



SAKSPROTOKOLL

Utvalg: Fylkesrådet
Møtedato: 31.01.2017
Utvalgssak: 20/17

Resultat: Innstilling vedtatt

Arkivsak: 17/3367-2
Tittel: HØRING - HJERTEINFARKT OG PCI I HELSE NORD
HØRINGSFRIST: 15. JANUAR 2017

Behandling:

Innstillingen enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Ved gjennomgang av Perkutan Coronar Intervensjon (PCI)-tilbudet i Nord-Norge og en eventuell opprettelse av et eget tilbud i Bodø, må dette vurderes på bakgrunn av en samlet effekt på fagmiljø og pasientsikkerhet. En svekkelse av tilbudet på Universitetssykehuset i Nord-Norge og dermed pasientsikkerheten i Nord-Norge kan ikke aksepteres.
2. Det bør satses på standardisering og kvalitetssikring av prehospital trombolysse i nært samarbeid med kommunehelsetjenesten. Sjekklistene og pakkeforløp for ulike typer hjertepasienter bør etableres og gjennomarbeides
3. Fullstendig høringsuttalelse er gjengitt nedenfor.

Høringsuttalelsen:

Troms fylkeskommune har gjennomgått høringsutkastet Hjerteinfarkt og PCI – et likeverdig tilbud i Helse Nord. Dokumentet gir en grundig vurdering av bakgrunn, fordeler og ulemper med etableringen av et slikt tilbud. Uenigheter i prosjektgruppen og usikkerhet i data-materialet er godt belyst.

Med ett PCI-senter i landsdelen blir det naturlig nok ulik avstand for pasienter i landsdelen til PCI-senteret. For mange helsetilbud innvirker avstanden til et behandlingstilbud på bruken av behandlingstilbudet, dette gjelder også PCI. PCI gitt som et akutt tilbud, er den beste strategien for å gjenopprette blodforsyning ved akutt hjerteinfarkt forutsatt at den kan gjennomføres innen 1–1,5 timer etter første medisinske kontakt. Dette er en kort og ofte umulig tidsfrist å forholde seg til med de avstandene som er i landsdelen. PCI kan også gis som et planlagt tilbud i et mindre akutt behandlingsforløp.

Det er imidlertid også andre forskjeller i behandlingen av hjerteinfarkt mellom sykehusene i Helse Nord. 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. Medikamentell behandling (trombolyse) i løpet av de første 2–3 timene etter symptomdebut har god effekt i opp mot 70 % av tilfellene. Det er også forskjeller på i hvor stor grad sykehusene benytter seg av angiografi for å vurdere videre behandling etter et hjerteinfarkt. Troms fylkeskommune antar at sykdomsforløpene i større grad kan kvalitetssikres ved at man standardiserer behandlingen i de forskjellige lokalsykehusområdene (slik at f.eks alle nærmer seg samme grad av prehospital trombolyse). I avsnitt 6.1.3 i høringsutkastet konkluderes det med at innføring av sjekklistor og pakkeforløp er det beste tiltaket for å sikre enhetlig praksis i regionen. Dette vil kunne minimere risikoen for mangelfull diagnostikk og underbehandling av hjerteinfarkt-pasienter. Etableringen av felles sjekklistor og pakkeforløp bør inkludere den prehospital akuttmedisinske kjeden, så dette bør gjøres i samarbeid med kommunehelsetjenesten.

I over mer enn et tiår har det vært diskutert om PCI-tilbudet også skal etableres ved Nordlandssykehuset Bodø. Dette sykehuset har siden midten av 1970-tallet gjennomført koronare angiografier. De siste årene har aktiviteten opphørt. En eventuell etablering av et PCI-tilbud i Bodø vil sikre kortere avstand til tilbudet for en større del av landsdelens befolkning. Prosjektgruppen var delt i forhold til om dette vil sikre et mer likeverdig tilbud. Det store flertall av pasienter i Helse Nord vil, selv ved et tilbud i Bodø, være utenfor rekkevidde av primær PCI ved akutt hjerteinfarkt. 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. 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.

En eventuell etablering av et PCI-tilbud i Bodø vil medføre et investeringsbehov på 17 millioner kroner. De årlige driftskostnadene vil, etter Nordlandssykehusets beregninger, bli 12,52 millioner kroner (personellkostnader kr 9,42 millioner, lisenser, serviceavtaler etc. kr 0,35 millioner og årlige avskrivninger 2,75 millioner kroner).

Det er tvil om gevinsten for pasientene. Leveårsgevinsten på 0,7 år for 9 pasienter ved bruk av PCI istedenfor trombolyse er beregnet fra yngre pasienter. Det kunne vært gunstig å ha et bedre beslutningsgrunnlag som også omfattet kvalitet på leveårene. Både tidligere utredning i Helse Nord og utredningen i Helse Sør-Øst påpeker en risiko i en oppstartfase. Det totale fagmiljø er viktig ved etablering av PCI-virksomhet.

Et nytt tilbud i Bodø vil kreve ambulering fra invasive kardiologer i en oppstartfase. I den grad det hentes ressurser fra kompetansemiljøet i Tromsø, må dette vurderes opp mot en eventuell svekkelse av pasientsikkerheten her. Troms fylkeskommune antar at det springende punktet her er hvorvidt og eventuelt når en nedgang i operasjonsfrekvens ved UNN innebærer en redusert kvalitet på tjenestetilbudet for dagens PCI-pasienter, men også om pasientsikkerheten ved UNN vil bli redusert på grunn av ambulering av kardiologer. Dette er rent faglige spørsmål som Helse Nord selv må ta stilling til. Troms fylkeskommune vil likevel varsle at det betraktes som uakseptabelt dersom sikkerheten for pasientene i hele Nord-Norge reduseres som følge av en ny-etablering i Bodø.

Videre er det risiko ved at nye sentre må basere seg på en langsiktig opplæring av kardiologer til å drive PCI-virksomheten. Det må vurderes hvor bærekraftig fagmiljøet i Bodø vil bli, når

det engang er etablert. Det er risiko for at man må restarte en eventuell kompetanseutvikling på et senere tidspunkt (jfr. tilbudet om angiografi i Bodø som nå er nedlagt).

Geografiske luftlinjeavstander oppgitt i kapittel 6.2 og vedlegg 1 er ikke korrekt. 920 km fra Brønnøysund til Tromsø er kjøreavstand med bil, mens luftlinjeavstand er 545 km. Kjøreavstander med bil er lite relevant.