



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	08.02.2017

Høringssak - Hjerteinfarkt og PCI - Et likeverdig tilbud i Helse Nord?

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til rapporten *Hjerteinfarkt og perkutan koronar intervensjon (PCI). Et likeverdig tilbud i Helse Nord? Bør det opprettes et PCI-tilbud ved Nordlandssykehuset?*, og understreker at det er et mål for UNN å desentralisere tjenester med høyt volum når det er mulig, og å sentralisere spesialiserte tjenester når det er nødvendig for å oppnå høy kvalitet og stabile tilbud.
2. Rapporten viser forskjeller i overlevelse som sannsynligvis skyldes for lite bruk av blodproppløsende behandling i ambulansetjenesten innen 30 minutter for pasienter med den alvorligste typen akutt hjerteinfarkt (STEMI). Dette er uakseptabelt, og styret støtter Helse Nord RHF's beslutning om at helseforetakene må iverksette felles tiltak for å sikre at gjeldende retningslinjer etterleves.
3. Styret viser til at pasienter med NSTEMI skal ha kontrastrøntgen og eventuelt PCI innen 72 timer, og forutsetter at disse pasientene tas imot uten opphold ved UNN Tromsø. Styret anbefaler videre at helseforetakene samarbeider med Luftambulansetjenesten ANS om forbedringer i transportlogistikken for denne pasientgruppen.
4. Rapporten dokumenterer at opprettelse av et PCI-tilbud ved Nordlandssykehuset Bodø ikke vil gi vesentlig helsegevinst. Etablering av et slikt tilbud medfører risiko for fragmentering av fagmiljøet, redusert erfaringsgrunnlag for den enkelte operatør og redusert kvalitet i det helhetlige tilbudet i regionen. Styret fraråder derfor etablering av PCI i Bodø.
5. Styret viser til at man fra og med 2015 har komplette data for pasientforløpene og behandlingsresultatene i Hjerteinfarktregisteret, og anbefaler at Helse Nord RHF følger resultatutviklingen og eventuelle geografiske forskjeller nøye i årene fremover.

.Bakgrunn

Helse Nord skal sikre befolkningen i Nord-Norge spesialisthelsetjenester når vi trenger det. Foretaksgruppen har som visjon at

Pasientene skal bli møtt med rett kompetanse til rett tid og foretrekke undersøkelse og behandling i Helse Nord

Helse Nord skal desentralisere tjenester med høyt volum når det er mulig, og sentralisere spesialiserte tjenester når det er nødvendig for å oppnå høy kvalitet og stabile tilbud. Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) skal være pådriver for samarbeid i regionen og sikre likeverdig tilgang til tjenester som er sentralisert. UNN har også i oppdrag å utdanne spesialister til hele regionen og bistå i å desentralisere tilbud når det ligger til rette for det.

Det er observert ulikheter i behandlingstilbudet for pasienter med hjerteinfarkt, og man har mistenkt geografiske forskjeller i overlevelse. Helse Nord RHF har derfor gjennomført en utredning som blant annet har vurdert ulikheter i bruken av blodpropløsende behandling (trombolyse) samt utblokking av hjertets kransarterier (PCI). Funnene er publisert i rapporten *Hjerteinfarkt og perkutan koronar intervensjon (PCI). Et likeverdig tilbud i Helse Nord? Bør det opprettes et PCI-tilbud ved Nordlandssykehuset?* Rapporten utgjør et godt grunnlag for å beslutte forbedringer i tilbudet.

PCI utføres ved ni sentra i Norge, og i Helse Nord kun ved UNN Tromsø. Senteret i UNN er det nest minste i landet. Likeverdig tilgang forutsettes ivaretatt gjennom samarbeid mellom sykehusene og bruk av luftambulansetjenesten.

Høringsbrevet ber om synspunkter på prosjektgruppens anbefalinger til forbedring av tilbudet og særlig om synspunkter på forslaget om etablering av PCI ved Nordlandssykehuset HF Bodø.

