

## Høringssvar vedr. Politiske Sparekatalog 2024, Region Midtjylland

Af sparekataloget fremgår, at Regionshospitalet Silkeborg fremover skal være et hospital med ambulans aktivitet fra 8-18 på hverdage. I forhold til formuleringerne vedr. Diagnostisk Centers fremtidige rolle har Det Tværfaglige Reumatologiske Specialeråd i Region Midtjylland følgende høringssvar på baggrund af et ekstraordinært møde i forretningsudvalget den 14. november 2023:

### Overordnet:

Indledningsvist bemærker Specialerådet, at der har været tale om en tidsmæssigt asymmetrisk proces for så vidt angår kronologisk involvering og tidsmæssige frister for hospitalsenhedernes bidrag under udarbejdelsen af Politisk Sparekatalog 2024.

Det er på flere punkter uklart, enten hvordan beskrivelsen i det politiske sparekatalog skal forstås, eller hvilken præmis, der er lagt til grund for beskrivelsen. Derfor er dette høringssvar afgivet med en forudgående præcisering af præmissen.

1. Sammedagsudredning forstås som en udifferentieret udredningspakke som allokeres ifm. visitationen, hvor der rejses mistanke om en given sygdom og udmøntes senest samme dag som første konsultation. Dette er aktuel praksis ved Diagnostisk Centers sammedagsudredning af polymyalgia rheumatica (PMR).
2. At tilbud om sammedagsudredning inden for polymyalgi rheumatica, kæmpecellearterit (GCA) og spondylartrit skal foregå "i tillæg til den nuværende aktivitet", tolkes som et ønske om regional centralisering af udredningen inden for de 3 sygdomme. Er dette ikke tilfældet, skal det fremgå af teksten i sparekataloget.
3. "Inden for den eksisterende kapacitet" forstås således, at den reumatologiske speciallægekapaцитet på Diagnostisk Center forbliver uændret.

I Politiske Sparekatalog 2024 nævnes det på side 22, linje 2-3, at "der bygges videre på de områder, hvor Diagnostisk Center er førende". At være fagligt førende vil sige, at man er ledende på området gennem selvstændig forskning, som sætter aftryk på nationale og internationale guidelines. Inden for reumatologien er der peget på områder, hvor Diagnostisk Center har klinisk erfaring og er aktive, men *ikke* er fagligt førende jf. ovenstående præcisering af at være fagligt førende. Dette bør præciseres i sparekataloget.

### **Diagnostisk Center vil inden for eksisterende kapacitet arbejde hen mod at tilbyde sammedagsudredning (inkl. MR) af spondylartrit-patienter, som ikke kræver et højt-specialiseret setup (af note fremgår, at der med spondylartrit menes rygsøjlegigt):**

1. Et udifferentieret tilbud med MR-scanning af alle patienter, hvor *der i henvisningen fra egen læge og i visitationen* mistænkes rygsøjlegigt vil medføre øget ressourceforbrug i modstrid med en Vælg-Klogt-tilgang og Robusthedskommissionens anbefaling 2 og 3 vedr. prioritering og differentierede tilbud.
2. Ifølge guidelines er der ved MR-scanning mange faldgruber og dermed risiko for overdiagnostik. En MR-scanning er ikke blot en MR-scanning, men tilrettelægges efter den kliniske mistanke. Den danske guideline fraråder rutinemæssig MR før henvisning til reumatolog, hvilket ikke er forskelligt

fra at gennemføre en særlig 'rygsøjlegigt-MR' på samme dag som reumatologiske vurdering (reference 1).

3. Det giver ikke fagligt mening at adskille rygsøjlegigt fra andre gigtsygdomme. Rygsøjlegigt forekommer ved talrige reumatologiske sygdomme (psoriasisgigt, reaktiv gigt, Bechterews sygdom, kronisk non-bakteriel knoglebetændelse m.fl.) Selve rygsøjlegigten kan være til stede fra sygdomsdebut eller opstå undervejs ved disse sygdomme. Patienter med rygsøjlegigt kan derfor vanskeligt adskilles fra de øvrige reumatologiske patienter ved visitation og igennem deres sygdomsforløb.
4. En centraliseret udredning af rygsøjlegigt vil svække de faglige kompetencer på de øvrige regionshospitaler og dermed forringe både patientforløbene og samarbejdet med øvrige specialer (fx hudsygdomme, øjensygdomme, mave-/tarm-sygdomme).

