

shopen är: »Patientfokuserad sjukvård».

Får andra yrkesgrupper inbjudan till Människofokuserad självård, 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: psykiatrererna 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 förknäpade 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. Psykiatringens 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 [<sup>123</sup>I]-MIBG och Octreo-Scan för viss tumördiagnostik?

Har man uppmärksammat att <sup>99</sup>Tc<sup>m</sup>-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 cytotastikaresistens orsakad av permeabilitetsglukoproteinet PgP-170 eller för terapiutvärdering vid cytotastikabehandling 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 [<sup>131</sup>I]-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

**ANNONS**

enlighet med de riktlinjer som presenteras i artikeln. Det synes osannolikt att den framtida lokaliseringen av mycket små lesioner i binjurebarken kommer att innefatta NP-59-skintigrafi i annat än mycket starkt selekterade fall, samt att helt nyutvecklade spår molekyler för positronemissionstomografi torde vara avsevärt värdefullare att exploatera i detta syfte.

*Claes Juhlin*  
kirurgiska kliniken,  
*Jonas Rastad*  
docent, överläkare,  
*Anders Hägg*  
med dr, överläkare,  
medicinska kliniken,  
Akademiska sjukhuset,  
Uppsala

**Referenser**

1. Young W, Hogan M, Klee G, Grant C, van Heerden J. Primary aldosteronism: diagnosis and treatment. *Mayo Clin Proc* 1990; 65: 96-110.
2. Hogan MJ, McRae J, Schambelan M, Biglieri EG. Location of aldosterone-producing adenomas with 131I-19-iodocholesterol. *N Engl J Med* 1976; 294: 410-4.



ILLUSTRATION: FOLKE NORDLINDER

»De äldre läkarna har i dessa förändringar behandlats på ett direkt förödmjukande sätt.»

direkt förödmjukande sätt. De flesta kan efter 65 år göra en insats av största värde – man känner patienterna och har kunskapen. Nu får de flesta inte göra detta längre. Utan kontrakt blir patientens kostnad för exempelvis laboratorieanalyser och EKG svindlande, i praktiken ett yrkesförbud för en kompetent och lojal grupp läkare. Läkarförbundet har i båda frågor agerat diskret.

För Samverkanspartiet – Pensionärerna är vordfrågan viktigare än alla andra. Det är där vi vill satsa pengar, på om tanken om barn, sjuka och gamla, inte på trafikkaruseller, stolliga miljöprojekt och olympiska spel. Vi vill stoppa nedläggningarna i vården och reparera en del av de socialdemokratiska skadorna. Att äldre människor mer än andra har anledning att värna om vårdens kapacitet är för oss självklart, även yngre som vill försvara välfärden och vårdens villkor är hjärtligt välkomna. Vi säger nej till alla former av extremism.

Samverkanspartiet kommer att verka för att äldre inte behandlas illa, det gäller även läkarna och deras patienter. I partiet samverkar tidigare pensionärspartier, Vårdpartiet samt i nära valsamverkan Sjukvårdspartierna i Norrland, sammanlagt sju grupper under Arne Thoréns ordförandeskap.

**Läkargrupp föreslås**

Vi föreslår att en läkargrupp bildas som kan bistå partiledningen med kunskande i vårdfrågor och med hjälp att föra ut partiets politik. Våra möjligheter bör inte underskattas. Om Du vill hjälpa till – vänd Dig till någon av oss.

- Johan Liljenberg*  
överläkare, Huddinge
- Lars-Göran Allgén*  
docent,
- Per Åke Örsten*  
docent,
- Björn Menzinsk*  
praktiserande läkare,
- Owe Linder*  
docent,
- Georg de Hevesy*  
praktiserande läkare,  
Stockholm

**Ledarsidan och politiken**

Det var utmärkt att redaktionen inledningsvis i sin ledare 10/97 »Facket och EMU» försökte förklara för läsekretsen varför i hela friden den frågan skulle kommenteras i Läkartidningen. Den berör naturligtvis medlemmarna, men räcker det inte att läsa om Sacos ståndpunkter i tidningen »Akademiker»? Samtidigt var det ju vänligt av redaktionen att se till att detta ställningstagan-

de inte passerade obemärkt förbi.

Dock noterar man att redaktionen med sitt referat också ställer sig synnerligen positiv till Saco-meningen. Då frågar man sig om den ger uttryck för Läkarförbundets odelade bifall, eller om den bedriver egen opinionsbildning?

Det är kanske så att en omedelbar EMU-anslutning är bra för medlemmarna och rentav för sjukvården. Tvärsäkra uppfattningar i ekonomiska/politiska frågor av den här kalibern kan dock vara lite svårsmält att finna på ledarplats i ett fackorgan som Läkartidningen.

*J-O Larsson*  
allmänläkare, Göteborg

**Kommentar**

Sacos yttrande över EMU-utredningen har diskuterats med samtliga Saco-förbund. Det är således som insändaren förmodar att Läkarförbundet står bakom ställningstagandet. Därmed är det också ganska naturligt att förbundets inställning redovisas för medlemmarna även i Läkartidningen.

*Red*

**Bojkotta diagnosregistret!**

I alla de artiklar som skrivits om diagnos på recept har föga framkommit från patienter. Varför? Jo, vem vill i dessa tider offentliggöra sin sjukdom. Inga byråkrater eller politruker skall få kränka vår värdighet. Själv har jag en onkologisk sjukdom.

Att få sin diagnos på recept tillgänglig för apotekspersonal m fl är en kränkning av den grundlagsskyddade integriteten och värdigheten, och ett brott mot sekretesslagen.

**Att inte samtycka registreras**

Även att inte samtycka till registrering skall registreras. Det talas om sanktionsåtgärder (det finns skrivet om detta) som skall riktas mot de patienter som ej vill vara med.

Det är Socialstyrelsen, regeringen och Apoteksbolaget som ligger bakom detta. Nu måste ni läkare stödja oss patienter. Bojkotta helt diagnosregistret! Bryt inte mot grundlagen!

*Magnus Wildeman*  
Boden

**Parti söker läkarhjälp för att rädda sjukvården**

Sjukvården krymps nu på ett ytterst hårdhänt sätt, ofta i konfrontation med läkarnas sakkunskap. Patienter och personal far redan nu illa. 2000-talets första år med dess kraftiga ökning av alla äldre kommer att öka belastningen på detta sviktande system. Förändringarna är så djupgående att Sverige enligt vår mening är på väg att överge sina ambitioner som välfärdsland.

De äldre läkarna har i dessa förändringar behandlats på ett

Läkarförbundets ansvarsråd ger medlemmar i Sveriges läkarförbund råd och bistånd i anmälnings- och skadeståndsären. Ett nät av konsultationsläkare från olika specialiteter är knutna till rådet, vars adress är Läkarförbundets ansvarsråd, Box 5610, 114 86 Stockholm. Telefon 08-790 33 00.