starka känslor

Trots att lobotomi försvann som behandlingsform för mer än 40 år sedan lever den kvar i våra sinnen, nu som metafor för terapeutiskt barbari. Ingen annan behandling är så ökad och väcker så starka känslor [2, 3]. Bidragande är dess brokiga historia [4], dess natur av oåterkalleligt ingrepp i människans hjärna, 1970-talets favoritmyt om lobotomi som metod för social kontroll och Milos Formans film Gökboet (1975). Vi upprörs när den sunt revolterande McMurphy kväses med lobotomi och tänker att så här gick det nog till: psykiatrerarna var ondsinta, behandlingen stympande övergrepp.

En norsk offentlig utredning [5] kom fram till att lobotomioperationerna pågått längre i Norge och med högre mortalitet än på andra håll i Norden. Man betonar att man inte vill kritisera dåtida läkares etis-

ka medvetenhet, påminner om den »desperata bristen på effektiva behandlingsalternativ» och om att antipsykosmedel introducerades senare i Norge än på andra håll.

Stortingets beslut, som ska ses mot denna bakgrund, kan synas humant. Men vissa är kritiska och menar att lobotomi då var vedertagen terapi och att psykiatrin gjorde sitt bästa för att hjälpa.

Andra anser beslutet populistiskt. Och cyniskt, då få lobotomerade ännu är i livet.

Bör då svenska lobotomipatienter få ersättning? Här är situationen delvis en annan. Två svenska forskare (Rylander och Bingley) var bland de första i världen att (1949) slå larm om riskerna.

När Olivecrona vid nobelprisceremonin 1949 harangerade Moniz framhöll han att även om vissa risker var förenade med operationerna, »utgjorde de en väsentlig hjälp för en stor grupp hopplöst sjuka personer». Klorpromazin, beskrevet 1952, introducerades tidigt här och schizofreni föll bort som operationsindikation. Medvetenheten om riskerna med lobotomierna anses ha varit högre här än i Norge, medikamentell behandling vanligare och den relativa operationsfrekvensen sannolikt lägre. Dessa förhållanden gör ersättningsfrågan vanskligare.

Vad anser kollegerna?

Vad anser kollegerna? Frågan är etiskt, psykiatriskt och socialt alltför komplex för att lämnas åt politiker och antipsykiatrirörelser.

Per Mindus
professor, överläkare,
psykiatriska kliniken,
Karolinska sjukhuset,
Stockholm

Referenser

1. Lobotomerade får skadestånd. Svenska Dagbladet 1996-11-17.
2. Goldbeck-Wood S. Norway compensates lobotomy victims. *BMJ* 1996; 313: 708
3. Snaith RP. Surgery for mental illness has been proved effective. *BMJ* 1997; 314: 75.
4. Lidberg L, Broberg M. Psykiatryns historia. Från lobotomi till kapsulotomi. *Läkartidningen* 1996; 93: 3245-50.
5. Lund K. Utredning om lobotomi. Norges offentliga utredningar (NOU) 1992: 25.

KORRESPONDENS

Vart tog nuklearmedicinen vägen?

Nyligen redogjordes i *Läkartidningen* för vikten av att ta hänsyn till nya funktionella diagnostiska metoder vid klassificering av tumörer [1]. Som representanter för diagnostisk verksamhet uppskattar vi detta mycket, men vart tog nuklearmedicinen vägen?

I inledningen till artikeln nämns »PET-skanning». En utomordentlig diagnostisk teknik, men föga tillgänglig för flertalet patienter i Sverige. Inget skrivs i övrigt om den funktionella diagnostiska information som nuklearmedicinska metoder erbjuder. Med moderna nuklearmedicinska metoder kan man avbilda substansers funktionella utbredning med tomografisk undersökning (SPECT) på samma sätt som morfologin visualiseras med datortomografi.

Känner man till betydelsen av [¹²³I]-MIBG och Octreo-Scan för viss tumördiagnostik?

Har man uppmärksammat att ⁹⁹Tc^m-MIBI utanför vårt land utnyttjas som komplement till mammografi vid diagnostik av bröstcancer samt att metoden är rutin nu även hos oss för att lokalisera parathyreoideaadenom?

Vet man att samma radiofarmakon kan utnyttjas för att påvisa cytotostatikaresistens orsakad av permeabilitetsglukoproteinet PgP-170 eller för terapiutvärdering vid cytotostatikabehandling av tumörer?

Att skelettskintigrafi är en utomordentlig metod som använts i 25 år för att påvisa skelettspridning av tumörsjukdomar borde vara välbekant.

Än senare beskrevs i *Läkartidningen* primär aldosteronism som en möjlig vanlig orsak till botbar hypertoni [2]. Förtjänstfullt redogörs för morfologisk diagnostik med datortomografi. Inget skrivs däremot om funktionell topisk diagnostik med gammakamera och [¹³¹I]-normetylkolesterol. Detta radiofarmakon har funnits i 20 år och utnyttjas rutinmässigt sedan länge hos oss samt vid några andra svenska sjukhus vid utredning av misstänkt Mb Conn.

Nuklearmedicin (med om-

ljud!) upphöjdes till egen specialitet i Sverige den 1 december 1996. Vi var sist i Europa...

Hans Jacobsson
överläkare,
universitetslektor, avd för
diagnostisk radiologi,
Stig A Larsson
sjukhusfysiker, docent
avd för sjukhusfysik,
Karolinska sjukhuset,
Stockholm

Referenser

1. André-Sandberg Å, Ihse I. Nya metoder finns för klassificering av cancer. Dagens Ljuskopier kan, och bör, kompletteras. *Läkartidningen* 1997; 94: 501-4.
2. Juhlin C, Hägg A, Rastad J. Primär aldosteronism. Vanlig orsak till botbar hypertoni? *Läkartidningen* 1997; 94: 723-6.

Replik:

Vi ville betona biokemiska sätt

Hans Jacobsson och Stig A Larsson kommenterar bland annat vår artikel »Primär aldosteronism- vanlig orsak till botbar hypertoni» med avseende på förbiseendet av nuklearmedicinska tekniker i den topiska binjurebarkdiagnostiken. Normetylkolesterol (NP-59)-skintigrafi är en väl beprövad metod med vanligen ca 60-80 procents sensitivitet för binjurebarkadenom vid rutinmässigt detekterbar primär aldosteronism [1]. Undersökningen är relativt kostsam, förbättras av dexametasonsuppression och tar förhållandevis lång tid (3-5 dagar) att genomföra. Utfallet är vanligen mindre tillfredsställande än med konventionell datortomografi, och har i upprepade fall visats korrelera positivt till tumörstorleken [2].

Vår artikel betonar biokemiska sätt att detektera primär aldosteronism vid spontan normokalemi och i många fall osedvanligt små lesioner i binjurens bark.

Då även konventionell datortomografi och transabdominellt ultraljud tenderar att falla i dessa fall torde NP-59-skintigrafi tillföra litet i detta sammanhang.

Tilläggas kan att metoden kan bidra i differentieringen mellan adenom och hyperplasi, vilken enligt vårt förmenande kanske bäst sker biokemiskt i