

och framtidens chefer. Vår viktigaste uppgift borde därför vara att förmedla kunskap om vad läkaryrket kräver, så att de på bästa sätt kan axla rollen.

Det vi idag tycker är viktigt kommer i framtiden att vara oumbärligt. Medicinsk kompetens, kirurgisk färdighet men även allt det vi genom åren lärt oss av värme, förståelse och ödmjukhet måste vi dela med oss av.

Stolthet och respekt får vi heller inte glömma, så att varje läkare redan under utbildning inser sitt »... ansvar att vara den som leder och utvecklar teamet ... navet kring vilken verksamheten rör sig» som Bernhard Grewin hävdade i en intervju om framtidens läkare i Läkartidningen 24/98. På det viset kan vi kanske innan det är för sent återta initiativet. Slippa bli konsulter i en verksamhet där helt andra aktörer styr, undanröja hotet att läkaryrket blir ett rutinarbete där verksamheten avgörs av helt andra principer än vi tänkt oss.

Kraven har förändrats

Förr fanns på ett naturligt sätt en insikt om att man som äldre kollega hade ansvar för de yngre, utan att man talade om handledning eller målbeskrivning, det var liksom nödvändigt för arbetets organisation att var och en hade vissa färdigheter och kunde sköta vissa arbetsuppgifter.

Kraven har förändrats; vi är fler, tidspressen är på de flesta kliniker oerhört stor och dessutom har sjuksköterskeåren övertagit många arbetsuppgifter som kanske sköttes av studenter eller åtminstone läkare under utbildning tidigare.

Situationen kräver dock att vi inser några grundläggande detaljer; läkaryrket innebär inte bara riktiga diagnoser och utredningar utan ett ständigt utbyte av kunskaper mellan oss på olika nivåer för att förmedla alla värderingar och egenskaper en bra läkare måste ha.

Ett bättre omhändertagande av yngre kolleger är ett utomordentligt bra sätt att förbättra vår arbetsmiljö och påverka sjukvården i framtidens Sverige.

Respekt kräver respekt ... även från sjuksköterskor, politiker och inte minst vår arbetsgivare.

Referenser

1. Holm U. Empatiutveckling bland läkarstudenter. Läkartidningen 1995; 92: 404-6.
2. Holm U. Handledning i empati. Läkartidningen 1997; 97: 1393-7.
3. Birgegård G. Använd läkarnas professionella färdigheter. Läkartidningen 1998; 95: 2608-9.

Bör ljumskbråckskirurgin göras av mänskliga "maskiner"?

I en intressant artikel i Läkartidningen 22/98 rapporterar Fritz Berndsen och Dan Sevoni- us att mer än en fjärdedel av de patienter som 1990 opererades för ljumskbråck på Blekinge- sjukhuset i Karlskrona fått recidiv efter fem år.

Resultatet förefaller åtminstone inte vara bättre än det som uppnåddes på 1890-talet av Jacques Borelius, »en av pionjerna inom bråckskirurgi i Sverige».

Författarna poängterar med berömvärd uppriktighet att »resultatet är skrämmande både ur den enskilde patientens perspektiv och samhällsekonomiskt». I artikeln redogör författarna för åtgärder som man vidtagit för att förbättra resultaten: användare av nya tekniker (bl a ökad användning av konstfiberväv för att täcka vävnadsdefekter), bättre undervisning i ljumskbråckskirurgi till yngre kolleger och fortlöpande uppföljning av resultaten. Är dessa åtgärder tillräckliga?

Lågstatusoperation

Innan jag går vidare vill jag medge att jag diskuterar ett område som jag egentligen inte vet någonting om. Min egen erfarenhet av ljumskbråckskirurgi begränsar sig till det fåtal operationer som jag själv utförde under en mycket kort kirurgkarriär i slutet av 1960-talet. I en kommentar till Berndsens och Sevoni- us artikel framför Erik Nilsson (Läkartidningen 22/98) uppfattningen att ljumskbråckskirurgin haft lågt status hos svenska kirurger, och bara det faktum att jag lämnades att självständigt operera ljumskbråck styrker hans uppfattning.

