

Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI) önskar lämna följande synpunkter på

Socialstyrelsens preliminära versioner (art nr 2009-126-35) av dokumenten *Strokesjukvård - vetenskapligt underlag 2009, Nationella riktlinjer för strokesjukvård – beslutstöd för prioriteringar 2009* samt *Indikatorer - nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009*

Förslaget har under våren på föreningens uppdrag granskats av medicine doktor Heléne Seeman-Lodding, överläkare, Verksamhetsområde anestesi, operation och intensivvård, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, SE-41345 GÖTEBORG, tel 031-342 10 00 (helen.seeman-lodding@aniv.gu.se), av medicine doktor Gunilla Islander, överläkare, Verksamhetsområde intensiv- och perioperativ vård, Universitetssjukhuset i Lund, SE-22185 LUND, tel 046-17 10 00, (gunilla.islander@skane.se) samt av medicine doktor Patrik Rossi, överläkare, Anestesi- och intensivvårdskliniken, Karolinska universitetssjukhuset, SE-17185 SOLNA, tel 08-51 77 00 00 (patrik.rossi@karolinska.se), tillika ordförande i SFAI:s delförening för intensivvård. Synpunkterna har sammanställts av sektionens vetenskapliga sekreterare (jonas.akeson@med.lu.se).

Strokesjukvården i Sverige genomgår nu en mycket snabb utveckling som leder till nya och förbättrade behandlingsmöjligheter för patienter som drabbats av stroke. Många patienter kommer att kunna räddas från permanent neurologiskt handikapp.

Vården av patienter som akut insjuknat i stroke är mycket resurskrävande. I vissa fall går behandlingen vidare från trombolys till interventionell neuroradiologisk behandling och ibland även neurokirurgisk behandling med t ex hemikraniektomi. De sistnämnda patientgrupperna kräver mycket avancerad anestesiologisk och intensivvårdsmässig handläggning. Sjukvården har fått en betydande ny patientkategori som kräver ett avancerat urakut omhändertagande.

Organisationen kring akuta ingrepp är komplicerad och resurskrävande. Erfarenheterna från de sjukhus som infört eller håller på att införa ett "Rädda hjärnan"-projekt är att detta kräver mer personal och ökat antal intensivvårdsplatser. I dagens sjukvård finns inte möjlighet inom befintliga ekonomiska ramar att med omorganisationer öka tillgången på anestesipersonal och intensivvårdsplatser så att man kan garantera att alla som behöver interventionell neuroradiologi för att behandla ett stroke, kan få detta i tid utan att någon annan patientgrupp drabbas.

Specifika kommentarer

- *Patienter med hotande malign mediainfarkt behöver första dygnet överföras till strokeenhet, neurologisk eller neurokirurgisk klinik på regionsjukhus för noggrann övervakning och beredskap för operation utan tidsfördröjning.*

Dessa patienter behöver kontinuerlig övervakning på intensivvårds- eller möjligen intermediärvårdsavdelning, eftersom de snabbt kan sjunka i medvetandegrad och då behöva omedelbar intubation och andningsunderstödjande behandling. Resurser och kompetens för

denna handlingsberedskap saknas på en normal neurokirurgisk eller neurologisk vårdavdelning/strokeenhet. Dessutom krävs efter hemikraniektomi intensivvårdsbehandling i respirator under flera dygn samt fortsatt vård på intermediärvårdsavdelning under sammanlagt upp till en vecka.

- *Jämförande studier där man har gett blodtryckssänkande i akutskedet vid stroke i hjärnskadeskyddande syfte har gett visst stöd för att alltför kraftig blodtryckssänkning kan vara skadlig. Idag är det oklart vilken blodtrycksnivå som är optimal vid akut stroke. Flera stora jämförande studier pågår. Vid trombolysbehandling tillämpas akut sänkning av blodtrycket (om det systoliska trycket är 185 mmHg eller mer, och det diastoliska trycket är 110 mmHg eller mer), då det finns visst stöd för att förhöjt blodtryck i denna situation kan öka risken för ytterligare hjärnblödning.*

Rutinerna innebär ökat behov av invasiv hemodynamisk övervakning på intensiv- eller intermediärvårdsavdelning.

