

Århus den 28.2.2013

Udtalelse fra Regionshospitalerne i Herning, Randers, Viborg og Horsens vedrørende Kardiologisk Specialeråd's høringssvar til Kardiologirapporten.

Det er i Kardiologirapporten foreslået at man på akuthospitalerne i RM skal have mulighed for at indføre HjerteCT (hCT). Vi er overordnet enige i dette og vi mener at det vil medføre en bedre patientbehandling og bedre patientforløb for hjertepatienterne. Vores argumenter for at give Akuthospitalerne i RM mulighed for at foretage hCT er følgende:

1) Der er et stort pres på RM's hjerteafdelinger/medicinske afdelinger med patienter med bryst smerter og dyspnø og samtidig er der indført hjertepakker, der kræver hurtig udredning af hjertepatienterne. Tidligere foregik udredningen af disse patienter med arbejds-EKG. Gennem de senere år har hCT i tiltagende grad erstattet arbejds-EKG. På regionshospitals niveau er der et stort behov for at foretage en hurtig og kvalificeret udredning af patienter med mulig iskæmisk hjertesygdom. Der er samtidig et stort regionalt og nationalt ønske om at styrke og udbygge sammedagsudredning og også her er hCT en væsentlig diagnostisk modalitet. Der er enighed om at hCT er en hurtig, god og sikker diagnostisk undersøgelse til afklaring af om en patient har iskæmisk hjertesygdom. Muligheden for at foretage hCT på regionshospitalerne vil give bedre mulighed for sammedagsudredning og mere sammenhængende patient forløb, idet det giver mulighed for at de nødvendige undersøgelser kan foretages på samme hospital. Vi finder at det er mest hensigtsmæssigt at billedfortolkning og patientbehandling foregår samme sted.

A. HCT kan ikke anvendes til at vurdere om en patient har iskæmisk hjertesygdom (der må henvises til myokardieskintigrafi, MR eller arbejds-EKG). HCT er en anatomisk test, hvis styrke er en høj negativ prædiktiv værdi hos patienter med intermediær præ-test sandsynlighed for koronar hjertesygdom. Således langt fra alle patienter med mulig koronararterie sygdom, der skal us. med HCT. HCT kan ikke være gatekeeper jf. guidelines fra ESC, AHA og NICE, som anbefaler myokardiescintigrafi forud for KAG. Dansk Cardiologisk Selskabs Holdningspapir om Stabil Angina sidestiller HCT med myokardiescintigrafi, men kun for gruppen med intermediær risiko. HCT er et alternativ til iskæmi-testing og kan ikke erstatte KAG.

B. HCT kræver specialuddannet personale (radiografer, sygeplejersker og kardiologer) og et stort volumen af patienter for at opretholde en effektiv organisation. HCT består af 4 uadskillelige delelementer: pt. præparation, billedakkvisition, post-processering og analyse. Går man på kompromis hermed taber undersøgelsen sin diagnostiske værdi og fører til unødige ekstra undersøgelser for patienten. Potentielt risikabelt for patienten og dyrt for samfundet.

C. Sammedagsudredning præsenterer væsentlige udfordringer i forhold til HCT. Patientpræparationen er afgørende (80% kræver forbehandling med betablokker, ligesom tobak/kaffe/te ikke er tilladt) og patienten har krav på at kunne overveje sin stillingtagen overfor alternative undersøgelsesmodaliteter (myokardiescintigrafi, MR, KAG) specielt også fordi der er tale om en strålebelastende undersøgelse, som Sundhedsstyrelsen/Statens Institut for Strålebeskyttelse allerede har megen fokus på.

2) Vi finder det meget sandsynligt, at der de kommende år vil ske en fortsat stigning i antallet af hCT undersøgelser. I en tidligere rapport til RM estimerede man forsigtigt at behovet var 4500 hCT undersøgelser per år. Siden da er indikationsområdet udvidet betydeligt med bl.a. klap patienter, patienter før radiofrekvens ablation (RFA), hjertesvigt patienter, TAVI patienter, samt en række andre patienter. Antallet af undersøgelser med hCT forventes allerede i 2013 at overstige de estimerede 4500 undersøgelser. Vi mener derfor snarere at

estimatet for behovet for hCT ligger på 5000 til 7000 undersøgelser. Vi bemærker os samtidig at der har været uacceptabel lang ventetid på hCT (op til 2 mdr.) på DNU. Ventetiden for pakkepatienterne har derfor ikke kunnet overholdes. Der har også været problemer med en hensigtsmæssig formidling af ekstrakardielle fund, hvilket afspejler problemerne med at adskille diagnostik og behandling.

