

Dokumenttype	NOU 1988:4	Dokumentdato	1987-09-10
Tittel	Behovet for åpne hjerteoperasjoner i Norge.		
Utvalgsleder	Rasmussen, Knut		
Utgiver	Sosialdepartementet		
Oppnevnt	1986-10-22	Sider	40
Kapittel	2 Sammendrag		

Arbeidsgruppens innstilling innledes med et kapittel 3 som gir en bred beskrivelse av dagens situasjon innen hjertekirurgi. Deretter følger fire kapitler (kapittel 4-7) som søker å besvare de seks konkrete spørsmålsstillinger som er reist i mandatet.

Kapittel 3 beskriver kort utviklingen av hjertekirurgien i Norge, omtaler de viktigste sykdommer som kan behandles med hjertekirurgi og beskriver den kvantitative utvikling. Situasjonen i 1986 analyseres i detalj på basis av innsamlet materiale. Vel 2.000 nordmenn ble i 1986 hjerteoperert, ca. 500 av disse ble operert via en eller annen hjertebro.

Desentraliseringen av hjertekirurgien i Norge har gitt relativt lik dekning i alle regioner, men det er fortsatt stor spredning fylkene i mellom. Særlig gjelder dette koronarkirurgi. Rogaland fylke er med sin selvadministrerte hjertebro allerede oppe på 80 operasjoner pr. 100.000 innbyggere dette år mens de fylker som har lavest aktivitet ligger på omkring 1/3 av dette. Det er også store forskjeller når det gjelder bruk av hjertebroene. Antall ballongdilatasjoner ved norske sykehus er fortsatt meget lavt.

Henimot 100 norske pasienter døde på hjertekirurgiske ventelister i 1986. Det er flest dødsfall på den diagnostiske liste, sannsynligvis fordi mange blir satt på denne i en ustabil fase. Det totale antall nordmenn som venter på hjertekirurgi er idag over 2.000 og ventelistene er stadig økende. Den gjennomsnittlige ventetid har sannsynligvis ikke økt vesentlig, statistikken over denne viser at 20-30 pst. opereres med en akseptabel total ventetid.

Arbeidsgruppen har vurdert forholdene i USA, Holland og Sverige.

I kapittel 3.4 gis en relativt omfattende diskusjon av behov for hjertekirurgi. Konklusjonen er at det ikke finnes noe entydig svar på hvor stort dette behov er i Norge. De data vi trenger for å stille en eksakt behovsprognose finnes ikke. Behovet for hjertekirurgi må sees på som en dynamisk prosess. Fagfolk vil derfor alltid være nødt til å prioritere best mulig ut fra den aktuelle ressurstilførsel. Problemet blir dermed ikke først og fremst å definere behovets størrelse, men å finne indikasjonsstillinger som sikrer at alle pasienter med en vesentlig gevinst av operasjon blir tilbudt dette. Dette bør skje med en maksimal total ventetid på 3 måneder etter at indikasjonen er stilt.

I kapittel 3.5 diskuteres de problemer man idag opplever ved regionsykehusene for å få økt kapasiteten for hjertekirurgi og de viktigste stimuleringsstiltak som har vært benyttet.

Kapittel 4 rommer arbeidsgruppens svar på problemstillingene vedrørende kriterier og behov. Arbeidsgruppen gjennomgår i detalj hvilke kriterier for seleksjon av pasienter til hjertekirurgi man idag vil anbefale. Fordi utviklingen går raskt eksisterer det en rekke faglige usikkethetsfaktorer.

I kapittel 4.2 besvarer arbeidsgruppen spørsmålet om behovet for hjertekirurgi idag. Arbeidsgruppen antar at minimumsbehovet ut fra dagens konservative seleksjonskriterier er på 3.200 hjerteoperasjoner pr.år. I dette estimat er ikke inkludert pasienter som skal ha utført angioplastikk. Arbeidsgruppen anbefaler at man i Norge tar sikte på å øke kapasiteten for hjertekirurgi til dette tall allerede innen 1990. Innen dette tallet rommes kun pasienter hvis livskvalitet og livslengde kan påvirkes i betydelig grad av kirurgi. Det "totale behov" for hjertekirurgi er imidlertid betydelig større, sannsynligvis nærmere 4.500 pr. år. I dette estimat er det tatt med også pasienter det gevinsten av operasjon er mindre klart dokumentert. Arbeidsgruppen anbefaler at man etablerer en database for kontinuerlig oppfølging av utviklingstendensene innen norsk hjertekirurgi og at

situasjonen revurderes årlig.

