

Forretningsudvalgets ekstraordinære møde den 26. oktober 2010

Sag nr. 5

Emne: J gpxgpf grug'htc'tgi kqput ° f uo gf rgo 'Nggp'Mcur gtugp '*E +'qo "
"*****"tgi kppgpu'vq'j lgtvgegpvtg"

1 bilag

Fra: lek@ltk.dk [mailto:lek@ltk.dk]
Sendt: 18. oktober 2010 14:14
Til: Helle Mathiasen
Cc: Vera Qvistgaard
Emne: sag til næste regionsrådsmøde i morgen om en uge.

Fra den dato hvor kirurgerne forsvinder herfra forsvinder også primær PCI (seneste udmelding fra den ledende overlæge på RH) og samtidig forsvinder avancerede behandlingen af hjerterytmeforstyrrelser. Dermed er Gentofte ophørt med at fungere som center, og det er jo i direkte strid med hospitalsplanen 2007 for regionen.

Hvad sker der på Gentofte, jf. Hospitalsplan for 2007 og Sundhedsstyrelsens specialeplan er der 2 hjertecentre, Riget og Gentofte?

Med hensyn til svaret på, hvordan vi erstatter de 12 uddannelsesstillinger indenfor thoraxkirurgien, står det uklart, hvordan diverse hjerteafdelinger skal kunne få eksperter, når uddannelsesstederne har ligget på Rigshospitalet og Gentofte. Har Sundhedsstyrelsen taget stilling hertil? Af det sidste svar fremgår det, at der skal forhandles, hvor langt er man med dette?

Gentofte Hospitals kardiologiske afdeling har gennem flere år været Danmarks 3. største hjerteafdeling og Skandinaviens 5. største.

Afdelingen er højt specialiseret indenfor de fleste områder af kardiologien og vi dækker således alt indenfor følgende områder

Vedhæfter en liste over, hvad Gentofte producerer og vil gerne, at Regionsrådet får en forklaring på, hvordan Rigshospitalet skal kunne magte den ekstra opgave uden, at der går liv tabt.

;

Iskæmisk hjertesygdom;

3400 kranspulsåre undersøgelse årligt

16-1700 PCI (ballonudvidelser af kranspulsårer) årligt, heraf ca 750 akutte procedurer hos patienter med blodprop i hjertet.

Afdelingen modtager desuden alle patienter med hjertestop (udenfor hospital) tilhørende optageområdet for akut kranspulsåre undersøgelse og efterfølgende køling.

Der foretages omkring 15-20 alkohol ablationer hos patienter med genetisk hjertesygdom og obstruktion i venstre hjertekammers udløb.

Elektrofysiologi;

250-300 radiofrekvens behandlinger hos patienter med forkammerflimrer

Som eneste hospital i regionen foretages komplekse ablationer epikardielt hos udvalgte patienter med livstruende rytmeforstyrrelser

75-100 elektrofysiologiske procedurer

Omkring 350 ICD implantation (defibrillatorer) samt ca 100 biventrikulære pacemaker funktionsenheder for behandling af avanceret hjertesvigt.

400-450 almindelige pacemakere.

Sengeafsnit;

Stort patient flow med meget kort indlæggelsestid. Højt specialiseret sengeafsnit for patienter med infektion på hjerteklapper eller omkring hjertet

Ambulatorium;

2000 nyhenviste patienter pr år (Her medregnes ikke patienter som er henvist efter indlæggelse i egen afdeling)

6000 ambulante besøgskontroller årligt

75-80 tilt test for udredning af besvimelser

750 arbejdstest for udredning af hjertesygdom

200 hjerte-CT scanninger

200 hjerte-MR scanninger

6500 ultralydsscanninger af hjertet (ekkokardiografi) **Regionens største produktionsenhed med den samlede korteste ventetid og stor tilgang af patienter udenfor regionen pga dette**

900 ultralydsscanninger af hjertet fra spiserøret, **Regionens største produktionsenhed med den samlede korteste ventetid**

16-1700 ambulante monitoreringer af hjerterytmen, **Regionens største produktionsenhed med den samlede korteste ventetid**

