



# SVENSK FÖRENING FÖR TRAUMATOLOGI

*Svensk Förenings för Traumatologis kommentarer gällande "Träning ger färdighet"*

## **Kapitel 5.5 Traumauppdraget**

Vi samtycker till texten i detta kapitel och kan konstatera att detta arbete snarast bör inledas. Vi saknar dock ett tydligt "bör och ska krav" från Socialstyrelsen/ annan myndighet då landstingens självbestämmande försvårar regionalisering och nationell samverkan. Det saknas även ett mandat från Socialstyrelsen för att ett nationellt kompetenscentrum ska kunna bildas. ***Att skapa ett nationellt kompetenscentrum (med Nasjonal Kompetansetjeneste i Norge som förebild) ser vi som det viktigaste första steget till en likvärdig traumavård; utifrån denna plattform kan nivåstrukturering, kvalitetssäkring av utbildning och nationella riktlinjer skapas.***

## **Kapitel 8:6 Samband volym och patientutfall trauma-och akutvård**

Vi anser att traumavården idag ***inte kan centraliseras i Sverige*** pga av 1)avsaknad av ett nationellt koordinerat transportsystem bemannad med rätt kompetens vid långa transporter och 2) att stabiliserande kirurgi måste kunna utföras på akutsjukhus innan långa transporter eftersom tiden är en viktig faktor. Vår förening förordar därför ett ***inkluderande traumasystem*** som beskrivs i kapitel 5.5. En ökad centraliserad kirurgisk vård till universitetssjukhus riskerar att utarma den kirurgiska kompetensen på akutsjukhusen och försämra kvaliteten och därmed utfallet på traumasjukvården.

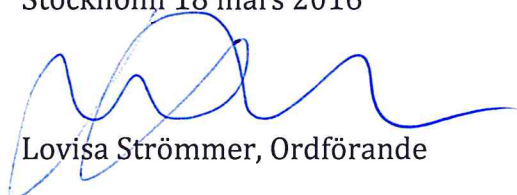
## **Kapitel 15 Akutuppdraget**

Vi delar Socialstyrelsens oro för att ökad koncentration av högspecialiserad vård kommer påverka den akuta verksamheten på akutsjukhusen.

I kapitel 15.2 beskrivs resultat från England med ett svårt traumafall per vecka på 250 000 innevånare och att så få fall innebär stora kostnader för beredskap och lite träning för vårdpersonalen. Vi håller inte med om denna slutledning. På Karolinska Universitetssjukhuset har vi motsvarande antal svåra traumafall per befolkningsmängd, men det är bara en svårt skadad på ca ***var femte traumalarm***. Vi menar därför att beredskapen är nödvändig då inte bara de mest svårt skadade behöver vård och "träningen" för personalen är väl tilltagen ca fem gånger så många traumapatienter per år. Andel svårt skadade av alla traumapatienter som kommer till sjukhus avgörs av prehospital triagering och larmkriterier vilket kan skiljer sig i vårt land. Andelen svårt skadade per traumalarm ligger med stor sannolikhet mycket lägre på mindre sjukhus där uppskattningsvis endast en patient per var tionde traumalarm svårt skadad på mindre sjukhus.

Socialstyrelsens rapport indikerar att ett ökat antal akutläkare ska bemanna akutmottagningarna och därmed öka kvaliteten. Vad gäller traumapatienter så kan inte en akutläkare ersätta en kirurg. Ett akutsjukhus som tar emot traumapatienter måste ha kompetens att genomföra livräddande stabiliserande kirurgi.

Stockholm 18 mars 2016



Lovisa Strømmer, Ordförande

## Träning ger färdighet – kommentarer från ett akutkirurgiskt perspektiv

Av ordförande och styrelse till det Svenska Akutkirurgiska Nätverket – SAKN ([www.sakn.se](http://www.sakn.se)),

Vi instämmer i att det är av största vikt att även se till det akutkirurgiska uppdraget. Bakgrunden är att akutkirurgin tar hand om drygt 50-60 % av de tusentals patienter som dagligen handläggs på svenska kirurgkliniker, varav många åtgärder är livräddande. Det finns idag ca 50 akutsjukhus med kirurgi, ibland är det samarbete med mindre och större enheter.

