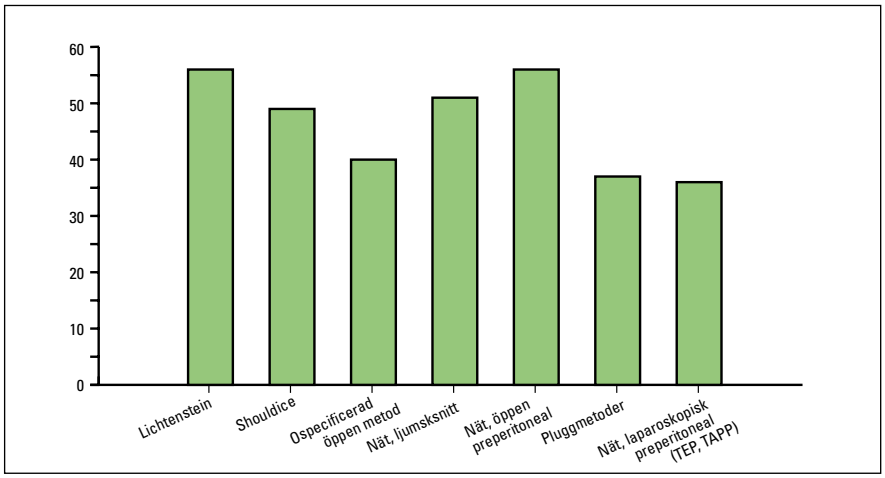

Figur 1. *Bråck opererade under 2004. Median operationstid i minuter per operationsmetod. Data från Svenskt Bråckregister (SBR), maj 2005.*

Tabell I. Veterans Affairs-studien [8, 9,12]: Skev fördelning av operatörserfarenhet, till laparoskopins nackdel. Procent. LAP = laparoskopisk, OPEN = öppen metod.

Operationer utförda av	Antal LAP	Antal OPEN
Mycket erfaren kirurg	35	85
Mindre erfaren kirurg	65	15

en och att han tar avstånd från hur metoden lärts ut till och utförts av de oerfarna laparoskopisterna (Smith C Daniel, pers medd, 25 okt 2004). Detta har betydelse, eftersom resultatskillnaderna helt kan hänföras till dessas ingrepp. Det påverkar förstås även övriga kvalitetsvariabler negativt. De erfarna laparoskopisternas resultat var däremot likvärdiga med de erfarna OPEN-kirurgernas vid primära bråck, och avsevärt bättre vid recidivbråck.

Konklusion

Det saknas vetenskapligt stöd för att allmänt förespråka OPEN eller LAP före den andra. LAP är idag en väldokumenterat etablerad, alternativ förstahandsmetod [17-19]. Under rätt förutsättningar är det en utmärkt teknik, med vissa klara fördelar. Dock ställs större krav på kompetens för att nå optimala resultat: »Laparoscopic repair may not be a procedure for the average general surgeon unless one is committed to mastering technical expertise« [15]. Data från SBR talar för att de svenska enheter som idag utför LAP rutinmässigt, gör det med hög kvalitet [7].

Fortfarande finns stort utrymme för ytterligare förfining av operationstekniska detaljer. Många arbetar med detta och jag är glad att kunna bidra [20-23]. Laparoskopisk bråckkirurgi blir successivt allt bättre.

SBR har visat att lejonparten av ljumskbråck i Sverige opereras med öppen teknik, av kirurger med måttligt intresse för bråckkirurgi [7]. Ett sätt att förbättra behandlingsresultaten vore att fler patienter opererades av specialintresserade kirurger. Dessa bör själva välja operationsmetod efter intresse och kompetens.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga ekonomiska bindningar till tillverkare eller försäljare av laparoskopisk utrustning. *Founding member* av International EndoHernia Society, en på tyskt initiativ nybildad intresseorganisation för laparoskopisk kirurgi av bråck i ljumske, bukvägg och diafragma.

