

21
-97

Saunjal

Risto Vataja

LOBOTOMIA

Taustatietoa ja selvitys leikatuista
potilaista Suomessa 1946 - 1969

21/1997



STAKES

STAKES
SOSIAALI- JA TERVEYSALAN
TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISKESKUS

TIETOPALVELU

23575

SOSIAALI- JA TERVEYSALAN TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISKESKUS

A I H E I T A

Handwritten signature in blue ink, partially obscured by a green sticker.

Large handwritten signature in blue ink, spanning across the bottom half of the page.

Sisällys

Tiivistelmä	5
Johdanto	7
Menetelmät	7
Lobotomialeikkausten ja elossa olevien potilaiden lukumäärän selvittäminen	7
Suostumuskäytännön selvittäminen	8
Tiedot komplikaatioista ja kuolleisuudesta	8
Muut tietolähteet	8
Lobotomian historia	9
Lobotomian keksiminen	9
Leikkausmenetelmä kehittyi	9
Lobotomian aiheet	10
Lobotomian leikkaustulokset	10
Lobotomiasta luopuminen	11
Mitä lobotomia merkitsee potilaalle?	11
Otsalohko-oireyhtymä (prefrontaalinen oireyhtymä)	11
Lobotomia ja dementia	12
Millä tavalla lobotomia poikkeaa perusteiltaan muista hoitomuodoista?	13
Norjan lobotomiakorvauspäätös	14
Norjan sosiaali- ja terveysministeriön raportti 1992	14
"Kohtuukorvausperiaate"	15
Norjan ministeriöidenvälisen neuvottelukunnan raportti korvauksien maksamisesta kaikille lobotomiapotilaille	15
Norjan ratkaisu ja kokemukset korvauksien maksamisesta	16
Lobotomia Suomessa	16
Potilaiden lukumäärä	17
Elossa olevat potilaat	18
Voidaanko lobotomiapotilaat tavoittaa?	19
Mahdolliseen korvausmenettelyyn liittyviä näkökohtia	19
Kirjallisuus	20

Tiivistelmä

Lobotomialla tarkoitetaan 1940—1960-luvuilla käytössä ollutta aivoleikkausta, jolla aivojen otsalohkoa tuhoamalla hoidettiin psykiatrisista oireista kärsiviä potilaita. Leikkaus tehtiin usein potilaan suostumusta kysymättä. Lobotomiaa pidetään nykyisin epäeettisenä siihen liittyvän persoonallisuuden muutoksen ja latistumisen vuoksi. Suomessa tehtiin suurimmissa mielisairaaloissa ja Töölön sairaalassa lobotomia arviolta yhteensä 1 500 potilaalle ja elossa heistä on edelleen noin 350. Elossa olevien potilaiden keski-ikä on noin 75 vuotta. Norjassa on päätetty vuonna 1996 maksaa 100 000 kruunua kertakorvauksena lobotomiapotilaille. Tätä ratkaisua ja siihen johtaneita vaiheita kuvataan lyhyesti. Raportissa esitetään sellaisia perustietoja lobotomiasta ja sen käytöstä psykiatristen potilaiden hoidossa Suomessa, joita tarvitaan harkittaessa korvauksien maksamista lobotomiapotilaille.

Johdanto

Lobotomialla [*lobus* la lohko + *tome* kr leikata] tarkoitetaan leikkausta, jossa aivojen otsalohkojen yhteydet taaksepäin katkaistaan. Leikkausta käytettiin 1940—1960-luvuilla psykiatristen potilaiden hoidossa ja se tehtiin usein ilman potilaalta pyydettyä suostumusta. Leikkaus saattoi lievittää tuskaisuutta ja ahdistuneisuutta, mutta se ei parantanut skitsofreniaa, jonka hoidossa sitä eniten käytettiin. Leikkauksen traagisena sivuvaikutuksena oli persoonallisuuden muutos, aloitekyvyn, sosiaalisen herkkyyden ja luovuuden heikkeneminen. Lääkehoidon kehittymisen, huonojen leikkaustulosten ja lobotomiakritiikin lisääntymisen vuoksi lobotomiasta luovuttiin 1960-luvulla, ja nykyisin sitä pidetään epäeettisenä hoitumuotona.

Tässä selvityksessä annetaan lobotomiasta perustietoja, joita voidaan käyttää apuna harkittaessa korvausten maksamista lobotomiapotilaille. Tarkoituksena ei ole ottaa kantaa siihen, tulisiko korvausta antaa. Lobotomiapotilaiden tilanne Suomessa on haluttu selvittää sen jälkeen, kun Norjassa päätettiin vuosi sitten (keväällä 1996) maksaa lobotomoiduille potilaille ilman yksilöllistä harkintaa kertakorvaus myöhemmin tuomittavaksi osoittautuneelle leikkausmenetelmälle altistumisesta. Raportin laatimista on kirjoittajalta pyytänyt Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (Stakes) pääjohtaja Vappu Taipale.

Raportissa esitellään lobotomia toimenpiteenä ja pyritään tuomaan esiin niitä erityispiirteitä, joiden vuoksi lobotomia ratkaisevasti poikkeaa muista psykiatrisista ja kirurgisista hoidoista. Sen lisäksi on esitetty tuloksia, joita on saatu selvittäessä lobotomialeikkauksen yleisyyttä Suomessa.

Menetelmät

Lobotomialeikkausten ja vielä elävien potilaiden lukumäärän selvittäminen

Lobotomioita tehtiin aluksi vain Töölön sairaalassa, mutta leikkauksia alettiin 1950-luvulla tehdä myös suurimmissa mielisairaaloissa. Ne harvat potilaat, joita pienistä — vuoden 1955 jälkeen ns. B-mielisairaaloista — ohjattiin lobotomiaan, leikattiin Töölön sairaalassa. Suhteellisen luotettava arvio koko Suomessa tehtyjen lobotomialeikkausten määrästä saatiin selvittämällä tiedot leikkausten lukumäärästä piirimielisairaaloista, kaupunkien ja valtioiden omistamista mielisairaaloista sekä Töölön sairaalasta. Stakesista saaduista lääkintöhallituksen aikanaan keräämistä vanhojen mielisairaaloiden ja mielisairaanhuoltopiirien toimintalukuja esittelevistä tilastoista selvisi, minkänimisiä mielisairaloita Suomessa lobotomia-aikana (1946—1969) toimi.

Mielisairaaloiden vanhoissa vuosikertomuksissa on melko samankaltainen rakenne, jossa yhtenä kappaleena 1950—1960-luvuilla oli ”käytetyt erikoishoidot”. Tähän oli sähkö- ja insuliinihoitojen lukumäärän lisäksi tilastoitu vuoden aikana sairaalassa tehtyjen tai Töölön sairaalaan leikattavaksi lähetettyjen lobotomiapotilaiden määrät. Sairaaloiden ylilääkäreihin oltiin yhteydessä vuosikertomustietojen saamiseksi. Ne vuosikertomukset, joita ei ollut kyseisissä sairaaloissa, löytyivät joko maakunta-arkistoista tai Stakesin arkistoista. Joissakin sairaaloiden omissa historiikeissa on myös tietoja lobotomialeikkauksista. Vuosikertomustietojen ja Töölön sairaalan sairauskertomustietojen perusteella päädyttiin arvioon leikkausten kokonaismäärästä.

Kupittaaan sairaalan vuosikertomuksia löytyi vain kahdelta vuodelta, mutta on välillisesti pääteltävissä, että Kupittaaalla ei tehty lobotomioita, vaan tarvittaessa potilaat lähetettiin Töölöön leikattaviksi. Niuvanniemen sairaalan vuosikertomuksissa ei muista sairaaloista poiketen ollut mainintoja erityyppisistä hoidoista. Ainoastaan potilaiden kuolinsyytilastoista on pääteltävissä — yhden potilaan kuolinsyynä on ollut postoperatiivinen meningiitti — että lobotomioita tehtiin Niuvanniemellä mutta vain suhteellisen vähän, korkeintaan joitakin kymmeniä. Sairaalan entisen ylilääkärin professori Panu Hakolan haastattelu tukee tätä arviota.

