

gnostik och förbättrad prognos vid hudmelanom [3].

### Missvisande

Eva Åsbrink och medarbetare har i Läkartidningen 32–33/97 framfört synpunkter på vår artikel och hävdar att vi angivit för låg siffra angående de melanom som primärt handläggs på hudklinik i Stockholm–Gotlandsregionen. Våra siffror har hämtats från en tidigare publicerad genomgång av samtliga fall som diagnostiserats på akutkliniker i Stockholm–Gotlandsregionen 1976–1993 [4].

Sammanställningen avser den klinik där det initiala diagnostiska ingreppet utförts. Detta innebär att om en patient bedöms på en samarbetsmottagning med bl a hudläkare och sedan den diagnostiska kirurgin utförts av plastikkirurg så registreras patienten som primärt handlagd av plastikkirurg.

Enligt denna sammanställning diagnostiserades på akutsjukhusens hudkliniker i regionen år 1990 31 fall, 1991 19 fall, 1992 40 fall och 1993 23 fall. Man skriver också att de egna melanompatienternas tumörer de senaste åren till 70–80 procent primärt totalresecterats.

Om »egna patienter» avser Södersjukhusets patienter överensstämmer andelen väl med våra resultat (82 procent helt korrekt handlagda).

Birgitta Wallberg  
ST-läkare, journalist,

Johan Hansson  
docent, avdelningsläkare,  
båda vid Radiumhemmet,  
Karolinska sjukhuset,  
Stockholm

### Referenser

1. Särtryck ur »Malignt Melanom. Informationsskrift från Sveriges Onkologiska centra» utarbetad av Svenska Melanomstudiegruppen; 1993.
2. Beitner H, Jacobsson S, Jönsson PE, Lagerlöf B. Användandet av stansbiopsier får ej missbrukas! Läkartidningen 1991; 88: 3262.
3. Olle Larsson, Ulrik Ringborg. Melanocytära tumörer. Generös nevoskirurgi och histopatologisk granskning sänker mortaliteten. Läkartidningen 1997; 94: 2545-7.
4. Månsson-Brahme E. Vilka diagnostiserar malignt melanom? Kartläggning av praxis. I: Konsensuskonferens 16–18 november 1994. Att förebygga malignt melanom. Program och föredrag. Stockholm: Spri/MFR, 1994: 111.

## KORRESPONDENS

### Släpp in konkurrens i vårt lands sjukvård

Konkurrens gynnar kunderna och släpper fram kreativitet och ökad kvalitet. Konkurrensen inom svensk sjukvård är låg för närvarande. Även vi läkare bör vara positiva till ökad konkurrens – i det långa loppet ger konkurrensutsatta områden i samhället bättre villkor än politikermonopoliserade.

Problemet är att »svårt sjuka kan ej betala» gör stöd från skattebetalarna nödvändigt. Men det utesluter ej att viss del av sjukvården kan konkurrensutsättas.

Börja med den billigaste delen av öppen vård. Öppna en K-sektor på försäkringskassan. Tillåt fri etablering på denna K-sektor för alla läkare i hela landet, och fri prissättning. Patienterna betalar själva läkaren hela kostnaden, men får tillbaka 50 procent av försäkringskassan, efter uppvisande av kvittot. Även labkostnader och läkemedel bör betalas till 50 procent av patienterna.

Denna fria sektor kommer bara tillåta ökad konkurrens i den billigaste delen av sjukvården. Men varför inte pröva där?

Bengt Lindqvist  
med dr, docent,  
Umeå

### Problem kan ses från mer än ett håll

I Läkartidningen har jag i sommar följt en intressant serie om epilepsi, senast i 30–31/97. Jag instämmer i de presenterade fakta och har ingen kommentar till dessa. Min kommentar gäller *sättet* att med *patienten diskutera* den terapeutiska effekten av antiepileptika.

