

De var negativa men inte rasistiska

fördelningen av läkarna med endast 18 procent av läkarkåren i allmänläkarvård – övriga Västeuropa har 40 procent eller mer.

Nyansering om Vipeholmsförsöket

På tal om tidsandan kan det också vara skäl att något modifiera angreppen mot kariesstudierna vid Vipeholms sjukhus, som nu framställs som hänsynslösa övergrepp mot försvarslösa utvecklingsstörda.

1943 fann forskare endast en kariesfri värnpliktig på tusen. Man diskuterade kostens roll, däribland sockrets, men hade ingen vetenskaplig bevisning att stödja sig på. Sockerbolaget var villigt att stödja en undersökning, då man ansåg sig ha gott hopp om att sockret skulle kunna visas vara oskyldigt till karies. När sedan rapporterna började visa motsatsen, drogs anslaget in.

Uppläggningsen av försöket innebar bl a att föräldrarna tillskrevs med begäran att under försöket inte skicka sötsaker till barnen. Grundkosten i försöket med bl a rikligt med frukt var bättre än den kost som barnen tidigare hade haft. Sockermängderna, som barnen i försöksgrupperna fick, var inte större än vad barn på andra håll i landet brukade få, och som barnen före försöket brukade förse med av sina föräldrar.

Efter försöket blev varje tandrötskada lagad, och barnen fick i fortsättningen regelbunden tandvård, vilket inte hade förekommit förut. Försöksbarnens hälsa var efteråt klart bättre än före försöket. Resultatet blev ju entydigt och blev som första vetenskapliga underlag grunden för den fortsatta tandvårdsprofilaxen tillsammans med fluorbehandling, som också utprovades i anslutning till Vipeholmsförsöket. Man kanske skall tänka sig för innan man så kategoriskt fördömer Vipeholmsundersökningen.

Referens

1. J Axel Höjer. En läkares väg. Stockholm: Bonniers, 1975.

När Läkartidningen (45/99) beskriver »tidsandan» 1930–1950 inom kåren utelämnar man en viktig förklaring till varför kåren var negativ till läkarimport, oavsett varifrån den kom – Tyskland och Finland exemplifieras. De flesta akademiker fick på den tiden nämligen arbeta oavlönat ett antal år innan de fick en tjänst med lön (vilket ingen längre tycks komma ihåg).

Detta gällde också vår kår, en underläkare fick kost och logi, men ofta endast ett krypin på en vårdavdelning, t ex i tvättförrådet. (Det är väl värt att också komma ihåg att nästan all övrig personal bodde på sjukhusen.) Reda

Författare

JOHAN FISCHER
överläkare, Värnamo.

Redaktionell kommentar:

Institutionell glömska ...

Varför har det tagit så många år att ta itu med dessa sidor av Läkarförbundets historia? Det har en del läsare av serien *Läkarna och tidsandan* undrat.

Frågan är synnerligen berättigad men inte så lätt att besvara. Är det någon som har försökt att dölja eller förtiga fakta? Nej, det finns det inga tecken på. Det enkla, men otillfredsställande, svaret är: Vi visste inte att det fanns någonting att ta itu med.

Den franske historikern Henry Rousso har (intervjuad i Svenska Dagbladet den 11 oktober 1999) påpekat att det finns en väsentlig skillnad mellan att »ha glömt» och »inte känna till» och fortsätter:

pengar fick han endast när överläkaren delade med sig i form av polikliniska patienter (som på den tiden betalade för sig). Så här levde en ung läkare även om han hade familj.

Han tvingades godta allt detta för att meritera sig. Därför var det en hård konkurrens om det fåtal oavlönade tjänster som fanns. I slutet av 1930-talet var 6–7 procent av kåren i Stockholm arbetslös – andelen var ännu större bland de yngsta kollegerna. Inte förrän i mitten av 1940-talet genomdrev Sylf att alla underläkartjänster hade lön.

Jag tycker inte det var underligt att våra kolleger på den tiden hade svårt att godta utländska läkare. De flesta var säkert varken främlingsfientliga eller rasistiska – »lönlösheten» räcker gott som förklaring. En helt annan sak är att de usla levnadsförhållandena med framgång kunde utnyttjas av nazistiska och andra extremistiska grupper.

Och till sist, hur skulle förbund och Sylf ha kunnat handla på ett annat sätt än som man gjorde, dvs i första hand stödja sina arbetslösa medlemmar? •

»De (journalisterna) har en uppfattning att den historiska kunskapen är fullständigt etablerad, och att det räcker att skrapa lite på ytan för att snabbt få fram den. Gör man inte det, så beror det på att någon vill dölja något, och att historikerna är kumpaner med staten, som inte vill att vi ska veta. — — — Men idag är problemet snarare mängden av information och att den är så heterogen.»

Tar minnena med sig

Man kan tillägga att juridiska personer till skillnad från fysiska inte har något aktivt minne, ingen självskrivna kontinuitet i tanke- och beslutsprocesserna. De enskilda människorna i orga-

nisationen kommer och försvinner och tar sina minnen med sig.