Selvitettäessä elossa olevien potilaiden lukumäärää yksittäisten potilaiden jäljittämisen sijasta päädyttiin otantamenettelyyn. Yhden suuren piirimielisairaalan (Kellokosken sairaala) leikattujen 176 potilaan nimet ja syntymäajat olivat tiedossa sairaalan lobotomia-aikaisen ylilääkärin erillisen seuranta-aineiston perusteella. Näiden tietojen avulla oli mahdollista väestörekisterin ja Helsingin maistraatin tuella selvittää, kuinka monta Kellokosken leikatuista potilaista edelleen on hengissä. Oletettiin, että tämän aineiston elossaoloprosentti vastaisi koko maan tilannetta.

Suostumuskäytännön selvittäminen

Parhaan käsityksen tavasta pyytää potilailta tai omaisilta suostumus lobotomiaan sai tutustumalla Töölön sairaalan leikkaus- ja sairauskertomuksiin sekä Kellokosken sairaalan sairauskertomustiivistelmiin. Kaikkien sairaaloiden käytännöstä ei ole tietoa, mutta on syytä olettaa, että se on muissakin sairaaloissa ollut samankaltainen. Kansainvälisesti on tiedossa, että potilaan omaa suostumusta ei tarvittu ainkaan USA:ssa, Norjassa eikä Isossa-Britanniassa.

Tiedot komplikaatioista ja kuolleisuudesta

Tiedot komplikaatioista ja kuolleisuudesta on saatu Töölön ja Kellokosken sairaaloiden sairauskertomuksista. Leikkauskuolleisuus on Suomessa ollut yhtä suuri kuin muualla länsimaissa. Norjasta tiedetään, että leikkauskuolleisuus 1950-luvulla vaihteli eri kirurgien välillä. Suomessa toimenpiteen tekivät tietyt muutamit Töölön sairaalan neurokirurgit. On todennäköistä, että leikkauskuolleisuuteen ei ole paljoa vaikuttanut se, missä sairaalassa nämä kirurgit leikkasivat.

Muista komplikaatioista on vaikea saada tietoja. Leikkauksen jälkeen kehittyvästä epilepsiasta on Suomesta tietoja Kellokoskelta ja Törnävän sairaaloista, joista on olemassa pieniä seuranta-aineistoja. Epilepsian, samoin kuin muiden leikkauskomplikaatioiden (aivokalvontulehdukset, aivopaiseet, aivoverenvuodot jne.) osalta merkinnät ovat epäluotettavia. Komplikaatioiden esiintyvyys on näissä aineistoissa kuitenkin suunnilleen sama kuin kansainvälisesti ilmoitettu. Lobotomialeikkauksen jälkeistä persoonallisuuden muutosta ei aina mielletty komplikaatioksi vaan hoidon tulokseksi. Näitä tietoja ei ole sairauskertomuksista luotettavasti saatavissa.

Muut tietolähteet

Lobotomia-ajan kokemuksista ja asiaan liittyvistä muista seikoista on haastateltu joitakin suomalaisia kollegoita (mm. prof. Achté, prof. Hakola). Norjan tilannetta on selvitetty puhelimitse paikallisesta mielenterveyspotilaiden keskusliitosta (Mentalhelge) sekä Norjan sosiaali- ja terveysministeriöstä (Sosial- og helsedepartement), joista on saatu myös Norjan tilannetta selvittävää kirjallisuutta. Kirjallisuusluettelosta käyvät ilmi ne keskeisimmät julkaisut, joita raporttia laadittaessa on käytetty. Laajemmat katsaukset lobotomiasta täydellisempine kirjallisuusluetteloineen ovat Suomen lääkirilehdessä sekä Ruotsin Läkartidningenissä.^{1,2}

Lobotomian historia¹

Lobotomian keksiminen

Länsimaissa 1700-luvulla alkanut käytäntö eristää vaikeasti psykiatrisesti sairaita potilaat suljettuihin laitoksiin johti ensimmäisen maailmansodan jälkeen vaikeutuvaan tilanteeseen potilasmäärien lisääntyessä ja laitosten täyttyessä. Tehokkaita lääkkeitä ei ollut vielä keksitty, ja psykoterapeuttinen hoito auttoi vain harvoja psykoottisesti sairaita ihmisiä. 1920- ja 1930-luvuilla keksittiin ns. biologisia hoitomuotoja, jotka tuntuivat todella tehoavan ja joiden ansioista monta aikaisemmin loppuiäkseen sairaalaan tuomittua potilasta kyettiin palauttamaan yhteiskuntaan. Näitä hoitoja olivat kupan malariahoito, kestounihoito, kouristushoidot (pentetratsoli- ja sähköhoidot) sekä lobotomia. Kaikki nämä terapiat otettiin innolla vastaan suuressa osassa läntistä maailmaa, ja niitä alettiin hyvin nopeasti käyttää runsaasti. Sähköhoitoa lukuun ottamatta kaikista näistä hoidoista luovuttiin 1950-luvulla, kun tehokkaat psykoosi- ja masennuslääkkeet keksittiin.

Lobotomian kehitti portugalilainen neurologi Egas Moniz. Hän oli tutustunut eläinkokeisiin, joissa simpansseilta oli poistettu aivojen otsalohkot. Koe-eläimet muuttuivat selvästi rauhallisemmiksi eikä niille saatu provosoitua neuroottisen kaltaista oireistoa aikaisempaan tapaan esim. turhauttamalla niitä ulottumattomissa pidetyillä makupaloilla. Moniz arvioi, että samaan tapaan olisi mahdollista rauhoittaa tuskaisia ja rauhattomia potilaita. Hän aloitti yhdessä neurokirurgi Liman kanssa vuonna 1936 Portugalissa leikkaukset, joissa kallon etuosiin porattujen reikien kautta ruiskutettiin väkevää alkoholiliuosta otsalohkoihin. Ajatuksena oli ”vapauttaa hypotalamus otsalohkon kontrollista” katkaisemalla otsalohkon hermoratayhteydet aivojen taempiin osiin. Alkoholien korvasi pian erityinen instrumentti, leukotomi, josta työntyvällä metallilankasilmukalla aivoista leikattiin kudospappaleita. Moniz julkaisi ensimmäisen kahdenkymmenen leikkauspotilaansa tulokset, jotka olivat tuohon aikaan vallankumouksellisen hyviä: seitsemän potilasta oli hyötynyt leikkauksesta selvästi, seitsemän jonkin verran, kukaan ei kuollut eikä vakavia komplikaatioita ilmennyt. Moniz sai työstään Nobelin palkinnon 1949.

Leikkausmenetelmä kehittyy

Leikkausmetodia alkoi kehittää pohjoisamerikkalainen neurologi Walter Freeman, joka yhdessä neurokirurgi James Wattsin kanssa kehitti ns. lobotomian standardimetodin. Siinä silmäkuopan reunaa sekä zygomaluun reunaa maamerkkeinä käyttäen pyrittiin standardikohtaan poraamaan ohimoihin molemmin puolin reiät useimmiten paikallispuudutuksessa. Reikien kautta aivojen läpi pujotettiin sondi, jolla mitattiin aivojen läpimitta ja määritettiin tulevien viiltojen taso. Sondi poistettiin ja reiästä pujotettiin tylppäteräinen leukotomi, jolla tehtiin ylös- ja alaspäin viuhkamaiset viillot. Sama toimenpide tehtiin toiselle puolelle. Tavoitteena oli katkaista mahdollisimman täydellisesti aivojen otsalohkoista taaksepäin aivostoon kulkevat hermoradat, mutta säilyttää verenkierto niin, että otsalohkon kuorikerroksen harmaa aine — aivohermosolukerros — pysyi elävänä. Walter Freeman oli vakuuttunut hoitomuodon erinomaisuudesta. Hänen henkilökohtainen innostuneisuutensa ja lukuisat esiintymisensä Yhdysvalloissa vaikuttivat osaltaan siihen, että vuoteen 1949 mennessä Yhdysvalloissa oli operoitu jo 10 000 ihmistä, joista nuorin oli 4½-vuotias tyttö. Euroopassa menetelmä otettiin innostuneimmin vastaan Isossa-Britanniassa sekä Pohjoismaissa. Manner-Euroopassa leikkausta käytettiin vähemmän.