D. Et fremtidigt behov på op til 7000 undersøgelser er udokumenteret. Hvis man scanner i henhold til guidelines, er det vanskeligt at forestille sig, at behovet for koronare HCT undersøgelser i RM skulle overstige 4000 med mindre man accepterer et indikationsskred. Der er intet kapacitetsproblem indenfor HCT i RM.

E. Postulatet om ventetid på DNU er ikke korrekt. Hvis så, burde det fremgå af ventetider på HCT i Herning, Silkeborg og på Skejby. Ifølge Venteinfo.dk er ventetiden 0 uger i Silkeborg, 2 uger i Skejby og 3 uger i Herning. Som vi er oplyste har Herning ydermere udvidet sin HCT-kapacitet, men her er vi måske blevet misinformeret? Vi har specifikt opgjort ventetiderne for HCT i Skejby for patienter henvist fra Horsens og Randers. 60% af patienterne er undersøgt inden for 3 uger og 94% indenfor en måned efter modtaget henvisning (inkluderer ferieperioder, hvor der har været lukket ned i CT afdelingen). Denne ventetid ville kunne reduceres yderligere ifald henvisningerne blev udfyldt korrekt (14% af henvisningerne har så omfattende mangler, at ansvarlig visitation ikke kan foretages. Således må de med henblik på korrekt udfyldning sendes retur). Vi opfylder ventetidsgarantien på hjertepakkepatienter.

