

Styresak

Går til:	Styremedlemmer	
Selskap:	Helse Vest RHF	
Styremøte:	5. november 2003	
Styresak nr:	102/03 B	
Dato skrevet:	29.10.2003	Saksbehandler: Gjertrud Jacobsen
Vedrørende:	PCI-behandling i Helse Vest	

Bakgrunn

Senter for Medisinsk Metodevurdering (SMM) har i en rapport¹ systematisk gjennomgått tilgjengelig kunnskap om effekten av hjerteblokkering (PCI-behandling – perkutan coronar intervensjon) i akuttfasen ved alvorlig hjerteinfarkt. SMM konkluderer med at dette er en bedre behandlingsform enn medikamentell behandling ved akutt hjerteinfarkt hos pasienter som er innlagt ved et invasivt senter. Rapporten viser også at transport av pasienter til invasivt senter i akuttfasen av hjerteinfarkt kan gjennomføres med lav risiko.

Det er videre dokumentert sammenheng mellom pasientvolum og behandlingsresultater ved primær PCI. Dette gjelder både sykehus- og operatørvolum.

Studier viser også at samlet forekomst av død, reinfarkt og slag i akuttfasen blir halvert ved primær PCI.

Ettersom det er dokumentert at resultatene ved denne behandlingen er så gode etablerte Helse Vest en prosjektgruppe i januar 2003 med deltakelse fra helseforetakene som ble bedt om å utrede faglige, organisatoriske og økonomiske konsekvenser ved å gi dette tilbudet til pasienter i alle deler av vår region.

Gruppen ble gitt følgende mandat:

- Med bakgrunn i den gjennomgang som SMM har gjort av tilgjengelig kunnskap om effekten av hjerteblokkering i akuttfasen ved alvorlig hjerteinfarkt ser Helse Vest det som avgjørende at dette tilbudet gjøres tilgjengelig for alle aktuelle pasienter i Helseregion vest.
- Denne behandlingen er etablert ved Haukeland universitetssykehus med 24-timers vaktordning, og som tilbud i et visst omfang ved Sentralsykehuset i Rogaland.
- Prosjektgruppen bes utrede:
 - faglige, organisatoriske og økonomiske forutsetninger som må oppfylles for å kunne tilby behandling av denne typen til befolkningen i Helseregion vest.
 - Prehospital trombolyse som tilleggsbehandling for de med lang avstand til behandlingssted.

¹ SMM-rapport nr. 5/2002 PCI ved akutt hjerteinfarkt.

- Helsedepartementet har i sitt styringsdokument for 2003 bedt Helse Vest foreta en gjennomgang av den prehospitale tjenesten i regionen. Oppdragsgiver vil komme tilbake til en avgrensning mellom denne gjennomgangen og PCI-prosjektet.

Gruppen valgte å tolke mandatet til også å omfatte behandling av akutt koronarsyndrom generelt; det vil si alle former for akutt hjerteinfarkt og akutte brystmerter ved ustabil angina pectoris.

Prosjektgruppen avleverte sin rapport 25.06.03. Rapporten følger som vedlegg til saken.

Saken er behandlet i styrene i helseforetakene og protokollene for styrebehandling blir ettersendt.

Kommentarer

1. Prosjektgruppens rapport - anbefalinger

Prosjektgruppen har utarbeidet rapporten med anbefalinger om hvordan retningslinjene fra SMM-rapporten kan tilpasses situasjonen i Helseregion Vest. Prosjektgruppen anbefaler konkrete retningslinjer for hvordan behovet for PCI skal avklares, hvor pasienten skal sendes og om prehospital trombolyse skal iverksettes.

Det legges til grunn at alle med alvorlig hjerteinfarkt vurderes med tanke på PCI. Videre foreligger det vitenskapelig dokumentasjon på at også mindre hjerteinfarkt og ustabil angina pectoris bør henvises et PCI-senter i løpet av første sykdomsdøgn. Prosjektgruppen har derfor også foreslått retningslinjer for denne pasientgruppen.

