
Hvor grønt var gresset på den andre siden av hjertebroen?

REDAKSJONELT

LIE M

Med koronar revaskularisering fant man en meget vellykket palliativ behandling for angina pectoris. Fordiresultatene var så gode med tanke på livsforlengelse og symptombedring, har behovet både for aortokoronar bypasskirurgi og ballongdilatasjon av koronarkar økt betydelig i løpet av de siste 10-15 år. Dette på tross av at sykdommen er gått noe tilbake i Norge i samme tidsrom.

I 1985 ble det foretatt ca. 1500 åpne hjerteoperasjoner i Norge. Sammen med Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke (LHL) kom myndighetene samme året frem til at det i Norge var et årlig behov på 1900 slike operasjoner. Det var således en underdekning i landet. LHL hadde forsøkt å kompensere for dette allerede fra 1978, da de tok initiativet til å opprette hjertebroen til England, betalt av LHL og pasientene selv.

I 1985 bevilget staten 9 millioner kroner til hjertebroen. Politikerne valgte å bruke disse pengene til kjøp av operasjoner i utlandet i stedet for å bruke pengene i våre regionsykehus og dermed bedre den norske kapasiteten. Fordi disse pengene ble det det året operert 196 nordmenn ved St. Anthony's Hospital i London, etter at tre norske kommuner hadde skutt til 0,8 millioner og LHL 3 millioner kroner. Staten fortsatte å bevilge penger til operasjoner på St. Anthony's så lenge tiltaket varte.

I 1996 ble det gjort nærmere 4000 åpne hjerteoperasjoner i Norge og over 3000 koronare ballongdilatasjoner. Rasmussen-komiteens innstilling fra 1992 anslår behovet for hjertekirurgi i Norge til 100-110 per 100000 innbyggere, altså nærmere 5000 per år. Fortsatt er det altså en underdekning, fortsatt ber regionsykehusene om større bevilgninger for å redusere køene og fortsatt foreslår de politiske myndighetene å bruke penger til behandling av nordmenn i utlandet.

12 år etter den første statlige bevilgningen foreligger det nå en undersøkelse av kvaliteten på den hjertekirurgiske behandlingen som man kjøpte på St. Anthony's Hospital i London. Sivertsen og medarbeidere har i dette nummer av Tidsskriftet sett på kort- og langtidsresultatene hos de 384 pasientene som ble sendt fra helseregion 1 til England i årene 1985, 1986 og 1987 (1). Alle var elektive pasienter der man ikke forventet komplikasjoner. De rene koronaroperasjonene hadde en 30-dagers mortalitet på 6%, ventilimplantasjonene på 17,6%. Den sistnevnte gruppen inneholder så få

pasienter at det har liten hensikt å diskutere mortalitetsprosjenter. Gruppen av koronaropererte erderimot så vidt stor at det er meningsfylt å se nærmere på 30-dagersmortaliteten. I Kirklins siste utgave av CardiacSurgery (2) angis en sykehusmortalitet etter koronar revaskularisering tidlig på 1980-tallet på 1%, stigende til 3% på 1990-tallet på grunn av en økende andel pasienter med risikofaktorer. Man opererer med andre ord pasienter med høyere alder og flere tilleggssykdommer og flere øyeblikkelig hjelp-tilfeller enn man gjorde tidligere.

Det er vanskelig å sammenlikne pasientgrupper uten å ha nærmere kjennskap til risikofaktorer. Sivertssen og medarbeidere påpeker imidlertid at de pasienter som ble sendt, var en utvalgt gruppe der forholdene skulle ligge vel til rette for operasjonen, og der risikoen var relativt liten. Dette var nok også praksis med hjertebroen fra de andre helseregionene i Norge.

Ser man på resultatene fra Ullevål sykehus i samme treårsperiode, var mortaliteten på de rene koronaroperasjonene 2,9%. Her er det i statistikken ikke skilt mellom elektive operasjoner og øyeblikkelig hjelp-operasjoner. Det har man imidlertid gjort over de siste tre årene 1995, 1996 og 1997, der mortaliteten på de elektive koronaroperasjonene er 1,3%. Det synes således som om en mortalitet på 6% hos hjertebropasientene fra helseregion 1 er klart høyere enn man kunne ha forventet.

Hjertebroen var, som Sivertssen og medarbeidere bemerker, en nødløsning som det faglige miljø i Norge hadde problemer med å akseptere. Der ønsket man klart at statlige midler skulle brukes i Norge for å styrke regionsykehusene - ikke til å kjøpe plasser ved utenlandske privatsykehus. I England opererte man på den tiden halvparten så mange hjertepasienter per million innbyggere som i Norge, og deres hjertekøer var mye lengre enn våre. Det var altså ikke noen overkapasitet man benyttet seg av. Det foreligger ikke noen fullstendig oversikt over kostnadene ved hjerteopererte pasienter, men noen billige løsninger, sammenliknet med operasjoner i Norge, var det neppe.

Ifølge Sivertssen og medarbeidere var sykehusene som ble benyttet i utlandet, valgt ut etter nøye vurdering av kvalitet og kapasitet. Deres artikkel viser at pasienten burde vært fulgt opp mer systematisk og resultatene kvalitetsvurdert fortløpende. Det er en viktig undersøkelse som her rapporteres. Den bør stimulere til en fullstendig kartlegging av alle pasientene som ble sendt til utlandet til hjertekirurgisk behandling for statlige midler og med politikernes velsignelse. Dette er særlig viktig nå når liknende løsninger foreslås fra politisk hold for å få bukt med pasientkøene. Det er rimelig å spørre om man ikke kunne ha fått minst like mange pasienter like godt hjerteoperert om pengene var blitt brukt ved norske regionsykehus.

Mons Lie

LITTERATUR

1. Sivertssen E, Hansteen V, Gabrielsen AM. Hjertebroen. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3914-6.
2. Kirklin JW, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 2. utg. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1993: 313.

Publisert: 10. november 1997. Tidsskr Nor Legeforen.

