

Hjärtkirurgin i Sverige tillräckligt utbyggd

RISK FÖR DYR ÖVERETABLERING

Hjärtkirurgin har under 1980-talet expanderat kraftigt till följd av framför allt ökat behov av kranskärlskirurgi. Denna ökning har emellertid avstannat sedan tre år tillbaka. En genomgång av behovet av hjärtkirurgi i Sverige och kapaciteten vid regions- och universitetssjukhusen visar att någon ytterligare utbyggnad av hjärtkirurgin i form av nya kliniker inte behövs. En ökad utbyggnad innebär en dyr överetablering liksom risk för indikationsglidning och kvalitetsförsämring.

Författare

CLAES ARÉN

chefsöverläkare, ordförande i Svensk thoraxkirurgisk förening; thoraxkirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset, Linköping

VOLLMER BOMFIN

chefsöverläkare, thoraxkirurgiska kliniken, Regionsjukhuset, Örebro

STURE LARSSON

chefsöverläkare, thoraxkirurgiska divisionen, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg

DAN LINDBLOM

chefsöverläkare, thoraxkliniken, Huddinge sjukhus, Huddinge

ERIK STÅHL

chefsöverläkare, thoraxkirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset i Lund

KJELL RÅDEGRAN

chefsöverläkare, thoraxkirurgiska kliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm

STEFAN THELIN

chefsöverläkare, thoraxkirurgiska kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala

TORKEL ÅBERG

chefsöverläkare, thoraxkliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå.

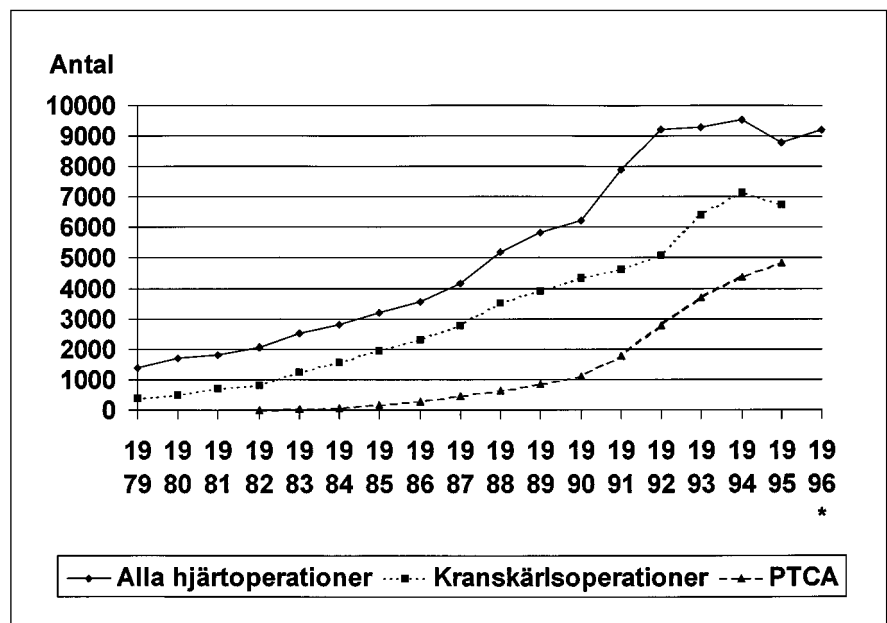
Under 1980-talet skedde en kraftig utbyggnad av den hjärtkirurgiska verksamheten i Sverige, huvudsakligen på grund av det ökade behovet av kranskärlskirurgi [1-4]. Utbyggnaden gjordes dels i offentlig, dels i privat regi. Den kraftiga ökningen av antalet kranskärlsoperationer nådde sin kulmen 1994 (Figur 1).

Genom att kapaciteten inom den offentliga hjärtkirurgiska verksamheten idag är tillräcklig har den privata verksamheten lagts ned.

Det finns flera orsaker till att antalet kranskärlsoperationer inte längre ökar i Sverige: Under en följd av år var den hjärtkirurgiska kapaciteten mindre än behovet, med långa väntetider som följd. Idag har situationen stabiliserats. Samtidigt har alternativ interventionell behandling i form av ballongdilatation av kranskärlsstenoser (PTCA) utvecklats så att man i samma eller flera seanser dilaterar stenoser i flera kranskärler.

