

Hørings svar fra Afdeling for Kvindesygdomme, Fødsler og Fertilitet og afdelings LMU, Regionshospital Horsens

LMU i Kvindesygdomme og Fødsler har ved ekstraordinært møde d. 7/11 23 drøftet forslaget vedrørende besparelser på fertilitetsområdet i Region Midt skitseret i ”Politisk Sparekatalog 2024”. Vi har følgende overvejelser og kommentarer.

Modstridende regionale og nationale politiske prioritering på fertilitetsområdet

Regeringen ønsker at imødegå fertilitetskrisen med en styrket indsats til fertilitetsbehandling og i forslag til finansloven for 2024 er der afsat 45 mio. kr. årligt på landsplan til f.eks. at udvide antallet af forsøg i forbindelse med fertilitetsbehandling. Region Midt forventer at blive tildelt ca. 10 mio. kr. årligt fra 2024.

Hensigten med denne styrkelse er, at øge chancen for at borgere med reproduktionsmedicinske sygdomme kan blive gravide.

Det er en meget vigtig prioritering, da nedsat frugtbarhed er en meget udbredt sygdom. I dag kommer hvert 8. barn i Danmark til verden med kunstig befrugtning, mod hvert 10. for få år siden. En medvirkende årsag er, at kvinder på få år gennemsnitligt, er blevet næsten et år ældre, 29,9 år, når de føder deres første barn.

For kvinder over 35 år, er (vente)tid en væsentlig faktor ift. at opnå graviditet og de skitserede serviceforringelser, med forlænget ventetid, kan potentielt forringe Regions Midt borgere chancer for at opnå graviditet. Fertilitetskrisen er velbeskrevet og højaktuel. I Danmark får vi kun 1,55 barn, hvor fertilitetsraten bør være på 2,1 for at opretholde befolkningstallet. At området opprioriteres, er derfor afgørende.

Det er modsætningsfyldt at opleve, at man i Region Midt ønsker at gå i den modsatte retning - ved at nedprioritere området med hele 6,8 mio. En forringelse, som kan have vidtgående konsekvenser for den enkelt borger, hvilket ikke er belyst i under spareforslagets konsekvenser.

Reduceret aktivitet rammer forskning og rekruttering

I spareforslaget forslået en aktivitetsnedgang på ca. 19% - svarende til ca. 3.100 færre ambulante kontakter, fordelt med ca. 1.800 i fertilitetsklinikken i Horsens og ca. 1.300 i fertilitetsklinikken i Skive. Således vil klinikken i Horsens ikke længere være blandt de største i landet.

12/11 2023

Marie Storkholm

Tel. +45 61263849

Marie.storkholm@rm.dk

Side 1

En af konsekvenserne af den regionale spareplan 2015-19 var tabet af højt specialiseret fertilitetsbehandling i Region Midt, da vi ikke længere har en fertilitetsklinik på AUH. Et vilkår, som har svækket regionens forskning inden for det reproduktionsmedicinske område, samt vanskeliggjort det multi-disciplinære samarbejde (nu på tværs af matrikler) omkring kvinder med endokrine forstyrrelser. Vi har i de sidste 5 år oplevet betydelige rekrutteringsudfordringer ift. specialiserende fertilitetslæger.

Høj kvalitet, mulighed for faglig udvikling og international forskning går hånd i hånd, både når vi skal sikre den bedste fertilitetsbehandling til regionens borgere og for at kunne rekruttere og efteruddanne dygtige fertilitetslæger. Gennem de sidste 3 år har vi arbejdet strategisk på at skabe langsigtet robusthed.

Vi har styrket samarbejdet mellem fertilitetsklinikkerne i Horsens og Skive og med relaterede højt specialiserede funktioner på AUH. Der er etableret delestillinger og satellit-ambulatorie, for at samle de nødvendig subspecialister omkring de komplicerede patienter – og vi er langt i processen for at etablere en Fælles Universitetsklinik, med forskere fra Skive og Horsens. En udvikling og et samarbejde som vi er rigtig stolte af.