I förslaget från Måns Rosén "Träning ger färdighet" där man förespråkar centralisering av högspecialiserad vård i syfte att förbättra kvaliteten, kommer stora delar av sjukvården indirekt att påverkas, inte minst akutuppdraget. Patientcentrerad vård behöver fullt ut, gälla alla människor som söker vård i Sverige. Många regioner har redan idag centraliserat viss kirurgisk vård, andra är på gång. Det finns en risk att vanan att handlägga akutkirurgiska patienter kommer i bakgrunden för den som oftast gör speciellt inriktad planerad kirurgi. Exempelvis kan den som är inriktad på tjocktarmen inte ha akut gallkirurgi aktuellt alla gånger. Det är även en fråga om tillgänglighet av akutkirurgisk vård sett ur ett geografiskt-demografiskt perspektiv. Akutkirurgi och traumatologi hänger tydligt samman och bör till stora delar bedömas ihop. Traumapatienter som ska stabiliseras innan avtransport till traumacenter handläggs ofta av akut/traumakirurger, ofta är det samma personer som gör bägge delarna.

Traumatologin har en lång tradition som en del av kirurgin och genom utvecklade kvalitetsregister kan man numera tydligt se vad som påverkar outcome. Inom traumatologin räddas liv, ofta på unga människor. Inom akutkirurgin finns också flertalet livräddande behandlingar. Det är även helt klart att akutkirurgisk verksamhet är förknippad med flera komplikationer, pga just akut sjukdom med flera akut störda organsystem, utan tid att fullt optimera innan behandling behöver ges. Vi inom det akutkirurgiska nätverket anser att det finns en stor potential att förbättra situationen, om akutkirurgin organiseras och bedrivs av kollegor som har det akutkirurgiska och traumatologiska intresset, engagemang och forskning inom området. För att genomföra Nivåstrukturering är det en förutsättning att akutkirurgin och traumatologin organisatoriskt utvecklas ihop. Detta håller just nu på att ske i Sverige.

Vi håller med utredarna om att en Nivåstrukturering inte kan ske isolerat från den akutkirurgiska och traumatologiska verksamheten på de svenska akutsjukhusen och det finns starka skäl att genomlysna vilka konsekvenser detta får eller snarare hur akutkirurgin och traumatologin kan organiseras så att en Nivåstrukturering kan ske nationellt. Genomlysningen bör ske med fokus på kvalitet, hälsoekonomi och tillgänglighet.

Framtida medarbetare i svensk sjukvård utbildas ofta inom akutsjukvård varför det också av utbildningsskäl finns fördelar att behandla akutkirurgi/akutsjukvård och traumatologi samtidigt. Ett antal viktiga områden bl.a. kirurgisk bakjournutbildning behöver utgå från akutkirurgi och traumatologi liksom frågan om endoskopikompetens. Med ett tydligt riktat uppdrag på akutkirurgi och traumatologi kan man även stärka forskningen inom akutkirurgin som hittills varit relativt eftersatt.

Framtida jourlinjer behöver organiseras efter patienternas behov. Samarbete behöver ske för patienter i gränslinjen mellan olika områden för att patienterna ska kunna få professionell vård. Vissa akutmå kirurgiska tillstånd behöver opereras och omhändertas omgående vilket innebär att resurser måste finnas med god geografisk spridning.

En välfungerande och välorganiserad akutkirurgi leder till mindre störningar inom den elektiva kirurgin. Dessutom bidrar intresserade och välutbildade akutkirurger till att höja kvaliteten inom akutverksamheten. I en utveckling mot akutläkarbemannade akutmottagningar kommer det framöver krävas samarbete mellan stora specialiteter som internmedicin, ortopedi och kirurgi där akutkirurgin har en viktig roll. Ett utvecklat samarbete mellan specialiserad kolorektal-, övre abdominell- och akutkirurgi leder till positiva synergieffekter och optimal vård för den kirurgiska patienten.

Folke Hammarqvist - ordförande SAKN (Svenska Akutkirurgiska Nätverket)

Stockholm

2016-03-30

## Remissvar från delföreningen KIRUB, svensk Kirurgisk Förening, avseende SOU 2015:98 *Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa*

Den utredning som antagit namnet Utredningen om högspecialiserad vård (S 2014:11), under ledning av professor Måns Rosén har nu lämnat sitt betänkande, *Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa* (SOU 2015:98). Då utredningens förslag till lag- och policyändring avser att inverka kraftigt på nästan samtliga allmänkirurgers vardag har KIRUB, representerande kirurgsveriges ST-läkare och nyfärdiga specialister, valt att kommentera detta betänkande. Nedan följer vår tolkning av utredningen och argument för och emot de förslag som däri lämnas.

