

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 hornhinnebädden 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 uppmana 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.

men däremot PRK, den äldre tekniken. Ändå tvekar han inte att i tidningsintervjuer använda Seilers diskussionsinlägg för att fördöma Lasik som en potentiellt mycket farlig metod och samtidigt lovprisa den teknik som han själv praktiserar.

Ingen här i Sverige har sett en keratokonus i en frisk hornhinna efter Lasik (inte ens Björn Tengroth). Det beror sannolikt på att svenska operatörer följer de vedertagna reglerna.

### Hur ser det ut i världen?

Undertecknad har nyligen genomfört en elementär »gallup» bland 15 av världens ledande ögonkirurger. Tillsammans har dessa kolleger (själva eller i kliniker som de ansvarar för) utfört över 300 000 Lasikbehandlingar. Flera har arbetat med Lasik sedan 1989. Ingen av de tillfrågade ögonkirurgerna uppger sig ha sett en enda keratokonus i friska

hornhinnor som opererats enligt vedertagen praxis. Samtliga fortsätter med Lasik. Med andra ord: dessa ögonkirurger är överens om att Lasik är en utmärkt evidensbaserad kirurgisk metod – så länge den utförs av skickliga ögonkirurger som respekterar de internationellt överenskomna säkerhetsmarginalerna.

I händerna på omdömeslösa utövare kan den dock ställa till med elände. Varför väntade inte Tengroth med sin skrämselfpropaganda och frågade expertisen, som alltså är totalt enig om tekniken, innan han for ut i media? Att göra ett sådant utspel för att marknadsföra sin egen föråldrade teknik på bekostnad av patienters förtroende är omoraliskt.

### Referens

1. Seiler T. Iatrogenic keratectasia: academic anxiety or serious risk? *J Cataract Refract Surg* 1999; 25: 1307-8.

Replik:

## Seilers varning är berättigad!

**Professor Theo Seiler i Dresden varnar för att man kan få en förändring i hornhinnan efter Lasik i form av en utbuktning som påminner om det sjukdomstillstånd vi kallar keratokonus [1].**

Man har diskuterat denna möjliga risk i vetenskapliga kretsar en längre tid, då man får en bestående försvagning av hornhinnan vid ingreppet med Lasik.

### Förändringar först efter fyra år

Hahnenberger tycks glömma att jag är en av pionjärerna vad gäller olika typer av refraktiv kirurgi med laser, och fortfarande har jag en mycket aktiv kontakt med de i detta ämne ledande vetenskapsmännen i världen. Problemet med den typ av förändring som Seiler rapporterat är att dessa förändringar inte

uppträtt förrän efter fyra år eller längre tid. De regler man i dag följer vad gäller behandlingsdjup syftar inte på dessa förändringar. Att massor av operationer är utförda utan att man ännu sett ett ökat antal sådana fall är alltså ingen garanti för att metoden inte kan ge upphov till framtida problem.

### Bristande uppföljning

Majoriteten av dem som i dag arbetar med refraktiv kirurgi i allmänhet, och med Lasik i synnerhet, följer inte upp sina fall och gallupundersökningar av Hahnenbergers modell är knappast vetenskapligt acceptabla. Den radiära keratotomin eller den skryskade metoden utfördes på miljontals patienter världen över. Den visade sig efter ett antal år ge upphov till progredierande översynthet, vilket är ett stort problem, och metoden är nu i stort sett övergiven. Seilers varning tycker jag är berättigad och gäller framför allt indikationer och att en noggrann uppföljning är nödvändig.

### Referens

1. Seiler T. Iatrogenic keratectasia: academic anxiety or serious risk? *J Cataract Refract Surg* 1999; 25: 1307-8.

## Aktivare och snabbare debatt!

Skriv ett kort debattinlägg (max 1 000 ord) och leverera per e-post så ska vi se till att du snabbt – inom 2 à 3 veckor – blir publicerad! Läkartidningen vill spegla det som sker i sjukvården genom att underlätta för läsarna att i våra spalter ge uttryck för det som måste sägas men som annars kanske inte sägs.

Det kan gälla förhållanden som rör själva det medicinska arbetet med patienter, positiva eller negativa organisationsmässiga förändringar, fackliga problem likaväl som moraliska dilemman när läkaretiken kommer i kläm. Vi vill också ha inlägg som rör de mer djupgående principiella villkoren för sjukvården på kort och lång sikt.

Det ska vara lätt att komma till tals i Läkartidningen, högt i tak och debatten ska vara snabb, allt för att spegla tidens skeenden.

Välkommen att höra av dig!



Jan Lind,

debattredaktör  
debatt@lakartidningen.se  
tel 08-790 34 84,  
fax 08-14 57 04.

### Författare

BJÖRN TENGROTH  
professor, Nya Ögon Tengroth-  
kliniken, Stockholm.