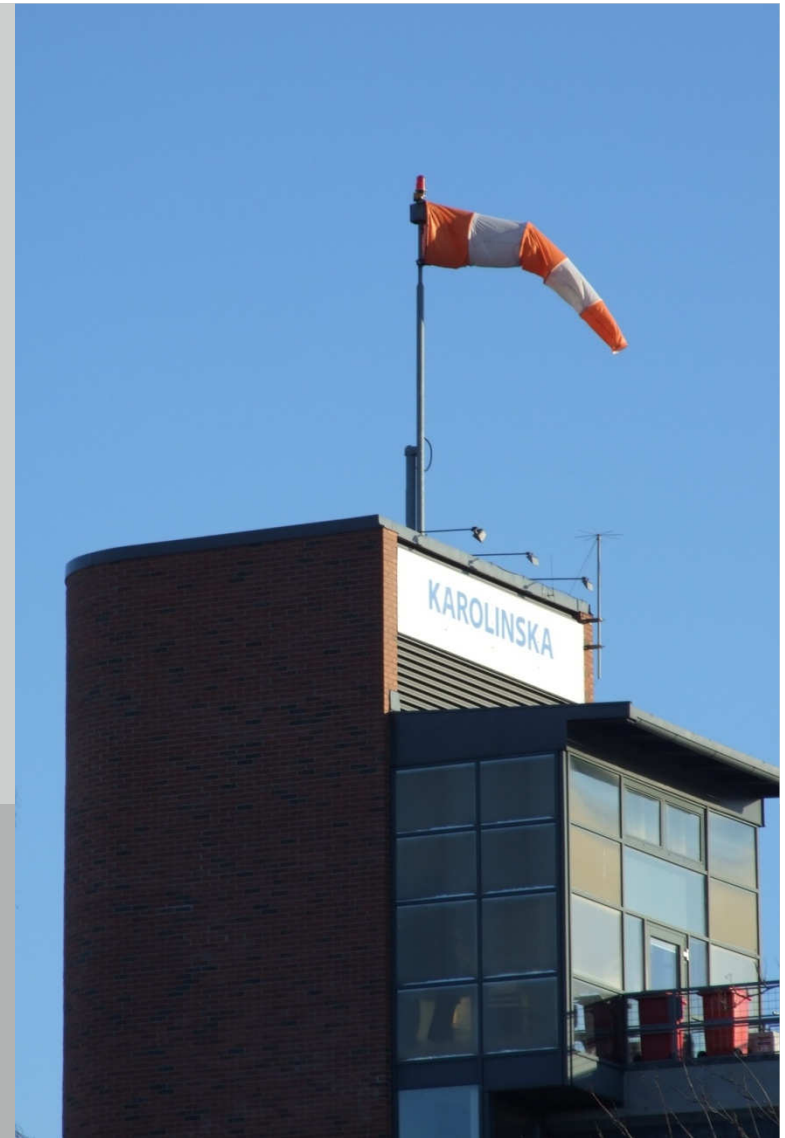


Svensk kolorektalcancerkirurgi

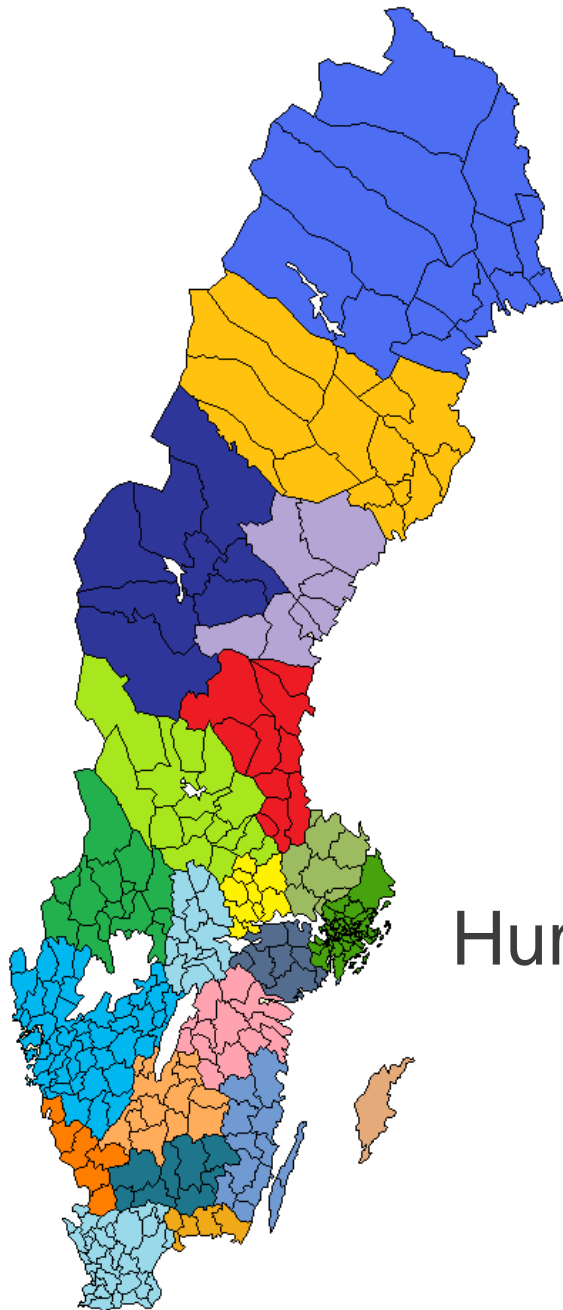
Idag och imorgon

Per J. Nilsson,
Sektionen för Nedre Abdominell Kirurgi,
Gastrocentrum Kirurgi,
Karolinska Universitetssjukhuset,
Stockholm



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA
Universitetssjukhuset



Befolkning: ~ 10 miljoner

Landsting/Regioner: 21 (ekonomi)

RCC: 6 (onkologi)

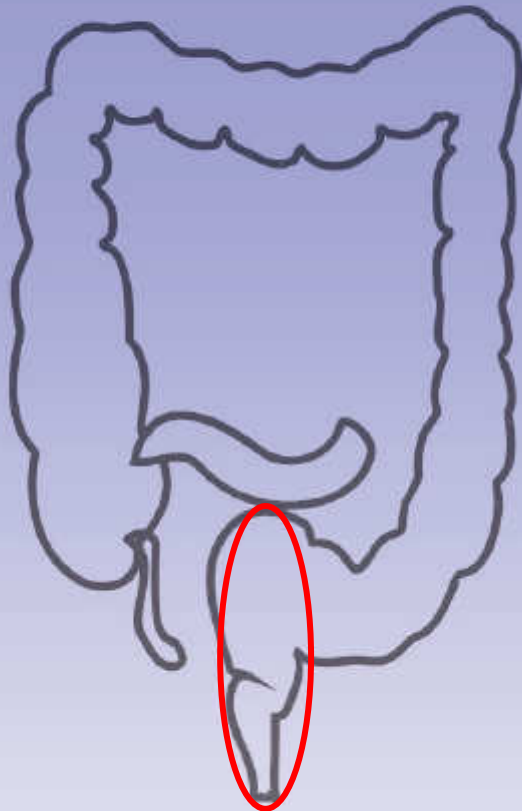
Årligt antal tjock- o ändtarmsca
~ 6000

Hur ser det ut idag?



Nationellt kvalitetsregister