Jo varhain lobotomian yleistyessä siihen kohdistettiin myös kritiikkiä, ja varsinkin analyttisesti suuntautuneet psykiatrit pitivät sitä tuomittavana. Myös katolinen kirkko vastusti leikkausta. Paavi Pius XII piti Roomassa histopatologian kongressissa vuonna 1952 puheen, jossa hän totesi: ”Sellaisia

hoitomuotoja ei ole sallittava, jotka tosin vapauttavat ihmisen psyykkisistä tai fyysisistä vaivoista, mutta joiden seurauksena on samanaikaisesti vapauden, s.o. yksilöllisen persoonallisuuden sille erikoisine ja luonteenomaisine funktioineen, pysyvä menetys tai huomattava ja kestävä rajoitus. Sellainen toimenpide saattaa asianomaisen yksinomaan opittujen refleksiin varassa toimivan reaktorin tai automaatin tasolle. Moraalinen laki ei salli sellaista arvojen pääläelle kääntämistä.” Myös Englannissa papisto asettui vastustamaan lobotomiaa.¹⁴

Leikkauksen laaja käyttö aiheutui erityisesti sen tehokkuudesta potilaiden rauhoittajana, mikä puolestaan mahdollisti joidenkin skitsofreniapotilaiden kotiuttamisen, vaikka harhat ja perussairaus muuten jäivätkin parantumatta eikä esim. työkyky parantunut. Tätä pidettiin erinomaisena tuloksena (kuten Walter Freeman totesi: ”a contended drone is better than a complaining one”) vaikka jo hyvin varhain oli huomattu se syvä persoonallisuuden muutos, jonka leikkaus teknisesti onnistuessaan aiheutti.

Hoidettavia potilaita alkoi olla enemmän kuin mahdollisuuksia heidän leikkaamiseen. Vaikka kokenut neurokirurgi teki lobotomian neljässä kymmenessä minuutissa, pyrki Freeman kehittämään helpomman ja nopeamman leikkausmenetelmän, jota psykiatrikin voisi käyttää. Tällainen tehokas menetelmä oli ns. transorbitaalinen lobotomia, jossa jäänaskalin näköinen instrumentti työnnettiin kummaltakin puolelta silmäkulmasta kallonpohjan läpi aivojen otsalohkoon ja alapäin katkaistiin otsalohkon projektiot taaksepäin. Anestesiaksi riitti kaksi peräkkäistä sähkösokkia. Tämäkin leikkausmenetelmä yleistyi nopeasti, ja sitä on käytetty mm. Norjassa, ei kuitenkaan Suomessa.

Lobotomian aiheet

Melko nopeasti lobotomian tärkeimmäksi indikaatioksi vakiintui skitsofrenia, jota poti yli 80 % leikatuista. Vaikeasti masentuneita ja neuroottisia potilaita leikattiin jonkin verran, samoin levottomia kehitysvammaisia. Lobotomia-ajan tutkimuksissa oli jo todettu, että vaikeasti kroonisesti masentuneet potilaat hyötyivät leikkauksesta selvästi enemmän kuin psykoottiset skitsofreniapotilaat, joihin kuitenkin hoito ensisijaisesti kohdistettiin. Syynä oli se, että diagnoosin lisäksi leikkaukseen vaikutti potilaan oireilu, ja erityisesti levottomia potilaita leikattiin herkästi diagnoosista riippumatta. Yleensä leikattiin jo melko pitkään sairastaneita potilaita. Esimerkiksi Kellokosken potilaat olivat sairastaneet skitsofreniaa keskimäärin 11 vuotta ennen leikkausta. Lobotomia-ajan loppupuolella pyrittiin varhaisempiin leikkauksiin, jotta ”potilas voitaisiin pelastaa ennen kuin kaikki on menetetty”. Leikattujen keski-ikä oli yleensä hieman alle 40 vuotta. Nuorin potilas Suomessa oli tietävästi Törnävällä leikattu 14-vuotias poika¹².

Lobotomian leikkaustulokset

Lobotomiakauden seurantalutkimukset eivät täytä nykyisin lääketieteelliselle tutkimukselle asetettavia vaatimuksia. Tutkimuksissa ei ollut kontrolliaineistoa, diagnostiset kriteerit olivat hämäriä, seuranta-ajat lyhyitä ja hoitotuloksen arvioiminen epämääräistä. Hyvänä tuloksena pidettiin usein potilaan näennäistä rauhoittumista. Yleensä välittömät tulokset tulkittiin hyväksi mutta pidemmässä seurannassa todettiin useissa tutkimuksissa leikkaustulos vaatimattomaksi ja joka kolmannen- joka neljännen potilaan arvioitiin jonkin verran hyötynneen leikkauksesta. Erinomaiseksi tulos arvioitiin yleensä alle 10 %:ssa tapauksista. Kellokosken lobotomiapotilaista arvioitiin vuosina 1949—1957 25 %:n selvästi hyötynneen leikkauksesta, kun taas 43 %:ssa potilaan vointi huononi leikkauksen jälkeen tai potilas kuoli.

Lobotomiasta luopuminen

Lobotomiasta luopumiseen vaikutti eniten psyykkisten sairauksien lääkehoidon kehittyminen 1950-luvulla, jolloin keksittiin tehokkaat lääkkeet sekä psykoosien että mielialasairauksien hoitoon. Yleinen ilmapiiri ja mielipiteet sekä lääkäreiden että suuren yleisön keskuudessa alkoivat selvemmin kääntyä lobotomiaa vastaan. Viimeinen lobotomia tehtiin Suomessa 1969. Lobotomian jälkeen kehitettiin uusia psykokirurgisia menetelmiä, mm ns. tractotomia ja cingulotomia, joissa tarkasti paikannetut psyykkisten oireiden kannalta tärkeät aivoalueet tuhoamalla pyrittiin helpottamaan varsinkin vaikeista pakko-oireista ja ahdistuneisuudesta kärsivien potilaiden oireita. Näitä leikkauksia Suomessa 1970-luvulla tehnyt neurokirurgi Lauri Laitinen siirtyi sittemmin Tukholmaan Karoliiniseen sairaalaan, jossa leikkausmenetelmiä on edelleen kehitetty. Suomessa ei minkäänlaisia psykokirurgisia leikkauksia ole 1970-luvun jälkeen tehty, mutta joitakin vaikeista pakko-oireista ja ahdistuneisuudesta kärsiviä potilaita on lähetetty leikkausta varten Tukholmaan. Lobotomiaa ei tietävästi missään Euroopan maassa ole kielletty lailla, mutta joissakin maissa leikkaus on ilmoitusvelvollisuuden alainen. Leikkauksia on tehty Hollannissa ainakin 1980-luvun lopulla ja Isossa-Britanniassa mahdollisesti sen jälkeenkin. Psykokirurgian valvomisen tiukentamista selvitellään EU:ssa.³

Mitä lobotomia merkitsee potilaalle?

Otsalohko-oireyhtymä (prefrontaalinen oireyhtymä)

Aivojen otsalohkon vaurioissa kehittyy vaurion vaikeusasteesta riippuen lievä tai vaikea ns. otsalohko-oireyhtymä. Taulukossa 1 on lueteltu otsalohko-oireyhtymän tyypillisiä piirteitä.

Taulukko 1. Otsalohko-oireyhtymän piirteitä.

käyttäytymisen kontrollin puute	heikko kivunsieto
sosiaalinen estottomuus	mielialan muutos (usein ylihilpeä, euforinen)
motorinen levottomuus	aloitekyvyn puute
virtsan ja ulosteen pidätyshäiriöt	keskittymiskyvyn puute
kyvyttömyys arvioida omien tekojen seurauksia	arvostelukyvyn puute
impulssikontrollin puute	tylsä vitsikkyys (<i>Witzelsucht</i>)
hahmotusvaikeudet	luovuuden ja taiteellisuuden häviäminen
motoriikan köyhtyminen	persoonallisuuden latistuminen

Aivoissa säätelee tunne-elämää ns. limbisen järjestelmä, jonka keskeisiä osia ovat mm. otsalohkojen etu-alaosat, tietyt ohimolohkojen osat sekä aivojen syvissä osissa sijaitsevat rakenteet (hypotalamus- ja talamus). Lobotomiassa katkaistaan otsalohkojen yhteydet taempiin limbisen järjestelmän osiin. Lobotomia-aikana opittiinkin paljon otsalohkon normaalista toiminnasta ja tehtävistä, kun nähtiin minkälaisia oireita potilaalle kehittyä, kun otsalohkon vaikutus tunne-elämään poistettiin.