Resultaten vid PTCA har successivt förbättrats framför allt genom användandet av s k stentar varigenom den tidiga (inom 6 månader) recidivfrekvensen

Figur 1. Utvecklingen 1979-1996 av antalet hjärtoperationer och PTCA i Sverige.
* = Prognos för 1996.



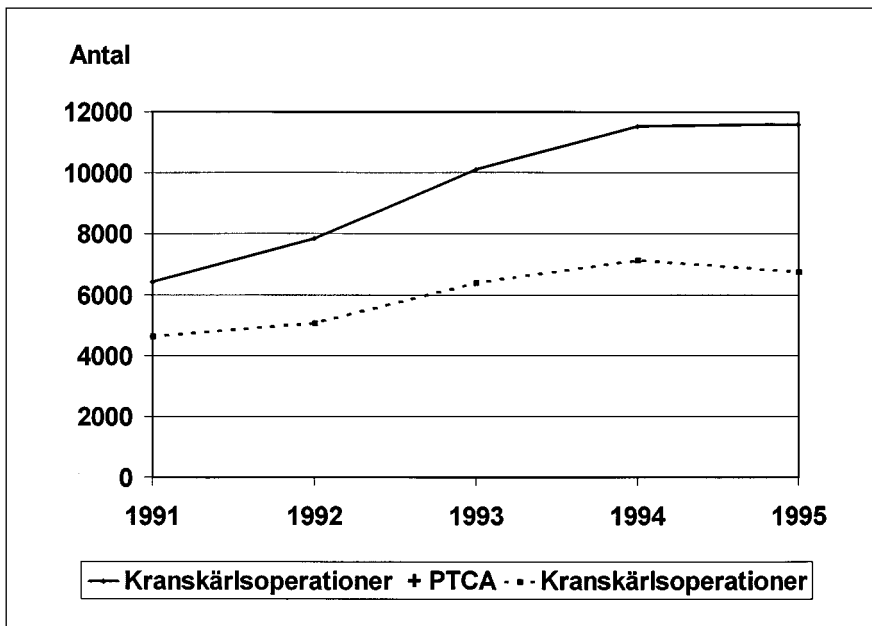
DEBATT

”I Karlskrona planeras nu för start av hjärtkirurgisk verksamhet 1997. Ur svensk sjukvårdsekonomisk synvinkel måste detta vara en felsatsning, eftersom start av ny hjärtkirurgisk verksamhet erfarenhetsmässigt är mycket dyrbar.”

kunnat sänkas ned mot 10 procent [5]. Sammantaget innebär detta att andelen patienter som behöver genomgå kranskärlsintervention i allt större utsträckning kan få denna utförd med PTCA.

Behovet av hjärtkirurgisk back-up för akuta kranskärlsoperationer vid komplikationer till PTCA har också minskat genom att erfarenheten vid olika centra ökat.

Det totala antalet kranskärlsinterventioner (kirurgi och PTCA) har också planat ut (Figur 2). Genomsnittsåldern på de patienter som genomgår kranskärlskirurgi har successivt stigit och



Figur 2. Utvecklingen 1991–1995 av antalet kranskärlsinterventioner i Sverige.

ökade till exempel i Linköping med 5 år under perioden 1989–1993. Medelåldern har de senaste åren legat kring 65 år i Sverige, vilket är samma nivå som i USA [6, 7]. Även patienter i 80-årsåldern kan idag opereras framgångsrikt [8].

Trots att medelåldern hos kranskärlspatienterna ökat, liksom andelen patienter med instabil kranskärlssjukdom, nedsatt vänsterkammarmfunktion och andra associerade sjukdomar, har resultaten av kranskärlskirurgin varit fortsatt goda med en 30-dagarsmortalitet på drygt 2 procent [6] och för patienter med stabil kranskärlssjukdom under 1 procent [9].

I en krympande ekonomi, där sjukvården rent tekniskt kan utföra allt mer avancerade behandlingar, har indikationsställningen och effekterna av olika behandlingar kommit att allt mer diskuteras. Inte minst gäller detta den relativt kostsamma behandlingen av patienter med kranskärlssjukdom.