Saken har skapt politisk engasjement i Nordland. Det er feilaktig skapt inntrykk av at PCI i Bodø vil bedre overlevelsen etter hjerteinfarkt for pasienter bosatt i fylket.

Formål

Formålet med saken er å styrebehandle UNNs høringsuttalelse.

Saksutredning

Hjerteinfarkt

Hjerteinfarkt skyldes vanligvis blodpropp i en av hjertets kransårer. Dette stopper blodtilførselen til en del av hjertemuskelen, og denne ”dør” hvis ikke blodtilførselen gjenoprettes. Skaden i hjertemuskelen benevnes infarkt.

Rapporten viser at om lag 1600 pasienter årlig får hjerteinfarkt i Nord-Norge. Antallet er stabilt, men forventes å gå noe ned i fremtiden. De mest tidskritiske benevnes ST-elevation myocardial infarction (STEMI) og påvises ved EKG-undersøkelse som utføres i ambulansen. Ved non-ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI) er hastegraden lavere. Disse utgjør hovedandelen (¾) av det totale antallet og diagnostiseres vanligvis med blodprøve etter ankomst til sykehus.

Behandlingsstrategien er å åpne den tette kransåren for å gjenopprette blodtilførselen (reperfusjon). Dette kan oppnås med intravenøs blodpropløsende behandling (trombolyse), kateterbasert utblokking (PCI) eller åpen hjertekirurgi (bypassoperasjon). Trombolyse kan gis i

ambulansetjenesten og er ”grunnmuren” i behandlingen. Ifølge internasjonale retningslinjer bør STEMI-pasienter gis trombolysen innen 30 min. Hvis PCI er tilgjengelig innen 90 min, kan dette gis istedenfor trombolysen (primær PCI). Pasienter med NSTEMI bør undersøkes med kontrastrøntgen av kransårene (koronar angiografi) innen 72 timer og eventuelt behandles med PCI eller bypassoperasjon.

Rapportens funn

Rapporten viser at overlevelsen etter hjerteinfarkt i Nord-Norge øker, og at den er på høyde med landsgjennomsnittet, som er blant de beste i verden. Tabellen under viser at det ikke er forskjell mellom helseforetakenes opptaksområder.

Tabell 1. Andel med førstegangs hjerteinfarkt som overlever 30 dager etter innleggelse i sykehus for hjerteinfarkt (kilde: Norsk pasientregister)

Boområde	2013	2014	2015	2013-2015
Finnmark HF-område	91,77	92,45	91,73	92,10
UNN HF-område	91,79	92,03	92,98	92,41
Nordlandssykehuset HF-område	91,20	91,56	91,53	91,15
Helgelandssykehuset HF-område	90,98	91,62	91,21	90,78
LANDET	91,55	92,06	92,14	91,93

Mer detaljerte tall viser likevel at overlevelsen varierer noe etter bosted. I 2015 var den høyest i Tromsø-området (93,9 %) og lavest i Vesterålen- og Rana-området (85,5 %). Det var imidlertid ingen sammenheng mellom avstanden til PCI-tilbudet ved UNN Tromsø og overlevelse.

Andelen STEMI-pasienter som fikk trombolysen innen 30 min varierte derimot betydelig. Dette er sannsynligvis hovedårsaken til forskjellene i overlevelse. Andelen NSTEMI-pasienter som fikk kontrastrøntgen innen 72 timer varierte også, fra 81 % for dem bosatt i Tromsø-området til 30 % i Hammerfest-området.

Rapporten konkluderer med at de viktigste kvalitetsforskjellene oppstår lokalt. Tiltak for å utjevne dem vil være å sikre riktig bruk av trombolysen for STEMI-pasienter og bedre logistikk for overflytting av NSTEMI-pasienter til PCI-senteret ved UNN Tromsø innen 72 timer.