Otsalohko-oireyhtymä on periaatteessa samanlainen, syntyipä aivovamma luodista, auto-onnettomuudesta tai — kuten lobotomiassa — kirurgin veitsetä. Useimmiten kuitenkin erilaisissa tapaturmissa syntyvät aivovammat aiheuttavat laaja-alaisempia kuin vain otsalohkoon rajoittuvia vammoja. Ne voivat olla joko selviä aivoverenvuotoja (kontuusioita) tai voi kehittyä laaja-alainen, ns. diffuusi aivoruhje, jota on vaikea todeta esimerkiksi tietokonekerroksista. Tämä aiheutuu siitä, että aivovammoissa aivoja vaurioittava energia on usein laajalle leviävää. Epäsuorat vauriot ovat paljon suu-

remmat kuin mitä läpäisevän esineen voisi kokonsa ja muotonsa puolesta olettaa aiheuttavan. Kirurgin veitsellä aikaansaatu tuho rajoittuu usein tarkasti viiltoalueelle. Silti lobotomian jälkeiset otsalohko-oireyhtymät saattavat joskus täysin muistuttaa esim. sotavamman tai autokolarin jälkitilana nähtäviä oirekuvia.

Pääasiassa leikkaustekniikka aiheutti otsalohko-oireyhtymän vaikeusasteen vaihtelun eri lobotomiapotilaiden välillä. Toimenpide tehtiin kirurgisessa mielessä täysin "sokeasti", näkemättä operoitavaa aluetta. Leikkausalue paikannettiin käyttämällä tiettyjä anatomisia rakenteita, kuten silmäkuopan ulkoreunaa ja korvakäytävän suuta, kiintopisteinä. Koska kallon ulkoisten maamerkkien ja aivojen rakenteiden sijainnin anatomisissa suhteissa on suuria yksilöllisiä eroja, oli ennalta arvaamatonta, mihin kohtaan otsalohkossa viilto osui. Jos viilto suuntautui liiaksi eteen, leikkauksen teho potilaan rauhoittajana oli huono. Jos se suuntautui liian taakse, tulos oli menetelmän kehittäjienkin mukaan liian täydellinen. Kehittyi vaikea otsalohko-oireyhtymä: potilaat olivat täysin apaattisia, tunteettomia, vailla mielenkiintoa tai kykyä suunnitella tulevaisuutta, luovuus ja spontaanisuus olivat kateissa ja ruokahalun, virtsaamisen ja ulostamisen säätely häiriintyneet. Jos viilto ulottui liian syvälle kohti aivojen keskiviivaa, vaurioituvat etummaisiet aivovaltimot aiheuttaen runsaan, useimmiten nopeasti kuolemaan johtaneen verenvuodon.

Suomessa käytettiin usein leikkaustekniikkaa, joka säästi otsalohkojen valkean aineen yläosien yhteydet taaksepäin (ns. alakvadranttitekniikka). Siksi vaikea otsalohko-oireyhtymä on ehkä täällä ollut hieman harvinaisempi kuin esim. USA:ssa. Määritelmien sekä aineistojen erilaisuudesta aiheutuu se, että lobotomiapotilaiden vaikean otsalohko-oireyhtymän esiintymisluvut vaihtelevat suuresti, 3—50 %:n välillä. Kaikille siis ei selvää oireyhtymää kehittyntä.⁴ On kuitenkin ilmeistä, että teknisesti onnistuneesta lobotomiasta, jossa otsalohkojen tunne-elämää kontrolloivia ratayhteyksiä katkaistaan, seuraa syvällisiä muutoksia potilaan persoonallisuudessa ja suhtautumisessa ympäröivään maailmaan sekä omaan itseensä. Oireisto ei aina vain ole niin selvä, että voitaisiin puhua klassisesta otsalohko-oireyhtymästä.

Suomalaisessa seurantatutkimuksessa potilaat, jotka oli aikoinaan leikattu masennuksen tai neuroottisen häiriön vuoksi, kokivat itse haitallisimpina leikkauksen aiheuttamina oireina lisääntyneen väsymyksen, tunteettomuuden, yleisen hitauden ja vaikeuden kanssakäymisessä muiden ihmisten kanssa.⁵

Hyvin vähän tietoa on saatavissa lobotomiapotilaiden otsalohko-oireyhtymän pitkäaikaisennusteesta. Suomesta on julkaistu äskettäin artikkeli⁶, jossa todettiin 1950-luvulla lobotomoiduista potilaista vaikea otsalohko-oireyhtymä yhdellä, lievä yhdeksällä eikä lainkaan kolmella. Aineisto on kuitenkin hyvin pieni ja valikoitunut sairaalamateriaali, jonka perusteella ei voi tehdä tarkkoja johtopäätöksiä. Lobotomia-ajalta on lukuisia julkaisuja, joissa todettiin otsalohko-oireyhtymän lähivuosina leikkauksen jälkeen jonkin verran korjaantuneen ja mm. inkontinenssin parantuneen. Krooniseen skitsofreniaan sinänsäkin liittyy usein otsalohkojen toiminnan heikentymistä⁷. Tämä saattaa lobotomoiduilla potilailla korostua myöhemmin, kun frontaalista kapasiteettia on leikkauksen jäljiltä vain vähän jäljellä.

Lobotomia ja dementia

Lääketieteellisessä mielessä dementialla tarkoitetaan nykyisin laaja-alaista muistin ja ns. korkeampien henkisten toimintojen, kuten puhekyvyn, hahmottamiskyvyn, opittujen taitojen ylläpidon jne. häiriötä, joka aiheuttaa merkittävän haitan potilaan toimintakyvylle. Lobotomiapotilaista on julkaistu useita seurantatutkimuksia, joista tuoreimmat ovat 1990-luvulta.^{6,8} Näissä tutkimuksissa ei ole voitu osoittaa lobotomiapotilaiden dementoituneen verrokkeja enemmän. Pysyvä muistihäiriö, dementian keskeinen oire, oli lobotomian jälkeen suhteellisen harvinainen. Lobotomiapotilaiden yhteydessä dementiasta puhuttaessa tarkoitetaan useimmiten persoonallisuuden latistumista ja vivahteiden häviämistä, jonka varsinkin potilaan läheiset huomaavat herkästi. Aikaisemmin eloisa, tarkasti asioistaan ja siisteydestä

kiinni pitävä uskonnollinen ja normaalipainoinen potilas saattoi lobotomian jälkeen muuttua rivosuiseksi aloitekyvyttömäksi ja ylilihavaksi ihmiseksi, joka ei välittänyt huolehtia itsestään, kodistaan tai läheistensä tunteista. Tällaisesta muutoksesta aiheutuva sosiaalisen toimintakyvyn huononeminen saattaa hyvin olla yhtä vaikea kuin demensioissa, vaikka siis varsinaisesta demensistä neurologisessa mielessä ei olekaan kyse.

Millä tavalla lobotomia poikkeaa perusteiltaan muista hoitomuodoista?

