

tycks vi ha svårare att acceptera internationell kirurgisk standard.

En Japanutbildad kirurg fick dock Europas bästa befolkningsbaserade överlevnad vid ventrikelcancer, mer än tre gånger så hög fem-årsöverlevnad i stadierna III a–b som resten av Sverige, och samma resultat med enbart kirurgi som i Glimelius och medarbetares Figur 1 efter radiokemoterapitillägg (och författade för övrigt det arbete om körtelspridning som ligger till grund för strålstrategin i figuren och i CRITICS-studien).

Specialiserade ventrikelcancerkirurger har sedan decennier övergett den i förslaget till svenskt vårdprogram godkända D0(där felaktigt kallad D1)-körteldissektionen med förbättrade resultat till följd. Upplärningen är dock långsam och krävande, som förhöjd operationsdödlighet i ovana händer och felet i förslaget till vårdprogram visar.

Sedan programförslaget standard slagit igenom på enstaka universitetssjukhus kan man nu möta unga recidiverande ventrikelcancerpatienter efter total gastrektomi med tre lymfkörtlar i preparatet eller efter resektion med kvarlämnande av gastrica sinistra.

Det är minst sagt oklart om tilläggshandling med dess osäkra effekt kan rättfärdiga sådan kirurgi. I en motsatt situation är det sannolikt överbehandling när en patient med några mikrometastaser i 37 borttagna lymfkörtlar efter Stockholm–Tokyoriktlinjerna ges tilläggshandling. Tänk därför om vi kunde samarbeta och från vårt land initiera den relevanta studien kvalificerad kirurgi + tilläggshandling!

Peter Gunvén

docent, Radiumhemmet, Karolinska Universitetssjukhuset Solna; f d gästprofessor i magcancerkirurgi vid WHOs magcancercentrum i Tokyo; peter.gunven@karolinska.se

Europarådet gör skarp markering mot kreationism

■ Europarådets parlamentära församling antog den 4 oktober en resolution om att kreationism inte är en vetenskaplig teori och inte har någon plats i naturvetenskaplig skolundervisning samt att undervisningen om evolution bör förstärkas. Även en formulering om att kreationism »kan bli ett hot mot mänskliga rättigheter» fanns med.

Europarådet har bl a till uppgift att värna om den europeiska konventionen om mänskliga rättigheter. Europarådet har ingen koppling till EU. Resolutionen är inte bindande för de 47 medlemsstaterna.

I debatten kring resolutionen framfördes kritik som gick ut på att resolutionen var alltför hårt formulerad, framför allt att argumentationen kring varför kreationismen skulle hota mänskliga rättigheter inte var övertygande. Marek Kawa från det polska katolska konservativa partiet LPR (Polska familjernas liga; Liga Polskich Rodzin) gick längre i sin kritik, då han menade att evolutionen inte skulle vara vetenskapligt välbelagd.

Resolutionen antogs likväl, inklusive passusen att kreationismen kan hota mänskliga rättigheter. Röstsiffrorna blev

48 mot 25. De flesta nejrösterna återfanns inom parti-grupperna EPP/CD och EDG (konservativa och kristdemokrater). Samtliga fem svenska parlamentariker röstade för resolutionen.

Jesper Jerkert

doktorand, ljud- och bildbehandling, Kungliga Tekniska högskolan, Stockholm
jerkert@kth.se

REFERENS

1. Europarådet. Resolution 1580 (2007). The dangers of creationism in education. <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta07/ERES1580.htm>

Unga kolleger uppfostras till att det är kartan – husets PM – som gäller

■ I LT 39/2007 (sidorna 2810–2) under avdelningen Patient-säkerhet berättas om ett i det närmaste katastrofalt kejsarsnitt utspelat i Uppsala. Efterhandsanalysen kommer fram till att »kommunikationen måste bli bättre» och att göra APT-tidsanalys rutinmässigt.

Det är säkert klokt och visst tänkt, men det räcker inte långt. Med tillgång endast till det som är skrivet i artikeln visar händelsen på svåra systemfel.

Spinalbedövning ansågs omöjlig eftersom rätta prov saknades. Risken för spinalt hematoma är 1:20 000–50 000 och hade kanske i detta fall ökat till hela 1:1 000. Patienten förutsågs vara svårintuberad, och risken att inte klara en intubation var här kanske 1:5.

Möjligen var risken än större i beaktande av ett systemfel, nämligen att de flesta anestesiorer (läkare och sjuksköterskor) aldrig lärt sig att intubera med en anatomiskt sett rätt teknik. I praktiken

läser någon äldre kollega ut som han i sin tur blivit lärd, och för det mesta klarar man sig med det i resten av sitt arbetsliv, trots att anestesiläroböcker, t ex Miller, anger korrekt, anatomianpassad teknik.

Kollegan följde sina PM och sövde. I redogörelsen saknas uppgift om huruvida »svår luftvägsalgorit» följdes eller om man övervägde fortsatt anestesi med larynxmask eller bara vanlig mask.

Man skulle istället ha vägt ihop riskerna (gärna med hjälp av bakjour) och stuckit i ryggen. Normala trombocytvärden borde dessutom ha stött ett spinalbeslut. Skulle det senare ha visat sig att ATP-tiden var förlängd, hade man haft alla sjukhusets faciliteter till hands för att hårdbevakat patienten – IVA, neurologer, neurokirurger, MR, DT och allt övrigt som nu kan finnas i Uppsala. Ett annat systemfel är att bakjourer på stora sjukhus inte räknar med att engageras.

Men det inträffade pekar framför allt på det riktigt stora, allvarliga systemfelet. Unga anestesikolleger (i alla specialiteter?) uppfostras nämligen numera till att kartan – husets PM – alltid gäller och alltid måste följas, väl illustrerat här. Visar sig nämligen den mycket akuta terrängen vara annorlunda är det lätt att bli helt vilse.

Denna PM-rigiditet har de senaste 15–20 åren kommit in i den medicinska kulturen. Det innebär också att biverkan ofta väger tyngre än verkan, allt för att undvika kritik och anmälan.

Socialstyrelsen och SFAI (Svensk förening för anestesi och intensivvård) (och våra kvällstabloiders hämndcredo) har fått PM-pendeln svänga långt ut till passivitet och rigida beslut. Det är ingen lyckad utveckling.

Johan Fischer

leg läkare, anestesispecialist sedan 1973, Nyhamnsläge
johan.fischer@olfactorius.se