### **Diagnostisk Center vil arbejde hen mod at tilbyde sammedagsudredning af GCA:**

Det antages, at der med "sammedagsudredning af GCA" menes, at patienter med mistanke om GCA på én og samme dag får lavet klinisk undersøgelse, blodprøver, ultralydsundersøgelse af pulsårer samt evt. PET-scanning eller biopsi af tindinge-pulsåre.

1. Danske og internationale guidelines anbefaler de første tre (altså klinisk undersøgelse, blodprøver og ultralyd af kar) ved erfaren reumatolog inden for 72 timer efter behandlingsopstart - det tilbydes allerede på alle regionens reumatologiske klinikker. Der er således fagligt belæg for, at Diagnostisk Center fortsat tilbyder dette i deres optageområde (reference 2-5).
2. Hvis der menes, at PET-scanning eller biopsi af tindinge-pulsåre også skal udføres samme dag, så findes der ikke fagligt belæg for dette, idet guidelines klart anbefaler ultralyd af pulsårer som førstevalg. Et udifferentieret tilbud, hvor alle potentielt får lavet PET-scanning eller biopsi af tindingepulsåre vil altså omfatte undersøgelser, som oftest er unødvendige og derfor belastende for både patient og sundhedsvæsen (reference 4-5). Hvis sygdommen diagnosticeres gennem klinisk undersøgelse, blodprøver og ultralyd af kar, så medfører aflysning af yderligere planlagte undersøgelser og indgreb på dagen stor risiko for, at kapaciteten på disse områder ikke udnyttes.
3. GCA er den hyppigste akutte reumatologiske sygdom. GCA er ikke defineret som en bevægeapparatssygdom, men som en sygdom med systemisk inflammation overlappende med systemisk vaskulitis. I akutmodtagelser og på medicinske sengeafdelinger er en hyppig indlæggelsesårsag systemisk inflammation af ukendt oprindelse. Her er GCA en væsentlig differentialdiagnose. Det er afgørende, at reumatologer på alle regionens hospitaler opretholder klinisk kompetence med alle kliniske præsentationer af GCA. Det fremmer samarbejdet med akutafdelinger og medicinske afdelinger. Det bidrager til veltilrettelagte, differentierede udredningsforløb, hvorved indlæggelser forkortes og omkostninger reduceres (reference 2-3).
4. GCA kan føre til synstab og blodpropper i hjernen. Hurtigt iværksat diagnostik og behandling nedsætter risikoen for disse alvorlige manifestationer. En *centraliseret* rent ambulante håndtering vil kunne bringe patientsikkerheden i fare. Sygdommen fører ofte til akutte indlæggelser (oftest på akutafdelinger eller neurologisk afdeling) samt akutte øjenlæge-forløb. Det er derfor afgørende for patientsikkerheden, at reumatologer på alle akuthospitaler i regionen varetager udredning af denne patientkategori i samarbejde med akutafdelinger, øjenafdelinger og neurologiske afdelinger.

### **Diagnostisk Center vil inden for eksisterende kapacitet arbejde hen mod at tilbyde sammedagsudredning af PMR:**

Det antages, at der med "sammedagsudredning af PMR" menes, at patienter med mistanke om PMR på én og samme dag får lavet klinisk undersøgelse, omfattende blodprøvescreening, CT-scanning af indre organer og ultralydsscanning af relevante lokalisationer i bevægeapparatet.