Referenser

1. Grant AM, Scott NW, O'Dwyer PJ, on behalf of the MRC Laparoscopic Groin Hernia Trial Group. Five-year follow-up of a randomized trial to assess pain and numbness after laparoscopic or open repair of groin hernia. Br J Surg 2004;91:1570-4.
2. Nilsson E. Öppen eller laparoskopisk bråckoperation: Efter fem år mår patienterna ungefär lika bra. Läkartidningen 2005;102:1403.
3. Novik B. Laparoskopiska bråckoperationer gav mindre kroniska känselbortfall. Läkartidningen 2005;102:1758.
6. Medical Research Council Laparoscopic Groin Hernia Trial Group. Cost-utility analysis of open versus laparoscopicgroin hernia repair: results from a multicentre clinical trial. Br J Surg 2001;88:653-61.
7. Svenskt Bråckregister, Nationellt kvalitetsregister för bråckkirurgi. Årsredovisning år 2004. ‹https://sbr.norrnod.se/html/dl/pub/red04.pdf›
9. Neumayer L, Giobbie-Hurder A, Jonasson O, Fitzgibbons Jr R, Dunlop D, Gibbs J et al. Open mesh versus laparoscopic mesh repair of inguinal hernia. N Engl J Med 2004;350:1820-27.
18. McCormack K, Scott NW, Go PM, Ross S, Grant AM; EU Hernia Trialists Collaboration. Laparoscopic techniques versus open techniques for inguinal hernia repair. Cochrane Database Syst Rev 2003;(1): CD001785.
19. National Institiute of Clinical Excellence (NICE). Laparoscopic surgery for inguinal hernia repair (Technology Appraisal No. 83). London: NICE; 2004.
21. Novik B. Randomized clinical trial of fixation vs nonfixation of mesh in total extraperitoneal inguinal hernioplasty. Arch Surg 2005;140:811-12.
23. Novik B, Hagedorn S, Skullman S, Dalenbäck J, Dahlin K, Mörk UB. Fibrin glue for securing the mesh in laparoscopic TEP inguinal hernia repair. Surg Endosc 2005 (in review).

I Läkartidningens elektroniska arkiv
http://ltarkiv.lakartidningen.se
är artikeln kompletterad med fullständig referenslista

Ett demokratiskt problem?

Läser vid morgonkaffet att jag är ett demokratiskt problem. I Läkartidningen 28–29/2005 (sidan 2050) refereras ett debattseminarium i Almedalen. Enligt DNs ledarskribent Hanne Kjöller är distriktsläkarkåren, vilken jag tillhör, ett demokratiskt problem eftersom den åsidosätter regelverket kring sjukskrivningsprocessen som är utformad av våra valda företrädare i riksdagen. Detta därför att jag sjukskrivit patienter trots att de har arbetsförmåga. Förmodligen har jag varit odemokratisk åtskilliga gånger under min 20-åriga yrkesverksamhet som distriktsläkare.

Trögt rekrytera allmänläkare

Nu tycks emellertid ändå sjukskrivningsproblematiken gå mot en långsiktig lösning. I samma nummer av Läkartidningen (sidan 2052) berättar Clas Tollin, medicinalråd på Socialstyrelsens avdelning för hälso- och sjukvård, att nyrekryteringen av distriktsläkare går trögt. Endast 225 nya allmänspecialister tillkom förra året – man hade hoppats på 400 för att närma sig Nationella handlingsplanens mål. Eftersom pensionsavgångarna ökar kommer distriktsläkarkåren så småningom att dö ut.

I framtiden kan därför inga distriktsläkare sabotera demokratiskt fattade beslut och sjukskriva människor som upplever sig arbetsoförmögna trots att deras demokratiskt valda företrädare i riksdagen beslutat att de är arbetsförmögna.

Kan det möjligen finnas ett samband mellan att unga läkare i karriären väljer bort distriktsläkaryrket och att distriktsläkarkåren utmålas som ett demokratiskt problem?