### Betänkandet i korthet

I korta drag har utredningen bedrivits i syfte att ta fram förslag på hur vården i större utsträckning än i dag skulle kunna nivåstruktureras och vilka fördelar detta skulle medföra, med försök även till en kvantitativ uppskattning. Betänkandet talar om högspecialiserad vård på både regional och nationell nivå, där definitionen är *komplex eller sällan förekommande sjukvård som bedrivs av landsting och som kräver en viss volym och multidisciplinär kompetens*. Kirurgiska ingrepp ska endast utföras vid enheter där man utför 50-100 åtgärder per år och varje individ eller team ska utföra minst 30 åtgärder per år. Man har valt att inkludera den regionala nivån i definitionen eftersom *"vi gör bedömningen att det är mer än den mest avancerade hälso- och sjukvården som gynnas av en koncentration och därmed av en ökad samordning och styrning."* I första hand berörs elektiva ingrepp, men även utredningen noterar att akutkirurgn kommer att behöva utredas och genomgå en liknande nivåstrukturering.

Enligt deras egna analyser och utifrån tillgängliga vetenskapliga data anser utredningen sig kunna rädda 500 liv årligen om man genomför en nivåstrukturering i den utsträckning som utredningen föreslår, och det är med patientens bästa för ögonen som utredningen bedrivits. Andra intressegrupper har uppfattats som just intressegrupper med således andra mål än att begränsa patientens mortalitet och morbiditet. Formuleringar som *"De som arbetar lokalt på ett mindre sjukhus kan dock uppleva en målkonflikt då de förutom patienternas väl och ve, även har sin egen arbetssituation, försörjning och sin familjs livssituation att ta hänsyn till"* och *"Ansvar för regional utveckling och arbetstillfällen i regionen kan stå i motsatsförhållande till vad som är bäst för patienterna. Politiker som långsiktigt vill förbättra samhället måste bli återvalda och allmänheten är då deras primära målgrupp."* är på så vis talande. Det bristande helhetsperspektiv som man menar genomsyrar svensk sjukvård beror på det decentraliserade utförandet av vård i form av våra 21 landsting och endast med ökad statlig styrning kan portalparagrafen i hälso- och sjukvårdslagen, om en *"god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen"* uppnås.

### KIRUB:s analys och åsikter

1. I grund och botten handlar utredningen om en föga kontroversiell åsikt, som man försöker verifiera med forskning: träning ger färdighet och för en praktisk specialitet som kirurgi innebär denna träning framför allt motorisk träning i

såret. Detta håller KIRUB med om. Mycket av vårt arbete handlar just om att finna sätt att öka kvantiteten och kvaliteten på den operativa träningen. Det finns många sätt att uppnå detta. I dag överutbildar vi (till antalet) ST-läkare i allmänkirurgi, för att bemanna jourlinjer hos en befolkning som söker för eventuell men låg sannolikhet för kirurgisk åkomma, och tiden som förläggs till akutmottagning i stället för operationssal tycks växa för varje år. Införandet av akutläkare i större omfattning skulle avlasta yngre kirurger som därmed skulle kunna fokusera på den operativa träningen, med högre kirurgisk skicklighet som följd. Då skulle vi även kunna dimensionera antalet kirurger under utbildning utifrån det framtida behovet av kirurger och på färre individer skulle varje individ få mer volym. Det finns även andra sätt att begränsa kirurgers arbetsuppgifter till att främst beröra kirurgi, där mer av diagnostik och uppföljning med all sannolikhet kan skötas bättre av andra specialiteter eller personalkategorier.

Så idén om att träning ger färdighet, framför allt inom en motorisk specialitet som kirurgi, och att följderna av dålig färdighet kan ha stora konsekvenser för patienter håller vi med om. Men synen på vilken färdighetsträning som avses skiljer sig avsevärt mellan KIRUB och utredningen och frågan är hur utredningens förslag skulle fungera i praktiken. Nästan all kirurgisk träning bygger på att man initialt utför ingrepp under följande förutsättningar: de är enkla, i bemärkelsen icke-komplexa, komplikationsriskerna är få och lindriga och handledning finns fysiskt att tillgå i operationssalen. Över tid kan den kirurg som visar fallenhet för ämnet ges större ansvarsområden och då övergå till alltmer komplex kirurgi, där riskerna ökar och man arbetar med större självständighet. På så vis utvecklas kirurgen från att ta bort naevus till att 10 år senare göra en whippleoperation. För det första är under denna utveckling antalet ingrepp som man behöver utföra per år inte konstant. Vi tror i stället att det är viktigare att den yngre kirurgen utför fler ingrepp per år än den mer erfarna för att både utvecklas men även upprätthålla den kompetens som man besitter. Utredningen nämner inte om denna dynamik över tid och det ensidiga fokuserandet på ett fast antal ingrepp av samma typ per år gör att vi misstänker att man inte förstår hur kirurgisk operativ träning i praktiken fungerar. Dessutom är vi av uppfattningen att det inte är nödvändigt att utföra samma ingrepp hela tiden (om en ST-läkare skulle behöva göra 100 ingrepp av samma operationstyp varje år skulle hon i praktiken bara kunna lära sig en enda operation) utan att det är den sammanlagda operativa volymen som spelar roll. Det finns även forskning som pekar på detta.