I en studie, nyligen genomförd av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), fann man emellertid inte att något överutnyttjande av kranskärlskirurgi vid kranskärlssjukdom förelåg i Sverige. Ett eventuellt underutnyttjande av behandlingsformen kunde dock inte bedömas [9].

Väntelistorna beror på minskade sjukvårdsanslag

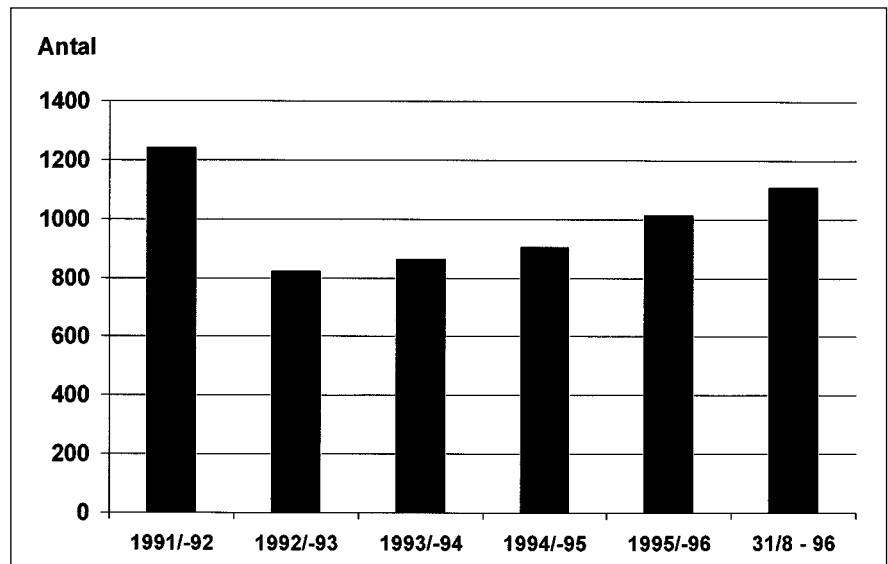
Utvecklingen av väntelistsituationen beträffande kranskärlskirurgi framgår av Figur 3. Ökningen mellan årsskiftena 1994/1995 och 1995/1996 betingas delvis av sjuksköterskestrejken i slutet av 1995, men också av problem med intensivvårdspersonal vid en av kliniker-

na. I Figur 4 visas väntelistsituationen den 31 augusti 1996 vid de svenska thoraxkirurgiska klinikerna. Totalt väntade då 1 547 vuxna patienter på hjärtkirurgi, varav 1 110 på kranskärlsoperation (71,8 procent). Trettio procent av dem som väntade på hjärtkirurgi hade väntat mer än tre månader och för två av klinikerna var siffran över 40 procent.

Nuvarande väntelistor är en effekt av samhällets minskade sjukvårdsanslag och är inte organisatoriskt betingade eller orsakade av brist på lokaler, utrustning etc.

Vid en genomgång av möjligheterna att vid de befintliga thoraxkirurgiska klinikerna öka operationsvolymen framkom att den totala kapaciteten skulle kunna öka med 800–900 opera-

Figur 3. Väntelistsituationen beträffande kranskärlskirurgi vid årsskiftena 1991/1992–1995/1996 och 31 augusti 1996.



tioner per år, men detta skulle då kräva viss ökning av personalkostnaderna.

Är ökad decentralisering önskvärd?

Från patientens synpunkt är ett av behoven att bli behandlad så nära hemorten som möjligt med tanke på närheten till anhöriga och vänner. Ännu viktigare är dock att få en så hög kvalitet i behandlingen som möjligt. Patienterna är därför beredda att resa till ett annat sjukhus för att uppnå detta.

Tillsammans med de höga kostnaderna för denna typ av högspecialiserad verksamhet innebär detta att antalet centra för hjärtkirurgi måste begränsas. Som tidigare nämnts är kapaciteten inom de centra som idag finns vid universitets- och regionsjukhusen i Sverige tillräcklig.

