

Replik:

Det finns skäl för min skepsis

II Anna Martling och jag verkar vara överens om att preoperativ strålbehandling och TME-teknik liksom operativ träning inom kolorektalkirurgi är av godo för resultaten vid rektalcancer.

Ingen självklar slutsats

Om Martling läser min artikel en gång till ser hon att vi också är överens om att subspecialisering mot kolorektalkirurgi är en »bevisad« fördel. Vi är däremot inte eniga om huruvida det goda resultatet beror på kirurgens antal rektalcanceroperationer per år. Eller rättare sagt, Anna Martling och medarbetare *vet* att om kirurgen utför 1–2 rektalcanceroperationer/månad blir resultatet bättre än om han/hon opererar färre, medan jag – efter att noggrant ha försökt analysera de 30-tal studier som finns publicerade i ämnet – inte tycker att denna slutsats är självklar.

Disparata resultat och störfaktorer

Det finns flera orsaker till en sådan skepsis, vilket jag försökte beskriva i den medicinska kommentaren. Framför allt grundar sig min osäkerhet på två ting; de oerhört disparata resultaten mellan olika studier och den uppsjö av störfaktorer som riskerar att störa analysen.

Man gör det enkelt för sig om man, som Martling, påstår att de arbeten som inte visar signifikant fördel för ökad kirurgvolym bara varit dåligt dimensionerade. Det finns t ex två välgjorda studier [1, 2] med sammanlagt över 32 000 kolorektala canceroperationer där man inte finner någon signifikant koppling mellan kirurgvolym och resultat.

Även om dessa studier inte är något ultimativt bevis så borde de väl ändå kunna ge Martling och medarbetare en liten, liten tankeställare om att resultaten från deras egen undersökning på 652

Stockholmspatienter inte självklart representerar sanningen.

Om Martling läser min kommentar en gång till kan hon se att jag inte förordat decentralisering av det multidisciplinära omhändertagandet. Det är kunskapen och de goda exemplen som bör decentraliseras. Om dessutom Martling höjde nästippen över Solna kyrktorn kanske hon kunde få syn på övriga sjukvårds-Sverige. Magnetkameror finns på varje svenskt sjukhus idag, onkologisk och patologisk kunskap inom varje län, professionellt omhändertagande av kolorektala cancerpatienter sker på vårdavdelningar även i Jönköping och Hudiksvall, subspecialiserade kolorektalkirurger finns på i stort sett varje kirurgklinik.

Dessutom: inget översvallande tal om det multidisciplinära teamets förträfflighet kan dölja det faktum att fortfarande idag hänger rektalcancerpatientens överlevnadsmöjligheter på tumörstadium vid diagnos och att adekvat strålbehandling och kirurgi blir utförd. Vad övrigt är är spel om enstaka procent.

Vård på hemorten

Till slut, jag har ingen evidens för att många människor, företrädesvis äldre, har en stark önskan om att få sin koloncancer skött på hemorten. Jag vill ändå påstå att det bland många erfarna landsortskirurger, vilkas åsikter aldrig brukar efterfrågas, finns en ganska stor empirisk kunskap om att så kan vara fallet.

Dessutom finns det faktiskt en studie i ämnet (referens [110] i min medicinska kommentar). Etthundra amerikanska patienter i väntan på kirurgi tillfrågades om de skulle välja lokalsjukhuset eller regionsjukhuset (4 timmars bilresa bort) om de drabbades av resekel pankreas-cancer. Om mortalitetsrisken var lik-

vändig mellan sjukhusen valde 100 procent av patienterna att bli opererade på sitt lokala sjukhus. Om risken att dö var dubbelt så hög (6 vs 3 procent) på lokalsjukhuset skulle ändå 45 procent av patienterna vilja opereras där. Fortfarande om risken att dö var 6 gånger högre vid lokalsjukhuset (18 vs 3 procent) skulle 18 procent hellre stanna hemmavid än åka till regionsjukhuset. Ju äldre patient, desto större risk var vederbörande villig att ta för att få vara kvar i sin hemmiljö.

Det är intressant att denna studie är utförd av forskare (Finlayson och Birkmeyer) som tidigare publicerat arbeten talande för centralisering på grund av förbättrade resultat vid ökande volymer. Ännu intressantare är den Editorial som Finlayson och Nelson skriver i *Br J Surgery* [3], där han ur amerikanskt perspektiv menar att resultaten av volym-, centraliserings- och specialiseringsstudierna inte bör leda till förflyttningar av patienterna utan till en reformerad kirurgutbildning där subspecialisering sätts i centrum.

Johannes Järhult

överläkare, kirurgiska kliniken,
Länssjukhuset Ryhov, Jönköping;
adjungerad professor i kirurgi,
Linköpings Hälsouniversitet
johannes.jarhult@lj.se

Referenser

1. Khuri SF, Daley J, Henderson W, Hur K, Hossain M, Soybel D, et al. Relation of surgical volume to outcome in eight common operations: results from the VA National Surgical Quality Improvement Program. *Ann Surg.* 1999;230:414-29; discussion 429-32.
2. Urbach DR, Bell CM, Austin PC. Differences in operative mortality between high- and low-volume hospitals in Ontario for 5 major surgical procedures: estimating the number of lives potentially saved through regionalization. *CMAJ.* 2003;168:1409-14.
3. Finlayson E, Nelson H. Predicting quality in surgery. *Br J Surg.* 2005;92:129-30.