- *Hemikraniektomi vid malign mediainfarkt*
- *Patienter under 60 års ålder med malign mediainfarkt ges dekompressiv hemikraniektomi inom 48 timmar efter insjuknandet. (prioritet 2) Vid ett antagande om att hemikraniektomi kommer att erbjudas 50 patienter årligen i landet och att åtgärden i sig kostar 50 000 kronor kommer sjukvårdskostnaderna årligen att öka med 2,5 miljoner kronor.*

Som andra redan påpekat ligger dessa ekonomiska beräkningar klart i underkant. Även det antagna antalet patienter kan visa sig vara för lågt. Vid antagandet 50 patienter per år och fem dygns intensivvård per patient hamnar man på kostnader på totalt minst 7,5 Mkr och sannolikt närmare 10 Mkr. Till detta kommer kostnader för primärt omhändertagande vid och akuta transporter med avancerad övervakning från remitterande sjukhus.

- *Översyn av regionala vårdprogram är också aktuellt för patienter med basilarisocklusion som kan vara aktuella för intraarteriell trombolysbehandling.*

Även dessa patientgrupper kommer att påtagligt belasta nationella anesthesi- och intensivvårdsresurser. Beräkningarna är osäkra.

- *För utredning på sjukhus rekommenderar de nya riktlinjerna ökad användning av magnetresonanstomografi (MR) i differentialdiagnostiskt syfte hos patienter där diagnosen är oklar eller osäker. Denna patientgrupp är en utökad indikation för MR. Utredning med MR kan emellertid ske på kontorstid och det ökade resursbehovet är relativt litet.*

MR kan mycket väl behöva göras även utanför kontorstid, vilket ofta även kräver betydande anestesiresurser med efterföljande övervakningsbehov på postoperativ, intensivvårds- eller intermediärvårdsavdelning.

- *Indikator 3.7: Hjärnblödning i samband med trombolys*
Motivering för val av indikator (relevans): Det finns en viss risk för allvarlig hjärnblödning inom de närmaste dygnet efter trombolysbehandling.

Även intrakraniella blödningskomplikationer till ökad trombolysbehandling ökar behovet av neurokirurgisk intervention med åtföljande krav på akuta anesthesi- och intensivvårdsresurser.

- *Det kan, efter omsorgsfullt övervägande, bli aktuellt att för en ytterst svårt sjuk strokepatient avbryta livsuppehållande behandling. Vätske- och näringstillförsel kan avslutas eller man kan besluta att avstå från antibiotika vid bakteriell infektion eller från hjärt-lungräddning vid hjärtstopp.*

Det är tveksamt att ge exempel på åtgärder som man kan välja att avstå ifrån. Bättre är att hänvisa till vedertagna riktlinjer.

Sammanfattande synpunkter

Generellt sett medför modern behandling av stroke, som den beskrivs i riktlinjerna, ett ökat behov av anesthesi- och intensivvårdsresurser. Detta faktum är otillräckligt belyst i det presenterade förslaget. Kostnaderna för vissa behandlingsformer är omnämnda men sannolikt alldeles för lågt tilltagna, om man även skall beakta kostnaden för intensivvårdsbehov och ökad efterfrågan på akuta anestesiresurser. Detta bör beskrivas tydligare under rubrikerna ekonomiska respektive organisatoriska konsekvenser.

För att underlätta för lokala organisationer att uppskatta ökningsbehovet av anesthesi- och intensivvårdsresurser är det önskvärt att man i riktlinjerna på ett tydligare sätt beskriver vilka patientkategorier och behandlingsformer som bedöms kräva anesthesi- och intensivvårdsresurser såsom invasiv blodtrycksmätning, kontinuerlig sedering, övervakning av vitala funktioner eller respiratorvård. Det är av samma skäl viktigt att man tydligare beskriver behovet av akuta anesthesi- och övervakningsresurser i samband med transporter och interventioner.

Vi vill särskilt uppmärksamma följande:

Universitetssjukhusen får en helt ny stor grupp av svårt sjuka patienter som kräver

- omedelbart ”urakut” högkvalificerat anesthesiologiskt omhändertagande samt
- avancerad neurokirurgisk anesthesi och intensivvård i en redan mycket ansträngd plats-situation.

Samtliga sjukhus som bedriver akutsjukvård kommer att beröras både genom

- ökad belastning på vården på det egna sjukhuset och
- ökat antal akuta transporter med avancerat övervakningsbehov.

Malmö den 9 april 2009

Jonas Åkeson
Vetenskaplig sekreterare
Svensk Förening för Anesthesi och Intensivvård