för **rektalcancer**

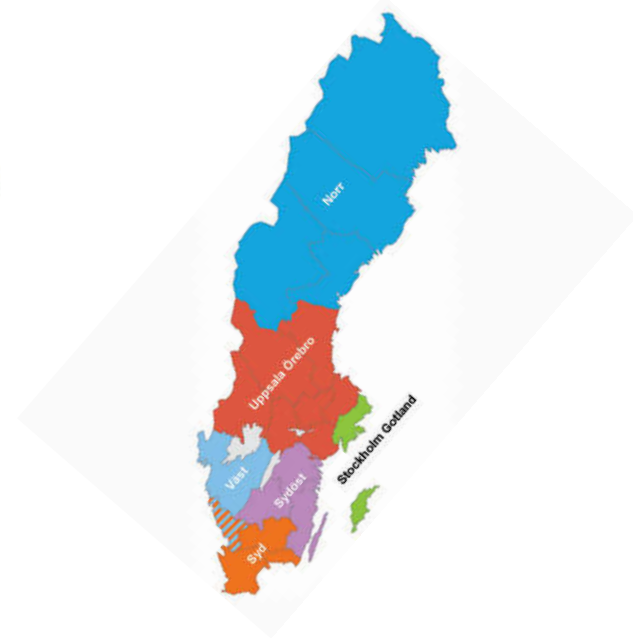


Årsrapport 2011

- Totalt 1953 nya patienter
- 48 sjukhus (41/sjukhus)
- Abdominellt opererade: 1351
- 48 sjukhus (28/sjukhus)
- Variation 1- 140 patienter
- 12 sjukhus < 12 pat
- 25 sjukhus \leq 24 pat
- 4 sjukhus > 60 patienter



Nationellt kvalitetsregister Cancer recti



Data från 2011:
”Stor kirurgi” för ändtarmscancer

Region	Antal sjh	1-5 pat	> 24 pat	Op/sjh
Norr	7	1	2	19
Uppsala-Örebro	10	0	5	32
Sthlm-Gotland	9	3	4	25
Väst	8	0	5	32
Sydöst	7	0	1	18
Syd	7	1	5	40
Totalt	48	5	22	28