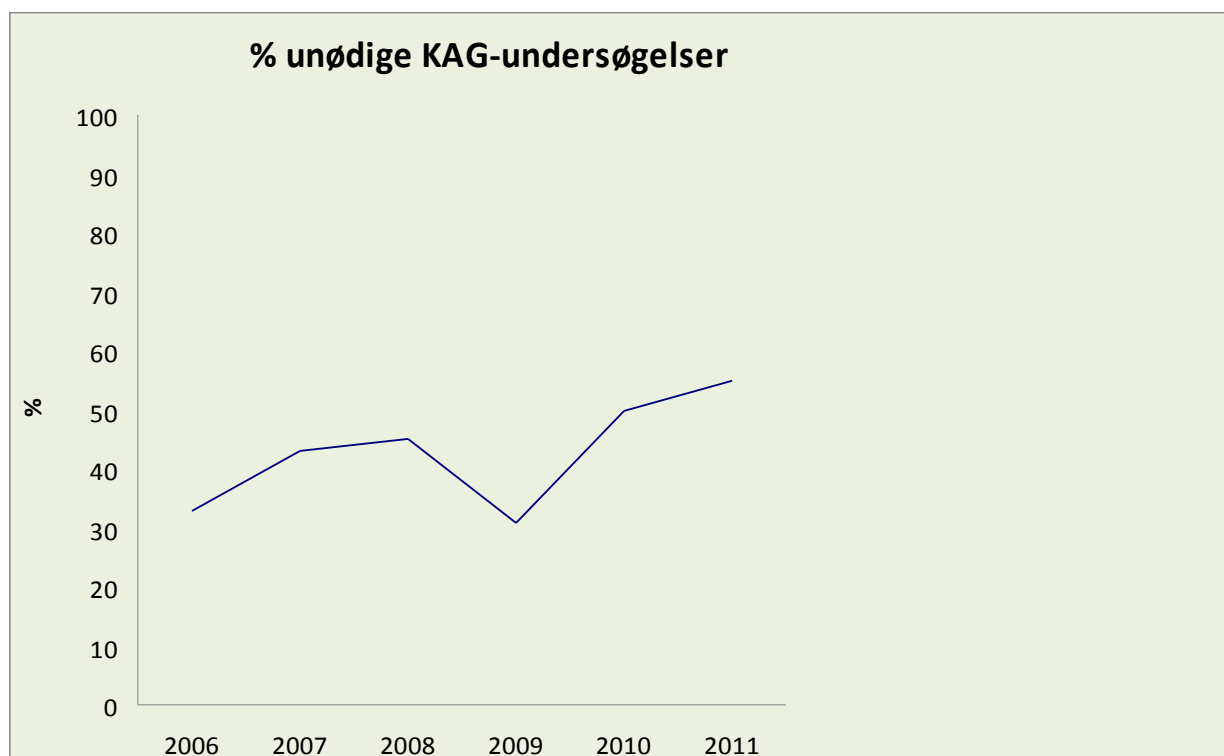
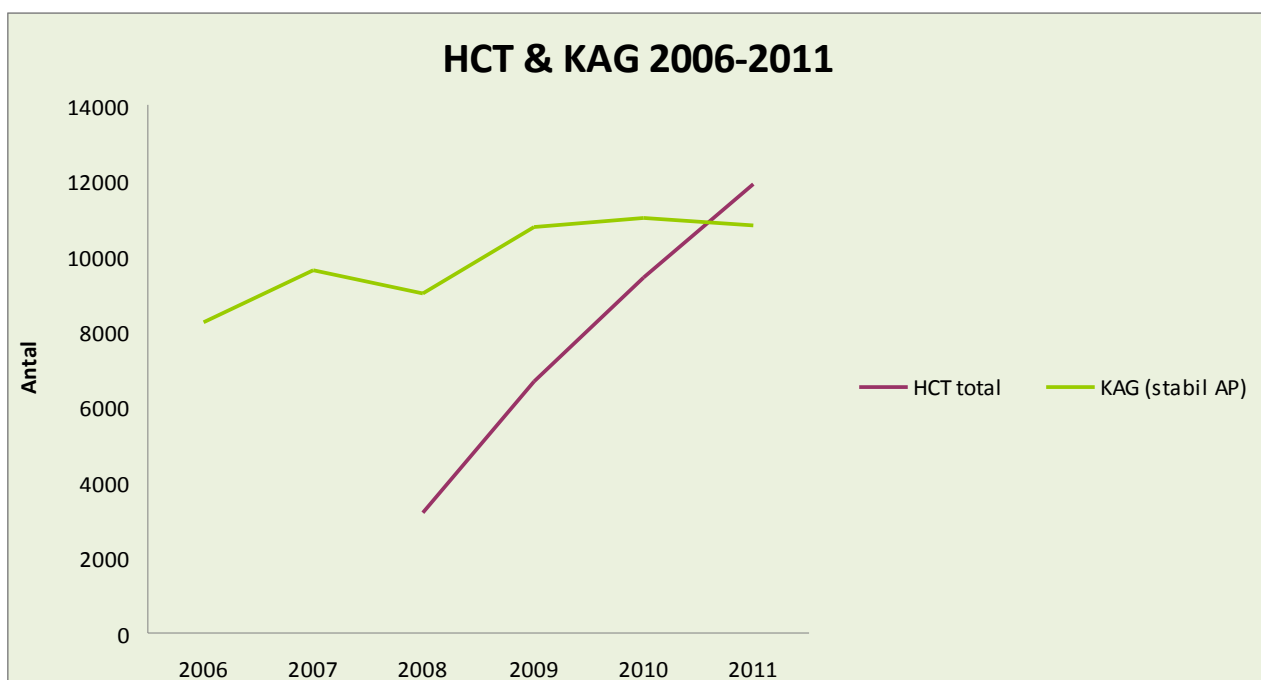
F. Ekstrakoronare indikationer for HCT (f.eks. TAVI, RFA, GUCH, børn) er ikke generelt accepterede indikationer. Der er tale om udviklingsfunktioner, som typisk er forankret i universitetshospitalet i regi af videnskabelige projekter (og ofte i samarbejde med udenlandske høj-volumen universitære HCT centre). Således bør sådanne undersøgelser ikke uddelegeres til andre centre.

G. Bemærkningen om hensigtsmæssig formidling af ekstrakardielle fund kan relateres til fejl hos modtagende eller afsendende instans. Vi har kendskab til 2 uhensigtsmæssige forløb (af en årlig produktion på >2500 undersøgelser), hvor der var uhensigtsmæssige hændelser hos afsender (her: Skejby) og det førte prompte til en retningslinje på området for at dette ikke skulle kunne gentage sig.

3) Vi ønsker som i andre regioner at hCT kan foregå på regionshospitalerne i RM. Vi mener ikke, som det er fremhævet i specialrådets høringssvar, at det vil medføre et øget antal KAG undersøgelser at lade regionshospitalerne foretage hCT. Der er allerede omkring 24 hospitaler i Danmark, der foretager hCT. Det betyder at de fleste hCT scanninger foretages udenfor Universitetshospitalerne og der er ingen evidens for at dette har medført en stigning i antallet af KAG undersøgelser, derimod faldt antallet af KAG undersøgelser i Danmark fra 2010 til 2011 (27464 til 26050 kilde: Dansk Hjerteregister) i takt med indførelsen af hCT.