*Vi föreslår att utredningen tittar på effekterna av den totala volymen operativ träning och rekommenderar sätt att öka denna, så att delar av den högspecialiserade vården kan skötas vid kliniker närmre patienten.*

2. Utredningen har ju medvetet försökt att bara ta sikte på patientens välmående och avhållit sig från att belysa effekterna för arbetsgivare, arbetstagare och andra intressenter. Samtidigt konstateras att "*Kompetensförsörjning är en viktig och angelägen fråga för all hälso- och sjukvård. Kunniga medarbetare ger bättre vård, nöjdare patienter och friskare medborgare.*" Detta låter fullt rimligt. Frågan är dock hur en ökad nivåstrukturering av mycken kirurgi (i utredningen nämns ju

även fördelar med att nivåstrukturera gallkirurgin) kommer att påverka kompetensen hos kirurger vid framför allt mindre sjukhus och för all del tillgången till kompetent arbetskraft över huvud taget, framför allt över tid. Om mindre kirurgkliniker nästan uteslutande ska ägna sig åt diagnostik, postoperativt omhändertagande och uppföljning av patienter kommer man troligen att förlora kompetens angående tillståndet. *"Även om viss högspecialiserad vård inte erbjuds lokalt, behöver patienterna kunna identifieras och remitteras till någon av de regionala eller nationella enheterna för vård och behandling och sedan kunna ges eftervård/omvårdnad lokalt nära hemmet."* Kirurgi är dock en anatomisk specialitet och om man aldrig har varit i närheten av en operationssal kommer man att förlora kompetens om vilka komplikationer som kan tänkas uppstå eller bör misstänkas. Det verkar naivt att inte vilja förstå detta. Frågan är om de arbetare som tar hand om patienter före och efter operation ens ska kallas kirurger.

För ST-läkare blir situationen än mer prekär: *"Bl.a. kan koncentration av viss vård innebära att det blir allt vanligare att ST-tjänstgöring kommer att behöva förläggas till flera olika enheter för att ST-läkaren ska kunna nå de krav som ställs för att bli specialist inom ett visst vårdområde."* Man konstaterar även att *"behovet av sidotjänstgöringar ökar när vissa åtgärder flyttas ut från sjukhus; antalet tillgängliga platser för sidotjänstgöring har minskat; förutsättningarna att följa upp utbildningskvaliteten och ST-läkarens kompetensutveckling försämras då ST-tjänstgöringen är uppdelad på olika enheter och huvudmän."* Dessa försämringar kommer inte att inverka positivt på ST-utbildningen. Vi tror att förslaget på sikt kommer att utarma mindre kliniker på kompetent personal och försämma ST-utbildningen överlag. Utredningens förslag verkar vara att väga upp mycket av detta med ökad simulering, vilket tyvärr är om inte skrattretande så i alla fall ett uttryck för att man inte uppfattar vidden av problematiken och otillräckligheten i det egna förslaget till lösning.

*Vi föreslår man först beaktar effekterna för ST-utbildningen och utarbetar ett genomtänkt förslag för hur man ska tillse adekvat kvalitet och kvantitet på denna innan man genomför de tänkta reformerna.*