I kapittel 5 diskuteres alternative behandlingsformer. Forebyggende tiltak, medikamentell behandling, angioplastikk og andre ikke-operative metoder omtales. Selv om kapasiteten for angioplastikk bør økes vesentlig i Norge tror gruppen ikke at denne prosedyre i vesentlig grad vil redusere behovet for konvensjonell hjertekirurgi. Forebyggende tiltak bør gis større vekt i Norge.

Kapittel 6 omtaler behovsdekning via andre sykehus enn regionsykehusene.

En enstemmig arbeidsgruppe ser ikke invasiv diagnostikk alene ved sentralsykehusene som noen hjelp i dagens situasjon, tvert imot kan dette øke ulikhetene mellom fylkene. Derimot er både invasiv diagnostikk og kirurgi aktuelt ved tre sykehus utenom de som idag driver hjertekirurgi.

Med en dissens mener arbeidsgruppen heller ikke at hjertekirurgi bør startes ved sentralsykehusene. Et alternativ i form av et "nasjonalt" hjertehospital stiller også flertallet i arbeidsgruppen seg skeptisk til.

Flertallet er særlig i tvil om et slikt hospital vil ha tilstrekkelig infrastruktur til å kunne påta seg oppgaven. Hele arbeidsgruppen mener at hjertebroen til utlandet bør utvikles raskest mulig. Alle unntatt ovennevnte medlem av gruppen mener at det beste var om regionsykehusenes kapasitet for hjertekirurgi kunne økes slik at disse kunne ta seg av oppgaven. Flertallet mener at dette også er mulig. Ett medlem har i dissens gitt uttrykk for at hjertekirurgi bør etableres ved ett eller flere sentralsykehus. Et annet mindretall på tre medlemmer er enig med flertallet i at det beste var om regionsykehusene ble i stand til å klare oppgaven, men mener det er lite sannsynlig at dette er mulig. I en dissensuttalelse støtter de derfor opprettelsen av et frittstående senter, som den nest beste løsning.

I kapittel 7 omtales de nødvendige tiltak og deres økonomiske konsekvenser.

Arbeidsgruppen mener at det viktigste tiltak for å bedre kapasiteten for hjertekirurgi er å "skjerme" eller "fristille" hjertekirurgien i forhold til konkurrerende aktiviteter. De hjertekirurgiske team må kunne arbeide jevnt og planmessig uten stadig å måtte brukes som salderingspost for andre typer medisinsk virksomhet. Ressurser i form av intensivsenger, operasjonsstuer, intensivsykepleiere og operasjonssykepleiere må øremerkes den hjertekirurgiske aktivitet.

Det andre viktige tiltak er bedret utdanning og bruk av personale i norske sykehus. Det må gis adgang til langt mere fleksibel utnyttelse av personalet både med hensyn til overtid, lønn og arbeidsordninger.

Personalressursene i norske sykehus må kunne brukes der oppgaven er. Når det er slik at personalgruppene ikke får arbeide kontinuerlig med sine egentlige arbeidsoppgaver innen regionsykehusene er det paradoksalt at man må lage nye sykehus for det samme personale for å oppnå effekter. De sentrale helsemyndigheter og sykehuseierne har her et betydelig ansvar for å skjære gjennom i forhandlinger med arbeidstakerorganisasjoner. Dersom dette problem kunne løses, kunne pasientene behandles i den faglige enhet som er best egnet, nemlig regionsykehusene.

I kapittel 7.1.7 foreslår arbeidsgruppen opprettelse av et formalisert ankesystem for hjertepasienter.

Arbeidsgruppen foreslår at stykkprissystemet pr. hjerteoperasjon opprettholdes og brukes som den viktigste mekanisme for å styre utbygningen. I utbyggingsfasen bør det i tillegg gis stimuleringstilskudd med kontrakter med regionsykehusene om økning i aktiviteten. Arbeidsgruppen foreslår at kravene om økt aktivitet etter hvert først og fremst stilles til virksomhet ved sykehusene, slik at det ikke lenger skal sendes pasienter til utlandet innen avtalens ramme. Sosialdepartementet må stille konkrete krav til det enkelte sykehus og satse på dem som klarer å øke kapasiteten. Med samlet bruk av de foreslåtte virkemidler antar flertallet i arbeidsgruppen at regionsykehusene relativt raskt vil kunne klare å løse sine oppgaver innen norsk hjertekirurgi. De to dissenterende mindretall er enig i tiltakene, men tviler på at de alene vil være tilstrekkelige.