H. Angivne KAG tal fra Danske Hjerteregister relaterer til KAG både hos patienter med stabil angina, ustabil angina, myokardieinfarkt, klapsygdom, hjertesvigt, arytmier mm. Det interessante i denne sammenhæng er imidlertid ikke det totale antal KAG-undersøgelser, men antallet af KAG-undersøgelser foretaget på indikationen stabil angina pectoris (HCT jo kun relevant for mistænkt angina pectoris i denne kontekst). Her er KAG-tallene fra 2006 (hvor HCT blev implementeret i DK) og 2011 (hvor der blev udført ca. 12.000 HCT undersøgelser) 8.229 henholdsvis 10.081; en stigning i KAG-antallet på mere end 30%. Hvad der er endnu mere bekymrende er, at andelen af nødvendige KAG undersøgelser (stabil angina, KAG uden intervention) i samme periode er steget fra 32% til 48%. Om der er en kausal

sammenhæng, kan man naturligvis ikke udlede af disse registertal (men der findes ikke anden åbenbar forklaring end implementeringen af HCT), men antallet af KAG-undersøgelser inklusiv proportionen af unødvendige KAG-undersøgelser er ikke faldet med antallet af HCT-undersøgelser, tværtom.



4) Vi er uenige i, som det er anført i høringssvaret fra Specialerådet, at indførelsen af hCT på regionshospitalerne vil medføre meget store og unødvendigt dyre investeringer i nyt udstyr. Alle hospitalerne i RM vil skulle investere i tidssvarende CT scannere indenfor kort tid mhp. bedst mulige diagnostiske muligheder indenfor alle specialer. HjerterCT vil være en del af behovet og vil være med til at disse nye CT scannere bliver optimalt udnyttede. Man kan hævde at udgiften per undersøgt patient er lavest på regionshospitalerne, hvor CT scannerne

kører hele døgnet og dermed har en væsentlig højere udnyttelsesgrad og derfor lavere udgift per patient.

I. En påstand, som igen ikke er dokumenteret. Logikken skulle så være at CT-scanningsudnyttelsen på regionshospitalerne er højere end på universitetshospitalet, fordi scannerne kører i døgndrift på regionshospitalerne og dermed implicit at det gør de ikke på universitetshospitalet? Det er en påstand, man vel så burde dokumentere med konkrete tal fra RMs registre.

5) Det er selvfølgelig en forudsætning for indførelsen af hCT, at der afsættes de nødvendige ressourcer til uddannelse og kompetenceudvikling/vedligeholdelse på de hospitaler der skal tilbyde hCT. Det er desuden vigtigt at der er et godt og tæt samarbejde med afdelinger der foretager KAG samt de afdelinger der tilbyder perfusionsundersøgelser mhp. at sikre optimale patientforløb og ensartet kvalitet. Vi finder derfor at det er vigtigt at Universitetshospitalet er indstillet på at samarbejde omkring etableringen af hCT på regionshospitalerne. Det er vigtigt at der løbende foregår en faglig sparring mellem mere erfarne hCT hospitaler og de evt. nye afdelinger der starter hCT. Her ser vi Århus Universitetshospital som et naturligt fagligt kraft center og vi finder at det er vitalt at sikre at denne faglige sparring er til stede.

J. Den største nationale erfaring omkring HCT er p.t. forankret i Aarhus og netop derfor bør vore faglige argumenter mod en udbredning af HCT også tillægges stor betydning.

6) Vi mener ikke det er korrekt, som det er anført i høringssvaret, at billedoptagelse og vurdering nødvendigvis skal foretages på samme matrikel. Der har igennem flere år været et velfungerende og godt samarbejde omkring vurdering af KAG og hCT optagelser på komplicerede patienter på tværs af hospitalerne. Dette samarbejde bør naturligvis fastholdes og styrkes, også indenfor hCT området. Ny teknologi herunder videokonferencer og fælles billedarkiv og fælles EPJ platform gør at samarbejde/konferencer er betydelig lettere i dag og dette bør selvfølgelig udnyttes således at patienterne skal flyttes mindst muligt rundt mellem forskellige hospitaler i regionen.