3. Detta ska påpekas att utredningen verkar ha som mål att begränsa kirurgins geografiska utspridning över huvud taget, då den anser att vi har för många kliniker i för många landsting. I viss utsträckning är ju denna utveckling fullt rimlig. Det är inte klokt att utföra lungtransplantationer vid ett länsdelssjukhus. Men när man går från att ha en klassisk allmänkirurg med ett nästan personligt upptagningsområde i vilket hon ombesörjer för majoriteten av all kirurgisk sjukdom till att kraftigt öka avståndet mellan patient och vård kommer det inte att finnas enbart fördelar. Utredningen verkar blind för detta. Man misstänker att det kan finnas ytterligare fördelar med ökad koncentration men inte ens i sin fantasi kan man komma på några presumtiva nackdelar: *"Beräkningarna har varit avgränsade till kirurgin och eventuella vinster av koncentration inom andra delar av hälso- och sjukvården är ej medräknade."* I stället används geografi som ett argument för ökad koncentration: *"Bostadsort/geografi anges som en av de fyra främsta anledningarna till ojämlikheten i vården. En ökad koncentration kan minska kvalitetsklyftorna mellan olika vårdgivare, både inom och mellan*



*landsting.” Men detta kan lika gärna avse det faktum att man får bättre vård om man blir påkörd av en bil i Norrtull än i Gäddede, allt annat lika. Utredningen har ju även tagit fasta på just traumaomhändertagandet och akutkirurgin och de följderna som en ökad nivåstrukturering skulle ha på dessa områden. Samtidigt är utredningens förslag att ytterligare öka nivåstruktureringen även på dessa områden. Då försvinner förvisso argumentet att man har otillräcklig kompetens för akutkirurgi om man inte utför komplex elektiv kirurgi. Men avståndet mellan patient och vård ökar ytterligare. Och förutsättningarna för att ha kvar länsdelskliniker försämras.*

*Vi föreslår att man först överväger hur man ska tillse god kvalitet vid samtliga landets kirurgkliniker innan man genomför de föreslagna reformerna.*

4. Om man ska tillämpa utredningens logik så borde ST-läkare inte få utföra någon kirurgi över huvud taget. Även ingrepp som anses så enkla att de anges som kunskapsmål i målbeskrivningen för specialiseringstjänstgöringen, som laparoskopisk kolecystektomi, tar ju utredningen upp som ingrepp där nivåstrukturering lönar sig. Och komplikationsfrekvenser är nog i många lägen lägre om en erfaren kirurg utför ett ingrepp än om ST-läkaren utför det, även vid handledning. Men det är inte heller därför ST-läkare primärt opererar. Visserligen avlastar ST-läkare mer erfarna kollegor vid enklare kirurgi. Men ur ett patientsäkerhetsperspektiv opererar vi ju för att träning ger färdighet, som utredningen påtalat. Målet är, om än något pretentiöst, att i framtiden kunna utföra kirurgi med lägre komplikationsfrekvens, högre kvalitet och bättre patientsäkerhet än dagens bästa kirurger. Det är för att trygga den framtida kompetensen som vi opererar. Det leder in oss på frågan om vilken patient det är som vi ska ha i åtanke när vi utför våra reformer. I utredningen finns endast ”patienten”, men det är tydligt att den som avses är en patient med en tydlig identifierbar kirurgisk åkomma i behov av kirurgi. Förespråkare för ökad nivåstrukturering tittar, av naturliga skäl, på utfallet för dessa patienter. Men det finns ju andra patienter också. Och om följderna av en ökad nivåstrukturering är en kompetensförlust vid vissa kliniker och för vissa läkare så är det möjligt att den samlade kompetensen inte förbättras. Hellre än att mäta utfallet för den patient som utredningen talar om borde man bedöma utfallet för en slumpmässigt utvald kirurgisk patient i befolkningen. Högspecialiserad vård är ofta bra för de som lider av de tillstånd som kräver nivåstrukturering och helst få komorbiditet. Men effekterna för hela den samlade kirurgiskt sjuka populationen vet vi väldigt lite om. Och utredningen menar själv att ingen patient ska få lida av nivåstruktureringen: *”En sådan strukturreform varken behöver eller får innebära försämringar för enskilda patienter, t.ex. genom en ökad fragmentering av vårdprocesserna eller en ojämlik tillgång till vården.”*

*Vi föreslår att man belyser effekterna för hela den (presumtivt) kirurgiskt sjuka populationen i stället för endast den grupp som man tror gagnas av de föreslagna reformerna.*

