Illustrasjon Lael Henderson, © Images.com/Corbis/SCANPIX

Større sykehus – bedre resultater?

Innleggelse i store sykehus er forbundet med redusert mortalitet ved akutt myokardinfarkt, hjertesvikt eller pneumoni – men bare opptil en viss terskel.

Tverrsnittsstudien omfattet data over helseutgifter til pasienter som var innlagt i perioden 2004–06 i sykehus med akuttavsnitt i USA (1). For sykdommene akutt myokardinfarkt, hjertesvikt eller pneumoni ble det estimert risiko for død innen 30 dager for hver økning av 100 pasienter i årlig sykehusvolum. Analysene ble justert for risikofaktorer hos pasientene og karakteristika for de enkelte sykehus.

Det var 735 000 innleggelser for akutt hjerteinfarkt på ca. 4 100 sykehus og hhv. 1,3 og 1,4 millioner innleggelser for hjertesvikt og pneumoni på ca. 4 700 sykehus. Større sykehus var forbundet med redusert 30-dagersmortalitet for alle sykdommer ($p < 0,001$). Jo større sykehuset var, desto

sterkere var sammenhengen, men det var en viss heterogenitet mellom sykehusene på tvers av størrelse. For akutt infarkt var det ikke ytterligere reduksjon av risiko for død når det årlige antallet pasienter nådde 610. Volumterskelen var 500 pasienter for hjertesvikt og 210 for pneumoni.

– Resultatene samsvarer med tilsvarende danske resultater for pasienter med akutt hjerteinfarkt og bekrefter danske anbefalinger om å samle behandlingen på færre akuttsykehus, sier Jan Kyst Madsen, Kardiologisk avdeling, Gentofte hospital (2).

Erlend Hem
erlend.hem@medisin.uio.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Ross JS, Normand SL, Wang Y et al. Hospital volume and 30-day mortality for three common medical conditions. *N Engl J Med* 2010; 362: 1110–8.
2. Høi-Hansen CE. Overlevelsen øges jo større sykehuset er – op til en vis grænse. *Ugeskr Læger* 2010; 172: 1187.

Smerter etter herniotomi

Vedvarende smerter som påvirker hverdagsaktiviteter, forekommer hos 5–10 % av pasienter etter en hernieoperasjon. Ved å vurdere smerter og smerterespons preoperativt kan pasienter med risiko identifiseres og behandles med en operativ teknikk med minst mulig risiko for nerveskade. Det er konklusjonen i en prospektiv studie med 464 pasienter som ble operert med åpen eller laparoskopisk teknikk (*Anesthesiology* 2010; 112: 957–69).

12 % av pasientene hadde moderat til alvorlige smerter etter herniotomien. Av preoperative faktorer som kunne predikere postoperative smerter, var enkle preoperative tester som smerteskåring under var-mepåvirkning.

Risiko ved divertikkelsykdom

I behandlingen av divertikkelsykdom skal indikasjon for elektiv sigmoideumreseksjon ikke kun baseres på antall episoder med divertikulitt. Klare indikasjoner er stenose, fistler eller residiverende divertikkelblødning. Men elektiv sigmoideumreseksjon kan også være berettiget etter et tilfelle av konservativt behandlet divertikulitt hvis pasientene har høy risiko for residiv og perforert divertikulitt. Høyriskopasienter er de som bruker immunsuppressiver, har kronisk nyresvikt eller har revmatoid artritt (*Ann Surg* 2010; 251: 670–4).

Studien var en retrospektiv kohortanalyse og omfattet alle pasienter som var innlagt med divertikulitt over en tiårsperiode. Av 291 pasienter ble 111 behandlet konservativt, mens 180 ble operert. For dem som ble behandlet konservativt, fikk 48 % residiv. Av dem som ble akutt operert ($n = 108$), hadde 20 % tidligere hatt divertikulitt. Mortalitet etter perforert divertikulitt var 10 %.

Lungekreftscreening gir ofte falskt positive funn

Screening av friske personer med bruk av CT- eller røntgenundersøkelse for å påvise lungekreft gir mange falskt positive funn.

I USA markedsføres lungekreftscreening av friske personer, særlig med bruk av CT, til tross for at nytten ikke er dokumentert.

3 190 tidligere og nåværende røykere over 55 år, alle lungefriske, ble randomisert til enten CT- eller røntgenundersøkelse av lungene (1). Screening ble foretatt to ganger med ett års mellomrom, og pasientene ble fulgt opp i ytterligere ett år. Falskt positiv screening ble definert som positiv screening, men med negative invasive oppfølgingsun-

dersøkelser eller minst 12 måneders oppfølging uten påvist lungekreft.

Andelen personer med falskt positive funn var 33 % etter to CT-undersøkelser og 15 % etter to røntgenundersøkelser. Andelen personer med ekte positive funn i de to gruppene var henholdsvis 2 % og 1 %.

– Studien viser en høy forekomst av falskt positive funn ved screening for lungekreft av lungefriske røykere, sier overlege May Brit Lund ved Lungeavdelingen, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Dette understreker hvor viktig det er at nytten av screening dokumenteres vitenskapelig. Slike studier må også omfatte økonomiske, psykososiale og medisinske omkostninger. I Norge ble planer om screening for lungekreft stanset på politisk nivå for noen år

siden. Fenomenet falskt positive funn har hittil vært mest omtalt innen mammografi og prostataspesifikt antigen (PSA)-screening for prostatakreft.

– Studien har begrensninger, påpeker Lund. Blant annet er oppfølgingstiden kort. Likevel er den en påminnelse om at alle undersøkelser må foretas på en velbegrunnet klinisk indikasjon og ha vist dokumentert nytte.

Petter Gjersvik
petjense@online.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Cresswell JM, Baker SG, Marcus PM. Cumulative incidence of false-positive test results in lung cancer screening. A randomized trial. *Ann Intern Med* 2010; 152: 505–12.