Lääketieteen historiassa on paljon esimerkkejä hoitomuodoista, jotka aikanaan olivat hyväksytyjä ja laajastikin käytettyjä, mutta jotka tiedon lisääntyttyä ovat osoittautuneet erehdyksiksi. Vatsalaukun poisto vatsahaavataudin hoitamiseksi, kurkunpään papilloomien sädehoito, sekä talidomidilääkkeen käyttö raskaana olevilla naisilla ovat esimerkkejä tällaisista jälkikäteen vääriksi todetuista hoidoista. Kuitenkin lobotomian vaikein sivuvaikutus — persoonallisuuden muutos — oli nähtävissä pian ensimmäisten leikkausten jälkeen ja osittain se oli jo tiedossa ennen ensimmäistäkään lobotomiaa. Freeman, leikkauksen tärkein kehittäjä, julkaisi jo 1950 suuren aineiston, jossa hän raportoi aloitekyvyttömyyttä 95 %:lla, apatiaa 80 %:lla ja dementoitumista 90 %:lla potilaista⁹. Myös leikkauksen suhteellisen huono teho oli tiedossa jo lobotomia-aikanakin. Tuolloisissa leikattujen potilaiden seurantatutkimuksissa alle puolet potilaista hyötyi leikkauksesta, kun taas muiden psykiatriset oireet pysyivät ennallaan tai huononivat. Oli siis todennäköistä, että leikattava potilas ei hyötynyt leikkauksesta mutta hänelle kehittyi otsalohko-oireyhtymä. Klassinen lääketieteellisen etiikan peruserä on, että hoito ei saa potilasta vahingoittaa enemmän kuin sairaus: ”primum non nocere”. Vaikka juuri näin tapahtui lobotomiapotilaille lobotomia-aikakaudenkin tutkimusten mukaan, ei asiaa osattu mieltää. Leikkauksia jatkettiin Suomessakin yli kaksikymmentä vuotta ja vielä yli kymmenen vuotta senkin jälkeen kun neuroleptilääkkeet olivat tulleet käyttöön.

Lääkärit, jotka hoitivat potilaitaan lobotomialeikkauksin, toimivat ajan normien mukaisesti. Suhdautuminen yksilön oikeuksiin yleensä ja potilaiden oikeuksiin erityisesti olivat toiset kuin nykyään. Jos arvioitiin, että jonkun yksittäisen potilaan elämä saattaisi muodostua onnellisemmaksi tuhoamalla osia aivoista, päätös leikkauksen tekemisestä oli helppo, varsinkin lobotomiainnostuksen huippuvuosina. Katteeton usko hoidon tehokkuuteen, paineet tyhjentää sairaaloiden potilaspaikkoja ja rauhoittaa osastoja sekä lobotomiaa kohtaan kriittisten kannanottojen vähyys tai puuttuminen lääketieteellisen yhteisön sisällä johtivat eettisesti kyseenalaiseen tulokseen. Jälkiviisauden uhallakin voi arvioida, että 1950-luvulla käytettävissä olevien tietojen ja myös tuolloin tunnustettujen eettisten periaatteiden mukaan lobotomioita ei olisi ainakaan enää vuosikymmenen alkupuoliskon jälkeen — jolloin tietoja suuremmista seuranta-aineistoista alettiin saada — olisi pitänyt tehdä.

1950-luvulla kysyttiin yleensä potilaan oma suostumus kirurgisiin toimenpiteisiin. Lobotomia sen sijaan saatettiin tehdä vastoin potilaan nimenomaista toivomusta. Leikkaus oli toimenpiteenä peruuttamaton. Aivokudos ei uusiudu, vaikka jotkin toiminnat saattavat osittain leikkauksen jälkeen korjaantua muilla mekanismeilla. Monet niistä potilaista, jotka leikattiin ennen neuroleptikautta, olisivat saattaneet säästyä leikkaukselta kokonaan, jos olisi odotettu vielä muutama vuosi (klorpromatssiini tuli Suomeen 1954). Lääkehoidoillakin saattaa joskus olla korjaantumattomia pakkoliikkeitä sivuvaikutuksena. Pakkoliikkeet eivät kuitenkaan kehity automaattisesti kaikille potilaille. Sen sijaan jonkinasteinen luonteenmuutos kehittyy kaikille lobotomiapotilaille — niillekin, joille varsinaista otsalohko-oireyhtymää ei tule. Norjan selvityksen mukaan monella lobotomiaan lähetetyllä potilaalla ei neuroleptejä kokeiltu adekvaatisti, vaikka niitä olisi ollut jo saatavillakin.

Naispotilas N soitti kirjoittajalle kertoakseen tarinansa: ”Olin nuorena töissä professorin kotiapulaisena. Töitäni lisättiin ja lopulta en enää niitä kaikkia jaksanut hoitaa, vaan väsyin liiaksi ja jäin sänkyyn makaamaan. Professorin rouva otti yhteyttä äitiini, joka toimitti minut Hattelmalan mielisai-

raalaan, vaikka en ollut mielisairas, vain väsynyt. En ollut ehtinyt pitkäkkään aikaa olla potilaana, kun eräänä iltana hoitajat halusivat ajaa hiukseni. Ymmärsin, että kyse oli aivoleikkaukseen joutumisesta ja säikähdin sekä yritin kieltäytyä. Minun mieltäni ei kuitenkaan asiassa kuultu, äidiltäni oli kysytty jotakin. Aamulla minut nukutettiin ja heräsin side pään ympärillä, haavat ohimoilla. Kesti pitkään, ennen kuin ymmärsin mitä minulle oli tapahtunut. Jouduin olemaan mielisairaalassa kymmenen vuotta. Leikkauksessa katkaistiin ilmeisesti unihermot, koska sen jälkeen en ole kyennyt kunnolla nukkumaan. Minusta on leikkauksen jälkeen tuntunut, että olen jotenkin erilainen kuin muut. Eniten minua on loukannut se, että minulta ei kysytty.”

Norjan lobotomiakorvauspäätöksen taustaa

Norjan Sosiaali- ja terveysministeriön raportti 1992

Oslon yliopiston kriminologian laitoksella julkaistiin 1990 raportti ”Forfalskninegen av lobotomiens historie ved Gaustad sykehus”, jonka oli laatinut maisteri Joar Tranøy¹⁰. Tutkimuksessa arvosteltiin voimakkaasti norjalaisten aikaisempaa lobotomiakäytäntöä, ja väitettiin että mm. kuolleisuus oli huomattavasti aiemmin ilmoitettua suurempi. Raportti laukaisi laajan keskustelun norjalaisissa tiedotusvälineissä. Norjan Sosiaali- ja terveysministeriö (Sosialdepartementet) asetti 20.2.1992 arvovaltaisen toimikunnan selvittämään seuraavia, Norjassa keskeisiksi koettuja lobotomiaan liittyviä kysymyksiä:

- kuinka paljon lobotomioita Norjassa tehtiin
- tehtiinkö lobotomioita liian helpoin perustein siihen nähden, mitä tuohon aikaan yleisesti tiedettiin hoidon tehosta ja turvallisuudesta
- oliko lobotomia eettisesti arvioituna puolusteltavissa ja toimenpiteenä laillinen sekä nykyisin perustein että 1940—1950-luvuilla vallassa olleiden käsitysten kannalta arvioituna.

Erityisesti haluttiin arvioida yhden, Gaustadin sairaalan historiaa, koska nimenomaan tämä sairaala oli lobotomian runsaan käytön ja korkean potilaskuolleisuuden vuoksi noussut kritiikin kohteeksi.

Toimikunta lähetti kaikkiin lobotomia-aikana toimineisiin mielisairaaloihin pyynnön selata kaikki sairauskertomukset vuosilta 1941—1990 ja etsiä lobotomoitujen potilaiden nimet sekä tiedot leikkauskuolleisuudesta. Gaustadin sairaalan lobotomiapotilaiden sairauskertomukset tutkittiin ja arvioitiin, oliko leikkaus ajankohtansa yleisen tietämyksen ja indikaatioasettelujen kannalta eettisesti puolustettavissa. Lisäksi tietoja kerättiin sairaalojen vuosikertomuksista, suullisista haastatteluista sekä kirjallisuudesta.

Toimikunta totesi raportissaan¹¹, että Norjassa — samoin kuin Tanskassa — lobotomia oli väkilukuun nähden hyvin paljon käytetty hoitomuoto. Lobotomia tuli käyttöön Norjassa jo varhain, vuonna 1941. Kaikkiaan Norjassa arvioitiin tehdyn 2 500 lobotomiaa vuosina 1941—1960. Vuoden 1956 jälkeen lobotomioiden määrä väheni nopeasti. Hoitomuoto keskittyi tiettyihin sairaaloihin ilmeisesti lähinnä sen perusteella, miten sairaalan kulloinenkin ylilääkäri lobotomiaan suhtautui. Kuolleisuus oli 1940-luvulla erittäin korkea, jopa 30 %, mutta laski 1950-luvulla 1—5 %:iin.

