

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

Vi vil gjerne berømme det store arbeidet som er gjort og kvaliteten på rapporten. Vi har kun enkelte innspill og presiseringer til rapporten.

### **1. Innspill til pkt. 2.2 Organisering av hjerneslagbehandlingen i Helse Sør-Øst**

Rapporten (fra 2016) anbefaler at det i hvert helseforetak utvikles ett HF-slagsenter som skal ha et overordnet ansvar for slagbehandlingen i sitt opptaksområde, i nettverk med lokalsykehus og det spesialiserte slagsenteret ved Oslo universitetssykehus.

*I enkelte av helseforetakene er det flere likeverdige slagsentre, både hva gjelder volum på pasientbehandling og kompetanse. Vi støtter derfor ikke at det i hvert helseforetak skal etableres et overordnet slagsenter, da dette vil kunne medføre tap av kompetanse og dårligere pasientbehandling på velfungerende sentra.*

Nettverksmodell med flere likeverdige sentre ønskes derimot velkommen.

### **2. Innspill til pkt. 4.2 Oppsummert: tilgjengelighet, faglige avhengigheter og seleksjon**

I rapporten står det 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»

*Det fremkommer imidlertid i foreliggende rapport at det var dissens på dette området. Vi er også uenig i formuleringen. Vi mener at man primært må stille krav om at LIS og overlege i teamet har god realkompetanse innen slagmedisin. Kompetanse innen slagmedisin er ikke ensbetydende med å inneha spesialiteten nevrologi. Ved St. Olavs hospital i Trondheim har man allerede i flere år hatt velfungerende trombolyse/ trombektomi-team basert på slaglege med indremedisinsk spesialitet. Disse har utført flere trombektomier enn tilsvarende team med nevrolog i bakvakt (for slagpasienter under 60 år), og med gode resultater. Slagpopulasjonen som er aktuell for trombolyse og trombektomi er overveiende en multimorbid pasientgruppe med høy alder og mange indremedisinske tilleggslidelser. De komorbide tilstander er ofte det mest kompliserende mtp intervensjoner. Indremedisiner med god kompetanse i slagmedisin er godt rustet til å ta slike avgjørelser og kan være et fullverdig medlem av trombektomi-teamet. Større tverrfaglighet i teamet vil også kunne gjøre det lettere å få til vaktordning med nok personell på aktuelle sykehus. Det bemerkes dessuten at krav til kompetanse når det gjelder akutt slagbehandling er det samme for spesialiteten geriatri som for spesialiteten nevrologi i forslag til ny spesialistutdanning for leger.*

### **3. Innspill til pkt. 7.1 Modell for videreutvikling av trombektomitilbudet i Helse Sør-øst**

*Vi støtter forslaget med «en dør inn» ved OUS, men vil presisere viktigheten av at pasienten må tas imot i et velfungerende akuttmottak med erfaring i å håndtere kritisk syke pasienter og som har rask tilgang til andre spesialister, da pasienter som innmeldes med spørsmål om hjerneslag er en uselektert og ofte multimorbid pasientgruppe med behov for bred kompetanse.*

På vegne av seksjon for geriatri, slag og rehabilitering, Bærum Sykehus, Vestre Viken

Erik Engebretsen, seksjonsoverlege