

Kommentarer fra specialerådet i Kardiologi til Kardiologirapporten februar 2013

Tabel 6.4: Mangler aktivitet for almindelige pacemakerkontroller generelt og højresidig hjertekateterisation (ca. 200), myokardiebiopsier (ca. 150) og børnekateterisationer (ca. 180) på Skejby

Side 12: Behandling af svær akut hjerteinsufficiens med mekanisk støtte og hjertetransplantation er ikke nævnt under specielle aktiviteter. Det er højtspecialiserede landsdelsfunktioner, som bør være fokusområder, idet der forventes en betydelig højteknologisk udvikling, og pumpebehandlinger vil skulle varetages i et samarbejde med hjertekirurger.

Ekkokardiografiaktivitet/ventetider: Det bemærkes, at der er store intraregionale forskelle i ventetid (tabel 6.1) og samlede antal procedurer i relation til afdelingernes størrelse (tabel 6.4 og 6.5). Der er længste ventetider i Herning – dog med et betydeligt fald over de seneste måneder - og Viborg, men generelt er ventetiderne lange.

Specialerådet mener, at ventetiderne flere steder i Regionen er helt uacceptable af hensyn til patientsikkerheden.

Specialerådet finder, at den samlede ekkokardiografi-kapacitet i regionen er utilstrækkelig. Der bør på politisk og administrativt niveau sørges for tildeling af ressourcer med fokus på lokal øgning af produktionen inden for ekkokardiografi, specielt i Hospitalsenheder med de længste ventetider. Hvorvidt der også er muligheder for lokal omfordeling eller omprioritering af ressourcer inden for de enkelte sygehusfællesskaber må diskuteres på lokalt plan med de respektive sygehusledelser.

Fælles visitation vil ændre patientstrømmen til enheder, der i forvejen har den største produktivitet og dermed korteste ventetider. Flytning af patienterne rundt i regionen giver dårlige patientforløb, med risiko for dobbeltundersøgelser og ressourcespild. Specialerådet foreslår derfor, at hvert enkelt Regionshospital varetager og prioriterer sine basale funktioner i tilstrækkelig grad, således at behovet for kardiologiske basisfunktioner dækkes i det geografiske optageområde. Det vil overflødig gøre oprettelsen af Kardiologisk Visitationssamarbejde (KVS). Et administrativt tiltag som i princippet vil fjerne ressourcer fra kerneydelserne.

Ekkoteknikere vil arbejde som lægens medhjælp med ansvar uddelegeret af lægen og under lægens overordnede medikolegale ansvar. En standardiseret uddannelse enten på regionalt eller bedre nationalt plan er en nødvendighed. Man bør være meget opmærksom på, at teknikerundersøgelser ikke kan erstatte lægelige ekkokardiografier og altså under alle omstændigheder vil kræve lægelig supervision. Flere afdelinger anvender allerede ekkoteknikerundersøgelser i et passende omfang, således, at der ikke vil være yderligere at hente på denne front på disse afdelinger. Der vil være behov for afbalanceret hensyntagen til uddannelsen af kommende kardiologer, som kræver et vist volumen af lægelige undersøgelser.

Ekkokardiografi udføres på standardiserede indikationer svarende til Dansk Cardiologisk Selskabs Nationale Kardiologiske Behandlingsvejledning (NBV). Der skønnes ikke, at der er evidens for, at der er forskelle intraregionalt med hensyn til indikationerne for ekkokardiografi. Specialerådet finder ikke noget behov for at udarbejde klarere regionale retningslinjer, idet der henvises til NBV.

Etablering af fælles regional billeddatabase bør prioriteres højt. Det vil betyde, at vi kan se hinandens undersøgelser på tværs af regionen. Billeddiagnostisk fællesskab vil kunne reducere antallet af dobbeltundersøgelser og derved medvirke til at afhjælpe kapacitetsproblematikken.