Att jag ändå dristar mig att kommentera Berndsens och Sevoni- us rapport beror på att jag nyligen läst en intressant artikel om bl a just ljumskbråckskirurgi i tidskriften »The New Yorker» (30 mars 1998). Artikeln är skriven av A Gawande, som är kirurg i Boston och »research fellow» vid Harvard School

»Den som visar sig vara en skicklig bråckoperatör skall naturligtvis fortsätta att operera bråck och slipa tekniken så att han eller hon uppnår en »maskinlik perfektion» och skall ges uppmuntran och stöd att bygga upp en specialenhet för bråckskirurgi och naturligtvis avlönas efter förtjänst. Den som på ett kostnadseffektivt sätt kan operera ljumskbråck och samtidigt kan uppnå en recidivfrekvens varaktigt i nivå med den som rapporteras från Shouldice borde rimligen hyllas som en hjältekirurg.»

of Public Health. Den diskuterar möjligheterna att uppnå en »maskinlik perfektion» genom långtgående specialisering.

Gawande tar ljumskbråckskirurgin vid Shouldice Hospital utanför Toronto som exempel. Ett tiotal kirurger utför där vardera 600-800 ljumskbråcksoperationer per år med en recidivfrekvens på omkring 1 procent.

»Perfection is the excitement»

Verksamheten vid Shouldice beskrivs som »a focussed factory». Ljumskbråcksoperationerna, som utförs med enahanda teknik, genomförs på 30-45 minuter och till halva kostnaden jämfört med den vid andra kliniker. patienterna opereras i lokalanestesi och

Författare

ANDERS ALVESTAND

professor, institutionen för klinisk vetenskap, Karolinska institutet, Stockholm.

går direkt efter operationen på egna ben ut ur operationssalen, som omedelbart rengörs så att kirurgen i samma sal kan inleda nästa operation inom fem minuter. Man tycker kirurgerna skulle bli uttråkade av att bara operera ljumskbräck, men så tycks inte vara fallet: »Perfection is the excitement».

Berndsen och Sevonius redogör kortfattat för den operationsmetod som används vid Shouldice-sjukhuset och nämner att recidivfrekvensen är mindre än 2 procent. De anger dock – närmast i förbigående – att denna låga recidivfrekvens »varit svår att reproducera vid icke bräckspecialiserade kliniker» (min kursivering).

Ja, nog är det skillnad i specialisering. Vid kliniken i Karlskrona utfördes 1990 totalt ca 150 ljumskbräckoperationer av 19 operatörer, och 1996 opererades på samma klinik 184 ljumskbräck med användande av åtminstone sju olika tekniker.

Vid Shouldice-kliniken utför ett tio-

tal operatörer årligen flera tusen med användande av enahanda teknik.

Bra med konstfibernet?

Nilsson anger i sin »kommentar» att konstfibernet inlades vid omkring 50 procent av drygt 4 000 operationer registrerade i det svenska nationella bräckregistret 1996. Han framför förhoppningen att nätmetoden kan medföra att bräckrecidiv i framtiden blir en sällsynthet.

I Shouldice används inte konstfiberväv, därför att det kroppsfrämmande materialet medför ökad risk för infektion, därför att det är dyrt och därför att man får avundsvärda resultat utan att använda det.

Nilsson diskuterar orsakerna till att dagens ljumskbräckskirurger i allmänhet inte tycks nå bättre resultat än Bassini och Borelius på 1800-talet och anger att dessa opererade mer än 20 bräck årligen. Det är tre gånger fler än kirurgerna i Karlskrona men bara 1/30 av vad

Shouldice-kirurgerna hinner med på ett år. Han framför också funderingen att den yngre kollega som visar att han eller hon är en skicklig bräckoperatör troligen har goda utsikter att tillägna sig andra operationstekniker. Varför skall han/hon göra det?

En hjältekirurg

Rubriken på Nilssons »kommentar» är »Ljumskbräckskirurgin förtjänar högre status». Den som visar sig vara en skicklig bräckoperatör skall naturligtvis fortsätta att operera bräck och släpa tekniken så att han eller hon uppnår en »maskinlik perfektion» och skall ges uppmuntran och stöd att bygga upp en specialenhet för bräckkirurgi och naturligtvis avlönas efter förtjänst.

