

Vår ref.: 17/20041
Oppgis ved all henvendelse

Deres ref.: 18-00005

Saksbeh.: RR

Dato: 18.5.2018

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

Oslo universitetssykehus HF er bedt om å komme med innspill til rapporten om fremtidig organisering av tilbud om trombektomi til pasienter med akutt hjerneinfarkt i regionen.

Mekanisk trombektomi – Anbefaling om lokasjoner på kort og lang sikt

Rapporten oppsummer anbefalingen slik:

Avhengig av status ved det enkelte helseforetak og realistisk utdanningskapasitet må fasene tidsangives nærmere når krav til utdanning og opplæring er definert av arbeidsgruppen.

Kort sikt:

- Etablere «en dør inn» ved OUS hvor trombolyse og trombektomi er samlokalisert
- Med en begrenset utdanningskapasitet vil det være riktig å prioritere Sørlandet og AHUS.

Lang sikt:

- Telemark/Vestfold, Innlandet og deretter Østfold og Vestre Viken avhengig av «hvor de er» og hvordan tilbudet og behandlingen utvikler seg i fremtiden.

Arbeidet med å etablere en dør inn i Oslo universitetssykehus er i gang. Endringene i driften vil være krevende for enhetene som blir berørt, inkludert avdelinger for anestesi og intensiv/overvåking.

I rapporten anslås det at mekanisk trombektomi kan være aktuell for 5-7 % av pasientene med hjerneinfarkt og at i HSØ tilsier dette et årlig antall pasienter mellom 280 og 390. Det slås fast at andelen hvor trombektomi er aktuelt vil kunne øke med forbedret logistikk, diagnostikk og tekniske behandlingstilbud. Også andre forhold som rapporten ikke diskuterer vil kunne påvirke antall pasienter som vil være aktuelle for mekanisk trombektomi, inkludert nedgang i hjerte-kar-lidelser i befolkningen generelt og bedret behandling av atrieflimmer. Helsevesenet er i stadig endring og det er generelt vanskelig å anslå behandlingsbehov på lang sikt. Endringer i prehospitaltjenester og pasientseleksjon kan medføre at flere pasienter transporteres direkte til større sykehus.

Ved vurdering av fremtidig struktur for avansert behandling er det relevant å benytte erfaring fra andre land og andre fagområder. I de andre nordiske landene organiseres tilbud om



trombektomi i et mindre antall regionale sentre. Samtidig har kateterbaserte behandlinger blitt benyttet i flere tiår ved sykdommer i hjertets kransarterier. På tross av at antallet pasienter med hjertelidelser er betydelig større, har man valgt en organisering med et begrenset antall sentre i Norge. Dette har vært begrunnet blant annet i behov for et tilstrekkelig volum av behandlinger for å sikre kompetanse hos personell og kvalitet i behandlingen.

I 2017 utførte Oslo universitetssykehus 119 trombektomier. Det fremheves i rapporten at OUS må ha en viktig regional og nasjonal rolle i utdanningen av personell og at OUS som høyvolumsenter bør ha minimum 200 trombektomier per år for å kunne tilby tilfredsstillende opplæring. Det er altså foreløpig ikke behov for flere sykehus som utfører trombektomi i Oslo-regionen.

Rapporten antar at det er realistisk å utdanne 2(-3) intervensjonister som kan utføre trombektomi per år i HSØ. Følgelig tar det flere år å utdanne nok intervensjonister til å bemanne ett sykehus.

Ut i fra dokumentert behov og utdanningskapasitet anbefaler vi å planlegge oppstart av ett nytt senter for trombektomi i HSØ. Ut fra geografi og transportavstander bør det legges til Sørlandet sykehus HF. Behov for flere behandlingssentre bør evalueres på nytt etter denne etableringen. Utvalget kan synes å undervurdere betydning av volum og erfaring for å oppnå gode resultater ved trombektomi. Ut i fra antatt behandlingsbehov, krav til kvalitet i behandlingen og utdanningskapasitet er det trolig ikke mulig å ha et større antall sentre for trombektomi i HSØ, heller ikke på lang sikt.

Viktige utfordringer og suksessfaktorer for gjennomføringen

Rapporten omfatter ikke det prehospitale tilbudet og samhandlingen med sykehusene. Videre arbeid med utredning av dette er en viktig brikke i tilbudet til pasientene. I tillegg til den diagnostikk og behandling som utføres prehospitalt vil det være nødvendig både å transportere pasientene raskt til sykehus for akutt diagnostikk, eventuelt videre til behandling ved annet sykehus, og tilbake til lokalsykehus for å frigjøre akuttplasser på sykehus der trombektomi utføres.

Alle helseforetak i HSØ, inkludert prehospitale tjenester, bør arbeide systematisk med å forkorte tiden til innleggelse av aktuelle pasienter på trombektomisenter. Dette bør gjøres ved å bedre den prehospitale diagnostikk og pasientseleksjon, samt å bedre samhandling mellom alle sykehus som behandler pasienter med hjerneslag og sykehus hvor trombektomi utføres. Dette arbeidet må pågå kontinuerlig, uavhengig av antall sykehus som utfører trombektomi og deres lokalisering.

