

Fra: Bjørn Bendz <bbendz@ous-hf.no>

Sendt: mandag 8. august 2022 14:25

Til: Hilde Myhren <UXHIMY@ous-hf.no>; Morten Mowe <mormow@ous-hf.no>

Kopi: Bjørn Atle Bjørnbeth <BBJOER@ous-hf.no>; Morten Reymert <mreymert@ous-hf.no>; Anne Karlsen <karlsa@ous-hf.no>

Emne: SV: Rapport fra ekstern ekspertgruppe - invasiv kardiologi

Hei,

Jeg har nå tatt flere runder i OUS-miljøet om denne saken og vi har følgende kommentarer til punktene:

Utredning av klaffesykdom

o Samtlige sentre (Oslo universitetssykehus HF (OUS) Ullevål, OUS Rikshospitalet, Ahus Nordbyhagen og Ahus Gardermoen) har god og adekvat kompetanse på utredning av denne pasientgruppen. Utvalgets inntrykk er at samarbeidet mellom aktuelle sykehus fungerer godt.

o Perkutan klaffebehandling som TAVI har ikke vært tema for denne utredningen. Det har under utvalgets arbeid ikke fremkommet noen ønsker om å endre dagens organisering hvor TAVI-behandling utføres ved OUS, Ullevål og Rikshospitalet. Utvalget anbefaler at dagens organisering videreføres.

o Ahus med sine to sentre har kapasitet til å utvide sitt opptaksområde for klaffeutredninger hvor invasiv koronar angiografi inngår. Basert på en vurdering hvor reiseavstand/reisetider er tatt med, mener utvalget at Ahus har kapasitet til å overta ansvaret for denne type utredning for pasienter tilhørende Sykehuset Innlandet.

Kommentar fra OUS: Vi synes ikke reiseavstand/reisetid er noe argument for å flytte Innlandets klaffeutredninger fra OUS til AHUS ettersom det er kort avstand mellom sentrene og god logistikk til/fra OUS. Videre er det utvilsomt en faglig fordel for pasientene å bli utredet i miljøene som utfører behandlingen. Dette sikrer at de avgjørende undersøkelsene/vurderingene for valg av riktig behandlings-modalitet blir utført. En slik organisering er sterkt anbefalt i de europeiske retningslinjer for behandling av klaffesykdommer fra 2021, hvor innhold og funksjoner av "Heart Valve Centre" og Heart Team er klart definert. OUS er allerede et slikt Heart Valve Centre med veletablerte "Heart-Teams" (inkludert hjertekirurger) slik det er anbefalt i internasjonale retningslinjer. Et minstekrav er at det er mulighet for digitale "Hjertemøter" mellom de ulike sentrene.

Stabil koronarsykdom

o Samtlige sentre har god kompetanse på utredning av stabil koronarsykdom.

o HSØ som region har et underforbruk av CT koronar angiografi. Dette gjelder særlig virksomheten på Ahus Gardermoen hvor andelen negative invasive angiografier (normale koronarkar) ligger vesentlig over landsgjennomsnittet.

o Bruk av CT koronar angiografi bør utvides. Dette kan redusere behovet for invasive prosedyrer.

o Ahus med sine to sentre har kapasitet til å utvide sitt opptaksområde for invasiv utredning av stabil koronarsykdom. Basert på en tilsvarende vurdering som ovenfor, hvor beregning av

reiseavstand/reisetider i regionen inngår, mener utvalget at Ahus har kapasitet til å overta ansvaret for invasiv utredning av stabil koronarsykdom for pasienter tilhørende Sykehuset Innlandet HF.

Kommentar fra OUS: Vi støtter at bruken av CT koronar angiografi bør økes i opptaksområdet og dette blir et tema på kommende regions-møte i kardiologi. Kapasiteten i OUS er god for utredning av stabil koronarsykdom. Vi kan derfor ikke se at pasienter fra Innlandet skal overføres til AHUS pga kapasitetsutfordringer i OUS. Imidlertid bør pasientstrømmene i størst mulig grad gå slik at man utnytter den totale behandlingsskapasiteten best mulig og med noenlunde lik ventetid for alle. Det er dessuten fritt sykehusvalg slik at man ikke bør legge opp til rigide opptaksområder. Avstanden mellom de tre sentrene er slik at reisetider og avstander ikke er en aktuell problemstilling.

Akutt koronarsykdom - NSTEMI

o Dagens organisering av behandlingen av denne pasientgruppen vurderes adekvat.

Kommentar fra OUS: Støttes.

Akutt koronarsykdom - STEMI

o En hovedproblemstilling for ekspertutvalget har vært triagering av STEMI-pasienter hvor diagnosen er stilt med prehospitalt EKG. Ahus har på tross av eksisterende anbefalinger fra det regionale kardiologiutvalget i HSØ RHF, igangsatt behandling av denne pasientgruppen.

o Det er ikke behov for tre vaktlinjer for STEMI-behandling i Oslo-regionen.

o OUS, Ullevål og Rikshospitalet har sammenlignet med Ahus et mer robust tilbud for denne pasientgruppen hvor det kliniske bildet av og til kan utvikle seg i negativ retning med behov for mer avanserte tiltak enn PCI.

o Ulike algoritmer for triagering gjennom døgnet er uheldig og frarådes.

o I dagens struktur med de korte avstander det her dreier seg om, anbefales at den vedtatte ordning med triagering av prehospitalt diagnostiserte STEMI-pasienter til OUS, Ullevål og Rikshospitalet videreføres.

o Ahus har klart et potensial til å bli et solid senter for STEMI-behandling, men har hatt noen utfordringer med rekruttering av invasive kardiologer. Bedre samkjøring av den invasive kompetansen ved Ahus sine to sentre anbefales. Det kan gjøre Ahus mer robust også i forhold til STEMI-behandling.

Kommentar fra OUS: Dette er sammen med punktet under det medisinsk faglig viktigste punktet og OUS støtter konklusjonene.

Kardiogent sjokk, langvarig/recidiverende hjertestans

o Dagens organisering hvor disse pasientene triageres til OUS (Rikshospitalet eller Ullevål) anbefales videreført da disse ofte krever behandlingstilbud Ahus ikke har eller enkelt kan etablere.

Kommentar fra OUS: Se over