Målet er at sikre, at vi også på sigt kan leveret behandling og forskning på et højt niveau. Til gavn for patienterne og som fundament for, at vi kan rekruttere og tilknytte dygtige fertilitetslæger, der også evner og har rammerne til at udvikle fagområdet. Dygtigt fertilitetspersonale er eftertragtede i den private sektor. Vi oplever regions spareforslag som et stort og meget ærgerligt benspænd for den positive udvikling vi er i gang med.

Hvis aktiviteten reduceres betragteligt, bortfalder en del af patientgrundlaget, som forskningen hviler på. Tempoet for de kliniske forskningsprojekter vil blive sænket og vi vil igen svækkes i konkurrencen om både nationale og internationale forskningsmidler og samarbejder.

Personalemæssige forhold

I spareforslaget er skitseret reduktion af medarbejder på 5,7 fuldtidsstillinger, hvis der ikke tilføres finanslovsmidler. Reduktionen vil dog ikke kunne foretages ligeligt i faggrupperne, hvor lægepersonalet er dyrest. Således vil det i praksis nærmere være 7 fuldtidsstillinger, svarende til ca. 25% af klinikkens personale, hvilket er voldsomt.

På vegne af LMU og afdelingen for Kvindesygdomme og Fødsler,
Regionshospital Horsens,

Marie Storkholm, Cheflæge, Ph.d.

Høringssvar fra LMU i Medicinsk afdeling vedr. sparekatalog for Region Midtjylland

Region Midtjylland har d. 6.11.23 udsendt forslag til sparekatalog.

LMU i Medicinsk afdeling har følgende kommentarer:

Regionsrådet anerkendes for at have valgt strukturelle besparelser i stedet for blot at dele besparelserne ud over alle hospitalerne.

Sundhedsvæsnet har været under pres længe og besparelserne må ikke betyde, at der ikke fortsat kan ydes en høj faglig standard og at der fortsat sikres et godt arbejdsmiljø, så vi kan tiltrække nye medarbejdere.

Vedr. Forslag 4.1.4:

Spareforslaget om at flytte Medicinske Sengepladser fra Regionshospitalet Silkeborg bifaldes.

Men i den forbindelse udtrykker vi bekymring for, at de arbejdsopgaver der tilbagebliver på Diagnostisk Center Silkeborg, som udelukkende ligger i dagtid på hverdage, vil i endnu større grad give mulighed for at tilbyde vagtfri stillinger og dermed tilbyde mere attraktive arbejdsvilkår for personalet, i forhold til de vilkår man kan tilbyde på akutsygehusene. Det vil kunne gøre det vanskeligere at fastholde personale i vagtbelastede stillinger på akuthospitalerne.

Ligeledes er vi bekymrede for, om intentionen om opskalering af ambulante funktioner inden for Center for Bevægeapparatslidelser og Center for Sammedagsudredning vil betyde, at der skal flyttes ambulansaktivitet fra regionens akuthospitaler. Det vil have store negative konsekvenser for speciallægebemandingen på de medicinske afdelinger på akuthospitalerne og dermed også for varetagelsen af de akutte medicinske patienter og patientsikkerheden.

Herudover er vi bekymrede for, at intentionen med sammedagsudredning vil føre til overforbrug af diagnostiske ressourcer.

Det er vigtigt, at alle patienter, også fremover, tilbydes lige adgang til ensartet udredning og behandling på alle regionens sygehuse, og at en udvidelse af sammedagsdiagnostik ikke må betyde et øget brug af undersøgelser og overdiagnostisering.

Vedr. Forslag 4.3.1

Der udtrykkes en bekymring for om besparelserne på digitaliseringspuljer betyder, at vi får færre opdateringer og mindre mulighed for at få rettet eventuelle ønsker i de it-systemer, som understøtter det kliniske arbejde, f.eks. EPJ, Klinisk Logistik etc. Det er vigtigt, at der fortsat sikres muligheder for justering og opdateringer, så arbejdsredskaber fortsat er up-to-date.

Vedr. forslag 4.5.1:

Der udtrykkes bekymring for, hvis pulje til forskning og udvikling på regionshospitaler nedlægges, at dette kan betyde, at de mindre hospitaler ikke længere så nemt får adgang til midler til forskning. Dette kan få betydning for rekruttering af forskningsinteresserede personale på de mindre akuthospitaler, samt det mindske mulighederne for forskning på regionshospitalerne.

