

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-

KORRESPONDENS

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.

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 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 [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