Registret för Koloncancer

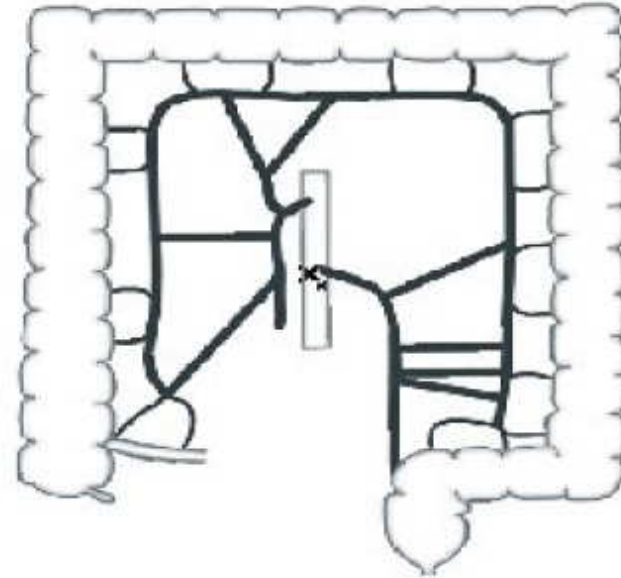
NATIONELL RAPPORT

2011

3989 patienter

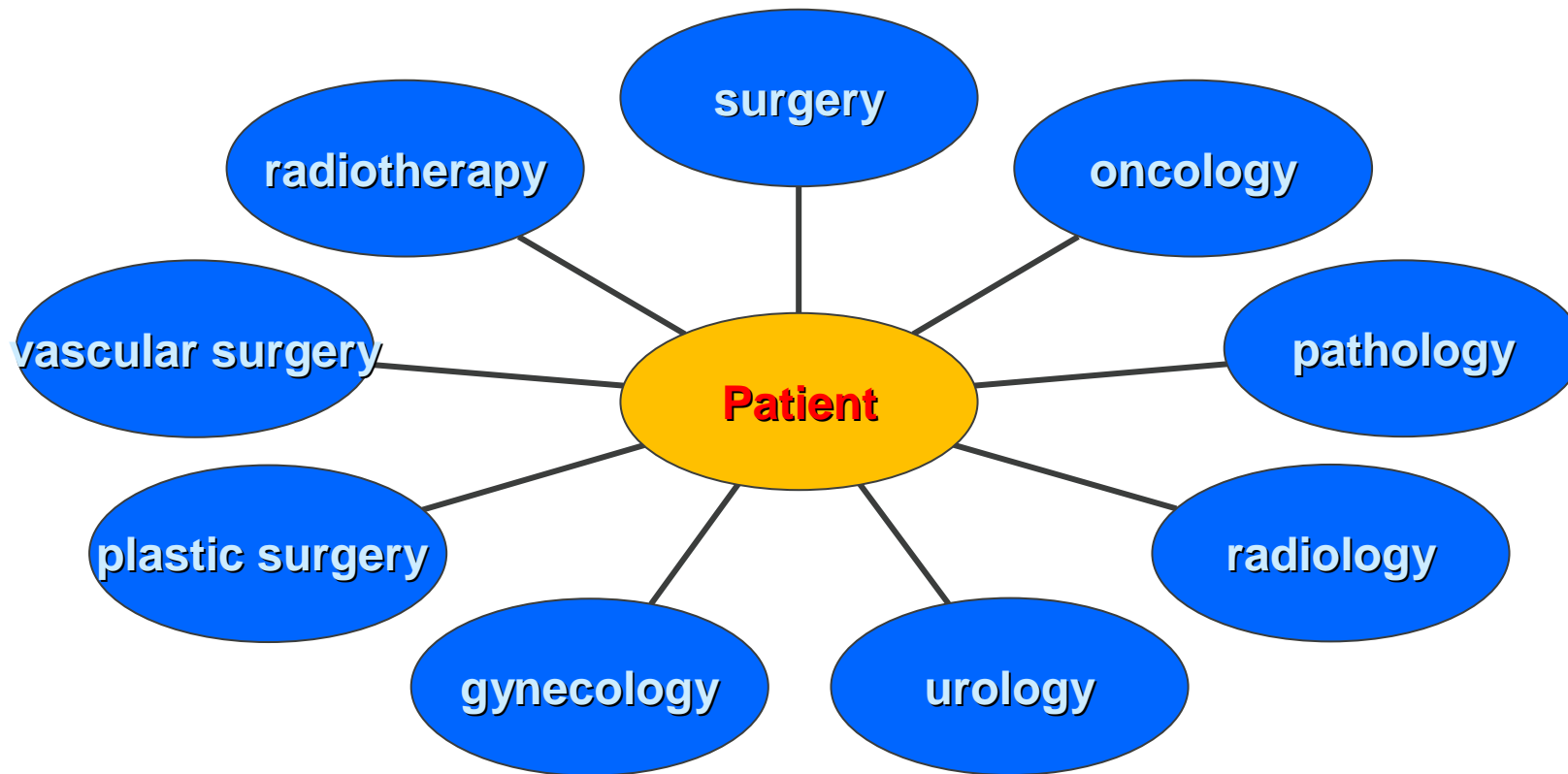
Antal opererade 3423 pat

55 sjukhus (62 pat/sjukhus)



- 10 sjukhus \leq 24 pat
- 11 sjukhus $>$ 100 pat

Styrkan hos "stora" finns i det multidisciplinära arbetssättet



Tisdag den 5 april  Stockholm 9° | yr.no

SvD | OPINION

Centralisering av cancervård räddar liv



4 april 2011 kl 12:45, uppdaterad: 4 april 2011 kl 17:06

En centralisering av cancervården skulle rädda hundratals liv. Trots att vi vet detta görs hundratals operationer av mindre vanliga diagnoser på kliniker som har för litet patientunderlag. Sämre överlevnadssiffror är konsekvensen. Det är oacceptabelt, skriver Ursula Tengelin och Bengt Westermark, Cancerfonden.