K. Vi har adresseret dette i punkt A. og B. Medunderskriverne af udtalelsen fra Herning, Viborg, Randers og Horsens, er lovligt undskyldt, da ingen af dem har erfaring med HCT (se venligst punkt N.) og vi vil gerne pointere, at HCT således ikke kan sammenlignes med en konventionel CT-scanning. Fælles konferencer omkring vanskelige HCT cases vurderet af kolleger i Herning eller Silkeborg, som har Sundhedsstyrelsens tilladelse til at udføre HCT, praktiseres allerede og vi ser gerne en styrkelse heraf i fremtiden.

7) Vi er uenige i at hCT udført på regionshospitalerne i RM skulle medføre et skred i indikationer for hCT. Det er selvfølgelig klart at Regionshospitalerne vil følge de gældende retningslinjer indenfor hCT området (jf. holdningspapir fra DCS) ligesom gældende retningslinjer følges indenfor alle andre områder indenfor kardiologien.

L. Se venligst punkt B og D.

8) Et muligt fremtids perspektiv kunne være at man foretager hCT af akut indlagte patienter med bryst smerter men uden påvist aktuelt NSTEMI/UAP inden udskrivelsen med henblik på hurtig afklaring og dermed også reduktion i indlæggelsestiden til følge. Dette ville give hurtige og gode patient forløb og trykke patienter.

M. Amerikanske erfaringer ved meget store universitetscentre understøtter en sådan strategi. Vi har på AUH nøje gennemgået patientgrundlaget for implementering af en sådan strategi, som vi imidlertid ikke fandt relevant hverken fagligt eller ressourcemæssigt (vagtordning mm) trods det store indtag af patienter på universitetshospitalet.

Endelig er vi også uenige med høringssvaret fra Specialerådet omkring afvisning af at stræbe efter at se regionens hospitaler mere som en fælles enhed, hvor man samarbejder om at give alle regionens patienter de mest optimale patientforløb og samtidig sikrer at kapaciteten i RM på kardiologi området udnyttes bedst muligt. Dette for at give alle patienter i regionen uanset bopæl en hurtig og ensartet udredning og behandling. En mulighed herfor er at etablere et samarbejde omkring visitation. Vi finder at det er vigtigt at der samarbejdes tæt på tværs af matrikler og at dette samarbejde udbygges og styrkes til gavn for alle patienter i RM.

På vegne af speciallægerne på Regionshospitalet i Herning, Randers, Viborg og Horsens Sygehus
Steen Husted/Troels Niemann
Jette Bjørnholt Bertelsen
Per Dahl Christensen
Karen Kaae Dodt

N. Vi er helt enige i at vores fornemmeste opgave er at tilgodese patientens tarv og herunder tilsikre optimal ressourceudnyttelse med bl.a. et hidtil - i vores optik - godt samarbejde omkring HCT-patienterne. Netop derfor advarer vi mod at indgive ansøgning til Sundhedsstyrelsen om en yderligere udbredelse af HCT i RM. Hvis man skal ændre det bestående, skal man kunne gøre det bedre eller lige så godt men billigere end det bestående. Vi savner substantielle faglige argumenter i det fremsendte fra Herning, Viborg, Randers og Horsens til at underbygge en udbrednings-strategi.

Vi undrer os såre over at Herning, der til Specialrådsmødet i diskussionen om HCT var repræsenteret ved HCT-overlægerne Dorte Dalsgaard og Lars Lyhne, som var enige i Specialrådets faglige anbefaling, nu pludseligt har ændret synsvinkel og argumenterer diametralt modsat den faglige diskussion, som fandt sted ved Specialrådsmødet. Det miskrediterer Specialerådet som faglig rådgivende instans.

Vi undrer os også over,

- at vi (jf. punkt J.) ikke er blevet inddraget i processen.

- at underskriverne af mindretalserklæringen udtaler sig om et område, de - med al respekt - ikke har faglig indsigt i.

- at de 3 medunderskrivere af dokumentet fra Randers, Viborg og Horsens ikke var til stede ved Specialrådsmødet og dermed ikke deltog i den faglige diskussion.

Kommentarer anført med fremhævet skrift.

**Bjarne Linde Nørgaard & Jesper Møller Jensen
Hjertemedicinsk Afdeling B
Aarhus Universitetshospital Skejby**