Der vedlægges bekymrings skrivelser vedr. reumatologi og gastroenterologi.

Med venlig hilsen

Louise Wamberg
cheflæge
Formand

Hanne Krogh Ørskov
Sygeplejerske
Næstformand

Hørings svar vedr. gastroenterologi til sparekataloget

Medicinsk afdeling ser med stor bekymring på udvidelse af ambulante funktioner i Silkeborg specielt indenfor reumatologi, gastroenterologi og lungemedicin. Specielt hvis det betyder flytning af ambulante patienter fra de øvrige regionsygehuse. Der er tale om udredning som allerede tilbydes på de øvrige hospitaler med faglig stolthed og interesse fra speciallægerne. For at fastholde og rekruttere medicinske speciallæger er det alt afgørende med en stærk faglig profil indenfor de relevante elektive funktioner i eget speciale. En udtyndning af elektive speciallæge funktioner på regionsygehuse vil betyde frafald af speciallæger til mere attraktive arbejdspladser, herunder private tilbud.

Derudover findes det problematisk at der planlægges udredninger og behandlinger som ikke er standard og som ikke betragtes som en faglig nødvendighed for at stille korrekt diagnose og iværksætte behandling, med heraf risiko for overdiagnostik og uhensigtsmæssig brug af ressourcer.

Eks crohn sygdom: koloskopi og biokemi er essentiel for at stille diagnosen. MR scanning, tarm ultralyd og kapsel endoskopi er kun indiceret i ganske få tilfælde og bør derfor ikke indgå som en standard udredning. Det er dyre og ressourcekrævende undersøgelser, som kun bør benyttes i få særlige tilfælde.

Vedr. jernmangel anæmi: Standard udredning er gastroskopi og koloskopi efterfuldt af 3 mdr. peroralt jern og biokemisk kontrol.(retningslinje fra DSGH) Ved malabsorption og derfor manglende effekt efter 3 mdr kan der gives IV jern. I særlige tilfælde gives IV jern naturligvis før behandlingsforsøg. Kapsel endoskopi er kun nødvendig i begrænset omfang.

Forslaget fra Silkeborg vil utvivlsomt betyde en overbehandling med IV jern med deraf følgende ekstra omkostninger og øget ressource forbrug.

Ud fra et patient hensyn er det uhensigtsmæssigt med så stor forskel i behandlings tilbud på de forskellige matrikler indenfor samme region. Potentiel overudredning/ -behandling i Silkeborg kan medføre usikkerhed blandt patienterne og falsk opfattelse af, at udredningen/ behandlingen (helt i overensstemmelse med nationale retningslinjer), der tilbydes andre steder i regionen er utilstrækkelig.

Ledende overlæge Lise Svenningsen
Overlæge Martin Eivindsen
Overlæge Mikkel Arne Høj
Afdelingslæge Lisbet Grønbæk
Gastroenterologi RHH

Kommetarer til sparekataloget den reumatologiske funktion i Silkeborg

'Center for Bevægeapparatslidelser Diagnostisk Center vil fortsætte med at være regionens ikke-inflammatoriske bevægeapparatscenter. I tillæg til nuværende aktivitet vil Diagnostisk Center inden for eksisterende kapacitet arbejde mod at kunne tilbyde:

1. Sammedagsudredning af elektive Polymyalgia rheumatica¹ (PMR)/kæmpecellearterit (GCA)-patienter.
2. Sammedagsudredning (inkl. MR) af spondylartritpatienter, som ikke kræver et højt specialiseret setup'

Nedenstående er et høringsudkast fra reumatologerne på RHH.

Der laves sideløbende et høringssvar fra det reumatologiske specialeråd. Dette forsøges i højst mulig grad at begrundes i de faglige udfordringer ved ovenstående. Fra RHH skal vi sikre også at italesætte økonomiske og organisatoriske udfordringer ved spareforslaget.

Høringsudkast Reumatologien RHH

Ikke-inflammatorisk bevægeapparatscenter:

Det bifaldes at DC varetager denne opgave, men der stilles spørgsmålstejn ved om opgaven prioriteres i DC i tilstrækkelig grad (jvf lange ventelister ryg og idræt) og om tilbuddet er ensartet for borgere i hele RM.