Statistiskt finner man en fördubbling av missbildningsfrekvensen hos barn födda av mödrar som under graviditeten tagit antiepileptika. Detta låter högst skrämmande. Men i diskussionen bör man också vända på siffrorna. Missbildningsfrekvensen hos befolkningen i allmänhet ligger på ca 3 pro-

cent, vilket ger en chans till ett helt välskapat barn på ca 97 procent. En fördubbling av risken innebär att den blir ca 6 procent. Detta innebär i sin tur att chansen att få ett helt välskapat barn sjunker från 97 till 94 procent.

Dessa siffror är lika sanna som uppgiften om en fördubbling av missbildningsfrekvensen – bara sedda från andra håll.

Jag är inte ute efter att komma med några hurtfriskt, orealistiskt optimistiska siffror (och gör ju inte heller så), bara efter att alltid kunna se problem från mer än ett håll. Jag tror att detta synsätt kan tillämpas i många medicinska situationer. Till exempel har en sjukdom med 80 procents mortalitet onekligen en fruktansvärt hög mortalitet, men ändå får man inte glömma att faktiskt var femte patient överlever.

I min egen verksamhet, som nu är avslutad, har jag mött många patienter och anhöriga som funnit att attityden »låt oss se problemet från mer än ett håll» varit till hjälp och underlättat patientens benägenhet och förmåga att utnyttja läkaren som ett bollplank för att testa egna funderingar. Jag kan intyga att samarbetet blir mer givande för båda parter.

Ingrid Gamstorp  
professor,  
Uppsala

### Brist på kunskap eller brist på kritiskt tänkande?

I samband med 450-årsminnet av Luthers död fanns i den norska Läkartidningen en artikel om Martin Luthers somatiska sjukdomar skriven av O H Iverssen – lutheran och patolog vid Rikshospitalet i Oslo. Förutom en redovisning för den store reformatorn allt svårare och allt plågsammare sjukdomstillstånd framkommer av publikationen att Luthers enorma arbetskapacitet trots detta förblev helt obruten fram till hans bortgång 63 år gammal.

I våras presenterade Stephan Rössner på Läkartidning-

ens PS-sida [1] en kort resumé av Iverssens artikel. Tyvärr hade det i Rössners artikel smugit sig in två sakfel, fel som visserligen ej påverkar själva sakinnehållet.

Hos Iverssen står helt i överensstämmelse med historiskt kända fakta [2]: »3 januari 1521 ble Luther lyst i bann. – Men Fredrik den vise arrangerade et »overfall» och brakte Luther i sikkerhet i borgen Warburg i Eisenach, hvor han ble holdt i et mildt fangenskap. – Forkledd som junker Jørg oversatte han det nye testamente till datidens tysk, en språklig bragd.» Rössner skriver: »Efter sina teser på kyrkdörren i Wittenberg 1517 lyses han i bann 1521, gömdes undan i kloster och levde sedan med dålig hälsa.» Vidare uppger Rössner att Luther översatte hela bibeln från hebreiska till tyska. En omöjlig bedrift. Endast Gamla Testamentet fanns på hebreiska! Nya Testamentet däremot var skrivet på grekiska, men förelåg även i en latinsk översättning [2].

### Alternativa förklaringar

Vad beror det på att ingen av läkartidningens läsare av PS har reagerat? Jag kan tänka mig många förklaringar. Här följer bara några alternativ.

1. Man litat till den grad på en professors auktoritet att allt som kommer från hans penna betraktas som absolut sanning.

2. Man är så väluppfostrad (välдресerad?) att man avstår från att framföra kritik.

3. Man är så luttrad av tidigare erfarenheter att man inser att det är meningslöst att kämpa mot fabricerade nysanningar.

4. Man saknar grundläggande historiska kunskaper.

5. Posten har systematiskt sorterat bort alla läsarbrev som skulle komma till läkartidningen.

Gregor Katz  
pensionerad läkare,  
Danderyd

### Referenser

1. Rössner S. Martin Luthers ohälsa Läkartidningen 1997; 94: 1952.
2. Nationalencyklopedin band 2. Bra Böcker AB, Höganas 1990 s 515.

Läkartidningens författar-  
anvisningar publicerades  
senast i nr 42/96. De  
kan även beställas från  
sekretariatet.