Rapporten utreder videre effekter av et eventuelt PCI-tilbud på dagtid i Bodø, og konkluderer med at gevinsten av dette vil være at 28 STEMI-pasienter per år bosatt i nærområdet rundt Bodø vil kunne få behandling med primær PCI innen 90 min, istedenfor trombolysen. Imidlertid vil kun 30 % (ni) av disse ha bedre effekt av primær PCI enn av trombolysen. Helsegevinsten ved dette er marginal. Det er ikke vesentlig forskjell på trombolysen og primær PCI når det gjelder overlevelse, men pasienter som får primær PCI vil kunne oppnå noe bedre hjertefunksjon etter infarkt. Årsaken til at et slikt tilbud gir så liten gevinst for så få pasienter, er at fordelene med primær PCI fremfor trombolysen er liten, at tilbudet kun vil være åpent på dagtid, og at de fleste STEMI-pasientene i Nordland under ingen omstendighet vil nå tilbudet innen 90 min. Tilbudet vil ikke være tilgjengelig for boområdene der overlevelsen er lavest (Vesterålen og Rana).

Rapporten viser videre at et PCI-tilbud i Bodø ville kunne håndtere om lag 200 NSTEMI pasienter per år innen 72 timer. Dette antas å medføre reduserte kostnader til flytransport. Det var vanskelig å beregne driftskostnadene, hvor store reduksjoner det vil være mulig å oppnå i transportkostnadene og driftsøkonomiske konsekvenser ved UNN Tromsø. Det ble ikke oppnådd enighet i prosjektgruppen rundt de økonomiske konsekvensene.

Vurdering

Det er et mål at befolkningen skal ha tilgang på likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted og geografiske forhold. Dette er sterkt vektlagt i Helse Nord's visjon og strategi, og UNNs rolle er viktig i realisering av strategien. Direktøren mener at beslutninger i denne saken må bygge på et vitenskapelig dokumentert kunnskapsgrunnlag og faglige vurderinger.

Utredningen viser at tilbudet til pasienter med akutt hjerteinfarkt ikke er likeverdig. For pasienter med de mest alvorlige STEMI-infarktene, er det påvist uakseptable geografiske forskjeller i bruken av trombolyse innen 30 min i ambulansetjenesten. Dette er sannsynligvis hovedårsaken til forskjellene i overlevelse. Ulikhetene må utjevnes gjennom en forsterket implementering av gjeldende retningslinjer, som ble etablert allerede i 2005. Akuttmedisinsk klinikk understreker at full implementering krever vilje og gjennomføringskraft fra ledelsen i samtlige helseforetak og Helse Nord RHF. Direktøren viser til at styret i Helse Nord RHF i sak 131-2016 *Rapport Hjerteinfarkt og perkutan koronar intervensjon – oppfølging og videre prosess* vedtok at helseforetakene skal sette i gang et felles arbeid for å nå målet om blodproppløsende behandling i ambulansetjenesten innen 30 min, og sikre standardiserte pasientforløp for hjerteinfarkt.

For pasienter med de mindre alvorlige NSTEMI-infarktene er det påvist forskjeller i tilgangen til PCI innen 72 timer. Det er imidlertid ingen sammenheng mellom dette og avstanden til PCI senteret ved UNN Tromsø. Helsegevinsten ved etablering av PCI i Bodø vil derfor være avgrenset til en mulig bedre hjertefunksjon etter infarkt for om lag ni STEMI-pasienter per år. De økonomiske konsekvensene er ufullstendig utredet. Hjertemedisinsk avdeling vektlegger at en betydelig andel av pasientene uansett vil måtte transporteres videre til UNN Tromsø på grunn av behov for mer komplekse prosedyrer enn et senter i Bodø vil kunne tilby.

