



Helsenord RHF



Deres ref.:

Vår ref.: 16/3448 - 20951/16 - G00 &13

Dato: 24.11.2016

Svar - Høring: Hjerterinfarkt og PCI. Et likeverdig tilbud i Helse Nord

Samfunnsmedisinsk avdeling i Senjalegen har gjennomgått høringsutkastet som omhandler etablering av et PCI-senter i Bodø. Dokumentet gir en grundig vurdering av bakgrunn, fordeler og ulemper med etableringen av et slikt tilbud. Uenigheter i prosjektgruppen og usikkerhet i datamaterialet er godt belyst.

Vi oppfatter ut fra høringsbrevet at man ber om innspill på tre punkter som antas å kunne bidra til raskere reperfusjon og/eller å utjevne forskjellene i andel pasienter som revaskulariseres etter hjerterinfarkt. Disse er sjekklister og pakkeforløp, prehospital trombolysse og hvorvidt et PCI-senter bør etableres i Bodø.

Vi vil i det følgende kommentere punkter som vi mener er viktige.

I avsnitt 6.1.3 i høringsutkastet konkluderes det med at innføring av sjekklister og pakkeforløp er det beste tiltaket for å sikre enhetlig praksis i regionen. Dette vil kunne minimere risikoen for mangelfull diagnostikk og underbehandling av hjerterinfarktpasienter. Data fra Norsk Hjerterinfarktregister viser at kun 20 % av STEMI-pasienter i Helse Nord får utført revaskularisering innen anbefalt tid. Det er også store forskjeller innad i Helse Nord (tabell 2 i høringsutkastet). Her er det altså betydelig rom for forbedring, og etablering av et PCI-senter i Bodø med drift på dagtid vil i mindre grad kunne øke den totale andelen som revaskulariseres innen anbefalt tid eller bidra til å utjevne forskjellene mellom de ulike helseforetakene. Data fra andre land tyder også på at det er mulig å oppnå lav dødelighet ved STEMI selv uten «desentraliserte» PCI-tilbud. Danmark har f.eks. ett PCI-senter pr 1,4 millioner innbyggere, og mange bor i relativt stor avstand fra slike senter. Likevel er dødeligheten etter STEMI blant de laveste i Europa (ESC/ESA Guidelines on Myocardial Revascularisation (2014)).

Vi mener derfor at Helse Nord bør øke fokuset på bruken av prehospital trombolysse betraktelig. Sett i lys av Nord-Norges geografi og sykehusstruktur vil vi anta at potensialet for gevinst i hele Helse Nord ved å sørge for at STEMI-pasienter som ikke vil nå PCI-lab innen 120 minutter får prehospital trombolysse er større enn hva man oppnår ved å etablere et PCI-senter i Bodø. Etableringen av felles sjekklister og pakkeforløp bør etter

vårt syn derfor inkludere den prehospital akuttmedisinske kjeden, og dette bør gjøres i nært samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Som det anføres i høringsutkastet ser vi også utfordringer knyttet til kvaliteten i tilbudet. I European Society of Cardiology's (ESCs) retningslinjer for behandling av STEMI (2012) anføres det at det er observert lavere mortalitet ved primær PCI på høyvolumsenter, og derfor anbefales det at kun sykehus med et døgnåpent PCI-tilbud bør utføre primær PCI ved STEMI. Dette gjentas også i ESC/ESAs retningslinjer for myokardial revaskularisering (2014). I ESCs retningslinjer for behandling av STEMI vektlegges også viktigheten av et faglig sterkt team – altså sett i et større perspektiv enn kun intervensjonskardiologen. Man kan stille spørsmål ved om kvaliteten på arbeidet vil bli god nok med ambulerende intervensjonskardiologer, og når teamet kun antas å utføre omtrent færre en 20 primære PCI per år.

Kostnadene fratrukket forventede besparelser for tilbudet stipuleres til omtrent 9 mill. kroner per år. Kostnad-nytte vurderingen er basert på at man vinner 0,7 pasientår per primære PCI, og man ender på en kostnad på 1,7 mill. kroner per vunnet leveår. Vi mener som flere i arbeidsgruppen at kostnad-nytte-vurderingen er basert på for usikre data. Leveårsgevinsten på 0,7 år er beregnet fra yngre pasienter, og basert på «rene» strategier for behandling av hjerteinfarkt, altså trombolyse alene mot PCI alene. Dette representerer ikke virkeligheten, og det er etter vår oppfatning stor sannsynlighet for at kostnaden per vunnet leveår er større enn anslått i høringsutkastet.

Hvis man sier ja til å ta i bruk svært kostbar behandling, vil medgåtte ressurser generere et helsetap for andre pasientgrupper. Når nye og kostbare metoder skal vurderes, må man også se om ressursene kan anvendes på en alternativ måte som er bedre. En kostnad på minst 1,7 million per vunnet leveår er høy. Det er her naturlig å skjele til andre kostbare behandlinger som har vært diskutert innført på nasjonalt plan, eks. dyre kreftlegemidler. I denne sammenhengen er et PCI-senter i Bodø et lite kostnadseffektivt tilbud.

Innføring av sjekklister og pakkeforløp samt fornyet satsing på prehospital trombolyse anses derfor i denne sammenhengen som tiltak som har større evidens for å komme befolkningen i Helse Nord til nytte.

Med hilsen

Steinar Konradsen
ass.kommuneoverlege

Kopi til: