

## **Kommentar fra Regionshospitalet Herning til PCI-rapporten vedrørende transporttid og overlevelse i forbindelse med PPCI i Region Midtjylland**

Det internationale ekspert panel blev anmodet om at besvare følgende spørgsmål:

Er det muligt på baggrund af regionale data:

1. *at påvise en betydende forskel i transporttid og behandlingsforsinkelse i Region Midtjylland i relation til bopæl?*
2. *at påvise forskel i mortalitet blandt PPCI patienter i Region Midtjylland i relation til bopæl?*
3. *at påvise fordele ved etablering af yderligere et PCI center i Region Midtjylland?*

### **Ad 1.**

Panelet godkendte, at 28% af PPCI-patienterne i Region Midtjylland ville få kortere afstand til et PCI center i eller tæt på Gødstrup, og at den gennemsnitlige forskel i behandlingsforsinkelse på 40 minutter for patienter fra den vestlige sammenlignet med den østlige del af regionen skyldtes, at afstanden var ca. 45 km længere for vestligt boende patienter. Endvidere godkendte panelet, at helikoptertransport kan nedsætte transporttiden for patienter med afstand på >100 km til et PCI-center.

### *Regionshospitalet Hernings kommentar*

Vi er enige i disse angivelser for afstand og forsinkelse. Vi er også enige i, at PPCI-patienter med bopæl >100 km fra et PCI center bør transporteres med helikopter, hvilket dog ikke altid er muligt. For langt de fleste patienter i Vestjylland vil ambulancetransport til Herning være hurtigere end helikoptertransport til Skejby.

Derimod er vi uenige i de modeller for forsinkelse, som er udfærdiget af AUH, og som viser, at forskellen i behandlingsforsinkelse for patienter fra den vestlige del af regionen ved behandling i Skejby versus Gødstrup er ca. 18 minutter. Disse tal er gennemsnitsværdier baseret på aktuelle registreringer. Det angives at helikoptertransport vil være mulig i kun ca. halvdelen af tilfældene. Dvs. den halvdel af patienterne, der ikke vil få mulighed for helikoptertransport, vil have væsentlig større forsinkelser.

Skejby's "in-hospital delay" (tidsforbrug for åbning af kranspulsåren efter ankomst til Skejby Sygehus) på 30 minutter undrede panelet. Vi er enige i, at Skejby's "in-hospital delay", en vigtig PPCI kvalitetsparameter, er for langt. Vi mener, det er realistisk at reducere "in-hospital delay" til under 20 minutter i forbindelse med PPCI.

**Ad 2.**

Mortalitets-sammenligningen af PPCI-patienter i Øst vs. Vest viste samme eller øget mortalitet i Øst. Panelet gav udtryk for, at disse mortalitetsdata med stor sandsynlighed var behæftet med udvælgelsesbias og opfordrede til supplerende analyser.

*Regionshospitalet Hernings kommentar:*

Vi er enige i, at disse mortalitetsdata er omfattet af alvorlig selektions-bias. Vi har aldrig påstået, at der med denne metode vil kunne påvises forskel i mortaliteten mellem Øst og Vest. For at få et retvisende billede, bør man sammenligne den samlede dødelighed af blodprop i hjertet i Øst vs. Vest; dvs. samtlige STEMI-patienter uanset om de får mulighed for at blive behandlet med PPCI eller ikke. Desuden bør der i særlig grad fokuseres på patienter med stor blodprop i hjertet (40 % af patienterne), idet det særligt er i denne patientgruppe, man finder overdødelighed ved forsinket PPCI-behandling.

**Ad 3.**

Erfaring fra eksperternes hjemlande, Sverige og Finland viser, at det ikke er et problem at oprette et ekstra PCI-center i regionen. Den finske ekspert udtrykte bekymring over at begynde med PCI på små hospitaler uden ledelse centralt fra. Panelet gav endvidere udtryk for, at etablering af en nyt PCI center i regionen vil være en fordel for aktuelle hospital (Regionshospitalet Herning) af mange grunde; f.eks. komplette behandlingsforløb, hurtigere forløb, mindre transport, lettere rekruttering af dygtige læger, men at der også kunne være negative konsekvenser for universitetshospitalet med hensyn til forskning og uddannelse.

*Regionshospitalet Hernings kommentar:*

Vi er enige i disse betragtninger, fraset at vi ikke mener, at det vil have negative konsekvenser for universitetshospitalet. Vi stiler mod et tæt samarbejde med AUH, klinisk såvel som forskningsmæssigt, og mener at forskning, udvikling og undervisning samlet set vil blive styrket heraf. Vi mener ikke, at erfaringerne fra Finland, der med en befolkning på 5.4 MIO og over 30 PCI centre, er relevante for oprettelse af et højvolumen center i Gødstrup, som i øvrigt vil få større PCI volumen end Tampere Heart Center.

Betragtningerne om samfundets prioritering af midler til hjertesygdomme i forhold til andre sygdomme er et politisk debateme, som er udenfor denne arbejdsgruppes kommissorium.

**Anbefalinger**

Panelets anbefalinger drejer sig i ringe grad om de specifikke spørgsmål, som blev stillet til panelet.

- Organisering af PCI bør diskuteres på nationalt niveau og bør også medinddrage sundhedsøkonomi.
- Topprioriteten bør være et velfungerende samarbejde blandt kardiologiske afdelinger i Regionen.

- Region Midtjylland bør sikre kardiologisk service, uddannelse og rekruttering på alle 5 akuthospitaler i Regionen.

*Regionshospitalet Hernings kommentar:*

Vi er enige i disse betragtninger, som er på linje med vort forslag om implementering af to PCI centre i Region Midtjylland.

**Afsluttende bemærkninger**

Vi vil gerne give udtryk for, at forløbet omkring aktuelle vurdering har været tilfredsstillende. Planlæggerne i Regionen bør komplimenteres for deres håndtering af problematikken.

Vi vil dog anke over to forhold.

1. Der er ekstensive internationale data, som dokumentere tæt sammenhæng mellem dødelighed og behandlingsvarighed/transport ved PPCI. Alligevel baseres aktuelle rapport på lokale data over dødelighed ved PPCI.
2. Regionshospitalet Hernings synspunkter fylder meget lidt i redegørelsen:  
Vort forslag er:
  - To højvolumen PCI-centre i Region Midtjylland
  - To separate PCI-centre eller et center på to matrikler
  - Synergi og konkordans i behandling og forskning.

Hvorfor PCI-center i Herning?

- Bedre overensstemmelse med europæiske behandlingsvejledning for betids primær PCI (PPCI)-behandling.
- Mere patientvenlig behandling af STEMI (stor blodprop), non-STEMI (mindre blodprop), ustabil angina og stabil angina.
- KAG uden mulighed for trykmåling er ikke længere meningsfyldt og er besværligt for patienten.
- Perspektiver for andre interventionelle behandlinger i Vestjylland.
- Styrkelse af det faglige miljø i Regionen.

25. maj 2014

Steen Husted  
Leif Thuesen  
Jens Friis Bak