PMR/GCA:

GCA/PMR udredning bør være til rådighed på alle akutsygehuse

GCA kræver hurtig diagnostik for at undgå synstab/blindhed. GCA er den hyppigste akutte tilstand indenfor reumatologien. Det kliniske billede af GCA og PMR er uspecifikt og det er derfor ikke ualmindeligt at patienter indlægges til udredning uden specifik mistanke til sygdommen(ne). I spektret mellem infektion, inflammation og malignitet er GCA/PMR en hyppig differentialdiagnostisk overvejelse hos den ældre patient med inflammatorisk tilstand. Fysisk tilstedeværelse og relevant reumatologisk kapacitet på akutsygehuse er derfor essentielt til vurdering af disse patienter. En flytning af denne kompetence og kapacitet til et ambulante bevægeapparatscenter vil være en unødigt flaskehals for hurtig og lettilgængelig vurdering og vil dermed besværliggøre, forlænge og fordyre udredningen til fare for den enkelte patient. Polymyalgia rheumatica (PMR) ses ofte sammen med GCA enten ved diagnose eller undervejs i sygdomsforløbet. GCA sygdommen kan ved PMR også være subklinisk. GCA sygdommen kan også vise sig senere i forløbet af PMR. Det er derfor essentielt at de 2 sygdomme varetages på samme matrikler.

Sammedagsudredning af GCA foregår i dag på alle RM enheder

Den danske NBV anbefaler i lighed med internationale guidelines hurtig diagnostisk afklaring med vaskulær(kar) ultralyd som initiale diagnostisk test. Dette har accelereret og bedret diagnostikken, reduceret risikoen for permanent synstab og givet en sundhedsøkonomisk gevinst. Vaskulær ultralyd er en specialistkompetence som varetages af få dedikerede reumatologer på hver enkelt enhed som både har uddannelse, erfaring og gør vedvarende brug af proceduren. I RM har vi de seneste år fået etableret dette tilbud på alle reumatologiske enheder, således at tilbuddet tilgængeligt indenfor få dage som anbefalet i danske og internationale guidelines. Da undersøgelsen varetages af reumatologer i samme seance som den reumatologiske kliniske vurdering foregår sammedagsudredning af GCA i praksis på alle reumatologiske enheder i RM.

På RHH har vi udført vaskulær ultralydsskanning som diagnostisk undersøgelse gennem ca. 5 år og har 3 speciallæger der har gennemført kurser, oplæring og årelang erfaringsopbygning for at kunne varetage opgaven fyldestgørende.

Sammedagsudredningstilbud PMR bør være fagligt funderet

PMR er en syndromdiagnose hvor der ikke findes exacte diagnostiske tests, men hvor mimiks bør udelukkes. Afhængig af patientens præsentation, kan der derfor være behov for at lave specifikke tests som fx blodprøver og forskellig billeddiagnostik til at udelukke degenerative sygdomme, andre artrittsygdomme (leddegigt, psoriasisgigt osv), GCA, malign sygdom, infektioner eller endokrine sygdomme. Der er dog intet fagligt belæg for at lave alle disse undersøgelser hos alle patienter (ej heller malignitetsudredning), og det bør i høj grad bero på en individuel vurdering. Der stilles derfor spørgsmålstegn ved hvad en sammedagsudredning indeholder og hvad det faglige belæg herfor er. Der er stor bekymring for at tilbuddet indebærer unødige meromkostninger.

Forskningsgrundlag

Der er meget stor klinisk forskningsaktivitet indenfor GCA og PMR området i RM. Her er de bærende kræfter lokaliseret på RHH og AUH. Stort set alle publikationer på dette område udgår fra læger på AUH og RHH. Publikationerne er af høj international standard og har haft indflydelse på internationale guidelines. En flytning af disse fagområder vil fjerne det forskningsmæssige grundlag fra AUH og RHH.

