

Trondheim, 23.01.2017

Administrerende direktør Tor Ingebrigtsen
Universitetssykehuset i Nord-Norge

PCI i Helse Nord.

Det vises til henvendelse fra administrerende direktør Tor Ingebrigtsen ved UNN til St. Olavs hospital med anmodning om en uttalelse vedrørende organisering av PCI-tilbudet i Helse Nord.

Administrerende direktør Nils Kvernmo har bedt Klinikk for hjertemedisin ved St. Olavs hospital svare på henvendelsen.

Innledning.

Det er grunn til å berømme Helse Nord for en grundig utredning. Problemstillingen er godt beskrevet, og et omfattende datagrunnlag er innhentet. Forventet faglig og demografisk utvikling er beskrevet, og det er forsøkt analysert eventuelle helsegevinster ved igangsetting av PCI i Bodø. Det er også gjort økonomiske beregninger over investerings- og driftskostnader, samt beregninger av sparte transportkostnader ved desentralisert PCI.

St. Olavs hospital HF er nærmeste invasive nabosenter i sør enten man beholder dagens modell med ett senter i Tromsø eller det blir desentralisering til Bodø. Uansett organisering i Helse Nord vil det kardiologiske miljøet i Trondheim ønske et godt samarbeid med fagmiljøene i Nord-Norge.

Både Helse Nord og Helse Midt-Norge må erkjenne at vi representerer landets to minste helseregioner hvor volum-kvalitetsproblematikk kan oppstå innen mange fagområder. Hjertemedisin er intet unntak. Klinikk for hjertemedisin ved St. Olavs hospital har derfor vært tydelig på at vår oppgave er å sørge for et så godt tilbud som mulig til pasienter bosatt i Helse Midt-Norge pluss til pasienter som sogner til Tynset sykehus. Pasientgrunnlaget til UNN er enda mindre enn vårt, og derfor har vi sett det som viktig ikke «å ta pasienter» fra Helse Nord. En kommenterer dette punktet innledningsvis siden «pasientlekkasje» til St. Olavs hospital omtales i utredningen. Akutte pasienter blir en sjelden gang transporter til Trondheim pga. værforhold, og et fåtall elektive pasienter kommer til Trondheim fordi de benytter seg av «fritt sykehusvalg». Dette dreier seg om et svært lite antall pasienter.

Kommentarer fra St. Olavs hospital HF.

St. Olavs hospital vil være tilbakeholden med å anbefale eller fraråde PCI i Bodø. Det er en avgjørelse som uansett må tas i Helse Nord. På oppfordring kommer vi med en del kommentarer, og vårt viktigste grunnlag for uttalelse/kommentarer i denne saken er våre egne erfaringer fra tilsvarende utredninger i Helse Midt-Norge. Spørsmålet om PCI i Ålesund har vært utredet flere ganger, sist i 2011. Et enstemmig fagråd i kardiologi, inklusive Ålesunds egen representant, konkluderte at dagens organisering med samling av all invasiv kardiologi ved St. Olavs hospital burde videreføres. Denne anbefalingen ble fulgt av styret i Helse Midt-Norge.

Viktige argumenter for kun ett invasivt senter i Helse Midt-Norge var:

- Volumutviklingen innen PCI-behandling har vist stagnasjon de senere år.
- Antall STEMI aktuelle for primær PCI er stabilt eller synkende, og antall akutte PCI-behandlinger i Ålesund ville bli så lavt at kvaliteten på tilbudet ville være usikker.

- En splitting av PCI-volumene i Helse Midt-Norge vil føre til at regionen som den eneste i Norge ikke vil ha et høyvolumsenter. Dette vil hemme fagutvikling, forskning og utdanning/opplæring.
- Eneste aktuelle modell for PCI i Ålesund ble vurdert å være satellitt styrt fra Trondheim. Tilgang på invasive kardiologer utgjør en stor utfordring i forhold til å etablere en solid struktur med bærekraftige ordninger ved to små sentre.
- I Helse Midt-Norge har vi ansett PCI-senter med aktivitet kun i kontortiden som en liten hensiktsmessig ordning. En PCI-ordning med 24/7/365 tilbud vurderte vi til også å trenge et eget noninvasivt kardiologisk vaksystem. PCI i Ålesund ville derved kreve opprettelse av to nye vaksystemer i kardiologi for å ta seg av et begrenset antall pasienter.