Konklusion ekkokardiografi: Ventetiderne er uacceptable. Vi finder ikke problemet kan afhjælpes udelukkende ved jobglidning og inddragelse af ekkoteknikere. Der bør tilføres yderligere ressourcer, og ekkofunktionen bør prioriteres højt lokalt. Vi finder ikke grund til etablering af Kardiologisk Visitationssamarbejde (KVS), som ikke vil løse kapacitetsproblemet. Billeddiagnostisk fællesskab bør etableres snarest muligt.

Hjerte-CT-scanning:

En betydelig mere håndfast kvalificering af fagligheden i denne beslutning/proces kunne ønskes. Der er generel enighed om, at man så absolut *ikke* kan adskille billedoptagelse fra billedfortolkning. Praktiseres intet andet sted i verden. Det betyder, at billedfortolkningen skal være på stedet. Muligheden for konference med centeret er allerede til stede. CT-scannere på samtlige akuthospitaler i regionen vil gøre, at der vil blive tale om betydeligt ressourceforbrug til oplæring og kompetencevedligeholdelse. Derudover er der tale om apparatur i 10 millioner

klassen pr. sygehus (prisen på en high-end CT-scanner). Dette apparatur skal opdateres løbende med antageligt 5 års mellemrum. Med ønsket om flere centre opstår også et krav om minimumsproduktion af hensyn til kvaliteten. Man ved fra udenlandske erfaringer, at ukritisk udbredelse som planlagt kun vil føre til dramatisk fald i diagnostisk specificitet og øgede omkostninger. Der er dokumentation for, at antallet af unødvendige KAG'er (stabil angina) i DK disse år er kraftigt stigende selv om vi nu laver > 12.000- koronarehCT per år (flere per indbygger end noget andet sted i verden), - altså intet der tyder på bedring i KAG "signal-støj" forhold efter implementering hCT, -tværtom. Hvorvidt der er tale om en kausal sammenhæng mellem det øgede antal KAG'er og den øgede hCT aktivitet kan ikke med sikkerhed dokumenteres. Der er i region Midt enudnyttet hCT kapacitet specielt i Herning, men også i Silkeborg og Aarhus (fig. 7.3). Faktisk har Herning fået ny skanner og fra uge 9, 2013 mere end fordobles aktiviteten på området. Grundet speciallægemangel på flere afdelinger vil udbredelse af hCT til samtlige hospitaler risikere at øge ventetiden på ekkokardiografi.

Specialrådet vil foreslå en videre afdækning af området med obligat involvering af speciallæger, som besidder kompetencer inden forhCT, samtidig med at man afventer det udredningsarbejde, der foregår i regi af sundhedsstyrelsen og/eller DCS.

Konklusion Hjerte-CT: Et flertal i specialrådet kan ikke på nuværende tidspunkt rent fagligt støtte udbredelse af Hjerte-CT til alle akut-sygehusene i regionen. Det vil være kvalitetsmæssigt risikabelt og ikke acceptabelt både hvad angår økonomi og personalemæssige ressourcer. Strukturen med det nuværende antal hjerte-CT scannere i regionen bør opretholdes. Der vil være et vist rationale i at placere CT-scannerne på de matrikler, hvor der også i fremtiden skal udføres KAG. Vi vil i Specialrådet bevare visionerne på området og følge den teknologiske udvikling nøje. Vi bør afvente det arbejde, der pågår i SST, som bl.a. skal afdække det fremtidige behov for hjerte-CT i DK.

Kardiologisk Vagtdækning:

Specialerådet vil udtrykke den største bekymring for kvaliteten af ekkokardiografi foretaget af ikke-kardiologer. Akutlæger kan og skal ikke kunne gennemføre ekkokardiografi, men måske simpel og basal ultralydsscanning af hjertet (men altså ikke egentlig ekkokardiografi). Spørgsmålet bør drøftes i regi af specialeselskabet (Dansk Cardiologisk Selskab)

Speciallægemangel:

Der henvises til punktet ovenfor med ekkokardiografiventetid. Ved opnåelse af ensartede lave ventetider bortfalder behovet for Kardiologisk Visitationssamarbejde (KVS), og u hensigtsmæssige intraregionale patientstrømme undgås. Der er opretholdt en uændret høj produktion af kardiologiske speciallæger i Danmark. Det er med stor bekymring, at specialerådet observerer en "flugt" af erfarne speciallæger ud af regionen fra regionshospitalet i Viborg. Specialerådet vil på det kraftigste opfordre til, at man undersøger og løser problemstillingen i den pågældende afdelings- og hospitalsledelse. Intensiveret rekruttering af mulige ledige speciallæger i Hovedstadsområdet kunne være en løsning til besættelse af eventuelle ledige stillinger i Region Midt.

Konklusion: Klar mangel på speciallæger i Regionen. Vigtigt at man på ledelsesmæssigt plan sørger for tilfredsstillende arbejdsforhold for at holde på Regionens speciallæger (Viborg!)

Effekten af Hjertepakker:

Indførelsen af hjertepakkeforløb til arytmipatienter støttes.

Udflytning af aktiviteter:

Rapporten foreslår udflytning af ikke højtspecialiserede patienter og procedurer fra AUH til Regionshospitalet i Århus for at redegøre for de ressourcemæssige konsekvenser. Alle afdelinger har høj aktivitet men alligevel svært ved at varetage basisfunktionerne på egne patienter. Der vil ikke inden for de nuværende økonomiske rammer være mulighed for udflytning. Specialerådet finder det heller ikke rimeligt, at den samlede kardiologi i Regionen rammes hårdt på grund af rammestyrelse i en situation, hvor aktiviteten generelt stiger og ny teknologi og dyre

behandlinger skal tages i brug uden at pengene/finansieringen følger patienterne. Fagligt veldokumenteret øget antal af ICD-behandlinger (livsredende) på AUH, har medført aktuelt krav om snarlig udflytning af ikke-højtspecialiserede patienter. Ingen afdelinger finder det realistisk og forsvarligt med denne "tvangsudflytning", hvis ikke der samtidigt tilføres økonomiske ressourcer.

Decentralisering af primær PCI:

Emnet har været drøftet mange gange tidligere, men blev taget op efter initiativ fra lægerne i Herning. På det seneste DCS-møde januar 2013 blev emnet behandlet intensivt og konklusionen var på linie med den aktuelle Kardiologirapport. Der er på nuværende tidspunkt ikke behov for ændring af organiseringen af PCI-funktionen i Danmark hverken regionalt eller nationalt. Sundhedsstyrelsens har heller ikke lagt op til en ændring af decentraliserings- og specialiseringstendens, som er beskrevet i deres specialeplan.

Region Midt har yderst velfungerende præhospital diagnostik og transport af patienter. Etablering af helikopterberedskab har formentlig afhjulpet problemet med lang transporttid for Regionens yderområder (Vestjylland). En hel aktuel opgørelse dokumenterede, at der er en ensartet og lav dødelighed efter blodprop i hjertet i hele regionen. Overlæge Christian Juhl Therkelsen dokumenterede med data fra Region Midt, at man ved etablering af primær PCI i Herning kunne redde 0.3 menneskeliv per år. Dette er imidlertid under forudsætning af, at den kirurgiske opbakning og ekspertise i behandlingen af kardiogentshock, som findes på AUH, ikke har effekt på dødeligheden, hvilket nyere internationale opgørelser dog synes at imødegå. Antallet af PCI'er er faldende både internationalt og nationalt. Der er således ingen kapacitetsproblemer aktuelt. Eftersom etablering af yderligere et PCI center vil være forbundet med ganske betydelige økonomiske udgifter i et i forvejen betrængt regionalt sundhedsvæsen, vil en indgående afklaring af økonomiske konsekvenser være påkrævet for at klarlægge en ikke sikker forudsigelig behandlingsgevinst i relation til denne økonomiske byrde.

På vegne af specialerådet i Intern Medicin: Kardiologi

Hans Eiskjær, Formand