5. Siffran 500 räddade liv är en extrapolerad siffra, som om sanningen ska fram inte skulle kunna presenteras i en vetenskaplig artikel utan att anklagas för att vara högst spekulativ. I stor utsträckning är detta en fråga om synen på kunskap, och

huruvida modeller för att extrapolera utgör sanningar eller om man bör ha en mer empirisk approach där endast det som har testats i verkligheten kan anses vara sann kunskap. För samtidigt som man har räknat ut att 500 liv räddas utifrån andra och egna analyser så konstaterar utredarna att den rikssjukvård som bedrivits i landet sedan ett tiotal år, motsvarande cirka 1400 patienter årligen, fortfarande inte kan uppvisa bättre medicinskt eller ekonomiskt utfall. Som så ofta är det lättare att spekulera i förväg om stora kvalitetsfördelar än att bevisa dem i efterhand, när de data som avspeglar den kirurgiska vardagen faktiskt finns till hands. Utredningen verkar faktiskt inte ha lyckats finna en enda studie som har undersökt den inversa korrelationen mellan volym och morbiditet/mortalitet och som inte har kunnat verifiera detta samband. Alla i utredningen ingående studier på det kirurgiska området visar på fördelar med koncentrerings. Det är svårt att tolka detta på något annat vis än att man medvetet gjort ett urval som ska befästa de åsikter som man redan innehar. Det tog oss inte många minuter att finna en välgjord studie med negativa resultat gällande frågan om volym och utfall, passande nog på ett svenskt material: Rutegård, M. Lagergren, P. *No influence of surgical volume on patients' health-related quality of life after esophageal cancer resection*. Ann Surg Oncol. 2008 Sep;15(9):2380-7.

*Vi föreslår att utredningen avstår från att spekulativt ange den kvantitativa vinsten av reformerna till 500 räddade människoliv per år.*

### Sammanfattning

Att nivåstrukturera sant komplex och sällan utförd vård är inte kontroversiellt. Det görs redan i viss utsträckning och kan på somliga områden göras ytterligare. Inte heller är idén om att träning ger färdighet underlig. Men utredningen har valt ett alltför ensidigt perspektiv där hänsyn ej tas till den totala populationen med kirurgisk sjukdom, till kompetensutvecklingen hos landets framtida utförare av denna högspecialiserade vård, till de samlade konsekvenserna av att flytta vården längre bort från patienten. Vi värnar framför allt utbildningsfrågorna och skulle vilja att man har en väl genomtänkt plan för hur ST-utbildning och utbildning av nyfärdiga specialister ska kunna hålla en adekvat kvalitet och kvantitet även i framtiden, innan man genomför de tänkta reformerna. Dessutom föreslår vi andra sätt att öka den operativa volymen för landets kirurger, så att man i detta glesbefolkade land kan tillhandahålla god kirurgisk vård med hög kontinuitet till samtliga patienter, både i dag och i framtiden.

Petrus Boström, KIRUB





# Svensk Förening för Bröstkirurgi

## Remissvar ”Träning ger färdighet”

Idag opereras årligen cirka 4000 bröstcancerpatienter i Sverige med mastektomi, dvs borttagning av hela bröstet. Enligt svenska nationella riktlinjer ska omedelbar bröstrekonstruktion diskuteras med alla (kvinnliga) bröstcancerpatienter inför mastektomi. Målnivån för andelen omedelbara rekonstruktioner vid mastektomi är 10% enligt nationella vårdprogrammet. Både i Sverige och internationellt ser man att ungefär 20-40% av kvinnorna önskar omedelbar bröstrekonstruktion, förutsatt att information ges till patienten och resurser finns. Det nationella genomsnittet av omedelbart rekonstruerade kvinnor ligger idag på cirka 8 %. Eftersom komplikationer vid omedelbar rekonstruktion kan leda till ett flertal reoperationer, nya vårdperioder och i värsta fall en fördröjning av den postoperativa onkologiska behandlingen, har kirurgisk träning en mycket signifikant betydelse för denna typ av kirurgi, som bör kunna omfattas mellan 800 och 1600 kvinnor årligen. **Vi välkomnar en nationell diskussion i en särskilt tillsatt expertgrupp dels om var denna kirurgi ska utföras, och vilken volym en rekonstruktiv enhet ska kunna uppvisa, och dels om hur vi kan uppnå mer jämlikhet över landet avseende andelen omedelbart rekonstruerade kvinnor.**

Vi välkomnar dessutom tillsättande av en sakkunniggrupp med representation från Sveriges samtliga regioner för att diskutera möjligheten till centralisering av utrymning av inguinala respektive iliakala lymfkörtlar vid malignt melanom. Denna kirurgi utförs idag på många enheter som endast utför ett fåtal ingrepp per år, och både komplikationsfrekvensen och långsiktiga besvär är vanliga. Den totala volym av dessa operationer ligger troligen på cirka 300 operationer (exakt siffra saknas i nuläget) per år i Sverige, och med 6 regioner uppgår då den årliga volymen till cirka 50 ingrepp årligen per region.

