Hvor mange karkirurgiske sentre trenger Helse Sør-Øst?

I en høringsuttalelse nylig argumenterer Legeforeningen for at alle sykehus som i dag driver karkirurgi i Helse Sør-Øst skal bygges opp med døgnkontinuerlig vakt for karkirurgi og intervensjonsradiologi. Dette innebærer en ressursbruk som ikke kan forsvares, og som vil svekke – snarere enn å styrke – karkirurgien.

■ Legeforeningen har avgitt høringsuttalelse til en rapport fra midlertidig regionalt utvalg for funksjonsfordeling av karkirurgi i Helse Sør-Øst (1). Den kan i sin helhet leses på foreningens nettside.

Alle områdesykehusene som i dag har karkirurgi i Helse Sør-Øst var representert i det midlertidige regionale utvalget med karkirurg og intervensjonsradiolog (Sørlandet Sykehus, Sykehuset i Vestfold, Vestre Viken, Sykehuset Østfold, Sykehuset Innlandet, Akershus universitetssykehus, i tillegg til Oslo universitetssykehus). Også en brukerrepresentant var med. Utvalget konkluderte med at karkirurgien i Helse Sør-Øst ville bli styrket dersom det ble opprettet et større regionsenter og 3–4 sentre utenom regionsenteret. Dette er i tråd med

gisk vakt på alle steder. De senere år er karkirurgien flyttet fra Arendal til Kristiansand, fra Skien til Tønsberg, og fra Lillehammer og Gjøvik til Hamar. Det er altså allerede mange sykehus som driver kirurgi, akutt og elektivt, uten å ha karkirurgisk virksomhet.

Helse Sør-Øst har ca. 2,6 millioner innbyggere. Med karkirurgi på seks områdesykehus i tillegg til regionsenteret, er det ikke nok pasienter til alle. I Tidsskriftet nr. 15/2010 der høringen refereres, antydes det at et sykehusområde er «et avgrenset geografisk område (...) med en befolkning på 500 000 mennesker. Det er naturlig at karkirurgi inngår i tjenestetilbudet til et sykehusområde.» (4). Dersom Legeforeningen mener at regionsavdelingen ikke bør være større, blir det i så fall totalt behov for fem

Legeforeningen burde i sin høringsuttalelse ha funnet plass til å kommentere brukerrepresentantens uttalelse. Brukerrepresentanten er positiv til anbefalingene i rapporten og bemerker at flere pasientundersøkelser viser at trygghet for god og sikker behandling ved planlagte operasjoner teller mer enn kort avstand til behandlingssenteret.

Konklusjon

Vi er alle enige i at det karkirurgiske tilbudet ikke må svekkes. En samling i større enheter vil styrke tilbudet. Høringsuttalelsen fra Legeforeningen til Helse Sør-Øst må tolkes som om at Legeforeningen mener at alle sykehus som i dag driver karkirurgi skal bygges opp med døgnkontinuerlig vakt for karkirurgi og intervensjonsradiologi. Dette ville medføre overkapasitet og ressursbruk som ikke kan forsvares. Dersom Legeforeningen egentlig mener at det er tilstrekkelig med ett karkirurgisk senter per 500 000 innbyggere, er det viktig at dette presiseres ovenfor Helse Sør-Øst. I så fall er nemlig Legeforeningen enig i grunnprinsippene i rapporten fra det midlertidige regionale utvalget.

Kirsten Krohg-Sørensen

kirsten.krohg-sorensen@rikshospitalet.no
Thoraxkirurgisk avdeling
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
0027 Oslo

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

«Dersom Legeforeningens anbefaling skal følges, vil det bety en betydelig opptrapping av kapasitet også i forhold til dagens ordning»

anbefalinger fra Norsk karkirurgisk forening, som har utarbeidet to rapporter med faglig begrunnede forslag til organisering av karkirurgiske tjenester (2, 3). Det har vært bred enighet om at det drives karkirurgi på for mange sykehus og at passende befolkningsgrunnlag for et karkirurgisk senter er 400 000 innbyggere.

Ved hvert områdesykehus?

Likevel skriver Legeforeningen i sin høringsuttalelse: «Legeforeningen mener således at det bør være ett fullverdig senter for karkirurgi ved hvert områdesykehus i regionen med karkirurg og intervensjonsradiolog i døgnkontinuerlig vakt» (1). Og videre: «En vesentlig svakhet ved rapporten er at den i stor grad konkluderer ut fra antatte effekter for karkirurgi isolert. Det er for eksempel ingen omtale av konsekvensene av at man på sykehus mister muligheten til formelle og uformelle pasientvurderinger av karkirurg.»

Dersom Legeforeningens anbefaling skal følges, vil det bety en betydelig opptrapping av kapasitet også i forhold til dagens ordning. Det er svært få av sykehusene utenom regionsenteret som i dag har døgnkontinuerlig intervensjonsradiologisk vakt. Inntil nylig har det heller ikke vært kontinuerlig karkirur-

sentre i Helse Sør-Øst, inkludert regionsavdelingen. Hvis det er dette Legeforeningen egentlig mener, oppfordrer jeg til at det sendes en oppklarende kommentar til Helse Sør-Øst, der det klart defineres hvor mange sykehus i Helse Sør-Øst som bør være «fullverdige senter» med døgnkontinuerlig vakt for karkirurgi og intervensjonsradiologi.

Volum og kvalitet

Videre skriver Legeforeningen at Kunnskapssenterets rapport fra 2009 ikke gir grunnlag for å konkludere med at det er sammenheng mellom volum og kvalitet. Rapporten er imidlertid konklusiv når det gjelder operasjon av aortaaneurismer: «Samlet sett viser studiene at høyt operasjonsvolum for kirurg gir lavere mortalitet både ved planlagt og akutt kirurgi.» (5).

Legeforeningen underer seg også over at Helse Sør-Øst vurderer karkirurgien isolert. Dette er heller ikke riktig. Det er tidligere gjennomført sentralisering av lungekirurgi. Det ligger dokumenter til høring på Helse Sør-Østs nettside vedrørende funksjonsfordeling av kreftbehandling. Regionalt utvalg for kreft foreslår der at en del kreftkirurgi samles på færre steder, begrunnet med sammenheng mellom volum og kvalitet (6).

Litteratur

1. Høring – Organisering av karkirurgi i Helse Sør-Øst. Sluttrapport fra midlertidig regionalt utvalg for funksjonsfordeling av karkirurgi i Helse Sør-Øst www.legeforeningen.no/id/162979.0 [27.8.2010].
2. Struktur og organisering av norsk karkirurgi i fremtiden. www.legeforeningen.no/id/5180.0 [8.9.2010].
3. Forslag til funksjons- og oppgavefordeling for karkirurgien i Norge. www.legeforeningen.no/id/104897.0 [8.9.2010].
4. Braaten KE. Må ikke svekke det karkirurgiske tilbudet. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1508.
5. Pasientvolum og behandlingskvalitet ved behandling av abdominale aortaaneurismer. www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/6448.cms [8.9.2010].
6. Høring – funksjonsfordeling kreftbehandling i Helse Sør-Øst. www.helse-sorost.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=15&I=1957 [8.9.2010].

Manuskriptet ble mottatt 24.8. 2010 og godkjent 30.9. 2010. Medisinsk redaktør Anne Kveim Lie.