De faglige argumenter mot å splitte PCI-virksomheten i HMN ble ansett så sterke at det i 2011 ikke ble foretatt noen økonomiske utredninger.

Utviklingen etter 2011: De siste årene har vi fått nyttig informasjon fra kvalitetsregistre som er relevante for den aktuelle problemstillingen (Norsk hjerteinfarktregister, Norsk invasivt register (NORIC)). Kvalitetsparametere er definert, og her er det avslørt store variasjoner mellom ulike sykehus.

Andel NSTEMI-pasienter som får angio < 72 timer. Dette er en parameter som har fått stor oppmerksomhet og som har vist store variasjoner. I Helse Midt-Norge har vi hatt en større gjennomgang av denne problemstillingen pga. ulikheter mellom sykehusene i regionen. Vi har kommet til at dette ikke bare er et spørsmål om invasivt tilbud og geografisk avstand til invasiv senter, men i stor grad også et spørsmål om faglig holdning hos kardiologer ved de enkelte lokalsykehus. For at vi i Helse Midt-Norge skal levere bedre i forhold til denne kvalitetsindikatoren har vi i 2016 revidert våre retningslinjer for NSTEMI. Et viktig tiltak er at NSTEMI-pasienter overflyttes fra andre sykehus også på helg for å redusere ventetid for pasienter ved lokalsykehusene. En utvidet aktivitet på helg ved St. Olavs hospital anses som mer effektivt enn eventuell desentralisering av aktiviteten.

Andel STEMI-pasienter som får reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid. Denne kvalitetsindikatoren fikk stor oppmerksomhet da 2015-data fra Norsk hjerteinfarktregister ble offentliggjort i november 2016. Her var det jevnt over dårlige resultater over hele landet. Nasjonalt var det bare 38 % av STEMI-pasientene som fikk reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid. I Hele Midt-Norge har vi nå økt fokus på de prehospitaltjenester og vår holdning er at det viktigste tiltak for å bedre STEMI-behandling i vår region (og sannsynligvis i resten av landet) er å sørge for at enda flere får rask trombolytisk behandling heller enn å desentralisere PCI.

STREAM-studien ble publisert i 2013 (1). I denne studien ble ca. 1900 pasienter med mindre enn tre timer sykehistorie og mer enn en times transport til invasivt senter randomisert til prehospital trombolyse og så transport til invasivt senter, eller transport til primær PCI. Det var ingen signifikant forskjell i behandlingsresultatet. Fra STREAM-studien kan en konkludere at trombolytisk behandling gitt tidlig gir gode resultater. En kan ikke se at denne studiens primærpublikasjon er referert i utredningen fra Helse Nord.

I HMN har vi erfart at transporter til invasivt senter ofte tar lenger tid enn først antatt. Vi har derfor registrert at et relativt stort antall av våre pasienter som får primær PCI etter retningslinjene heller burde fått trombolytisk behandling. Vi har derfor nå skjerpet vår oppmerksomhet mot transporttider og

har i løpet av det siste året i noe større grad enn tidligere benyttet prehospital trombolyse heller enn primær PCI.

Kommentarer til spesifikke punkter i utredningen.

- *Mortalitetsgevinst.* Utredningen har en nøktern vurdering av eventuell helse- og mortalitetsgevinster ved etablering av PCI i Bodø. En mener dette er en fornuftig tilnærming fordi det er svært vanskelig å estimere eventuelle slike effekter.
- *PCI kun i kontortiden.* Et PCI-senter som kun skal ha aktivitet i kontortiden (kl 08-17) egner seg lite til primær PCI. En slik etablering er også i strid med internasjonale retningslinjer (2). Dette er en ordning som vil medføre ulike algoritmer for pasienthåndtering på hverdag-kveld-natt-helg, og et slikt system vil skape usikkerhet. Hvis det i det hele tatt skal utføres PCI på STEMI-pasienter bør målet være så raskt som mulig å etablere døgnvakt.
- *Befolkningsgrunnlag.* I beregning av befolkningsgrunnlag for PCI-senter i Bodø er det beregninger hvor befolkningen i Lofoten/Vesterålen tas med. Etter som transporttiden ikke er mye kortere til Bodø kan det stilles spørsmål ved om det er riktig å transportere akutte hjerteinfarktpasienter i motsatt retning av regionsykehuset. Noen få pasienter i denne kategorien vil ha behov for tjenester som bare vil finnes ved UNN. For eksempel vil dette gjelde for pasienter med kardiogent sjokk i forløpet av et hjerteinfarkt. I Trondheim har vi etablert tilbud med «kateterbasert hjertepumpe» (Impella), og denne behandlingen mener vi har vært livreddende i enkelte tilfeller. En regner med at UNN snarlig vil etablere slikt tilbud og UNN har allerede utviklet et meget godt ECMO-tilbud som også kan være aktuelt for et fåtall hjerteinfarktpasienter.
- *CT koronar angiografi.* For å redusere behovet for invasiv koronar angiografi først og fremst på stabile koronarpasienter, er det i HMN vedtatt en strategi på å etablere CT koronar angiografi ved alle lokalsykehusene. Dette er nå etablert ved to av sykehusene i Møre og Romsdal og ved begge sykehusene i Nord-Trøndelag. Vi mener dette er en hensiktsmessig strategi også for å redusere behovet for transport til invasiv angiografi.
- *Sitatfeil i vedlegg.* I vedlegg utarbeidet av Anders Hovland og Bjørn Haug vedlagt utredningen, er det henvist til NORDISTEMI-studien utført av Ellen Böhmer og medarbeidere (3). I denne studien ble pasienter som fikk prehospital trombolyse randomisert til enten å bli transportert direkte til invasivt senter eller transport til lokalsykehus. Primært endepunkt i studien var død, nytt hjerteinfarkt, hjerneslag eller ny episode med koronariske symptomer etter 12 mnd. Det var ikke signifikant forskjell på dette kombinerte endepunktet, men ved analyse av det sammensatte endepunktet død, hjerteinfarkt eller hjerneslag kom gruppen transportert til invasivt senter bedre ut. Det var imidlertid ingen forskjell i mortalitet slik det er anført i vedlegget. Dødeligheten etter 12 mnd var lav i begge grupper (2-3%).

Avsluttende kommentar om likhet/ulikhet i helsetilbud – erfaring fra tilsvarende utredning/ diskusjon i Helse Midt-Norge.

I forbindelse med vår utredning i 2011 kom det klare signaler fra sykehus der det ikke var aktuelt å etablere PCI, at desentralisering av tilbudet og derved svekkelse av senteret i Trondheim ble sett på som svært lite ønskelig. I en vurdering av «likhet i tilbud» er det viktig med et videre perspektiv enn hensynet til en definert lokalsykehusbefolkning med begrenset størrelse. Hvis PCI-senteret ved UNN

svekket ved en desentralisering, vil hele regionen lide. Det kan da oppstå en situasjon hvor behandlingstilbudet i Nord-Norge i sum blir svekket sammenlignet med øvrige helseregioner (fagutvikling, forskning, utdanning). Dette perspektivet er viktig i vurdering av «likhet/ulikhet» og aller viktigst er dette perspektivet for de minste helseregionene.

Rune Wiseth (sign.)
Klinikkjef
Professor dr. med.

Referanser:

1. Armstrong PA, Gershlick AH, Goldstein P, et al. Fibrinolysis or primary PCI in ST-segment elevation myocardial infarction. N Engl J Med 2013;368:1379-87.
2. Steg PO, Atar D, Badano LP, et al. Task force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2012;33(20):2569-619.
3. Bohmer, E, Hoffmann P, Abdelnoor M, Arnesen H, Halvorsen S. Efficacy and safety of immediate angioplasty versus ischemia-guided management after thrombolysis in acute myocardial infarction in areas with very long transfer distances. Results of the NORDISTEMI (NORwegian study on DIstrict treatment of ST-Elevation Myocardial Infarction) J Am Coll Cardiol 2010;55(2):102-10.

Kopi:
Administrerende direktør Nils Kvernmo, St. Olavs hospital HF
Fagdirektør Runa Heimsta, St. Olavs hospital HF
Administrerende direktør Stig Slørdahl, Helse Midt-Norge