### Som representanter för Svensk Förening för Bröstkirurgi

Docent Jana de Boniface  
*Vetenskaplig sekreterare*  
Karolinska Universitetssjukhuset  
Stockholm

Med dr Roger Olofsson Bagge  
*Utbildningsansvarig*  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
Göteborg

Stockholm, 2016-03-23

## **”Träning ger färdighet” – koncentrera vården för patientens bästa**

**Remissvar: Svensk förening kolorektalkirurgi  
2016-04-05**

Betänkandet målar upp en skev bild av kirurger i Sverige som otränade idrottsmän. Trots internationellt sett få operationstimmar per kirurg är resultaten i Sverige i världsklass vilket visar att kirurger i Sverige är mycket väl tränade för sin uppgift. Att beskriva kirurgi som enbart ”mekanisk skicklighet” är i flera avseenden missvisande.

Fallet med rektalcancer som beskrivs i visionen, är ett exempel på ett komplext kirurgiskt problem där den preoperativa utredningen, planeringen och behandlingsbeslutet, som bäst tas i en obruten vårdkedja, är mycket viktiga för utfallet. Utredningen bör därför ske på samma enhet som den planerade kirurgin senare skall ske. Detta då högkvalitativ vård kräver ett intimt samarbete mellan diagnostiska specialiteter, såsom radiologi och patologi, och behandlande specialiteter, såsom kirurgi, onkologi och gastroenterologi, men även till exempel specialistsjuksköterskor, stomiterapeuter och dietister. Den interna organisationen är således av största vikt och bör lyftas fram tydligare i rapporten och inte enbart fokusering på det kirurgiskt tekniska. Att ställa rätt diagnos och välja rätt behandling, vilket ibland kan vara att avstå från kirurgi, är minst lika viktigt som att kirurgin har stor teknisk träning av ingreppet.

Betänkandet tar inte upp den viktiga frågan om hur vi ska organisera sjukvården för att ffa unga kirurger ska få tillräcklig rutin i operationssalen och i handläggningen av specifikt kirurgiska sjukdomar. I nuläget är det en mindre del av arbetstiden som kirurger spenderar i en operationssal, ca 200 timmar/år. En översyn av kirurgens arbetsuppgifter, ffa akutuppdraget, behöver ske samtidigt som en ytterligare koncentrerings av den kirurgiska vården. Ett flertal mindre sjukhus kommer troligen inte att kunna fortsätta som akutsjukhus om kompetensen för kolorektalkirurgi flyttas, eftersom det utgör en stor del av den akutkirurgiska verksamheten på jourtid. Dock finns bra exempel både nationellt och internationellt på att sådana sjukhus kan klara sig bra med ett förändrat uppdrag fokuserat på elektiv verksamhet.

Vi instämmer fullt ut i att det finns åtgärder som bör koncentreras och det finns små enheter i Sverige som gör alltför små volymer av komplex kirurgi, men vi ser samtidigt en fara i en alltför långt genomdriven koncentrerings av åtgärder som leder till splittring av verksamheter i enstaka åtgärds-koder. Den mer komplexa kolorektalkirurgin, i form av bland annat kolorektal cancer och inflammatorisk tarmsjukdom, bör hållas ihop på regional nivå för att vi inhämtar kunskap och erfarenhet från liknande kirurgiska ingrepp och på så sätt utvecklar vår verksamhet, men också för att bedriva utbildning och säkerställa hög kompetens även på lång sikt. Vissa mer lågfrekventa ingrepp eller som kräver komplex utrustning eller perioperativ vård bör centraliseras nationellt på färre antal enheter.

Betänkandet menar att koncentreringsen går för långsamt. Styrelsen för Svensk kolorektalkirurgisk förening stöder en nationell respektive regional koncentrerings av verksamheten. Det är dock oklart var lägsta gränsen går för en specifik diagnos och det finns idag inget säkert linjärt samband mellan volym och kvalitet.