Helgelandssykehuset Rana har henvist en lav andel til kontrastrøntgen. Sykehuset har etter ferdigstilling av rapporten arbeidet med å karakterisere pasientgruppen som får infarktdiagnose uten å bli henvist videre. UNN anbefaler at dette datamaterialet tas med i Helse Nord RHF's beslutningsgrunnlag.

Direktøren vurderer det som sannsynlig at kostnaden per vunnet kvalitetsjustert leveår ved eventuell etablering av PCI i Bodø vil overstige den vi vanligvis legger til grunn for nye behandlingstiltak. Nasjonale føringer om å prioritere kreftbehandling, og om at veksten innen psykisk helsevern og rusbehandling skal være høyere enn i somatikk, taler mot PCI i Bodø.

PCI kan fremstå som en høyvolumtjeneste som kan desentraliseres. Det er imidlertid viktig å forstå at PCI ikke er én prosedyre, men et vidt spenn av forskjellige teknisk kompliserte kateterprosedyrer som ingen enkeltoperatør behersker alene. En økende andel av pasientene har kompleks kransåresykdom og har tidligere vært behandlet med PCI eller bypassoperasjon. Behandling av slike pasienter er komplisert. Et avansert PCI-senter må derfor ha høyt volum. Oppsplitting av fagmiljøet medfører risiko for fragmentering, redusert erfaringsgrunnlag for den enkelte operatør og et dårligere tilbud til de mest krevende pasientene. Direktøren viser til at Helse Midt-Norge har utredet samme problemstilling på akse Trondheim – Ålesund, og konkludert med at det ikke er stort nok befolkningsgrunnlag i denne regionen til to PCI-sentra.

Sverige har valgt en mer desentralisert strategi. Det skyldes at landet har et annet bosettingsmønster enn Norge. Befolkningen er konsentrert i kort avstand rundt mellomstore byer. Dette gjør at man med mange små PCI-sentra kan tilby primær PCI istedenfor trombolyse ved STEMI til en høy andel av pasientene. Den foreliggende utredningen viser at dette ikke er mulig i Nord-Norge, som har svært spredt bosettingsmønster. Selv ved døgnåpne PCI-sentra i

både Tromsø og Bodø, ville mer enn 300 000 innbyggere i landsdelen være uten tilgang til primær PCI. Det er også viktig å merke seg at det minste PCI-senteret i Sverige (Östersund) gjør 350 prosedyrer per år, og at man har avslått å opprette et senter som ville få om lag 300 per år (Växjö). Beregnet volum i Bodø er 200 per år.

Konklusjon

Fagmiljøene i UNN konkluderer med at etablering av PCI i Bodø ikke vil bringe Helse Nord nærmere visjonen om at *Pasientene skal møtes med rett kompetanse til rett tid*. Det er tvert imot sannsynlig at en slik etablering vil redusere den tilgjengelige kompetansen, og svekke det samlede tilbudet i regionen. Pasientbehandlingen bør forbedres med å sikre lik tilgang på trombolyse i ambulansetjenesten innen 30 minutter for STEMI og lik tilgang til kontrastrøntgen og eventuelt PCI eller bypassoperasjon ved UNN Tromsø innen 72 timer for NSTEMI. Luftambulansetjenesten må organiseres slik at det ikke oppstår forsinkelser i overflyttinger mellom sykehus, og PCI-senteret ved UNN Tromsø må ta imot NSTEMI-pasienter uten opphold. Hjertemedisinsk avdeling kan dokumentere at dette allerede er under gjennomføring.

Tromsø, <dd.mm.åååå>

Tor Ingebrigtsen
administrerende direktør

Vedlegg

Uttalelse fra Akuttmedisinsk klinikk
PHT-skjema med behandlingsalgoritme,
Helse Nord (2005)
Utdrag fra Tiltaksbok for ambulansetjenesten
UNN: Prehospital behandling av akutte
brystsmerter. Revidert 2016
Uttalelse fra Hjertemedisinsk avd.