



LANDSTINGET BLEKINGE

Angående en start av koronarangiografi- och PCI verksamhet i Kronoberg

Nedan citat från protokoll HS-Nämnden Kronoberg möte den 22 dec 2021

- "2. Uppdrar åt hälso- och sjukvårdsnämnden att etablera PCI-verksamhet förlagd på Centrallasarettet i Växjö, samt att koronarangiografi och PCI inkluderas i planeringen för det nya sjukhuset.
3. Uppdrar åt regionstyrelsen att utreda lokalförutsättningar för ett PCI-labb på Centrallasarettet i Växjö för senare investeringsbeslut i regionfullmäktige."

I dag finns det en mycket välfungerande verksamhet avseende akut och elektiv vård vid kranskärlssjukdom genom avtal mellan våra båda regioner. Detta avtal utgör förutsättning för att bedriva sådan verksamhet genom att det skapar ett tillräckligt stort underlag för denna mycket resursintensiva verksamhet.

För närvarande undersöks och behandlas sammanlagt ca 600 patienter/ år från Kronobergs län med koronarangiografi och av dessa utförs PCI på knappt hälften det vill säga <300 patienter/år. Det utgör knappt hälften av det totala patientunderlaget för thoraxcentrums angiografilabb. Under år 2021 behandlades sammanlagt 135 patienter för akut eller subakut kranskärlssjukdom och på övrig tid (kontorstid) behandlades drygt 216 patienter, dvs drygt 100 patienter/år. Det betyder att jouråtagandet för thoraxcentrum gällande Region Kronoberg motsvarar knappt 70 STEMI patienter per år. För närvarande undersöks således knappt 600 patienter från Kronoberg under dagtid/kontorstid.

Hälso- och sjukvårdsnämnden i Kronoberg har gett tjänstemannaorganisationen i uppdrag ta fram ett beslutsunderlag avseende uppstart av koronarangiografi och PCI verksamhet vid CLV. Den 22/12 2021 beslutade HSN i Kronoberg att rekommendera regionfullmäktige att gå till beslut om att ge Hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att starta upp koronarangiografi och PCI i Kronoberg. Detta beslut kommer att försämrå hjärtsjukvården för Region Kronobergs invånare. I underlaget pekas på möjligheten att därigenom förbättra vården för patienter med akut kranskärlssjukdom i Kronoberg. I själva verket skulle en sådan etablering få stora negativa konsekvenser för båda regionernas patienter. Ett bärande argument som anges som skäl för beslutet är vård på lika villkor och att det skulle innebära en förbättrad vård för de patienter som idag drabbas av stor hjärtinfarkt (STEMI) och har en lång transporttid till PCI labb i Karlskrona. Det gäller omräknat för det underlag som utgörs av de patienter som faktiskt skulle kunna vinna på förkortad transporttid blir cirka 10-15 patienter per år vid 24/7 verksamhet och hälften vid dagverksamhet i Kronoberg. Av dessa skulle en del av andra orsaker (lång symptomduration mm) ändå inte kunna påräkna någon morbiditetsvinst.

Hur stort patientunderlag behövs för att kunna bedriva denna typ av sjukvård med god kvalitet och till rimliga kostnader?

De europeiska riktlinjerna för kranskärlsjukdom anför följande:

Primär PCI rekommenderas som förstahandsbehandling till alla patienter på sjukhus som har en fungerande organisation för detta eller om det finns ett fungerande PCI-center inom 120 minuters transporttid från den första medicinska kontakten. PCI leder till fler öppetstående kärl(70-80% TIMI-3 flöde jämfört med ca 55-60% efter trombolys), färre reokklusioner och bättre vänsterkammarmfunktion. Jämförande studier av PCI vs. Trombolys (propplösande läkemedel) visar på en trend mot lägre mortalitet och morbiditet för primär PCI. Indikation för



LANDSTINGET BLEKINGE

primär-PCI föreligger även vid kontraindikationer för trombolys, stora infarkter med hemodynamisk påverkan och vid kardiogen chock.