Styrelsens kommentarer kan kortfattat beskrivas i punktform enligt nedan:

1. Utredning och behandling bör ledas från en och samma kirurgiska enhet för att vården skall kunna hålla högsta kvalitet. Kirurgin är viktig men lika viktig är utredning, vården innan och efter en eventuell operation.
2. Viktigt att undvika uppsplittring av kolorektalkirurgin enbart baserad på enskilda diagnoser, till exempel koloncancer på en enhet, rektalcancer på en annan och IBD på en tredje enhet.
3. Koncentrering av verksamhet medför bättre vård men det finns inget säkert linjärt samband mellan volym och kvalitet och det är likaså så oklart var en lägsta nivå bör ligga per diagnos.
4. Akutkirurgin kommer att behöva omstruktureras vid en centralisering av kolorektalkirurgiska ingrepp.
5. Små sjukhus behöver inte ha alla typer av verksamhet men kommer då få svårt att klara ett uppdrag som akutsjukhus.

Styrelsen för Svensk förening för kolorektal kirurgi stöder en koncentrering av den kirurgiska verksamheten. Det finns ett stort utrymme för koncentrering av verksamhet, regionalt och nationellt. men det är av yttersta vikt att detta sker i nära samarbete med professionen.

Styrelsen för Svensk Förening för Kolorektal Kirurgi

## Remissyttrande från Svensk förening för övre abdominell kirurgi angående utredningen om högspecialiserad vård "Träning ger färdighet"

SFÖAKs styrelse finner att utredningen överlag är välskriven och att den innehåller många för goda och viktiga förslag för sjukvårdens utveckling. Nedan följer en kortfattad genomgång med kommentarer till utredningens delar och förslag.

1. Litteraturgenomgången avseende sambandet mellan volym och kvalitet är noggrant genomförd och mycket entydig avseende sambandet mellan volym och gynnsamma vårdutfall och de egna analyserna utgående från svenska vårdregister stärker denna bild. Dock måste vid sjukvårdens utformning, precis som det också uttrycks i utredningen, hänsyn också tas till andra viktiga aspekter så som akutsjukvårdens funktion, rekryteringsmöjligheter mm.
2. Förslaget att ersätta begreppet rikssjukvård med högspecialiserad vård uppdelat på nationell respektive regional sådan förefaller väl motiverat och stöds av SFÖAK.
3. Förslaget att ge Socialstyrelsen ansvaret för kunskaps- och beslutsstrukturen avseende vilken sjukvård som skall klassificeras som nationell- respektive regional högspecialiserad vård förefaller rimligt.
4. Förslaget att tillsätta ett antal sakkunniggrupper som tar fram underlag till Socialstyrelsen i den ovanstående processen bedöms också rimligt. I detta sammanhang är det av yttersta vikt att grupperna tillsätts i en transparent process och att jäv undviks i möjligaste mån.
5. Förslaget att låta Socialstyrelsen ansvara för den nationella högspecialiserade vården och landstingen för den regionala stöds av SFÖAK.
6. Förslaget att minska antalet sjukvårdshuvudmän från nuvarande 21 till 6 i framtiden bedöms som principiellt viktigt och en förutsättning för att uppnå god och jämlik vård i hela landet, men det finns farhågor om att utformningen av gränsdragning i vissa områden kan få lokalt ogynnsamma effekter, åtminstone på kort sikt.
7. Förslaget att kvalitetsdata på sjukhusnivå bör göras tillgängliga för allmänheten är bra, men det är då viktigt med noggrann justering för sk *case mix* . Vidare anser SFÖAK att uppföljning på individnivå inte skall vara tillgänglig för allmänheten eller tillsynsmyndigheter då erfarenheter av denna typ av system från Storbritannien dels har lett till att enskilda kirurger undviker svåra fall, dels att det motverkar den lag- och samarbetskultur som vi bedömer är en av våra viktigaste framgångsfaktorer i den svenska sjukvården.
8. Förslaget om att förändra pris- och ersättningsystem så att remittering till nationell högspecialiserad vårdgivare blir kostnadsneutralt för remittenten är av avgörande viktig betydelse. Det nuvarande ersättningsystemet motverkar utomlänsremittering och därmed geografiskt jämlik vård.
9. Förslaget om utredning av akutsjukvården bedöms som adekvat. SFÖAK anser att upprätthållandet och vidare utveckling av akutsjukvård som är väl tillgänglig för befolkningen i alla delar av landet är en mycket hög prioritet.
10. Förslaget om införande av nationella enhetliga standarder för kommunikationslösningar och telemedicinska verktyg är bra. Här vore en utvidgning av förslaget med införande av nationellt enhetligt elektroniskt journalsystem också önskvärt.

För SFÖAKs styrelse,  
Magnus Nilsson