Volym och resultat

En inventering av det underlaget på kirurgen USA. Det är en allvarlig invändning om resultaten ska kunna överföras till situationen i Sverige. Generellt kan man påvisa bättre resultat – oftast lägre postoperativ mortalitet – på enheter som har större volym.

Detta är helt i enlighet med den aktuella svenska praktiken av öppen redovisning från framför allt våra nationella kvalitetsregister. En sådan redovisning är på gång inom allt fler områden. Den leder till att enheter som inte kan redovisa acceptabla resultat upphör med sin verksamhet. Detta kan uppfattas vara en faktor bakom de internationellt sett starka resultaten av kirurgi vid rektalcancer i Sverige [1].

1. Enstaka, eller mycket få, ingrepp av mer komplicerad art har vanligtvis i de studerade rapporterna varit förenat med klart sämre utfall.



”...mer komplicerad art...”

- Lokalrecidiv
- Primärt lokalt avancerade tumörer
- Analcancer
- CRS+HIPEC
- All rektalcancer?
- All kolorektalcancer??
- Laparoscopisk kolorektalcancerkirurgi???



Volym o

En förstudie

Systematisk översikt av litteratur rörande samband mellan volym och utfall inom området onkologisk kirurgi [8]

Genomgången identifierade 68 relevanta studier, varav 41 uppfyllde inklusionskriterierna [8]. De flesta av de inkluderade studierna rörde kirurgi vid matstrupscancer, bukspottkörtelscancer, magsäckscancer, tjocktarmscancer, lungcancer och endast enstaka arbeten berörde levercancer, prostatacancer, urinblåsecancer, njurcancer och hjärntumörer. Alla studier utom två (en rörde njurcancer och den andra blåscancer) visade på ett samband mellan volym och mortalitet, där dödligheten var lägre vid högre volym. De två resterande visade inte någon säkerställd

Det har de senaste 25 åren publicerats ett mycket stort antal studier som värderat sambandet mellan volym och kvalitet/resultat i sjukvården. Ofta, men inte alltid, har sådana studier kunnat visa att enheter med stor volym av en viss typ av operation eller annan intervention har bättre resultat än sådana där ingreppet utförs mer sällan. Detta

Å andra sidan..

Ofta har resultatet av en operation mätts som dödlighet på sjukhuset eller inom 30 dagar från operationen. Vid de allra flesta kirurgiska ingrepp, inklusive de mot cancer i bukorganen, är den postoperativa mortaliteten så låg, att detta inte är ett relevant mått på kvalitet (t ex kirurgi för tjocktarmscancer och karotiskirurgi). I vilken frekvens patienterna verkligen botats från den aktuella sjukdomen har endast undantagsvis medtagits som resultatvariabel. I de ofta extremt stora

