

Honningsvåg 17.11.2016

Helse Nord

### Høringsuttalelse Hjerterinfarkt og PCI i Helse Nord

Høringsutkastet omhandler i all hovedsak PCI-tilbudet, men vi forstår presentasjonen av høringsutkastet slik at man også ønsker tilbakemelding på de øvrige tiltakene, da spesielt prehospital trombolyse. I høringsutkastet er dette nevnt i sammendraget: "Når man er uten mulighet for primær PCI må fokus være på rask medikamentell behandling (trombolyse). Det er det tilbudet som har størst betydning for de mange lokalsamfunn i Nord-Norge. Prehospital trombolyse er svært viktig og kan innebære revaskularisering timer tidligere enn trombolyse gitt på sykehus." Betydningen av prehospital trombolyse presiseres også i Hjerterinfarktregisterets årsrapport for 2015: "Størst gevinst vil sannsynligvis oppnås ved å gi prehospital trombolyse i ambulanse og legevakt til pasienter som ikke kan transporteres til sykehus med PCI beredskap innen 90 minutter."

Det hevdes i forordet i høringsutkastet at det er avdekket variasjon av hvem som får tilbud om prehospital trombolyse. Videre sies det i punkt 6.1.1 at prehospital trombolyse i enkelte lokalsykehusområder ennå ikke er innført.

I følge manualen for registrering i Hjerterinfarktregisteret skal det registreres hvorvidt det er gitt prehospital trombolyse, men ikke hvem som gir det (legevaktlege, bilambulanse eller luftambulanse). I årsrapporten fra Hjerterinfarktregisteret for 2015 er det ikke oppgitt tall på prehospital trombolyse. Det er oppgitt tall for trombolyse innen 30 minutter etter første medisinske kontakt, men dette inkluderer også trombolyse gitt på sykehus. En svakhet ved tallmaterialet er at tidspunkt for første medisinske kontakt rapporteres av lege på mottakende sykehus som neppe har vært involvert i det prehospitalt forløpet.

Helse Nord's Prosjekt PHT i 2003 var et sjeldent vellykket prosjekt hvor prosjektgruppa besto av fagfolk fra sykehus, ambulansetjeneste og primærhelsetjeneste. Resultatet var at alle ambulansetjenester og legevakter i Helse Nord fikk standardisert utstyr for EKG-takning og monitorering samt standardisering av bruk av medikamenter for prehospital trombolyse. Da prosjektgruppas arbeid ble avsluttet ble ansvaret for videre utvikling av prosedyrer gitt til de enkelte helseforetakene. I Vest-Finnmark ble dette fulgt opp fra medisinsk avdeling ved Hammerfest sykehus i vel 1 år med presisering av prosedyrer og utvikling av registrerings skjema. Foretaket sørget også for at ambulanser og legevakter hadde Metalyse i beredskap. Man hadde en målsetting om at sykehuset skulle følge opp registreringene, men såvidt vi vet er det aldri blitt gjort opp noe tallmateriale. De siste årene har STEMI-pasientene gått direkte til UNN, og registrerings skjemaene benyttes ikke lenger. I 2014 byttet ambulansene ut overvåkningsenhetene uten kommunehelsetjenesten ble informert eller invitert til å være med. Senere samme år fikk vi beskjed fra Klinikken Hammerfest at foretaket

ikke lenger ville sørge for at legevaktene hadde Metalyse i beredskap. I en e-post fra klinikkssjef Jørgen Nilsen ved Klinikk prehospitaltjenester i juli -15 sies det: "Finmarkssykehuset og klinikk prehospitaltjenester har derfor ikke ansvar for medikamentbeholdningen som legevakter eller helsesenter har, og er således heller ikke ansvarlig for å anskaffe ny Metalyse til legevaktene. Dersom legevakten ønsker å ha dette medikamentet på lager, må dette bestilles av legevakten selv, og kostnadene tas av kommunen." Vårt inntrykk er at dette er representativt for Finmarkssykehuset og Helse Nords holdning til prehospital trombolysedekning de senere årene.

I Nordkapp har vi hatt et tilbud om prehospital trombolysedekning siden 1995. Vi sluttet å registrere behandlingene da foretaket skulle forestå dette fra 2003, men har et klart inntrykk av at de aller fleste STEMI-pasientene i kommunen som har oppfylt inklusjonskriteriene har fått prehospital trombolysedekning. Samtlige behandlinger er blitt gitt av vakthavende lege. På grunn av geografien i kommunen har det vært lite å hente tidsmessig på å skulle gi trombolysedekning i ambulansen. Vi har heller ikke inntrykk av at det finnes systemer i ambulansetjeneste eller sykehus som gjør at man kan gi trombolysedekning i ambulansen på en effektiv måte. Problemer med faksing av EKG og manglende system for raskt mottak og tolkning av EKG'ene i sykehus har gjort at man heller risikerer å tape tid.

Skal man lykkes med å øke bruken av prehospital trombolysedekning krever det at spesialisthelsetjenesten er villig til å bruke faglige og økonomiske ressurser. Vår erfaring tilsier at man bør prioritere legevaktene og gå aktivt ut med tilbud om kompetanseheving og å sikre at nødvendig utstyr og medikamenter er på plass. Primært bør vakthavende lege ha kompetanse til å selv å avgjøre om EKG-kriterier og øvrige kriterier er oppfylt da dette innebærer betydelig tidsbesparelse. Men man må også ha system for faglig støtte fra spesialisthelsetjenesten der det er tvil om indikasjon. Det må være system for at EKG'er kan sendes elektronisk slik at spesialist i sykehus kan vurdere dem og gi tilbakemelding med minimalt tidstap. Vi mener også at det å etablere VAKe (Videobasert Akuttmedisinsk Konferanse) ved legevaktssentralene kan bidra til å bedre håndteringen av infarktpasientene.

I Dagsnytt 18 14. november sa medisinsk rådgiver Jan Norum at Helse Nord jobber med nye prosedyrer for prehospital trombolysedekning. Vi håper at man i arbeidet har involvert fagfolk også fra primærhelsetjenesten og ambulansetjenesten. Erfaringene med utredningsarbeid i den prehospitaltjenesten hvor man kun har med fagfolk fra sykehusene er ikke særlig gode (f.eks luftambulansesaken).

Erik Langfeldt  
Kommuneoverlege

Helge Bjøru  
Fastlege