Prosjektgruppens vurderinger kan oppsummeres som følger:

- Ved akutt hjertesykdom er tidsfaktoren viktig slik at alle ledd i behandlingsskjeden må medvirke til at tid fra symptomdebut til iverksatt behandling blir så kort som mulig. Som en konsekvens av dette må det søkes å finne en løsning som gjør at det etableres landingsforhold for luftambulanser i direkte tilknytning til Haukeland sykehus
- Ved spørsmål om akutt hjerteinfarkt eller ustabil angina pectoris skal alle akuttambulanser ha utstyr og kompetanse til å kunne sende EKG og drøfte den videre behandling og transport av pasienten med avtalt kardiologisk enhet og AMK-sentralen. Dette vil kreve en investering i størrelsesorden 7 millioner kroner til både utstyr og opplæring.
- Alle helseforetak skal ha etablert rutiner for mottak og tolkning av EKG fra ambulansene, samt rutiner for anvisning av sykehus for mottak av pasienten og eventuell iverksettelse av prehospital behandling. Det må arbeides mot at EKG inngår som en integrert del av enhetlige systemer for elektroniske pasientjournaler.
- Prinsipielt skal alle pasienter med alvorlig hjerteinfarkt fraktes så raskt som mulig til nærmeste åpne PCI-senter. Prehospital trombolyse gis etter retningslinjer som fremgår av denne rapport.
- Pasienter med ustabil angina pectoris og mindre hjerteinfarkt skal tilbys PCI innen 24 timer fra symptomdebut
- Det økte behov for PCI-behandlinger (ca 1.000 pr år) løses i første omgang ved å utvide kapasiteten på Haukeland Universitetssykehus og Sentralsjukehuset i Rogaland

- Utviklingen av indikasjonsstillingene for PCI, samt tilgangen på PCI-operatører vurderes om noen år med tanke på om, og eventuelt når PCI-virksomhet skal etableres i Førde og Haugesund.
- De kostnadsøkninger som må påregnes for både Haukeland universitetssykehus, Sentralsjukehuset i Rogaland og ambulansetjenesten må sees i sammenheng med forhold som ikke er kalkulert i dette prosjektet; nemlig reduserte liggetider, reduksjoner i innleggelser, redusert sykkelighet, redusert dødelighet osv

2. Konsekvenser av prosjektgruppens anbefalinger

Faglige konsekvenser

Det er slått fast at PCI har en dokumentert effekt ved behandling av akutt hjerteinfarkt. Færre pasienter vil oppleve kronsikk hjertesvikt og andre komplikasjoner etter alvorlig hjertesvikt med denne behandlingen.

Med gruppens forslag vil flere pasienter som i dag blir behandlet elektivt bli behandlet innen 24 timer. Gruppen har foreslått å tilby PCI-behandling også der tidsfaktoren ikke er så kritisk som hos gruppen med alvorlig hjerteinfarkt, men likevel som en akuttbehandling.

Totalt sett vil ikke dette føre til flere innleggelser, men til en dreining fra elektiv behandling til akutt behandling. Det er stor sannsynlighet for at akutt PCI behandling som foreslått vil føre til redusert liggetid for den aktuelle pasientgruppen, og at færre ressurser kreves til langtidspasienter med kronisk hjertesvikt og andre komplikasjoner.

Økonomiske konsekvenser

PCI-behandling er en ny og bedre behandling til en allerede etablert pasientgruppe, og det er lite som taler for at innføring av PCI-behandling samlet sett vil føre til økte kostnader i spesialisthelsetjenesten.

Prosjektgruppen har laget en forenklet oppstilling av kostnader og inntekter relatert til den foreslåtte utvidelsen av PCI-virksomheten i regionen og har anslått en årlig økning i utgifter til 26 millioner kroner.

En betydelig andel av økte årlige driftskostnader som er lagt inn i prosjektgruppens beregning utgjøres av engangskostnader ved behandlingen. Størst andel av engangskostnad går til den såkalte stenten (jfr. rapport side 8) som settes inn. Erfaringsmessig vil kostnaden til slikt utstyr falle i pris ettersom innkjøpene blir større. Prisene på stenten som er aktuell å bruke nå, forventes å falle i pris innen kort tid. Dette vil få betydning for kostnadene som er vanskelig å beregne på nåværende tidspunkt. Felles innkjøp i regional regi, evt. i nasjonal regi må gjennomføres. Dette vil bidra til et prisfall.

Det er grunn til å tro at det vil være besparelser ved å gi flere pasienter tilbud om akutt PCI-behandling, men det er vanskelig å tallfeste disse besparelsene. Gevinsten synliggjøres både ved bedre livskvalitet for pasienten, og redusert forbruk av helsetjenester i form av redusert liggetid for den aktuelle pasientgruppen. I tillegg vil det kreves færre ressurser til langtidspasienter med kronisk hjertesvikt og andre komplikasjoner.

Generelt sett må det forutsettes at helseforetakene selv håndterer merutgifter som følge av innføring av ny teknologi og nye metoder. Dette må sees i sammenheng med eventuelle reduserte kostnader på andre områder innen helseforetakene. Ved innføring av spesielt kostbar teknologi må dette kunne fravikes etter en egen vurdering og styrebehandling i helseforetaksgruppen. PCI-behandling kan ikke anses å komme i en slik kategori.

Ved beslutning om funksjonsfordeling i regionen som fører til endring av pasientstrømmer mellom helseforetakene må dette imidlertid fanges opp gjennom finansieringen av helseforetakene.

Flere pasienter vil med foreslåtte endringer bli behandlet i Helse Stavanger og i Helse Bergen, med tilsvarende reduksjon i Helse Fonna og i Helse Førde og ved Haraldsplass Diakonale sykehus. Dette må fanges opp i finansieringen av helseforetakene etter hvert som tilbudet bygges ut.

PCI-behandling tas nå i større og større grad i bruk i Norge. DRG-systemet fanger pr. i dag ikke opp reelle kostnader ved denne behandlingen, og det forventes en tilpasning av DRG-systemet i forhold til kostnadsutviklingen.

Konsekvenser for ambulansetjenesten - transportkapasitet

Tidlig diagnostikk og iverksatt behandling er av stor betydning i denne sammenheng. Funn ved elektrokardiogram (EKG) vil være avgjørende for om PCI-behandling skal tilbys. Alle akutt-ambulanser må være utstyrt for å kunne ta et EKG og sende det til nærmere avtalt sykehus for vurdering av om pasienten skal sendes til et PCI-senter, om prehospital trombolyse skal iverksettes og hvor eventuell PCI skal gjennomføres.

I noen tilfeller kan det være aktuelt å starte behandling med trombolyse allerede i ambulansen. Dette forutsetter opplæring av deler av ambulansetjenesten.

Oppgradering av ambulanser med EKG og opplæring av personell er forhold som allerede er under gjennomføring uavhengig av PCI-prosjektet.

Organisatoriske

Forslaget fra prosjektgruppen innebærer at alle pasienter med symptomer på alvorlig hjerteinfarkt sendes til PCI-senter i Bergen eller Stavanger.

Med bakgrunn i mulighet for rekruttering, lang opplæringstid av operatør og behovet for et visst volum ved sykehusene og for å opprettholde kompetansen er det ikke aktuelt å opprette nye PCI-sentre i regionen på nåværende tidspunkt. Dette til tross for at tidsfaktoren er viktig i denne behandlingen. Eksisterende sentre vil med en personellmessig kapasitetsutvidelse og oppgradering av ambulansetjenesten kunne dekke den økning i PCI-behandling som er beregnet til ca. 1000 pr. år.

En utvidelse av tilbudet må på grunn av rekruttering og opplæring gjøres over tid. Et døgnåpent tilbud forventes å være klart i Stavanger i løpet av 2 år.

Forslag til vedtak:

- Akutt PCI-behandling alene, alternativt i kombinasjon med prehospital trombolyse, gjøres tilgjengelig for alle pasienter i Helseregion Vest ved indikasjoner i henhold til prosjektgruppens forslag.
- PCI-senter ved Haukeland universitetssykehus og Sentralsjukehuset i Rogaland utvider kapasiteten slik at alle aktuelle pasienter i regionen får et tilbud om akutt PCI-behandling ved disse to sentrene.
- Nødvendig oppgradering i ambulansetjenesten ivaretas av det enkelte helseforetak.
- Det forventes ikke en økning i samlede behandlingskostnader for helseforetakene som en følge av utvidet PCI-tilbudet. På grunn av endring i pasientstrømmer foretas det en omfordeling av ressurser mellom helseforetakene som det tas stilling til i budsjettsammenheng.