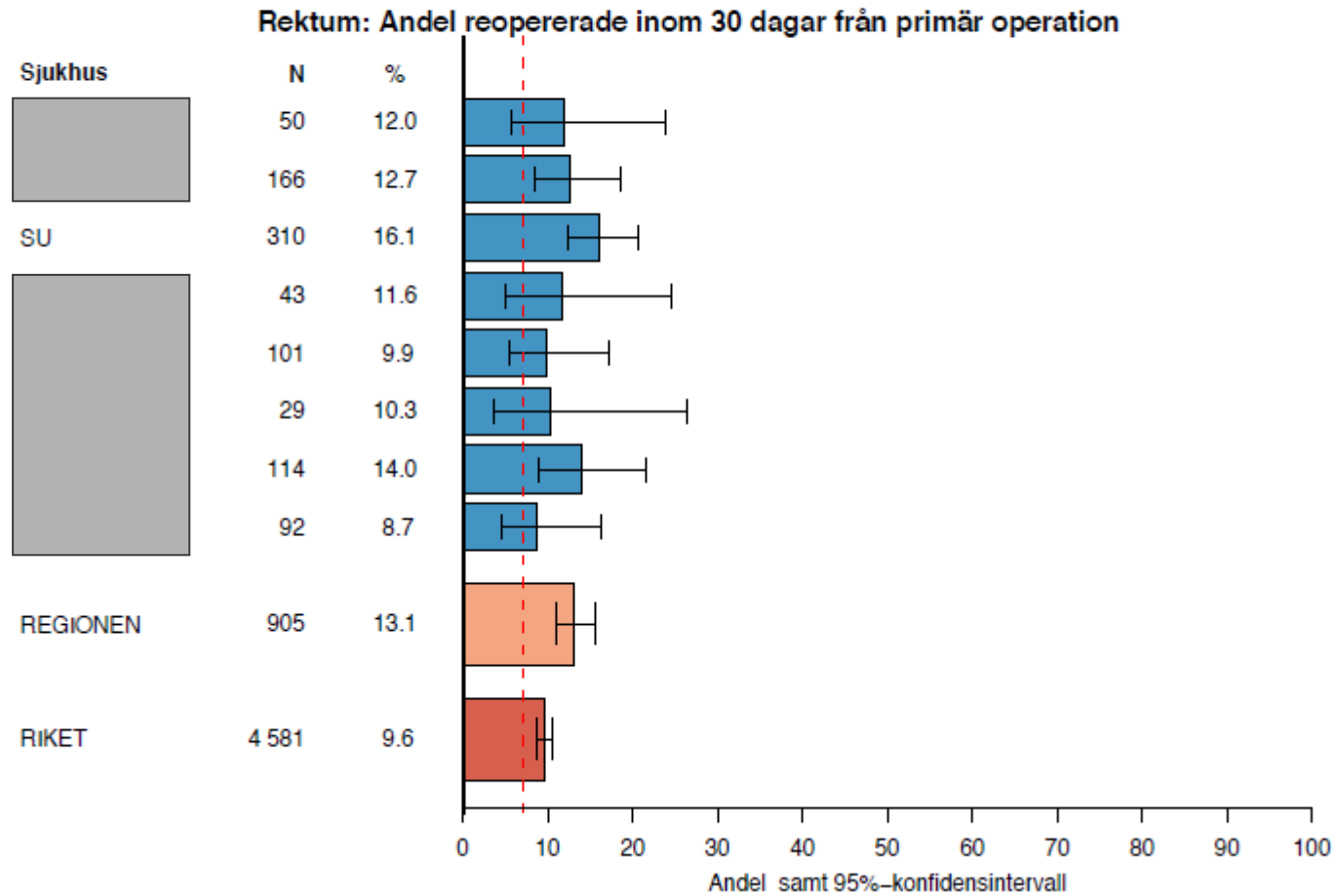
1

Även om de statistiska relationerna pekar i riktning mot en omvänd relation mellan sjukhusets volymer av ett visst ingrepp och postoperativ dödlighet är det viktigt att slå fast att alla enheter med hög patientvolym inte har bra resultat och alla med låg inte har dåligt. Det finns inte heller något vetenskapligt stöd för att fastställa gränsvärden – ribbor att passera – för att uppfattas i tillräcklig grad vara ”högvolymsenhet”.

2

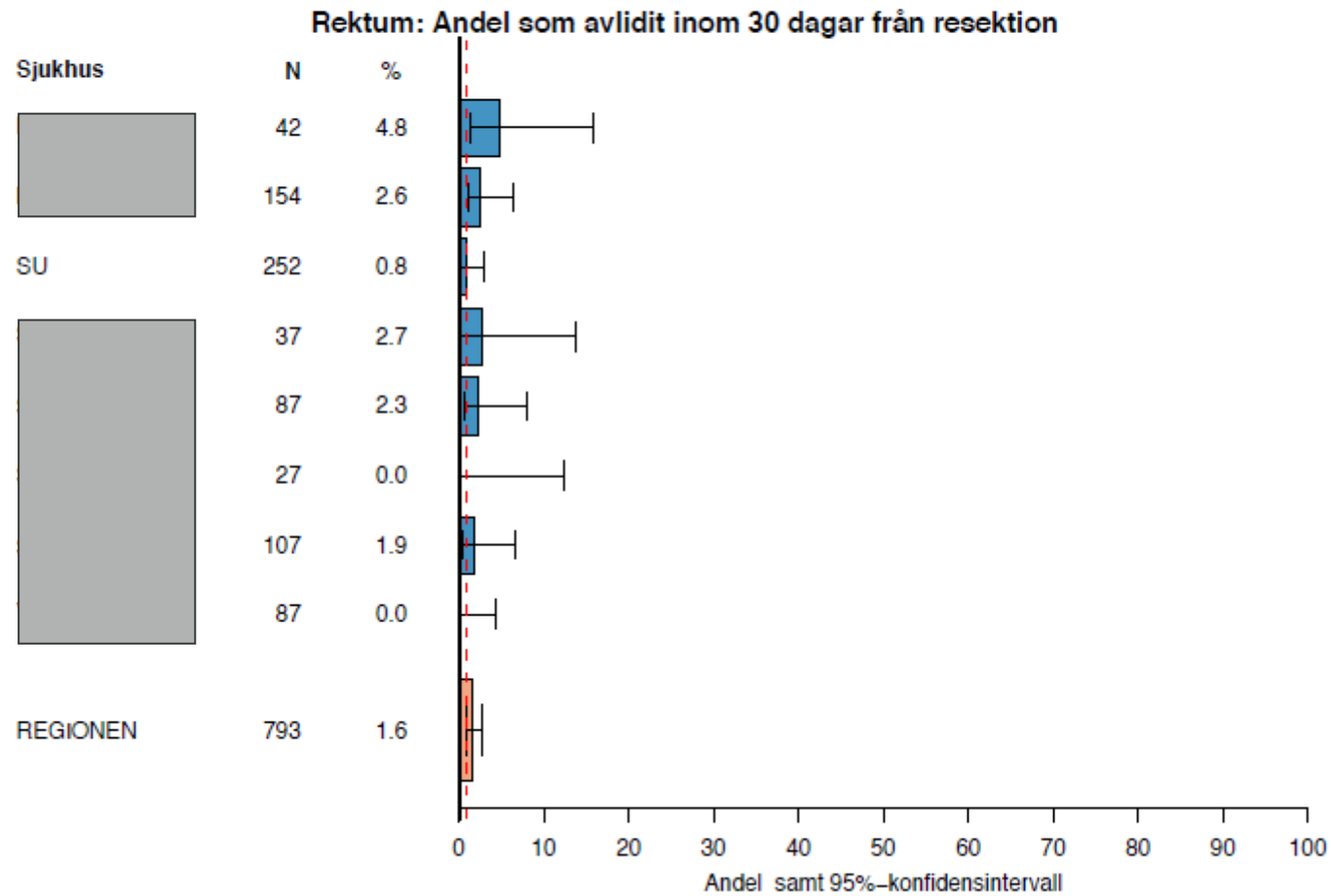
Ad 1:

Rektum: Reoperation inom 30 dagar



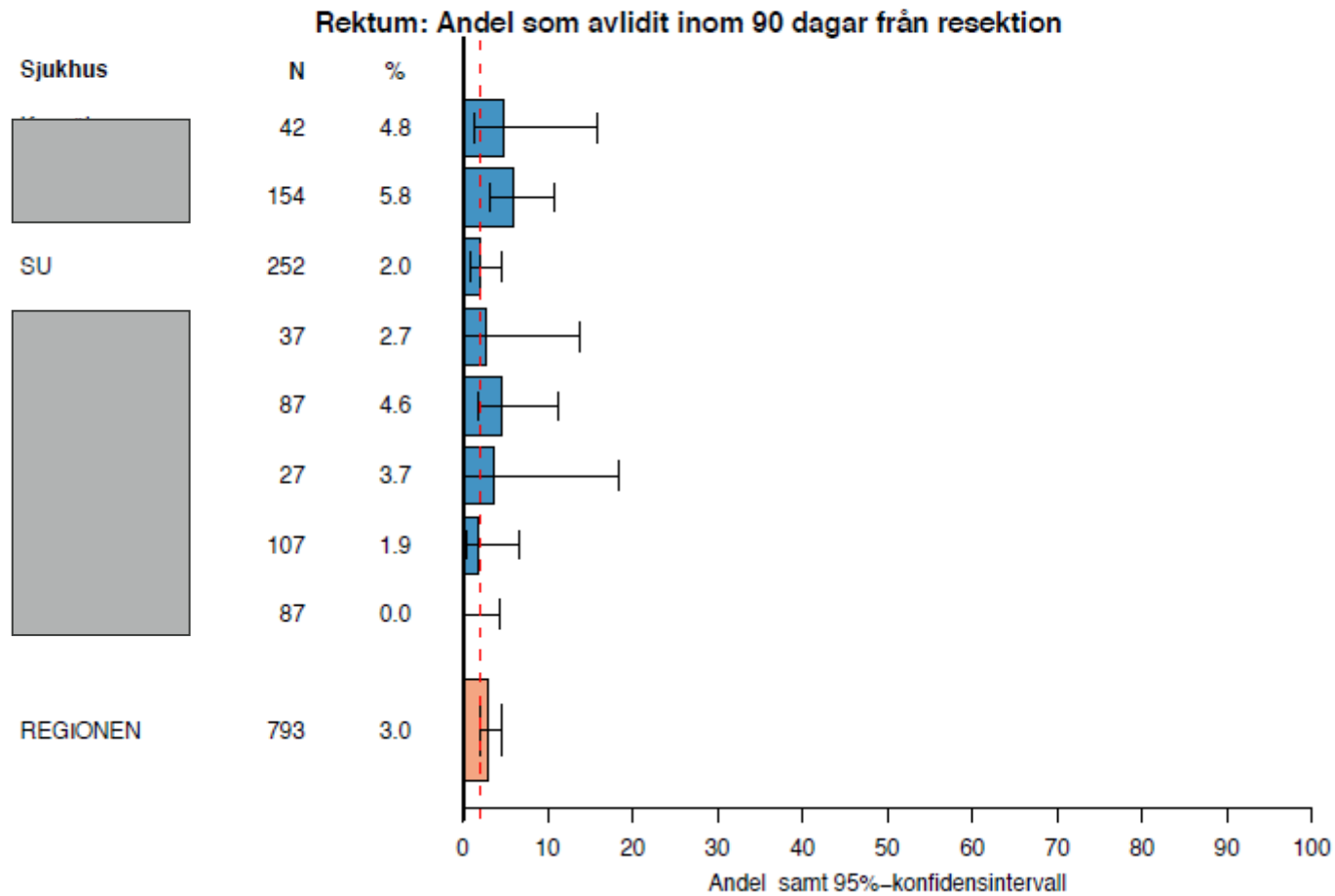
Ad 1:

Rektum: Avlidna inom 30 dg efter resektion



Ad 1:

Rektum: Avlidna inom 90 dg efter resektion



Ad 2:

Workload and surgeon's specialty for outcome after colorectal cancer surgery (Review)

Archampong D, Borowski D, Wille-Jørgensen P, Iversen LH



Authors' conclusions

The results confirm clearly the presence of a volume-outcome relationship in colorectal cancer surgery, based on hospital and surgeon caseload, and specialisation. The volume-outcome relationship appears somewhat stronger for the individual surgeon than for the hospital; particularly for overall 5-year survival and operative mortality, there were differences between US and non-US data, suggesting

Ad 1:

Vilka volymer talar vi om?



Billingsley 2007

Hospital volume

VLV=1-58

LV=59-107

MV=108-150

HV=151-341

Finlayson 2003

Hospital volume

LV=<61

MV=61-116

HV=>116

Dimick 2003

Hospital volume

LV=55

MV=55-100

HV=101-150

VHV=>151

Borowski 2010

Hospital volume

LV=<87

MV=87-109

HV=>109

Elferink 2010A

Hospital volume

LV=<50

MV= 50-100

HV=>100

Drolet 2011

Hospital volume

LV=0-30

MV=31-60

HV=61+

Birkmeyer 2002

Hospital volume

VLV=<33

LV=33-56

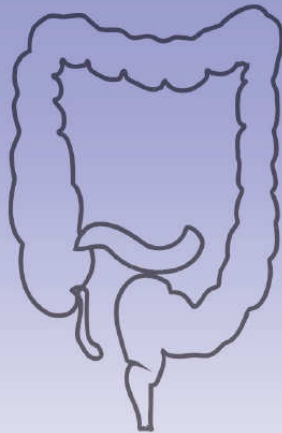
MV=57-84

HV=85-124

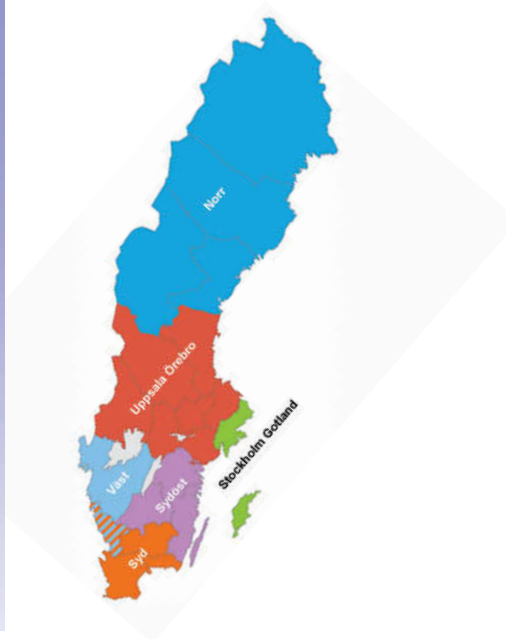
VHV=>124

Nationellt kvalitetsregister

för rektalcancer



Årsrapport 2011



- 25 sjukhus \leq 24 pat
- 4 sjukhus $>$ 60 patienter

Region	Antal sjh	1-5 pat	$>$ 24 pat	Op/sjh
Norr	7	1	2	19
Uppsala-Örebro	10	0	5	32
Sthlm-Gotland	9	3	4	25
Väst	8	0	5	32
Sydöst	7	0	1	18
Syd	7	1	5	40
Totalt	48	5	22	28

Ska vi eftersträva förändring?



PRESSMEDDELANDE

2011-04-14

Ny avhandling:

Fördubblad canceröverlevnad med nya arbetssätt och centraliserad organisation

Nya arbetssätt och centraliserad organisation av vården har fördubblat överlevnaden i ändtarmscancer. Detta har varit känt länge och ändtarmskirurgin i Västerås har också prisbelönats med Guldkalpellen för sitt sätt att arbeta. Men nu är det också vetenskapligt bevisat att strategin fungerar.

Det är kirurgen Maziar Hosseinali Khani, doktorand vid Centrum för klinisk forskning i Västerås, som i en avhandling (disputation lördag 16 april,) kan påvisa effekterna av Västeråsmodellen inom ändtarmskirurgin.