Den som på ett kostnadseffektivt sätt kan operera ljumskbräck och samtidigt kan uppnå en recidivfrekvens varaktigt i nivå med den som rapporteras från Shouldice borde rimligen hyllas som en hjältekirurg. •

Replik

Tydliggör resultaten efter bräckkirurgi

Vid den operation av ljumskbräck som Alvestrand uppmärksammat, Shouldicetekniken, används inte konstfibernet men väl ståltråd [1]. Metoden, som är tekniskt krävande, möjliggör operation av ljumskbräck med låg recidivfrekvens. En aktuell metaanalys har visat att den leder till bättre resultat än andra operationsmetoder där nätinläggning inte används [2]. I den största och bäst utförda randomiserade studien erhöles med Shouldicetekniken en recidivfrekvens på ca 6 procent efter 8 1/2 år [3], vilket är väsentligt mer än vid ursprungskliniken i Toronto. Som Alvestrand påpekar är de extremt låga recidivsiffrorna vid denna enhet en följd av bl a specialisering i en utsträckning som inte är möjlig inom ramen för nuvarande svensk sjukvård.

Ta hänsyn också till vårddagen

Opublicerade data från det svenska bräckregistret visar att risken för recidiv inom 24 månader efter en Shouldice-operation utförd under åren 1996–1997 var mindre än hälften av risken 1992–1995 (relativ risk 0,47 med ett konfidensintervall 0,27–0,82, beräkningar utförda på totalt 5 578 operationer).

Detta visar att svensk bräckkirurgi

relativt snabbt kan åstadkomma förbättringar om resultat tydliggörs och diskuteras. Hög kostnadseffektivitet förutsätter goda behandlingsresultat inkluderande låga omoperationssiffror, men det bör påpekas att också vårddagen har betydelse för den totala behandlingskosten.

Vid Shouldice-kliniken kvarstannar patienter 48–72 timmar efter en bräckoperation [1], medan 1 523 av 2 699 Shouldice-operationer (56 procent) vilka registrerades i det svenska bräckregistret under 1996–1997 utfördes inom ramen för dagkirurgi, dvs utan övernattning. Motsvarande siffra i Karlskrona-materialet är 74 procent.

Långt driven specialisering svår i Sverige

Alvestrand antyder att skickliga bräckoperatörer skall fortsätta att operera enbart ljumskbräck och erhålla samhällets stöd för att bygga upp specialenheter för bräckkirurgi. En så långt driven specialisering skulle fordra grundläggande förändringar av svensk sjukvårdsorganisation och -ekonomi.

Detta må man diskutera, men vi bör inte begränsa frågan till specialisering av bräckkirurgi [4] och val av operationsmetod. Operatörsutbildning och

kvalitetskontroll måste beaktas liksom samhällskostnader för sjukskrivning, patienttransporter och behov av akuta bräckoperationer. Man bör också väga in det utbildningsvärde som atraumatisk dissektionsteknik vid ljumskbräckskirurgi erbjuder. Den vävnadsvana en blivande kirurg härigenom får är en god grund för andra allmänkirurgiska ingrepp.

Erik Nilsson

docent, lasarettet i Motala

Dan Sevonius

biträdande överläkare, Karlskrona

Fritz H Berndsen

specialistläkare, Karlskrona

Referenser

1. Bendavid R. Symposium on the management of inguinal hernias. 4. The Shouldice technique: a canon in hernia repair. *Can J Surg* 1997; 40: 199-207.
2. Simons MP, Kleijnen J, van Geldere D et al. Role of the Shouldice technique in inguinal hernia repair: a systematic review of controlled trials and a metaanalysis. *Br J Surg* 1996; 83: 734-8.
3. Hay JM, Boudet MJ, Fingerhut A, et al. Shouldice inguinal hernia repair in the male adult: the gold standard? *Ann Surg* 1995; 222: 719-27.
4. Nilsson E, Haapaniemi S. Hernia registers and specialization. *Surg Clin N Am* 1998 In press.