Göran Petri
distriktsläkare, Leksand
goran.petri@ltdalarna.se

Läkaretiken och det Offentligas prioriteringar

Sjukvårdplanering är förbehållen det Offentliga, men kunskaper saknas om medborgarnas »verkliga« och upplevda behov. Därför ransoneras (prioriteras) inte rättvist, och många kolleger medverkar till detta, kanske omedvetet.

Väntelistor speglar inte »verkliga« behov. Till exempel – hundratusentals kvinnor anses lida av urininkontinens,

och många bör opereras. Men på den nationella operationsväntelistan (2005-04-30) fanns 1 037 kvinnor, och 1 395 hade opererats. Jönköpings län anger att 14 väntar och att 38 opererats; i Skåne är motsvarande siffror 112 respektive 179.

Detta är mycket mindre än det förväntade, medicinskt motiverade behovet, och varken ett »verkligt« eller upplevt behov visas. (Förutom lidandet vore det kostnadseffektivt att många fler blev opererade, eftersom inkontinens berättigar till gratis hjälpmedel, vilka i längden är mycket kostsammare än ingrepp.) Inexakthet gäller för detta tillstånd i hela landet, liksom för andra tillstånd och sjukdomar.

Inte läkarnas uppgift

Vi läkare har ansvar endast mot patienten och söker finna medicinskt motiverade behandlingar. Allt samhällsbetalas inte, men det är inte vår uppgift att göra politiska beslut smakligare med medicinska motiveringar.

Ett exempel – Malmös kärlkirurger har meddelat att man inte bryr sig om åderbråckspatienter utan komplikationer. Man returnerar remisser och anger inte operationsalternativ. (Tidig operation förebygger komplikationer). Ett faktiskt behov försvinner och samhällets planering omöjliggörs.

Politiskt-kosmetiska skäl

Det Offentliga vill ibland inte veta av långa väntelistor, som när Malmös öronklinik beordrades att halvera snarkoperationskön. Man kan anta att det Offentligas kökapning här skedde av politisktkosmetiska skäl, och det kan man med fog anta inte är unikt.

Hur skall det Offentliga kunna fullgöra sin planeringsskyldighet? *Alla* behov måste registreras, vilket är det enda läkaretiskt acceptabla, och med den kunskapen kan samhället öppet och sakligt bestämma vad som skall stödjas och meddela varför en enskild lämnas därhän. Att medverka vid kökosmetik kan inte vara tillåtet.

En ny Hälso- och sjukvårdslag där vår undersåtlighet i stället blir ett medborgarskap skulle göra alla behov väsentliga, även upplevda. Redan idag vore mycket vunnet om mina kolleger allmänt registrerade dem.

Vårt läkaretiska förhållande till det Offentliga behöver snarast, inte minst i dagens prioriterings-/ransoneringstider, grundligt analyseras och diskuteras för att få fram liknande regler som vi har gentemot våra patienter.

Johan Fischer
leg läkare, Nyhamnsläge
johan.fischer@olfactorius.se

Vitamin B_{12} och folat – sista smörjelsen?

Jag läste med intresse Magnus Karlssons utmärkta referat i LT 32–33/2005 (sidan 2208) av den japanska studien om B_{12}, folsyra och reduktion av risken för höftfraktur [1]. Jag vill gärna lägga till några kompletterande synpunkter.

Hypotesprövning med fallgropar

I antiken ansåg man att hysteri berodde på att livmodern slitit sig och vandrade omkring på måfå i kvinnokroppen; hysteri var en exklusivt kvinnlig sjukdom i den tidens begreppsvärld. Med utgångspunkt från denna hypotes lade man illaluktande ämnen under näsan på den hysteriska kvinnan och välluktande ämnen på underlivet för att locka tillbaka livmodern till rätt plats. Behandlingen fungerade ofta på hysterin, och den förklarande hypotesen ansågs bekräftad.