En viktig utfordring for gjennomføringen er knyttet til uenighet rundt spesialitetstilknytning for slagbehandling. Fra den interne innspillsrunden i OUS hitsettes:

Fra Nevroklubnikken:

Mekanisk trombektomi er i dag en behandling som tilbys ved ett helseforetak i Helse Sør-Øst (HSØ), Oslo universitetssykehus. Pasientene som blir behandlet med trombektomi er innlagt i Nevrologisk avdeling, og avdelingen har bygget opp en egen enhet med spesialisert personell og mulighet for hjerneovervåkning. Behandlingen utføres i nært samarbeid med en rekke andre avdelinger ved

sykehuset og med jevnlig kontakt med alle andre sykehus i Helse Sør-Øst.

Mekanisk trombektomi utføres i dag på OUS-Rikshospitalet, og er en behandling som har blitt utviklet systematisk og gradvis over mange år. Dette har skjedd i tråd med utviklingen innen fagfeltet, basert på dokumentasjon av behandlingseffekt fra internasjonale kliniske studier. Som et resultat av dette tilbys i dag ved OUS en behandling av høy faglig kvalitet og med dokumenterbare resultater på nivå med internasjonalt ledende sentre.

Mekanisk trombektomi er en avansert behandling for en selektert gruppe av pasienter med hjerneinfarkt. Den forutsetter rask og riktig klinisk tolkning av pasientenes symptomer og bruk av avanserte billedundersøkelser. Trombektomi utføres av intervensjonsteam med egne intervensjonsradiografer og –nevrologer i nært samarbeid med anestesipersonell. Prosedyren etterfølges av spesialisert hjerneovervåkning. I alle deler av behandlingsskjeden er dette avhengig av høyt utdannet helsepersonell, med spesiell kompetanse innen denne behandlingen. Trombektomi utføres i dag i alle nordiske land ved regionale spesialiserte sentre, dette gjelder også i alle andre land det er naturlig å sammenlikne seg med.

Fra Medisinsk klinikk:

Diagnostikk og behandling av pasienter med akutt hjerneslag bør *ikke* være bundet opp til en spesifikk spesialitet slik man kan få inntrykk av her ved at nevrologiske vaktteam foreslår styrket. Spesialiteten nevrologi omfatter et vidt spekter av sykdommer som oftest har liten relevans for slagpasienten. Disse pasientene er oftest eldre og har gjerne en «bagasje» med indremedisinske sykdommer. Dette er bakgrunnen for at slagpasientene som regel har vært behandlet i geriatriske og indremedisinske avdelinger.

Moderne organisering i effektive behandlingssløyer bør ikke nødvendigvis ha utgangspunkt i enkeltspesialiteter som f. eks. indremedisin eller anestesi. Der det er hensiktsmessig med input fra flere spesialiteter, snakker man i stedet om såkalte *kompetanseområder*, for eksempel intensivmedisin her i Norge. Der er det nå under planlegging en multidisiplinær inngang via kirurgi, anestesi, indremedisin eller akutt- og mottaksmedisin. Via ca. 1,5 års videre individuell påbygging vil man således kunne få intensivkompetanse og bli «intensivlege» uten at dette er en formell spesialitet.

Vi vil gå for en lignende modell for slagbehandling hvor man rekrutterer bakvaktlaget – overlegene som har det overordnede faglige ansvaret for slagbehandlingen på vakt døgnet (24/7) - fra *både* geriatri og nevrologi. Førstnevnte vil da ha med seg den brede indremedisinske kompetansen (fra LIS 2 indremedisin) og spesialkunnskapen om sykdommene hos de eldre (LIS 3 geriatri). Sistnevnte leger vil ha med seg den diagnostiske kompetansen fra nevrologifaget. Ved gjensidig utveksling av kunnskap og nødvendig etterutdanning vil man i en slik modell kunne bygge opp et godt team sammensatt av spesialister med komplementære ferdigheter. En slik modell er jo nettopp en av hensiktene med den nye spesialistutdanningen for leger: Bygge ned barrierene mellom fagene med felles løp der det er mulig – og legge til rette for en hensiktsmessig etterutdanning tilpasset den spesifikke arbeidssituasjonen man har.

Vi vil på det sterkeste anbefale oppbygging av et slikt team av «slagleger». Det vil gi faglige synergier og styrke driften av en komplett slagavdeling – noe som er en av få ting som er dokumentert med effekt på prognosen hos denne store og voksende pasientgruppen.

Vi vil advare sterkt mot å dele opp slagsløyer i en «nevrologisk» (de 10-15 % som skal få trombolyse/trombektomi) og en «geriatrisk» del (de som kun skal få annen behandling). All klinisk erfaring tilsier at man da lett vil kunne få et «A-lag» og et «B-lag» med store rekrutteringsproblemer til sistnevnte. Man mister da samtidig lett den gode «lagånden» som er så viktig her i landet med våre

sosialdemokratiske tradisjoner. Det vil i det lange løp også kunne gå ut over «A-laget» som mister helhetsperspektivet, ved manglende feed-back fra hele slagsløyfen.

Rapporten angir at det er *enighet om at et slagsenter som tilbyr trombektomi må ha et team av tilstedeværende LIS-lege i nevrologi med overlege nevrolog i bakvakt og intervensjonsradiolog med kompetanse i endovaskulær slagbehandling*. Oslo universitetssykehus HF har en pågående prosess med vurdering av relasjonen mellom nevrologi og geriatri i denne sammenheng.

Med vennlig hilsen

Kjell-Magne Tveit (sign.)
Fagdirektør Oslo universitetssykehus HF