Lobotomioiden todettiin koko sen ajan, kun näitä leikkauksia tehtiin, olleen Norjan lääketieteellisissä piireissä laajalti hyväksytty, ja ensimmäiset arvostelevat kannanotot leikkausmenetelmää vastaan julkaistiin vasta 1959. Jälkeenpäin arvioiden toimikunnan mielestä lobotomian indikaatiot olivat tuolloisenkin tiedon mukaan hatarasti asetetut. Suhtautumisen toimenpiteeseen olisi tullut olla huomattavasti pidättyväisempää jo tuolloin tiedossa olleiden persoonallisuusmuutosten ja kuoleman sekä vammautumisen riskin vuoksi. Raportin mukaan lobotomia-ajankin perusteilla arvioiden noin 9 %:ssa potilastapauksista lobotomiaan liittyi selviä ja 27 %:ssa epävarmoja eettisiä heikkouksia.

Lainopilliselta kannalta vuoteen 1981 saakka Norjassa oli mahdollista tehdä psykokirurgisia toimenpiteitä potilaan tahdosta riippumatta. Tämä edellytti, että sairauden aiheuttama haitta oli vakava, että paranemisen toiveet ilman leikkausta olivat pienet, ja että leikkaus oli toimenpiteen tekoaikana lääketieteellisesti hyväksytty ja aiheellinen (nødretsbetraktning). Toimikunnan mielestä ei ollut perusteltua arvioida, että lobotomioiden tekeminen olisi rikkonut Norjan lakeja.

Kohtuukorvauseriaate

Kun Norjan sosiaali- ja terveysministeriön asettaman työryhmän raportti valmistui, monet lobotomia-potilaat alkoivat vaatia korvauksia. Ministeriön mukaan toimikunnan raportin perusteella ei katsottu olevan aihetta yleiseen korvauskäytäntöön, vaan päätettiin ottaa käyttöön ns. kohtuukorvauseriaate (billighetserstatningsanordningen). Tämä Norjan lainsäädännön mahdollistama periaate tarkoittaa, että jos potilas on kärsinyt jostakin hoitotoimenpiteestä enemmän kuin sellaiset samaa sairautta potevat, joille kyseistä hoitoa ei ole annettu, hän voi hakea yksilöllisesti määrítettävää rahallista korvausta. Kyseessä on erityisesti norjalainen järjestelmä, jolle ei ole vastinetta Suomessa ja joka ei vastaa esim. potilasvahinkovakuutusjärjestelmäämme. Korvausta ei makseta, jos kaikki samaa sairautta potevat ovat altistuneet samalle hoidolle, joka hoidon antoajankohtana on ollut yleisesti hyväksytty. Vuoteen 1995 mennessä korvaushakemuksia oli tullut 88 ja muutamalle potilaalle korvausta oli maksettu, yleensä 75 000—150 000 NOK.

Stortingetin lakiasiain valiokunnassa keskusteltiin kohtuukorvauksen periaatteen soveltuvuudesta lobotomiapotilaille, ja päätettiin pyytää Norjan hallitusta vielä asettamaan neuvottelukunta selvittämään perusteita sellaisen lain säätämiseksi, joka mahdollistaisi kertakorvauksen maksamisen kaikille lobotomiapotilaille. Valiokunta perusteli esitystään sillä, että lobotomia oli ”kiistanalainen hoitomuoto, jota nykyisin pidetään epäonnistuneena ja brutaalina eikä se siksi kuulu kohtuukorvauseriaatteen piiriin”.

Norjan Stortingetissä lobotomiapotilaiden asiaa on ajanut voimakkaimmin Rød valgaliainsen kansanedustaja Erling Folkvord. Hänen lakialoitteensa kertakorvauksen maksamisesta ei aluksi toteutunut mutta osaltaan aiheutti sen, että Norjan hallitus asetti neuvottelukunnan korvauserusteita selvittämään.

Norjan ministeriöiden välisen neuvottelukunnan raportti korvauksien maksamisesta kaikille lobotomiapotilaille 30.4.1996¹²

Raportti perustuu paljolti edellä mainittuun Norjan Sosiaali- ja terveysministeriön raporttiin vuodelta 1992. Neuvottelukunta päätyi suosittelemaan korvauksen maksamista kaikille lobotomiapotilaille ja perusteli päätöstään seuraavasti:

- lobotomia oli peruuttamaton hoitomuoto
- persoonallisuusmuutoksia kehittyi kaikille lobotomiapotilaille
- monet saivat epilepsian leikkauksen jälkeen
- hoitomuoto oli sosiaalisesti raskas (luonteenmuutos omaisille, häpeä potilaille)
- lobotomia tehtiin usein vastentahtoisessa hoidossa oleville potilaille
- lobotomia oli vaarallinen hoitomuoto ja kuolleisuus oli korkea
- nykyaikana hoitomuotoa pidetään vakavana erehdyksenä.

Neuvottelukunnan mielestä ei ollut mahdollista eikä aiheellista arvioida kunkin potilaan saamaa korvaussummaa yksitellen, eikä tarkoituksena ollut maksaa korvausta esim. menetetyistä työkyvystä, kivusta tai kärsimyksestä tms. Ajatuksena oli maksaa kaikille lobotomiapotilaille sama summa korvauk-

sena siitä, että heidät oli leikattu riippumatta leikkausta edeltävästä tai sen jälkeisestä tilanteesta. Korvaussummaksi ehdotettiin 100 000 NOK (n.74 000 mk). Lobotomiapotilaita arveltiin olevan Norjassa elossa vielä noin 500, minkä vuoksi budjettiin ehdotettiin varattavaksi 50 miljoonaa kruunua korvauksia varten.

Myös niiden potilaiden, jotka aikaisemmin olivat saaneet korvausta kohtuukorvausperiaatteen mukaisesti, katsottiin olevan oikeutettuja uuteen korvaukseen. Potilaiden omaisten tai perillisten ei katsottu olevan oikeutettuja saamaan korvausta. Korvausta ehdotettiin maksettavaksi kaikille niille potilaille, jotka pystyivät osoittamaan että heille oli tehty lobotomialeikkaus. Korvauksen hakuajaksi ehdotettiin yhtä vuotta siitä, kun päätös on annettu tiedoksi.

Käytännön järjestelyt ehdotettiin jätettäväksi Norjan sosiaali- ja terveysministeriön terveysosaston huoleksi. Potilaat tavoitettaisiin ilmoituskampanjalla kaikissa Norjan tärkeimmissä sanomalehdissä, potilasjärjestöjen välityksellä sekä tiedottamalla asiasta kaikille niille terveydenhuoltoalan ammattilaisille, joiden arveltiin olevan tekemisissä lobotomiapotilaiden kanssa.

Norjan ratkaisu ja kokemukset korvauksien maksamisesta

Norjan hallituksen esityksestä päätti Stortinget 10.5.1996 hyväksyä budjettiin 50 miljoonaa kruunua varattavaksi lobotomiapotilaiden korvauksien maksamiseen ylläesitetyn neuvottelukunnan mietinnön mukaisesti.¹³ Tieto on saavuttanut potilaat Norjassa hyvin, ja järjestelyistä vastaavan terveysosaston osastopäällikkö Jan Rune Fagermoen mukaan yllättäviä ongelmia ei ole ilmaantunut. Korvauksia on tähän mennessä hakenut 450 potilasta, joista 430:lle korvaus on jo maksettu.

Lobotomiapotilaiden norjalainen potilasjärjestö LOBOS on ollut tyytymätön asian hitaaseen etenemiseen ja pieneen korvaussummaan. Tietävästi jotkut potilaat ovat kieltäytyneet korvauksesta ja käynnistäneet valitusmenettelyn kohtuuttoman pieneksi kokemansa korvauksen vuoksi. Julkinen mielipide Norjassa on hyväksynyt korvausmenettelyn. Ennen korvauspäätöksen tekemistä pelättyjä muiden potilasryhmien vaatimuksia vastaavien korvauksien saamiseksi ei ole ilmaantunut.