Spondylartrit

AxSpA og AS omfatter en gruppe kroniske, inflammatoriske sygdomme, med smerter overvejende i glutealregionen og/eller ryggen af mere end 3 måneders varighed – ofte ledsaget af "perifere manifestationer" som fx artrit. Det er ofte svært via henvisningen at vurdere i hvor høj grad SpA mistænkes (og dermed hvor patienterne skal ses primært) sammenholdt med differentialdiagnoser som artrit (f.eks. Hofte), strukturel/degenerativ årsag samt i nogle tilfælde PMR. Såfremt der gøres ukritisk sammedagsudredning med omkostningstunge og tidskrævende undersøgelser som MR af columna totalis og SI-led vil der derfor være risiko for at man enten scanner patienter der ved en forudgående reumatologisk vurdering kunne diagnosticeres med anden lidelse (og mistanken om SpA kan frafalde), eller at man unødigt har blokket tid i scanneren, for ved forundersøgelsen at erfare at det ikke er indiceret. På baggrund af sparekataloget fremgår det ikke tydeligt, hvad sammedagsudredning dækker over, hvorfor det også er svært at kommentere endeligt, men umiddelbart er tolkningen at der er tale om en fordyrende ændring.

Generelt for SpA-patienter er det vigtigt at der udredes og behandles på alle regionenes reumatologiske afdelinger herunder RHH, da:

- Patienterne udgør en pleomorf gruppe, hvorunder en del primært vil have perifere ledmanifestationer (perifer artrit) som primære behandlingskrævende sygdom. Grundet det velkendte og hyppige overlap samt de hyppige overvejelser om SpA som differentialdiagnose er det vigtigt, at der også i fremtiden er evner og kompetencer til at kunne diagnosticere og varetage udredningen af rygsøjlegigt. Alternativt vil der kunne opstå en situation, hvor de reumatologiske afdelinger i regionen skal henvise til hinanden, med fordyrende og forhalende processer til følge – til skade for økonomien og patienterne.
- Det kræver vedvarende erfaring og et vist patientvolumen for at opretholde denne kompetence såvel for reumatologer samt radiologer. Det vil således også påvirke muligheden for at opretholde kompetencer på radiologisk afdeling RHH.
- Gigt klinikken, RHH varetager uddannelse af reumatologer og rekrutterer yngre læger til det reumatologiske speciale. Ift uddannelse flugter det også med den netop vedtagne uddannelsesplan for reumatologisk hoveduddannelseslæger, der skal kende til diagnostik og behandling af SpA
- Det vurderes derfor mest hensigtsmæssigt - såvel for behandlingens kvalitet som for økonomien - at disse patienter ses af reumatolog der både kan varetage og diagnosticere ovenstående.

Generelt om flytning af store områder af den inflammatoriske reumatologi (GCA, PMR, SpA)

De nævnte sygdomsområder udgør en betragtelig del af den inflammatoriske reumatologi. Kompetencer indenfor SpA, PMR og GCA er nødvendige på alle regionens hospitaler idet der er et betydeligt overlap mellem perifere artritter og SpA, perifere artritter og PMR, PMR og GCA.

Fjernelse af disse områder vil derfor svække de reumatologiske kompetencer på de øvrige regionale sygehuse.

Arbejds miljø og rekruttering

Det store overlap mellem de inflammatoriske gigtsygdomme, gør at spektret af SpA associerede sygdomme og GCA/PMR udgør en meget stor del af den inflammatoriske reumatologi og dermed at centralisering heraf over tid vil fjerne det ambulante grundlag for reumatologisk tilstedeværelse på AKUT-sygehusene. Det vil derfor være svært at fastholde nuværende reumatologer og rekruttere nye reumatologer til medicinsk afdeling.

Hvis der ikke er reumatologer, vil der mangle en vigtig ekspertise ved indlagte reumatologiske patienter samt vurdering af patienter i akut modtagelsen med akutte problemstillinger som ledsmerter, ledhævelse, rygsmerter, kranielle symptomer og/eller uafklaret fasereaktant forhøjelse, ligesom den arbejdskraft reumatologer ligger i de fælles intern medicinske opgaver på regions sygehusene må undværes.

Ledende overlæge Christian Møller Sørensen

Overlæge Thomas Hahn

Overlæge Berit Dalgaard Nielsen

Afdelingslæge Michael Veedfald Sørensen

Afdelingslæge Jakob Bøgh Andersen

Afdelingslæge Peter Wulff jakobsen

Reumatologien RHH