60 oftest akutte procedure hvor livstruende ansamlinger omkring hjertet udtømmes

Uddannelse;

Afdelingen indgår som en af den fem afdelinger i landet hvor den væsentligste del af hoveduddannelsen i kardiologi foregår (2-3 år). I alt er der 12 samtidige uddannelses forløb

Konsekvenser ved lukning af thoraxkirurgisk funktion på GEH;

Uddannelsesfunktionen i kardiologi på GEH vil helt bortfalde idet kravene til den specialiserede del af uddannelses forløb kræver ansættelse ved center med thoraxkirurgisk funktion. Disse forløb vil herefter kun kunne varetages på RH og det vil forringe den samlede uddannelse med en så stor koncentration af uddannelses læger (over 20) på samme afdeling. For regionen vil det betyde at uddannelsen bliver inferior sammenlignet med vestlige Danmark (3 uddannelsessteder)

Den primære PCI funktion vil ikke kunne bevares på GEH i henhold til Danske retningslinjer og GEH vil dermed ikke længere være højt specialiseret enhed og disse forhold vil samlet set ha en klar negativ indflydelse på afdelingens overlevelse og helt klart yderligere eliminere muligheden for kardiologisk uddannelse på matriklen. Det er samtidig vanskeligt at se hele denne patient population flyttet til RH

Den gængse opfattelse i dag er at radiofrekvens behandling af forkammerflimmer finder sted på afdelinger med thoraxkirurgi og denne funktion vil derfor på sigt også forsvinde fra GEH. Disse patienter kan næppe optages udover de patienter Riget allerede har.

Patienter med infektion på hjerteklapper eller omkring hjertet kan ikke ligge på en afdeling uden direkte tilknytning til thoraxkirurgi, disse patienter kan ha behov for akut operation, og denne funktion vil dermed også forsvinde fra GEH. Der findes imidlertid ikke plads på RH til at absorbere disse patienter, som i yderste konsekvens vil blive spredt for alle vinde over regionens hospitaler. Der er her tale om lange indlæggelsesforløb (4-6 uger) med komplekse problemstillinger. De fleste afdelinger besidder ikke ekspertise til at forestå denne behandling og en direkte konsekvens vil være at behandlingen i regionen forringes sammenlignet med resten af DK

En væsentlig del af tilgangen af patienter til ultralydsfunktionen og den ambulante funktion generelt skyldes dels udredning af patienter til hjertekirurgi eller mistanke om behov for hjertekirurgi ligesom den akutte aktivitet i iskæmi funktionen bidrager til stort patient turnover. Denne funktion vil også blive betydeligt minimeret ved fjernelse af den thoraxkirurgiske funktion da det er oplagt at disse patienter ikke længere vil blive henvist. Man fjerner dermed grundlaget for en højt specialiseret og effektivt fungerende sektion med de aktuelle planer. Rigshospitalet udfører i dag kun godt 4000 ekkokardiografier årligt og har kun i meget begrænset omfang stået for udredning af patienter til hjertekirurgi. Der findes derfor ikke mulighed eller rammer for at RH overtager denne funktion på højt specialiseret niveau.

Den samlede konsekvens vil være at flere højt specialiserede speciallæger vil miste patienter indenfor deres kompetence områder og i yderste instans ville disse folk naturligvis ved først givne lejlighed søge udfordringer andre steder udenfor regionen. Det vil samlet set forringe den kardiologiske service for regionens borgere med mindre der snarest laves planer for etablering af en samlet kardiologisk funktion som indeholder funktionerne for de 2 aktuelle kardiologiske centerafdelinger. Det er naturligvis også værd at bemærke, at sammenlægningen af den thoraxkirurgiske funktion på kun en matrikel vil reducere det akutte operations potentiale for østdanske patient fra aktuelle 2 operationslejer til kun 1 og dermed meget ringere en det tilsvarende i Vestdanmark (3 akutte lejer). Patienter vil komme til at betale prisen med længere ventetider og generelt dårligere behandlingstilbud og samtidig risikerer regionen at miste højt kvalificeret personale.