

Trombektomi ved SSHF – administrerende direktørs orientering til styret 25.06.2018

14.06.2018 besluttet styret i HSØ at Sørlandet sykehus HF etablerer et tilbud om mekanisk trombektomi til pasienter med akutt hjerneinfarkt, som dagbehandling i 2019 og med full døgndrift fra 2020.

Utvalgte punkter fra styrets vedtak, sak 049 (se lenke til protokoll under):

Fremtidig organisering av tilbud om mekanisk trombektomi til pasienter med akutt hjerneinfarkt i Helse Sør-Øst

1. Styret slutter seg til at tilbudet om mekanisk trombektomi for pasienter med akutt hjerneinfarkt gis ved tre helseforetak i regionen.
3. Akershus universitetssykehus HF og Sørlandet sykehus HF etablerer et tilbud om mekanisk trombektomi som dagbehandling i 2019 og med full døgndrift fra 2020.
4. Behandlingstilbudet skal gis i henhold til Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av hjerneslag.
5. Helse Sør-Øst RHF skal monitorere innføringen av behandlingstilbudet og sørge for at det innen 2021 gjennomføres en evaluering av organiseringen av tilbudet i regionen, hvor spørsmålet om eventuell oppstart av behandling med mekanisk trombektomi ved hjerneslag ved nye helseforetak blir gjenstand for vurdering.

Behandlingsmetoden mekanisk trombektomi ved hjerneinfarkt har gjennom 2016 og 2017 vært under behandling i Nasjonalt beslutningsforum. I sak 31-2017 ble det besluttet følgende:

1. Mekanisk trombektomi kan videreføres til behandling ved truende eller manifest hjerneslag.
2. Hver helseregion skal som følge av dette utrede organiseringen av hjerneslagbehandlingen og den prehospitale tjenesten for å ivareta sitt «sørge for» ansvar.
3. Helseregionene skal etter en slik gjennomgang, som er anbefalt i punkt 2, samordne føringer for tilbud om mekanisk trombektomi slik at det er felles førende prinsipper på tvers av regionene.

Helse Sør-Øst RHF (HSØ RHF) har i tråd med dette gjennomført en utredning av regionens fremtidige organisering av tilbud. Det ble lagt opp til et arbeid, strukturert i fire faser, med et konkret tidsavgrenset oppdrag for hver fase. Fase 1, 2 og 3 er faglige utredninger, mens fase 4 omfattet utarbeidelse av endelig rapport og styresak. Arbeidet startet 18. desember 2017 og forslag til regional organisering ble som planlagt styrebehandlet 14. juni 2018.

Saksdokumenter i saken er bakgrunn for direktørens orientering.

Bakgrunn

Ifølge data fra Hjerneslagregisteret innlegges det hvert år om lag 10.300 personer med akutt hjerneslag i norske sykehus, hvilket tilsier om lag 500 innleggelser med akutt hjerneslag i SSHF. Hjerneslag inndeles i hjerneinfarkt (iskemiske hjerneslag) og hjerneblødninger, hvorav 85 % av tilfellene er hjerneinfarkt.

Helse Sør-Øst RHF har allerede utredet og vedtatt en modell for organisering av slagbehandlingen i regionen, jf. styresak 008-2017, hvor rapporten «Akutt og subakutt behandling av hjerneslag i Helse Sør-Øst, 2016 - Sykehus i nettverk» er lagt til grunn. Ifølge modellen skal det i hvert helseforetak utvikles ett slagsenter som skal ha et overordnet ansvar for slagbehandlingen i eget opptaksområde, i nettverk med lokalsykehus og det spesialiserte slagsenteret ved Oslo universitetssykehus – «Oslo slagsenter». Modellen med sykehus i nettverk innebærer at pasienter vurderes, diagnostiseres og mottar akuttbehandling i eget sykehusområde før de eventuelt transporteres til et slagsenter som tilbyr mer avansert behandling.

Behandlingen av hjerneslag er blitt vesentlig bedre i Norge de siste årene. Det er godt dokumentert at behandling i slagenhet er av stor betydning for overlevelse og funksjonsnivå for pasienter med hjerneslag, og ifølge tall fra Norsk hjerneslagregister blir 93 % av pasientene behandlet i slagenhet. 30 dagers dødelighet etter hjerneslag er relativt lav i internasjonal målestokk. Andelen pasienter mellom 18-80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse (akutt medikamentell blodproppopløsende behandling) var 17,7 % i Helse Sør-Øst i 2017, 15.1% i SSHF.

I 2016 ble det, ifølge tall fra Norsk hjerneslagregister, gjennomført 162 trombektomier. Oslo universitetssykehus utførte 115 trombektomier i 2016 og 119 i 2017.

