



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

Tabell 1. Veterans Affairs-studien [8, 9, 12]: Skev fördelning av operatörsfarenhet, 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 resultatkillnaderna 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 bräck, och avsevärt bättre vid recidivbräck.

Konklusion

Det saknas vetenskapligt stöd för att allmänt förespråka OPEN eller LAP föredragen andra. LAP är idag en väldokumenterad etablerad, alternativt 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 bräckkirurgi blir succesivt allt bättre.

SBR har visat att lejonparten av ljumsckbräck i Sverige opereras med öppen teknik, av kirurger med måttligt in-

teresse för bräckkirurgi [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 bräck i ljumske, bukvägg och diafragma.

Referenser

- 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.
- Nilsson E. Öppen eller laparoskopisk bräckoperation: Efter fem år mår patienterna ungefär lika bra. *Läkartidningen* 2005;102:1403.
- Novik B. Laparoskopiska bräckoperationer gav mindre kroniska känselbortfall. *Läkartidningen* 2005;102:1758.
- Medical Research Council Laparoscopic Groin Hernia Trial Group. Cost-utility analysis of open versus laparoscopic groin hernia repair: results from a multicentre clinical trial. *Br J Surg* 2001;88:653-61.
- Svenskt Bräckregister, Nationellt kvalitetsregister för bräckkirurgi. Årsredovisning år 2004. (<https://sbr.normod.se/html/dl/pub/red04.pdf>)
- 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.
- 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.
- National Institute of Clinical Excellence (NICE). Laparoscopic surgery for inguinal hernia repair (Technology Appraisal No. 83). London: NICE; 2004.
- Novik B. Randomized clinical trial of fixation vs non-fixation of mesh in total extraperitoneal inguinal hernioplasty. *Arch Surg* 2005;140:811-12.
- 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://tarkiv.lakartidningen.se> är artikeln kompletterad med fullständig referenslista

Ett demokratiskt problem?

II Läser vid morgonkaffet att jag är ett demokratiskt problem. I Läkartidningen 28-29/2005 (sidan 2050) refereras ett debattseminarium i Almedalen. Enligt DN:s ledarskribent Hanne Kjoller 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 sjukskriv 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

II 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 – hundratals kvinnor anses lida av urininkontinens,