

Høringssvar

Trombektomi , HSØ

I rapporten er Sykehuset Østfold inkludert under avsnittene som omhandler «utfordringer for hovedstadsområdet».

I likhet med det sentrale hovedstadsområdet (Oslo og Akershus) er hovedutfordringen tidstap forbundet med interhospital transport. Det er dokumentert at transport mellom sykehus gir et dårlig utkomme for pasienter (Froehler et al). Viktigheten av å etablere «en dør inn» i Oslo er basert på nettopp denne erkjennelsen.

Sykehuset Østfold kan ikke se at det overordnede målet med å etablere «en dør inn» ikke også skal gjelde for Østfolds befolkning. For pasienter i det perifere hovedstadsområdet er reiseavstanden større enn for pasienter i det sentrale hovedstadsområdet. Dette kan igjen medføre ytterligere tidstap på grunn av behov for revurdering av indikasjonsstillingen med fornyet billeddiagnostikk på Rikshospitalet. Tidstapet gir redusert effekt av behandling for de som får utført trombektomi, og noen mister muligheten for behandling da indikasjonen frafaller under transport dersom det etablerte infarkt volumet blir for stort. Dette utgjør et demokratisk problem, fordi man fratrar en del av befolkningen et tilbud som det ellers ikke finnes argumenter for ikke å tilby dem. En befolkning som er dokumentert hyppigere utsatt for hjerneslag enn gjennomsnittet i Norge.

Rapporten anslår behandlingen til å være aktuell for om lag 5-7 % av pasientene. 5-7 % er et meget forsiktig estimat. Dette er allerede på dagens nivå med OUS og har utvilsomt betydelig potensial til større andel dersom prosedyren utføres lokalt. Det er andre studier som opererer med 10 %. Antallet er for øvrig økende med bedre diagnostikk. Behov for trombektomi anslås til å være helt opptil ca 30 % av alle tilfeller av iskemiske hjerneslag (<http://inis.bmj.com/content/9/9/830.long> Sørderkvist et al). Erfaringer fra Stavanger anslår at rundt 25 % av alle slagtilfeller er egnet for trombektomi. Der er derfor overraskende at rapporten opererer med såpass lave tall! En realistisk utviklingsplan for Helse Sør-Øst RHF bør i alle fall satse på intervensjon på 15 % av alle iskemiske tilfeller – noe som tilsier at Kalnes bør ha rundt 110 EVT per år!

Videre anbefaler rapporten at etableringen av nye trombektomisenter skal skje i to faser der Sykehuset Østfold nevnes som mulig senter på «lang sikt». Sykehuset Østfold har tidligere utredet muligheten for å starte med endovaskulær slagbehandling på eget initiativ, og i den forbindelse ble det også gjort et fruktbart arbeid med optimalisering av logistikk og diagnostikk. Resultatet av dette arbeidet er synliggjort i trombektomiraten som p.d.d. er den høyeste i HSØ. Den relativt gode trombektomiraten bør ikke fungere som en hvilepute i denne sammenheng, men heller ses på som en markør for god logistikk og diagnostikk som vil være en avgjørende suksessfaktor for sentra som skal etablere et trombektomitilbud. Sykehuset Østfolds akuttvirksomhet er allerede samlokalisert på Kalnes og det eneste som mangler for å nå målet om «en dør inn», er nettopp et tilbud om trombektomi for våre pasienter. Potensialet til å tilby behandlingen til et stort pasientvolum i Østfold er dermed åpenbart tilstede.

Utdanningskapasiteten kan være en uavhengig begrensende faktor for etablering av nye sentra. Dersom faktorer som infrastruktur, organisering eller økonomi er til hinder for etablering ved et prioritert foretak («kort sikt»), må ikke det medføre unødig forsinkelse for andre helseforetak som har fått lavere prioritet i rapporten.

Vi er uenige i forslaget med sentral utdannings-koordinering via OUS. Med det økende behovet for utdanning må de enkelte HF-ene kunne vurdere likeverdige opplæringsmuligheter i utlandet.

Mvh
Helge Stene-Johansen
Fagdirektør
Sykehuset Østfold.HF