Det anslås at behandlingen vil være aktuell for om lag 5-7 % av pasientene med hjerneslag. I Helse Sør-Øst innebærer dette at mekanisk trombektomi vil være aktuelt for mellom 280 og 390 pasienter årlig. 7 prosent av årlig antall pasienter med hjerneslag i SSHF anslås til 40 trombektomier, Jf. Tabell 1, som gir en enkel oversikt over sentra, opptaksområder, befolkning og forventet antall prosedyrer årlig, gitt en andel med mekanisk trombektomi på 7 %.

Tabell 1. Oversikt over sentra, sykehusområder, befolkning og estimert antall prosedyrer.

<i>Trombektomisenter</i>	<i>Sykehusområde (SO)</i>	<i>Befolkning</i>	<i>Årlig antall prosedyrer v. andel på 7%</i>
Oslo universitetssykehus	Oslo SO Vestre Viken SO Østfold SO Telemark/Vestfold SO	1 750 000	230
Akershus universitetssykehus	Akershus SO Innlandet SO	900 000	120
Sørlandet sykehus	Sørlandet SO	300 000	40

Det er avgjørende at diagnostikk og annen behandling starter så tidlig som mulig før eventuell videretransport til et slagsenter som tilbyr mekanisk trombektomi. Pasientene skal derfor i størst mulig grad håndteres initialt innen nærmeste akutttsykehus i tråd med regional modell for håndtering av pasienter med hjerneslag.

Kostnader i forbindelse med kompetanseoppbygging må håndteres innen SSHFs budsjettrammer.

Når det gjelder spørsmålet om spesialitet for vaktteamet vil det enkelte helseforetak måtte foreta vurderinger av hva man mener er hensiktsmessige og forsvarlige løsninger og kompetansekrav i de ulike fasene av forløpet av hjerneslag. Et flertall i arbeidsgruppen mener at et slagsenter som tilbyr trombektomi bør ha et vaktteam med tilstedeværende lege i spesialisering i nevrologi, overlege nevrolog i bakvakt og intervensjonsradiologi med kompetanse i endovaskulær slagbehandling, mens et mindretall mener at lege med bakgrunn innen slagmedisin er tilstrekkelig for tilstedevakt og bakvakt. Det er enighet om at intervensjons(nevro)radiolog skal utføre selve prosedyren.

Kriterier for etablering av tjenesten

Tilgjengelighet

Det er stor variasjon på tvers av sykehusområdene når det gjelder antall pasienter i HSØ som ble behandlet med trombektomi i 2017. Av betydning er geografiske og organisatoriske forhold.

Geografiske forhold, herunder lang vei til det eksisterende trombektomitilbudet på OUS, kan langt på vei forklare lave tall for Sørlandet, Telemark og Innlandet.

Det ble avklart i møtet i arbeidsgruppen at en eventuell lokasjon av trombektomi i Arendal ikke vil avhjelpe Telemark for denne pasientgruppen. Hovedtyngden av befolkningen i Telemark er lokalisert sør-øst i fylket. Et tilbud ved SiV, kan imidlertid være aktuelt for å ivareta Telemark (befolkningsgrunnlag ca. 400 000). Pga. geografi kan det derfor på mellomlang sikt vurderes å etablere et tilbud ved SiV etter modell fra SSHF.

HSØ har besluttet at SSHF skal legge Agders befolkning til grunn for etablering av tilbudet. Jf. tabell 1 som viser at et trombektomisenter på Sørlandet sykehus skal dekke Sørlandet SO (sykehusområde) med 300 000 innbyggere og forventet 40 prosedyrer.

SSK vil dekke hele Agders befolkning.

Avhengighet

Det er enighet i arbeidsgruppen/ HSØ om de «store linjene» knyttet til faglige avhengigheter (akutt mottak, slagenhet, nevrologi, radiologi (intervensjonist), radiograf, karkirurgi, nevrokirurgi, anestesi), utstyrsbehov samt vurderinger knyttet til volum.

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 har vært noe diskusjon ift krav om MR 24/7, hvor et flertall mener dette må være et mål på sikt, men ikke kan stilles som absolutt krav i en oppstartsfase.

I SSHF er alle påkrevde faglige avhengigheter samlokaliserte ved SSK. Når SSHF nå har fått oppdrag om å etablere trombektomi, så er det ut fra at SSHF er vurdert som kapabel ved å ha alle nødvendige faglige avhengigheter.

Organisering

Organisatoriske forhold knyttet til transport og rutiner har betydning for variasjon i tjenesten og må også tillegges vekt og forbedres dersom man skal nærme seg måloppnåelse.

Det legges til grunn som et krav at helseforetak som skal kunne tilby endovaskulær slagbehandling er organisert med en slagenhet, slik en slagenhet defineres i Nasjonal faglig retningslinjene for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. I dette inngår senger avsatt til hjerneovervåkning med forsterket sykepleierbemanning.