Sedan 1994 pågår i Eskilstuna en satellitverksamhet från Regionsjukhuset i Örebro, med kirurger, perfusionister och viss annan personal därifrån, som utför operationerna i Eskilstuna. Verksamheten är relativt liten, ca 120 operationer per år, men kräver ändå fullständig separat jourlinjeverksamhet i Eskilstuna. Detta gör denna verksamhet jämförelsevis dyr och den drar därigenom resurser från annan verksamhet.

I Karlskrona planeras nu för start av hjärtkirurgisk verksamhet 1997. Ur svensk sjukvårdsekonomisk synvinkel måste detta vara en felsatsning, eftersom start av ny hjärtkirurgisk verksamhet erfarenhetsmässigt är mycket dyrbar. Det är dessutom svårt att få kostnadseffektivitet i små enheter.

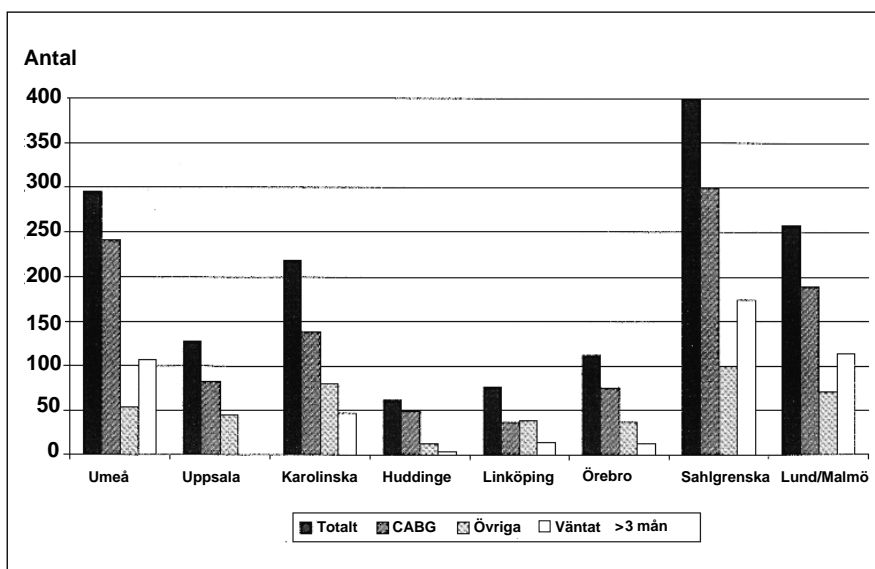
En långt driven decentralisering av högspecialiserad verksamhet medför risk för försämring av den medicinska kvaliteten, dels beroende på att antalet ingrepp vid respektive enhet minskar, dels på grund av att kringresurserna vid de mindre sjukhusen inte är lika stora

ANNONS

ANNONS

ANNONS

ANNONS



Figur 4. Väntelista till vuxenhjärtkirurgi i Sverige 31 augusti 1996.

som vid region- och universitetssjukhusen. En sådan utveckling går dessutom för hjärtkirurgins del i motsatt riktning mot den i övriga Europa, där en ökad centralisering eftersträvas.

Överetablering av en verksamhet innebär också en risk för glidning i indikationsställningen. I en tid med kärv ekonomi inom den svenska sjukvården måste ökad decentralisering och överetablering av hjärtkirurgin starkt ifrågasättas.

Framtidsperspektiv

Inom hjärtkirurgin liksom inom andra kirurgiska specialiteter pågår en stark utveckling mot minimalinvasiva tekniker inklusive helt endoskopiskt utförda operationer. Trenden mot minimalinvasiv teknik är särskilt tydlig i USA, där ändringar i de sjukvårdsekonomiska ersättningssystemen tvingar fram mer kostnadseffektiva behandlingsalternativ.

Idag utförs vid vissa kliniker på utvalda patienter såväl klaffoperationer som kranskärloperationer via partiella sternala incisioner eller korta parasternala snitt. Klaffoperationerna kräver användning av hjärt-lungmaskin, medan kranskärloperationer på hjärtats framsida kan utföras utan hjärt-lungmaskin.