En liknande vantolkning kan ha drabbat de japanska forskarna. De resonerar exklusivt i termer av högt homocystein, benmassa och fallfrekvens. En alternativ hypotes är att de behandlade patienterna hade bättre balans och reflexer än kontrollfallen; därför klarade de sig bättre trots lika många fall och lika liten benmassa. Det är väl känt att B_{12}-folatbrist ofta drabbar balansen [2].

Konkret resultat med implikationer?

Jag har läst igenom den japanska studien några gånger och kan inte upptäcka några påfallande brister i uppläggning och genomförande. För mig verkar det klart att patienterna hade B_{12}-folatbrist manifesterad som lätt förhöjt homocystein [1]. De fick en dokumenterat verksam oral behandling med 1,5 mg kobalamin och 5 mg folsyra dagligen [3]. Av farmakokinetiska skäl kan man misstänka att de skulle ha klarat sig lika bra med en fjärdedels tablett folsyra dagligen, 1,25 mg [4]. I dagsläget är marknadspriset i Sverge för denna behandling ungefär 1 krona och 20 öre, årskostnad omkring 440 kronor (patientens pris utan förmån).

Den nuvarande förskrivningen av vitamin B_{12} och folat har ifrågasatts [5]. Enighet tycks dock råda om att profylax är befogad vid absorptionsrubbningar [3]. Den japanska studien [1] leder möjligen till att vi kan acceptera behandling med kobalamin 1 mg dagligen och folsyra 1,25–5 mg dagligen hos åldringar med homocystein i storleksordningen 15-25 mikromol/L. Eller?

Bo Norberg
internist, medicinkliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå; redaktör för Rondellen/The Rondel
‹www.rondellen.net›
bo.norberg@vll.se

Referenser

1. Sato Y, Honda Y, Iwamotu J, Kanoko T, Satoh K. Effect of folate and mecobalamin on hip fractures in patients with stroke. A randomized controlled trial. JAMA 2005; 293:1082-8
2. Lökk J, Sandström H. Mentala symtom vid B12-brist – geriatrikerns och distriktsläkarens perspektiv. I: Engstedt L, Nilsson-Ehle H, Norberg B, Palmblad J (red). Kontroverser kring vitamin B12. Kunskap, kompetens, kommunikation, p 83-96. Klippan: Pedagogförlaget; 1998.
3. Nilsson M. Säker dos vid oral B12-behandling – NBLs utslag bekräftar dokumentationen [ledare]. Rondellen 2005; 23. URL: http://www.rondellen.net
4. Wintrobe MM, Lee GR, Boggs DR, Bithell TC, Forester J. Clinical Hematology, p 592-3, 8th Ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1981.
5. Rosenberg P, Hernborg A, Håkansson J, Skoglund I, Svartholm R, Söderström U, Wahlström L. B-vitaminer mot demens – finns vetenskapliga bevis? Allmän-Medicin 2004; 2:17-19.

Skribenten bör få veta vem som granskat artikeln

I Läkartidningen 28/2005 (sidan 2094) diskteras formerna för referentbedömning av artiklar i Läkartidningen.

Risk för godtycke

Under fin titulatur och med föregiven objektivitet kan man förneka att en artikel saknar vetenskapligt värde. Man kan dessutom i olika sammanhang referera till vänner och bekanta, som i sin tur refererar tillbaka, för att bägge parter kan nå bästa tänkbara impact-faktor, vilket i sin tur leder fram till bättre möjligheter till anslag.

Den med det »ratade« budskapet kanske har ett större material och har längre följt det än den som sedan får äran eller rätt i en senare vetenskaplig duell.

Efter att i 25 års tid deltagit i forskningssammanhang har jag hört, sett och upplevt så pass mycket av hur det fungerar i den världen att det finns all anledning att hävda att det är synnerligen väsentligt att relationen mellan referenter och författare antingen sker dubbelblint eller att det för båda klart framgår vem som bedömer och vem som blir bedömd!

Bo Sonnsjö
medicine doktor, ögonspecialist, ögonmottagningen, vårdcentralen, Hagfors
bo.sonnsjo@telia.com