

Akutt angioplastikk kan være kostbart

– Angioplastikk som standardbehandling ved akutt hjerteinfarkt er dyrere i Norge enn i andre land.

Det sier lege og helseøkonom Ivar Sønbo Kristiansen ved Senter for medisinsk metodevurdering. Han peker på at både behandlings- og transportkapasiteten må bygges ut for å øke behandlingstilbudet.

– Det er rimelig å regne med at samtlige invasive sentre må ha døgnberedskap og at antall sentre kanskje må økes. Samtidig må PCI-kapasiteten generelt økes. Dette er først og fremst et spørsmål om hvilken kardiologisk og radiologisk kompetanse man har til rådighet. At det vil være dyrt å ha full vaktkompetanse ved sentre, er helt klart, men nøyaktig hvor mye det vil koste vet vi ikke, sier Sønbo Kristiansen. På kort sikt kan det sannsynligvis spares noe ved at det blir færre åpne hjerteroperasjoner. Om dette vil gjelde på lengre sikt, er ukjent, fordi de kliniske studiene er av relativt kort varighet.

Han tror at betydelige kostnader vil komme på transportsiden dersom alle infarktpasien-

ter skal få tilbud om PCI. Han legger frem et grovt regnestykke for å illustrere poenget: Hvis det årlig er 4 000 hjertesyrer som skal ha akutt PCI-behandling, slik SMM-rapporten antyder (1), og én av fire trenger lufttransport til nærmeste behandlingssenter, betyr dette at bortimot 1 000 flere hjerterpasienter må fraktes med helikopter. De årlige merutgiftene kan komme på nærmere 20 millioner kroner, hvis man antar at én pasienttransport med helikopter koster rundt 20 000 kroner.

– SMM-rapporten viser at PCI ved akutt hjerteinfarkt gir bedre overlevelse, men det er usikkert om denne gevinsten kan realiseres for pasienter som bor svært langt fra et PCI-senter. Dessuten kan merkostnaden bli betydelig dersom alle norske pasienter med akutt hjerteinfarkt skal få tilbud om PCI. En slik omlegging kan også påvirke pasientstrømmer og sykehusstruktur. Det trengs derfor egne norske analyser av helseøkonomien rundt PCI-behandling. Dette skyldes

store geografiske avstander og lang transportvei til sykehus, sier Ivar Sønbo Kristiansen. Han legger til at SMM arbeider med slike analyser.

Selv om flere internasjonale kostnadsanalyser går i favør av PCI fremfor trombolytisk behandling, understreker han at analysene ikke uten videre kan overføres til norske forhold. Slike studier kan ha interesse ved planlegging av PCI-virksomhet i sentrale strøk av Østlandet, men i Nord-Norge har de svært liten verdi. Her gjelder helt andre forutsetninger og regnemåter, sier han.

Tom Sundar

tom.sundar@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. PCI ved akutt hjerteinfarkt. SMM-rapport nr. 5/2002. Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering, 2002.

Hadde alt klart da kontrameldingen kom

– Vi hadde utstyret, personellet og ikke minst pasientene klare for å gå i gang med full PCI-virksomhet, men måtte skrinlegge planene.

Det sier kardiolog Terje Rolf Pedersen som 1. januar sluttet som seksjonsoverlege ved nabosykehuset Aker universitetssykehus og begynte i ny stilling ved Ullevål universitetssykehus. Årsaken til jobbskiftet var at Aker måtte gi opp planene om å etablere full PCI-virksomhet.

Før jul besluttet styret i Helse Øst RHF å sentralisere PCI-tilbudet i regionen til to sentre, Ullevål og Feiringklinikken i Akerhus (1). Det betyr at all hjerterangiografisk diagnostikk og behandling avvikles ved Aker universitetssykehus. Også Sykehuset Østfold må se langt etter planene om et invasivt senter.

Svekker fagmiljøet

– Å gå fra Aker til Ullevål sikrer at jeg kan fortsette å arbeide i et avansert fagmiljø, sier Terje Pedersen. Han frykter at det kardiologiske fagmiljøet ved Aker universitetssykehus vil bli svekket.

– Gjennom flere år har Aker bygd opp kompetanse og investert i nødvendig utstyr for å gå i gang med både akutt og elektiv PCI. Pasientgrunnlaget var også til stede. Konsekvensene av å nedlegge all hjerterangiografisk virksomhet er at sykehuset må inndra flere legestillinger, inkludert to utdanningsstillinger i kardiologi. Dette rammer fagmiljøet og kan føre til rekrutteringssvikt, sier Pedersen, som i 20 år har vært ansatt ved universitetssykehuset, de siste årene som professor i kardiologi.

Vil ha flere sentre

Han tror ikke at Ullevål universitetssykehus og Feiringklinikken har kapasitet til å ta imot alle hjerterpasientene i Helse Øst som har behov for angioplastikk: – Dette vil bety lengre køer for å komme til behandling, og særlig vil det gå ut over pasienter som er i risikozonen for å få hjerteinfarkt. Hvor mange som eventuelt vil få infarkt i påvente av behandling, er umulig å si, men det er

helt klart at mange vil bli rammet og noen vil dø.

– Bør PCI-virksomhet i Norge sentraliseres eller desentraliseres?

– Det er hensiktsmessig å sentralisere den akutte PCI-behandlingen, men det subakutte og elektive tilbudet lar seg ikke sentralisere. Behovet for denne typen behandling er stort og vil øke i årene som kommer. I dag er PCI-virksomheten fordelt på sju sentre, men slik jeg ser det, bør det være minst ti sentre som driver med dette, sier Terje Pedersen.

Aker universitetssykehus og Sykehuset Østfold er ikke alene om å skrinlegge planene for PCI-virksomhet. Etter det Tidsskriftet erfarer er sykehusene i Tønsberg, Ålesund og Kristiansand i samme situasjon.

Tom Sundar

tom.sundar@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Ronge K. Oppgave- og funksjonsfordeling klar i Helse Øst. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2733.