Det forskas intensivt världen över på att utveckla helt endoskopiska tekniker för i första hand kranskärlkirurgi, och här ligger Sverige långt framme. En hel del utvecklingsarbete återstår, men det bör vara möjligt att med oförändrad säkerhet och god kostnadseffektivitet inom en relativt snar framtid utföra detta också på människa.

Det andra invasiva behandlingsalternativet vid kranskärlsjukdom, PTCA, utvecklas också. Troligen kommer vis-

sa patienter att i framtiden behandlas enbart med PTCA, andra med enbart kirurgi, men att det kommer att finnas en grupp där man kombinerar kirurgi, kanske endoskopiskt utförd, med PTCA. Utvecklingen inom PTCA kan dock innebära en relativ minskning av antalet kranskärloperationer i framtiden.

Ett annat område som kan komma att expandera kraftigt är kirurgisk behandling av hjärtsvikt. En rad metoder är under utveckling, bl a miniaturiserade hjälphjärtan. Forskningsprogram pågår för att utveckla helt implanterbara små pumpar (3–4 cm) för att avlasta den vänstra hjärtkammarens arbete. För att delta i och utvärdera denna utveckling krävs ett stort patientunderlag.

Den tidigare refererade SBU-studien [9] visade att svensk kranskärlkirurgi genomförs med mycket god kvalitet. På nationell basis redovisas en mortalitet som ligger på lägsta internationella nivå. Effekten på symtom och livskvalitet är slående. Inga tecken på systemfel i organisationen vad beträffar överutnyttjande av kirurgi kunde ses.

Nuvarande organisation har därför visat sitt värde. Efter att under expansionsåren, av kapacitetsskäl, ha varit något tillbakasatt, har forskningen nu skjutit fart, och nya fynd som kommer att förändra thoraxkirurgin förväntas under de närmaste åren. Vi menar att övervägande fakta talar för att thoraxkirurgin ska förbehållas universitets- och regionsjukhusen och att en decentralisering är olämplig.

Konklusion

De hjärtkirurgiska centra vid region- och universitetssjukhusen i Sverige har idag kapacitet att ta hand om det svenska behovet av hjärtkirurgi. De på sina håll ökade väntelistorna betingas av ekonomiska restriktioner och kan ge-

nom samarbete mellan befintliga centra och viss budgetförstärkning åtgärdas.

En ökad decentralisering av hjärtkirurgin riskerar att sänka den i dagsläget utmärkta medicinska kvaliteten och öka kostnaderna till förfång för annan verksamhet. Pågående utveckling inom thoraxkirurgin gör investeringar i nya kliniker osäkra. En ytterligare utbyggnad av hjärtkirurgin i Sverige måste därför ifrågasättas.

Referenser

1. Thoraxkirurgisk verksamhet 1981–1985 [expertrapport]. Stockholm: Socialstyrelsen, 1981.
2. Thoraxkirurgi. Principprogram för 1980-talet. Stockholm: Socialstyrelsen, 1983.
3. KODT Kranskärloperation – operation – dilatation – trombolys. Stockholm: Socialstyrelsen, 1986.
4. Kranskärlsjukvårdens utbyggnad i Sverige [expertrapport]. Stockholm: Landstingsförbundet, Socialstyrelsen, 1987.
5. Macaya C, Serruys PW, Ruygrok P, Suryapranata H, Mast G, Klugmann S et al. Continued benefit of coronary stenting versus balloon angioplasty: One-year clinical follow-up of Benestent trial. *J Am Coll Cardiol* 1996; 27: 255-61.
6. Svenska hjärtkirurgiregistret. Stockholm, 1996.
7. Data analyses of the Society of Thoracic Surgeons national cardiac surgery database. The fifth year – January 1996. Chicago, 1996.
8. Brattgård D, Eriksson P, Karlsson E, Lernfeldt B, Olin C, Olsson M. Operera 80-åring kan löna sig. Alder i sig ökar inte riskerna vid hjärtkirurgi. *Läkartidningen* 1996; 93: 376-81.
9. Brorsson B, Lindvall B, Åberg T. Swedish collaborative study in coronary revascularization. Indications and outcomes (SWE-COR/SBU). Chronic stable angina pectoris. Presented at the 10th Annual meeting of EACTS, Prague, October 7, 1996.