Lobotomia Suomessa

Ensimmäiset lobotomialeikkaukset tehtiin vuonna 1946 Töölön sairaalassa viidelle tuskaisesta masennuksesta ja skitsofreniasta kärsivälle potilaalle. Potilaat oli lähetetty Lapinlahden sairaalasta, joka tuolloin oli valtion omistuksessa. Kansainvälisesti suhteellisen myöhäinen ajankohta selittynee sodalla, joka vaati paljon uhreja ja neurokirurgista kapasiteettia. Sodan päättymisen mahdollisti psykokiurgian ja toisaalta lisäsi psykiatrisen hoidon tehokkuuden tarvetta potilasmäärien lisääntyessä. Hoitomuoto levisi nopeasti suurimpiin piirimielisairaaloihin, joista moniin rakennettiin 1950-luvulla tarkoitusta varten omat leikkaussalitkin; usein kuitenkin vasta siinä vaiheessa, kun lobotomia oli jo jäämässä syrjään. Norjan tapaan Suomessakin yksittäisten ylilääkärien kiinnostus sekä neurokirurgien saatavuus vaikutti siihen, missä määrin eri sairaaloissa tehtiin lobotomioita. Joistakin sairaaloista potilaat lähetettiin koko lobotomiakauden ajan Töölön Punaisen Ristin sairaalaan leikattavaksi. Toisissa sairaaloissa Töölön sairaalan neurokirurgi kävi vapaa-aikanaan leikkaamassa. Suomessa lobotomioita tekivät siis vain Punaisen Ristin sairaalan neurokirurgit.

Leikkaustekniikkana oli useimmiten standardilobotomia, eikä tietävästi lainkaan transorbitaalinen, silmäkuopan läpäisevä tekniikka. Töölön sairaalan leikkauskertomuksista käy ilmi, että usein suosittiin säästävämpää, ns. alakvadrantti- eli alaneljännestekniikkaa, jossa leikkaavaa spaattelia käännettiin vain alaspäin ja katkaistiin vain leikkaustason alapuoliset radat, kun yläpuolella kulkevat radat

jäivät koskemattomiksi. Klassiseen Freemanin tekniikkaan verrattuna tässä tekniikassa tuhoutui vain noin puolet ratayhteyksistä. Syyt tämän tekniikan valitsemiselle ovat ilmeisesti olleet kirurgikohtaisia, osa kirurgeista halusi kaiketi edetä varovaisemmin. Kun tulokset kuitenkin olivat yhtä tyydyttäviä kuin laajemmalla lobotomialla, ei ehkä radikaalimpaa tekniikkaa haluttu paljoa käyttää.

Potilailta ei tarvinnut pyytää suostumusta leikkaukseen. Sekä Töölön että Kellokosken sairaaloiden sairauskertomuksissa on merkintöjä tapauksista, joissa toimenpide on tehty potilaan tahdon vastaisesti, joskus potilas on jopa yrittänyt paeta toimenpiteeltä välttyäkseen. Sen sijaan omaisten suostumusta pidettiin tärkeänä eikä Töölön sairaalassa potilasta leikattu, ellei omaiselta saatu kirjallista lupaa. Suostumusta pyydetessä omaisille kerrottiin lähinnä leikkauriskeistä, joista suurimpana pidettiin aivoverenvuotoa. Sen sijaan otsalohko-oireyhtymän kehittymisestä persoonallisuuden muutoksiin ei allekirjoitetuissa suostumuslomakkeissa eikä sairauskertomusmerkinnöissä ole juurikaan kerrottu.

Leikkauskuolleisuus oli kansainvälistä tasoa niissä sairaaloissa, joista tietoa oli saatavissa: Kellokosken sairaalassa noin 5 %, Töölön sairaalassa noin 6 % ja Törnävän sairaalassa noin 3 %. Leikkauskuolleisuus ei vaikuta muuttuneen ajan myötä, vaan kuolemantapaukset ovat molemmissa sairaaloissa jakautuneet tasaisesti koko ajanjaksolle, jona leikkauksia tehtiin. Epilepsian yleisyydestä leikkauksen seurauksena on tietoa vain Kellokoskelta, jossa epilepsia kehittyi noin 10 %:lle leikatuista potilaista. Muita vaikeita leikkauskomplikaatioita (aivopaise, aivokalvontulehdus, aivoverenvuoto yms.) kehittyi 3—4 %:lle potilaista.

Kiinnostus lobotomiaa kohtaan vaihteli eri aikoina eri sairaaloissa. Kellokoskella lobotomialeikkauksia tehtiin eniten vuonna 1950, jolloin sairaalassa leikattiin 64 potilasta. Sen jälkeen määrä nopeasti väheni. Töölössä lobotomioita tehtiin eniten vuonna 1958 (38 leikkausta). Pienestä Ohkolan vuonna 1960 valmistuneesta B-mielisairaalasta lähetettiin kaikki yhdeksän lobotomiapotilasta leikkaukseen Töölöön vasta 1960-luvun puolivälin jälkeen, kun muualta ei enää potilaita käytännöllisesti katsoen leikattavaksi lähetetty. Viimeinen lobotomialeikkaus Suomessa tehtiin Töölön sairaalassa vuonna 1969.

Lobotomiapotilaiden lukumäärä Suomessa

Taulukossa 2 on esitetty lobotomialla hoidettujen potilaiden määrät eri mielisairaaloissa. Niuvanniemen sairaalan tietoja ei ole kyetty saamaan. Ylivoimaisesti eniten leikkauksia tehtiin Seinäjoella Törnävän sairaalassa. Useissa, varsinkin pienemmissä tai syrjäisemmissä sairaaloissa lobotomioita ei tehty eikä sitä varten tietävästi potilaita juuri lähetettykään (esim. Harjamäen/ Siilinjärven sairaala, Tyrvään sairaala Hatanpään sairaala, Paiholan sairaala).

Taulukko 2. Potilaiden kokonaismäärät eri mielisairaaloissa

Grelsby sjukhus (Ahvenanmaa)	1
Halikon sairaala	64
Harjavallan sairaala	6
Hattelmalan sairaala	127
Hesperian sairaala	3
Kammion sairaala	30
Kellokosken sairaala	176
Kivelän sairaala	36
Kupittaa sairaala	2
Lapinlahden sairaala	69
Moision sairaala	25
Nikkilän sairaala	95
Nummelan sairaala	2
Ohkolan sairaala	9
Oulun keskusmielisairaala	150
Pitkäniemen sairaala	65
Paiholan sairaala	1
Rauhan sairaala	100
Rinne koti	1
Svenska ÖB:ns distriktssinnes- sjukhus	3
Tammiharjun sairaala	75
Törnävän sairaala	391
Äänekosken sairaala	1
Yksityispotilaita (avohoidosta), leikattu Töölössä	3
Yhteensä	1 435

Kaikkiaan tiedossa on 1 435 potilasta, joille Suomessa on psyykkisistä syistä tehty lobotomialeikkaus. Joillekin potilaille leikkaus on tehty kahdesti. Usein oli kyse siitä, että ensimmäinen leikkaus oli jäänyt teholtaan odotettua heikommaksi ja uudella leikkauksella haluttiin vielä täydellisemmin katkaista otsalohkon yhteydet taaksepäin. Nämä relobotomiat olivat harvinaisia.

Kroonisen kivun hoitoon lobotomiaa on käytetty jonkin verran. Töölön sairaalassa on leikattu yhdeksän potilasta ja piirimielisairaaloissa — joissa jonkin verran hoidettiin myös neurologisia sairauksia — ehkä muutamia potilaita. Leikkaukset tehtiin tavallisimmin syöpäkivun hoitamiseksi.

Koska aivan kaikista sairaaloista ei tarkkoja tietoja ole saatu, on yllä oleva luku mahdollisesti jonkin verran liian pieni. Lobotomiapotilaiden kokonaismäärä Suomessa on joka tapauksessa välillä 1 450—1 550.