Trombolys/fibrinolys bör ges omedelbart i ambulansen om transporttiden är >2 timmar till ett PCI-center och symptomdurationen är kortare än 3 timmar. Behandlingen startas prehospitalt. Räddnings PCI ("Rescue PCI") bör göras vid tecken på utebliven reperfusion (< 50% ST-resolution inom 60 minuter) efter given trombolys. Varför algoritmen bör innefatta direkt transport till ett PCI center. Nyare studier (STREAM) visar att med denna algoritm är metoderna jämförbara. Denna algoritm är införd och har lett till att ca 75 % av Kronobergs patienter får reperfusionsbehandling inom 120 min. Förbättringspotentialen blir maximalt då ca 70 STEMI x 0,25 x 0,9 = 15,7 patienter vid 24 verksamhet. En del av dessa skulle antagligen ha behandlas av Kronoberg med trombolys med av olika skäl har detta inte gjorts.

Stor lokal erfarenhet av stora volymer av primär PCI (> 32 000 procedurer) har stor betydelse för en gynnsam utgång av behandlingen, och variationer i volym kan sannolikt åtminstone delvis förklara skillnaderna mellan de tidigare en-centerstudiernas och GUSTO IIb-studiens resultat. Detta styrks också av en amerikansk registerstudie [9], där över 62 000 infarktpatienter från 446 sjukhus registrerade i National Registry of Myocardial Infarction (NRFMI) ingick. Man trycker här på att behandlingen skall utföras av ett erfaret team vilket inte bara innefattar den interventionella kardiologen utan hela teamet och det kräver ett etablerat 24/7 program och som kan betraktas som högvolym centra. Idag kan detta sägas gälla för vår gemensamma verksamhet med det underlag som föreligger genom just samverkan mellan våra båda landsting genom avtal. Skulle ett beslut genomföras som innebär att vi delar upp detta på två enheter kan ovan nämnda kriterier inte uppfyllas avseende kvalitet då volymen för våra båda enheter blir för litet, i själva verket kommer de att utgöra de två minsta enheterna i landet. Förutsättningen för att bedriva 24/7 verksamhet kan då inte uppfyllas på någon av våra enheter vilket naturligtvis innebär direkta konsekvenser för patienterna i båda regionerna.

Med ett minskat antal undersökningar samt interventioner motsvarande Kronobergs andel blir följden att antalet koronarangiografiundersökningar i Karlskrona skulle bli knappt 700. Antalet interventioner (PCI) skulle minska till ca 300. För att upprätthålla acceptabel kompetens för PCI-intervention bör man göra >100 interventioner per år. Varje centra kommer att utföra få av de mest komplicerade PCI behandlingarna (STEMI) kanske så få som 1-1,5 /månad och operatör. Sammantaget innebär detta att det kommer att saknas rimliga förutsättningar för att upprätthålla en jourorganisation för koronarangiografi och PCI av ekonomiska skäl och dessutom misskar möjligheten att klara arbetstidslagens krav.

Det är oklart hur behandling av akuta ST-höjningsinfarkter skulle kunna hanteras i framtiden. Det är även osannolikt att det skulle gå att driva den nu befintliga thoraxkirurgiska verksamheten utan en dygnetruntbereidskap då det är nödvändigt att kunna utföra koronarangiografi även under jourtid efter CABG och andra hjärtkirurgiska ingrepp. Universitetssjukhuset Malmö/Lund har idag svårt att hålla vårdgarantigränsen för CABG och har behov av att skicka patienter till Karlskrona. Socialstyrelsen kräver multidisciplinär konferens vid ett flertal tillstånd hos personer med stabil eller akut kranskärslssjukdom vilket nu finns på thoraxcentrum i dess verkliga betydelse, dvs med samtliga specialiteter fysiskt närvarande vid behov dygnet runt .

Det är svårt att se att något av dessa centra skulle kunna upprätthålla en jourorganisation för akuta hjärtinfarkter (jämför Lund som servar hela Skåne under jourtid utan vi skulle ev behöva träffa avtal med andra centra.) Det är vidare mycket svårt att se att något av våra centra skulle kunna bedriva en livskraftig verksamhet av god kvalitet och att utveckla verksamheten. Vidare kommer vi inte att kunna utbilda nya operatörer vid något av våra centra.



LANDSTINGET BLEKINGE

Själva grunden för thoraxcentrums etablering, och ett oavvisligt krav från företrädare från Kronoberg, var just att det genom avtal skapades ett tillräckligt underlag för att skapa en verksamhet av god kvalitet och tillräcklig bärighet.

Allt detta måste beaktas inför ett beslut i Kronoberg avseende start av koronaragiografi och PCI. Och om klokskapen skall råda bör beslutet omprövas.

2022-01-03

Carl-Magnus Pripp
Överläkare Thoraxcentrum
Blekingesjukhuset Karlskrona