

Helse Sør-Øst
v/ Tove H. Otterstad

Klinikk for radiologi og nukleærmedisin

Deres ref. 18/00005

Dato:
18.5.2018

Innspill – Rapport om utredning av fremtidig organisering av tilbud om mekanisk trombektomi til pasienter med akutt hjerneinfarkt i Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst ønsker i denne innspillsrunden spesielt tilbakemeldinger på:

- Anbefalingen om fremtidige lokasjoner slik de beskrives på kort og lang sikt i Delrapport fase 2
- Hva vil være viktige utfordringer og suksessfaktorer for gjennomføringen?
- Eventuelt andre innspill

Utfordringer og suksessfaktorer:

Volum:

Utvalget undervurderer betydningen av volum og erfaring hos teamene som skal utføre trombektomi i HSØ. Trombektomi er et komplekst inngrep og med potensiale for alvorlige komplikasjoner. I OUS har det vært praktisert siden 2006, og i 2017 var antallet trombektomier 119, av en total på 800 nevrointervensjons prosedyrer.

Lokalisasjoner:

Kortsiktig

Geografien i Norge tilsier at man vil måtte jenne på kravene til det optimale dersom trombektomi skal være et reelt tilbud i hele landet. Derfor er etablering av trombektomi på Sørlandet berettiget.

Vi er kritiske til at man planlegger å etablere trombektomi ved AHUS. Reisetiden fra AHUS til OUS er kort og dermed ikke nødvendig for å sikre rask behandling til disse pasientene forutsatt rask håndtering/diagnostisering lokalt. Gitt inngrepets art, mener vi pasientene medisinsk vil profitere på rask overflytning og trombektomi ved OUS fremfor trombektomi utført på AHUS. Når avstanden er kort vil dette bli sammenlignbart med modellen fra andre helseregioner, eks Helse Midt-Norge.

Rapporten underkommunerer når det gjelder å optimalisere samhandlingen mellom trombektomisenter og andre sykehus. De fleste sykehus vil sende pasientene til et trombektomisenter i flere år fremover og man bør bruke ressurser på å strømlinjeforme denne samhandlingen.



Opplæring:

Hospiteringslengde ved OUS/RH: Det er ingen som kan si eksakt hvilken lengde som er optimal for opplæring. Det vil også avhenge av kandidaten selv, og ikke minst omfanget av trombektomier i den perioden som hospiteringen varer. Det bør settes av tilstrekkelig tid til den som hospiterer til at den har det oppnådd god kompetanse. Dette bør vurderes ved konsensus blant de som er med på opplæringen og kandidaten selv. Ved en periode på 3 mnd med ca 60 trombektomier vil det kanskje maksimalt være 30 trombektomier som kandidaten får tilgang til (normal arbeidstid). Ikke alle vil egne seg for opplæring, men kan være gode å være med på. Andre vil kandidaten kunne få utføre. Dette forutsetter en kandidat til opplæring av gangen.

Langsiktig:

Bygging av nytt OUS

På sikt (2026) planlegges nye sykehusbygg i OUS der det ligger inne en samlokalisering av spesialisert behandling på Gaustad (Rikshospitalet). Dette vil samle kompetansen innen slagbehandling i Oslo på ett sted. HSØ rapport beskriver en organisering av håndtering og behandling av hjerneslag i OUS der man sikrer tilstrekkelig kompetanse i denne mellomfasen mens man avventer bygging av nytt sykehus.

Redusert behov

Forventning om redusert prevalens av storkarsykdom i Norge vil på sikt gi mindre alvorlige slag og flere milde til moderate hjerneslag (Kilde B Indredavik, leder for Norsk Hjerneslagregister), det vil redusere behovet for trombektomi, som er et tilbud som gis til pasienter med mer alvorlige hjerneslag. Pt er det slik at ikke alle som burde fått et tilbud om trombektomi ved hjerneslag, får det. Når imidlertid det er etablert et godt nok tilbud til at pasientene som trenger det får et tilbud om trombektomi, vil behovet for slik behandling ikke øke, men reduseres. Man bør ha dette i bakhodet når man tenker framover. Et stort antall trombektomisentre vil sannsynligvis ikke være nødvendig på sikt.

Andre innspill:

Som høyvolumsenter bør OUS ha 200 pasienter med trombektomi per år. Slik er det ikke helt enda og dette bør komme med i vurderingen. Hvis OUS skal være et høyvolumsenter bør man ikke starte med å ta pasienter fra vårt nærområde og dermed undergrave nettopp dette målet.

Konklusjon:

Det er dokumentert en betydelig ulikhet i andelen av slagpasienter som får trombektomi som ikke kan forklares ut fra geografiske forskjeller. Dette viser at det er mye å hente på å øke deteksjonsgraden. Dette er kraftig underkommunisert i rapporten. Satsning på bedre samhandling og bedre deteksjon vil bety mer for et større antall personer i HSØ.

Et nytt trombektomisenter på Sørlandet vil ha et lavt volum av intervensjoner, men vil gi et tilbud til pasienter med lang avstand til Oslo.

Å fordele volumet av pasienter nærmest Oslo på tre steder vil svekke OUS funksjon som høyvolumsenter og vil gi lav volum av trombektomi per (nevro) intervensjonist, som kan redusere kvalitet. I tillegg vil det medføre betydelig økte kostnader ift utstyr og vaktlag.

Mekanisk trombektomi utføres idag i HSØ kun ved OUS-Rikshospitalet. I HSØ høringsdokument konkluderes det med at det ved OUS bør etableres «en dør inn» hvor trombolyse og trombektomi er samlokalisert. Det pågår et arbeid med å organisere slagbehandlingen ved OUS etter prinsippet «en dør inn». Samtidig pågår et annet arbeid med organiseringen av trombektomi. Dette er pågående arbeid hvor konklusjoner ikke foreligger. Det er ikke å legge skjul på at trombektomi behandling i OUS, KRN, vurderes svært ulikt av fagmiljøene på hhv. Rikshospitalet og Ullevål.

Oslo, 18.05.2018

Paulina Due-Tønnessen
Klinikkleder
Klinikk for Radiologi og Nukleærmedisin
Oslo universitetssykehus