Elossa olevat potilaat

Koska täydellistä nimelistaa potilaista ei ole mahdollista selvittää, joudutaan tyytymään arvioon. Kellokosken sairaalassa lobotomoitujen potilaiden nimet ovat suurimmaksi osaksi tiedossa, ja tätä potilaskohorttia voidaan käyttää otantana. Se ei ole täysin edustava, koska Kellokoskella leikkauksia tehtiin keskimäärin aikaisemmin kuin muissa sairaaloissa ja leikkaukset lopetettiin siellä niin ikään keskimäärin muutamaa vuotta muita sairaaloita aikaisemmin. Tämän otannan perusteella saatu arvio on siis varovainen.

Kellokosken 176 lobotomiapotilaasta on Helsingin maistraatin selvitysten mukaan elossa 32 (18 %). Elossa olevista 11 on miehiä ja 21 naisia. 35 potilaan tietoja ei enää löytynyt, he ovat mahdollisesti

muuttaneet nimeä tai heidän syntymäaikansa tai nimensä on alun perin merkitty virheellisesti potilas-tiedostoihin. Puuttuvien potilaiden keski-ikä on selvästi elossa olevien — ja koko aineiston potilaiden — keski-ikää korkeampi, 89 vuotta, ja on epätodennäköistä, että joku tästä ryhmästä olisi elossa. Elos-sa olevien potilaiden keski-ikä on 75 vuotta, nuorin Kellokoskella leikatuista potilaista on 60-vuotias. Koska koko maan aineisto on hieman nuorempaa, voitaneen arvioida, että lobotomiapotilaista on elossa 20—25 %. Elos-sa olevien potilaiden lukumäärä koko Suomessa on arviolta 300—400. Potilaiden korkean iän ja vaikean perussairauden vuoksi on luultavaa, että suuri osa elossa olevista potilaista on laitoshoidossa. Tätä asiaa ei kuitenkaan ole selvitetty tarkemmin.

Voidaanko lobotomiapotilaat tavoittaa?

Vanhoiden mielisairaaloiden sairauskertomusarkistot ovat tallessa, ja leikatut potilaat on periaatteessa mahdollista löytää selaamalla kaikki lobotomia-aikana (Suomessa 1945—1969) hoidettujen potilaiden sairauskertomukset tuolloisista mielisairaaloista. Koska mielisairaaloissa oli tuolloin paljon potilaita (esimerkiksi 1954 Suomen mielisairaaloissa oli yhteensä 9 977 hoitopaikkaa, ja samana vuonna otettiin hoitoon 10 731 potilasta), on tällaisen selvityksen edellyttämä työmäärä liian suuri.

Vaikka Suomessa lobotomiapotilailla ei olekaan omaa potilasjärjestöä, täällä on muuten hyvin toimivia mielenterveyspotilaiden järjestöjä, joiden apua voitaneen potilaiden löytämiseksi pyytää. Monet haastattelemistani eri sairaaloiden psykiatreista tietävät omalta alueeltaan joitakin lobotomiapotilaita, ja varmasti myös mielenterveyshuollon ammattilaiset eri toimipisteissä voivat tässä auttaa. Todennäköisesti osa potilaista on vanhainkodeissa, sairaskodeissa, terveyskeskusten vuodeosastolla jne. Potilaiden löytämiseksi olisi siksi syytä tiedottaa asiasta myös ei-psykiatrisille yksiköille, joissa iäkkäitä ihmisiä hoidetaan. Norjan tapaan ilmoittelu päivälehdissä myös lienee kohtalaisen tehokas vaihtoehto.

Näyttö siitä, että potilaalle on tehty lobotomia, voidaan suhteellisen helposti saada vanhoista sairauskertomusarkistoista. Lääkärintarkastuksessa ei välttämättä mitään poikkeavaa voida todeta, vanhat poranreit ohimoilla ovat usein luutuneet umpeen eivätkä välttämättä ole tunnettavissa. Sen sijaan ongelmatilanteissa asia voidaan varmistaa aivojen kuvantamisella MRI- tai CT-tekniikalla, joiden avulla voidaan todeta tyypilliset leikkausontelot otsalohkojen alueilla.

Mahdolliseen korvaukseen liittyviä näkökohtia

Yksilöllinen arvio siitä, kuinka paljon lobotomia on kutakin potilasta vahingoittanut, on vaikea. Lobotomiolla ei aina ole ollut pelkästään haitallisia vaikutuksia, vaan moni potilas, joka aikaisemmin olisi joutunut olemaan vuosia sairaalassa, voitiin leikkauksen ansiosta kotiuttaa. Toisaalta lobotomia ei paranna skitsofreniaprosessia aivoissa, ja osa potilaiden kroonisista defekteistä, joita vanhuusiällä todetaan aiheutuu myös skitsofreniasta sekä lobotomiasta riippumattomista degeneratiivisista sairauksista. Esimerkiksi sotavammaa syntyneiden otsalohkojen alueen aivovammojen arvioinnissa käytettiin keskeisenä apuna läheisiltä saatua kuvausta vammaa edeltäneestä toimintakyvystä ja vamman aiheuttamasta muutoksesta luonteessa yms. haittaprosenttia arvioitaessa. Lobotomiapotilaiden läheisiltä tällaisen arvion luotettava saanti on vaikeaa kuluneen pitkän ajan ja potilaan psykiatrisen sairau-den aiheuttaman muutosten vuoksi. Näin ollen Norjan malli samasta kertakorvauksesta kaikille lobotomiapotilaille ilman yksilöllistä vakuutusosoikeudellista analyysiä vaikuttaa viisaalta. Muina vaihtoehtoina voisi olla esimerkiksi ilmaiset hoitokustannukset lobotomiapotilaille, tehostettu kuntoutus jne.

Joillekin potilaille lobotomian muistelemisen saattaa olla vaikeata. Leikkaukseen liittyy häpeän tunteita, joista allekirjoittaneeseen yhteyttä ottaneet potilaat ovat kertoneet. Anonyymiteetin turvaaminen mahdollisimman hyvin on tärkeää, jos korvauksiin päädytään.

Kirjallisuus

- 1 Vataja, R. Lobotomia. Suomen lääkirilehti 1995;50:1328—1331.
- 2 Lidberg, L., Broberg, M. Från Lobotomi till Kapsulotomi. Läkartidningen 1996;93:3245—3250.
- 3 Lancet 1994;343:1027—1028.
- 4 Black, B. A. Psychosurgery. South Med J 1982;75:453—457.
- 5 Aalberg, V., Achté, K. A. Lobotomian indikaatiot ja tulokset. Duodecim 1969;85:883—889.
- 6 Hakola, H. P. A., Puranen, M., Repo, L., Tiihonen, J. Long-term effects of bilateral frontal lobe lesions from neuropsychiatric and neuroradiological aspects. Dementia 1993;4:109—112.
- 7 Goumeniouk, A. D., Clark, C. M. Prefrontal lobotomy and hypofrontality in patients with schizophrenia: an integration of the findings. Can J Psychiatry 1992;37:17—22.
- 8 Harvey, P. D., Mohs, R. C., Davidson, M. Leukotomy and aging in chronic schizophrenia: a followup study 40 years after psychosurgery. Scizophr bull 1993;19:723—732.
- 9 Freeman, W., Watts, J. Psychosurgery. Springfield IL: Charles C. Thomas 1950.
- 10 Tranoy, J. Forfalskningen av lobotomiens historie på Gaustad sykehus. Stensilserie nr 64. Oslo: Institutt for kriminologi og strafferett, Universitetet i Oslo, 1990.
- 11 Utredning om lobotomi. Norges offentlige utredninger 1992: 25.
- 12 Rapport fra interdepartemental arbeidsgruppe som har vurderat erstatning til alle tidlige lobotomerte. Avgitt til Sosial og helsedepartementet 30.april 1996.
- 13 Innst.S.nr. 276 1995—1996. [Norjan asetuskokoelma].
- 14 Siteerattu kasvatustieteen kandidaatti Ritva Listeen laudaturtyössä ”Lobotomia-leikkauksella hoidettujen potilaiden sosiaalisesta sopeutumisesta” Seinäjoki: Törnävän sairaalan julkaisuja 1969. [saatavissa ainoastaan Seinäjoen KS:n T-osastojen kirjastosta]