Regional modell for håndtering av pasienter med hjerneslag er også lagt til grunn i saken, jf. styresak 008-2017. Modellen legger til grunn at det skal være ett slagsenter i Oslo – Oslo slagsenter – med en dør inn og flere dører ut. Utenfor Oslo skal det være et slagsenter per helseforetak som skal ha et overordnet ansvar for slagbehandlingen i eget opptaksområde, i nettverk med lokalsykehus. I SSHF er det allerede styrevedtatt og implementert i Utviklingsplan 2035 at HF-ets slagsenter ligger i SSK.

Volum og kompetanse

Hva er tilstrekkelig befolkningsgrunnlag mtp volum og kvalitet?

Det er publisert retningslinjer fra internasjonale organisasjoner som omhandler organisering og opplæring i metoden (3). Nasjonale retningslinjer tar heller ikke stilling til krav til volum. En egen arbeidsgruppe har definert krav til opplæring og utdanning.

Stavanger har i dag et opptaksområde på størrelse med Sørlandet. Et lavt volum kan kompenseres med simuleringstrening. Grunnet geografi og bosetting er bruk av Stavanger ikke et reelt alternativ for hele Sørlandet. Det var enighet i arbeidsgruppen om at det etableres et tilbud ved SSHF på kort sikt.

Opplæring nevrologer.

Det er enighet om elementene som skal inngå og konsensus om krav knyttet til de ulike elementene. (Kompetansekrav, utdanning, krav til vaktordning/nevrologisk kompetanse på trombektomisenter.)

Opplæring av intervensjonister

Det er enighet om elementene som skal inngå i opplæring og utdanning:

Det er gjort en grundig og solid gjennomgang av bakgrunn og kriterier for tjenesten. Dette har vært grunnlaget for vedtaket i HSØ sitt styre. Dette er også grunnlaget for videre arbeid med implementering av tjenesten i SSHF.

Konklusjon

Kriterier som er av betydning for etablering av tjenesten er tilgjengelighet, avhengighet organisering (slagenhet), kompetanse/ volum. SSK oppfyller alle disse kriteriene. Utvelgelse av SSHF er skjedd på bakgrunn av pasientens behov ifht tilgjengelighet og de faglige avhengigheter som allerede finnes.

Argumenter for etablering av tjenesten i SSK er følgende:

- HSØ har besluttet at SSHF skal legge Sørlandet SO (sykehusområde) til grunn for etablering av tilbudet. SSK er geografisk midtpunkt i fht til reisevei og medgått tid for befolkningen. Tjenesten er tilgjengelig for alle pasienter i opptaksområdet.
- I SSHF er alle påkrevde faglige avhengigheter samlokaliserte ved SSK og i drift i dag. Det må etableres intervensjonsradiologisk vakt (med tilhørende radiograf). Dette må uansett etableres på SSK ut fra andre kliniske behov enn hjerneslagbehandling, jmf Utviklingsplan/Strategiplan.
- Nevrologisk avdeling med to-sjikt vakt er lokalisert ved SSK
- Tjenesten skal kobles til slagsenteret, dette er vedtatt og etablert ved SSK
- I vurdering av oppstart 2019 er det lagt til grunn den samlede kompetansen ved SSK med nevrologisk avdeling med vakt og intervensjonsradiologer hvorav en med trombektomierfaring

Beslutningsprosess

Følgende prosess legges til grunn for implementering:

- Ledergruppen SSHF anbefalte 18/6 organisatorisk plassering ved SSK og videre prosess med implementering av tilbudet i SSHF.
- Administrerende direktør innstiller 18.6 at tilbudet legges til sykehuset i Kristiansand.
- Dialogmøte med tillitsvalgte 20.06.2018
- Drøftingsmøte med tillitsvalgte 25.06.2018
- Administrerende direktør beslutter 27.6.2018 hvor tjenesten skal ligge.
- Mandat for implementering ferdigstilles av org.-/ fagdirektør i samarbeid

Foreløpig innhold i mandat for implementering av trombektomi SSHF

- Etablering av arbeidsgruppe som planlegger etablering av *dagtilbudet* i 2019
- Oppgaver
 - Planlegging av organisering av *dagtilbud* 2019
 - Planlegging av organisering *døgntilbud* fra 2020
 - Økonomiske beregninger tas parallelt med de to.

Deltakere.

- Arbeidsgruppene må sammensettes så bredt (inkludert tillitsvalgte) som nødvendig for å gi effektiv implementering.

Tjenesten skal være operativ på dagtid fra 1.januar 2019.

Referanser

[Saksdokumenter](#)

[Styreprotokoll HSØ RHF](#)