I bästa fall har den juridiska personen ett arkiv, där senare generationer kan lära om och av organisationens historia. I det aktuella fallet har materialet hela tiden funnits och varit ganska lätt tillgängligt. Men det har krävt en aktiv och tidskrävande insats för att få fram, bearbeta och presentera det som underlag för debatt och eftertanke.

Den lärdom som Läkarförbundet (och andra organisationer, inklusive politiska partier) kan dra för framtiden är att det krävs en kontinuerlig ansträngning för att motverka den institutionella »glömskan». Den ansträngningen måste vi vara beredda att göra, bli genom att då och då gå tillbaka till arkiven och kritiskt granska åsikter och beslut.

Riktigt påpekande

Nils-Brage Nordlander och Johan Fischer har erinrat om att underläkarnas besvärliga situation är en viktig förklaring till läkarkårens motstånd mot invandring av läkare från andra länder. Det är ett alldeles riktigt påpekande, och det nämns också i artiklarna att Läkarförbundet återopade undersökningar om underläkarnas inkomst- och bostadssituation.

Att dessa förhållanden inte har fått en mer framträdande plats i Läkartidningens redovisning beror helt enkelt på att de inte spelade någon tung roll i förbundets argumentation. Förbundet anförde hela tiden den medicinska kvaliteten och läkarens möjlighet att kommunicera med patienten som huvudargument mot att ge utländska läkare svensk legitimation.

Frågan om detta var det egentliga skälet eller om det handlade om protektionism (obs inte rasism) ställdes redan i artikelrubriken.

Ulf Schöldström

Osakligt om riskerna med ögonlaseringrepp

I början av november gick en larmrapport genom media med rubriker som »Laseroperation kan ge blindhet», »Laseroperation kan ge allvarlig ögonsjukdom» och »Professor varnar för ny typ av ögonoperation».

Vad som startade som en försynt reflexion i en medicinsk facktidskrift piskades under ett intensivt dygn upp till ren skräckpropaganda med dramatiska rubriker, grova överdrifter och konsekvent osaklighet. Självklart blev människor rädda. Patienter, blivande patienter, anhöriga och allmänhet reagerade med skepsis och oro. (Den ovan citerade professorn är Björn Tengroth, Stockholm.)

Alla metoder kan medföra risk

Det hela började med att facktidskriften *Journal of Refractive and Cataract Surgery* publicerade en »gästledare» skriven av den tyske ögonprofessorn Theo Seiler [1]. I sin text diskuterade Seiler »Iatrogen keratektasi (dvs keratokonus, en frambuktning av hornhinnan) efter Lasikoperation». Lasik (Laser Assisted In situ Keratomileusis) är en modern och utbredd så kallad refraktiv operationsmetod (refraktiv kirurgi betyder att man vill påverka ögats brytningskraft så att patienten slipper bära glasögon eller kontaktlinser).

Av världens totalt cirka två miljoner Lasikopererade hade en handfull patienter identifierats som skadade. Seiler refererade till sammanlagt tolv fall där man såg en kertaokonus efter Lasik, men angav ingen dokumentation. Detta är helt legitimt så länge diskussionen hålls i det forum den är avsedd för.

Syftet med Seilers inlägg var att berätta om en indikation som han observerat; det kan finnas risk för keratokonus även i friska ögon – om operatören

DEBATT

”Problemet uppstår när Seilers auktoritet och ämnesval utnyttjas för att misskreditera en framgångsrik operationsteknik till förmån för en annan, mer daterad. Lasik har nämligen i stort sett ersatt den äldre tekniken PRK (photorefractive keratectomy).”

är oförsiktig och avlägsnar för mycket hornhinnevävnad med laser, eller gör slarviga förundersökningar och behandlar patienter som uppvisar tidiga tecken av keratokonus. I friska hornhinnor finns däremot ingen risk att utveckla keratokonus om man lämnar kvar 250 µm av hornhinnebadben och i övrigt följer de riktlinjer som antagits som standard över hela världen.

I korthet: en slarvig operatör som tänjer på gränserna kan alltså riskera att en olämplig patient kan skadas. Det är i princip lika självklart som att en omdömeslös pilot kan få ett flygplan att störta. I ett brev till undertecknad uppger Seiler att han »naturligtvis» kommer att fortsätta med Lasik. Han beklagar samtidigt att hans »välmenade» inlägg, som var avsett att uppmanna kolleger att hålla sig till de rätta indikationerna, »hittat sin väg till den svenska offentligheten – så var det inte tänkt».

Framgångsrik teknik misskrediteras

Problemet uppstår när Seilers auktoritet och ämnesval utnyttjas för att misskreditera en framgångsrik operationsteknik till förmån för en annan, mer daterad. Lasik har nämligen i stort sett ersatt den äldre tekniken PRK (photorefractive keratectomy). Björn Tengroth praktiserar själv inte Lasik

Författare

RUDOLPH HAHNENBERGER
vd och klinikchef, Medocular AB,
Uppsala.