I fyra delstudier går han igenom såväl arbetsmetoder som organisation kring ändtarmskirurgin och beskriver hur det ena inte kan fungera utan det andra.

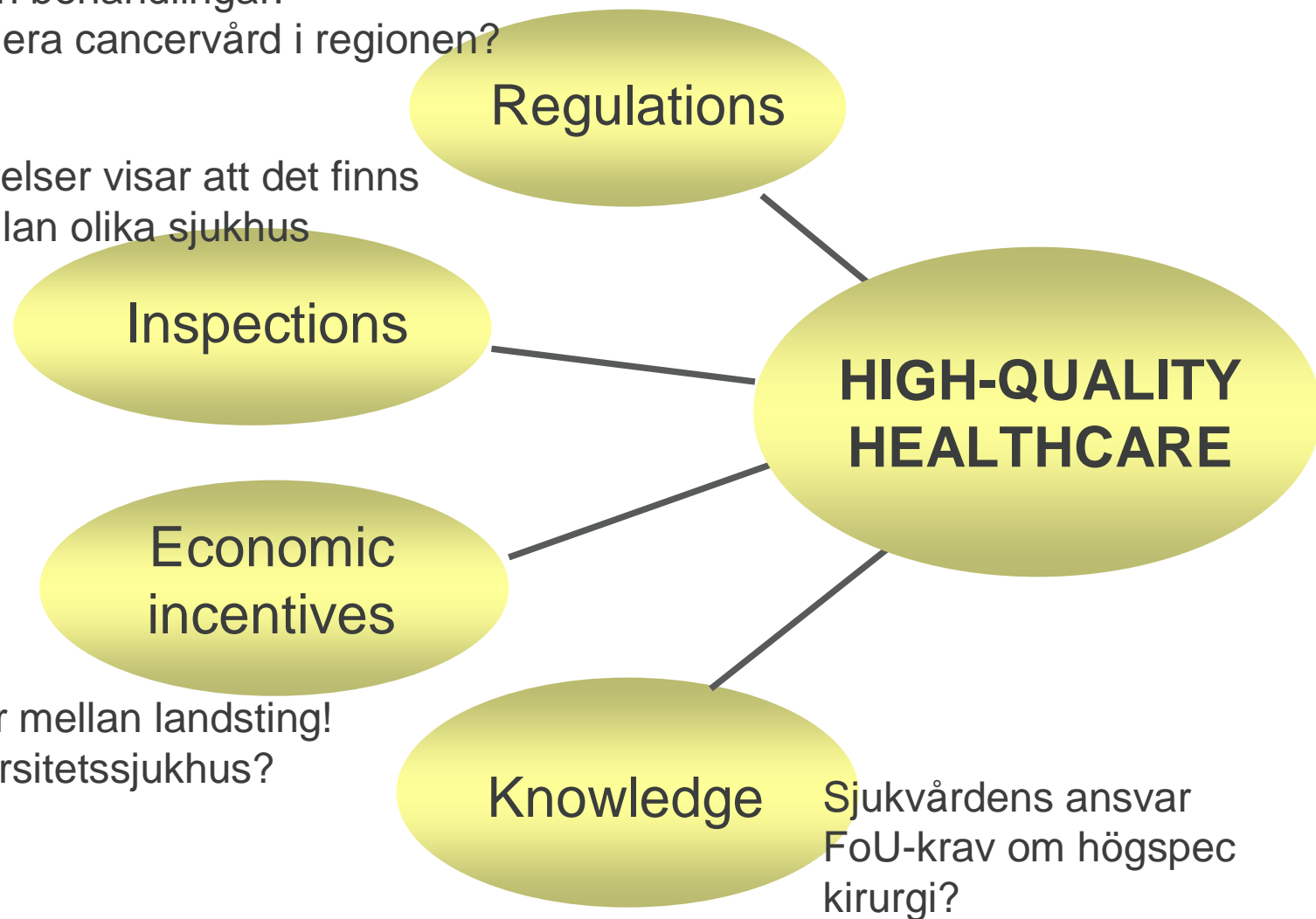
När det gäller arbetsmetoder handlar det om att använda bästa sättet att hantera de tumörer

Styrmedel

Rikssjukvård finns för väldigt ovanliga sjukdomar och behandlingar!
Ska RCC reglera cancervård i regionen?

Öppna jämförelser visar att det finns skillnader mellan olika sjukhus

Ta bort hinder mellan landsting!
Statliga universitetssjukhus?



Framtiden

- Patientkrav
Mer öppna jämförelser
- RCC använder sin makt
Regleringar
- Ändrat regelverk utomlänsvård
Ekonomiska hinder bort
- Nationella centra för "sällan-op"
Typ rikssjukvård



Framtiden



Kategori	Antal op	Idag	2022
Koloncancer	3500	55	40
Rektalcancer	1500	47	20
Analcancer	35	6-8 (?)	2
Lokalt avancerade tumörer	400	6-8 (?)	4-6
Lokala recidiv	30	?	1
CRS+HIPEC	125	1+1+1	3

Tack!