1. Der er ikke fagligt belæg for et udifferentieret tilbud, hvor alle patienter tilbydes omfattende blodprøvescreening samt CT-scanning af indre organer. Det vil medføre tilfældige fund, som udløser flere unødvendige undersøgelser og dermed er belastende for både patient og sundhedsvæsen. Nationale og internationale guidelines støtter ikke en udifferentieret udredning (reference 5-7), som i givet fald også vil være i modstrid med en Vælg-Klogt-tilgang og med Robusthedskommissionens anbefaling 2 og 3 vedr. prioritering og differentierede tilbud.
2. PMR er ikke defineret som en bevægeapparatssygdom, men som en sygdom med systemisk inflammation overlappende med systemisk vaskulitis. PMR er en hyppig og vigtig differential diagnose ved patienter med træthed, vægttab, smerter og fasereaktantforhøjelse. Uafklarede patienter med disse symptomer indlægges dagligt i akutmodtagelsen. Hensigtsmæssig håndtering heraf vil ofte kræve reumatologisk vurdering. Det er derfor afgørende, at reumatologer på alle regionens hospitaler opretholder stor klinisk kompetence indenfor diagnosticering og håndtering af PMR. Det bidrager til veltilrettelagte differentierede udredningsforløb også for indlagte uafklarede patienter.

### **Vedr. Center for Bevægeapparatssygdomme:**

1. På side 21, linje 24 anføres, det at "Diagnostisk Center vil fortsætte med at være regionens ikke-inflammatoriske bevægeapparatssygdomscenter." Hvis udtrykket "regionens ikke-inflammatoriske bevægeapparatssygdomscenter" skal forstås på samme måde som et regionalt rygcenter er det ikke på nuværende tidspunkt korrekt, da det implicerer, at der kun tilbydes udredning af ikke-inflammatoriske bevægeapparatssygdomme i Diagnostisk Center, Silkeborg.
2. Specialerådet støtter imidlertid, at der etableres et "Ikke-inflammatorisk bevægeapparatssygdomscenter" i Silkeborg med henblik på udredning og behandling af de ikke-inflammatoriske reumatologiske sygdomme, herunder osteoartrose, idrætsmedicin, rygsygdomme og regionale smertetilstande.

### **Vedr. Diagnostisk Centers fokus på udvikling af innovative patientforløb:**

1. Der er aktuelt ikke evidens for den gavnlige effekt af sammedagsudredning hverken som et differentieret eller udifferentieret tilbud til de 3 sygdomme. Hvis forslaget fra sparekataloget fastholdes, så anbefaler Specialerådet at skabe videnskabelig evidens for en eventuel effekt gennem protokollerede, fagfælle-bedømte studier med udgangspunkt i det lokale optageområde.

### **Vedr. afledte konsekvenser for den regionale forskning:**

1. Regionens reumatologiske forskning initieres altovervejende fra forskere ansat på AUH (rygsøjlegigt, PMR, GCA, telemedicinske tilbud) i tæt samarbejde med en forsker ansat på RHH (PMR/GCA). En centralisering af patienter med rygsøjlegigt, PMR og GCA på Diagnostisk Center vil udtynde patientgrundlaget for den eksisterende og fremtidige forskning. Inden for GCA vil det svække et multidisciplinært og højt specialiseret felt, hvor forskere fra AUH og RHH er førende i Danmark og

toneangivende internationalt. Denne forskning har haft direkte impact på klinisk praksis bl.a. i form af:

- a. ultralyd af pulsårer er førstevalg ved udredning af GCA
- b. antallet af PET-scanninger er reduceret ved GCA (pga. tilbud om ultralyd på alle regionshospitaller)
- c. antallet af tindinge-pulsåre-biopsier er reduceret (pga. tilbud om ultralyd på alle regionshospitaller)
- d. unødvendig og bivirknings-tung behandling med binyrebarkhormon er reduceret (pga. tilbud om ultralyd og deraf ikke ventetid på biopsi-svar fra tindingepulsårer.)

### **Anbefaling om hjemtrækning af MR ved mistanke eller kontrol af rygsøjlegigt udført af private klinikker for Region Midtjylland:**

1. Specialerådet anbefaler, at MR-scanninger udført på mistanke om eller ved kontrol af rygsøjlegigt på private klinikker for regionen hjemtrækkes til Diagnostisk Center i lighed med hjemtrækningen af skopiaktiviteten på private klinikker.
2. Specialerådet har erfaring med, at MR-scanninger udført på private klinikker ikke altid er af tilstrækkelig kvalitet eller udført iht. den anbefalede skanningsprotokol ved rygsøjlegigt, hvorfor ny MR-scanning kan blive nødvendig. Beskrivelserne af disse MR-scanninger er ofte lavet af radiologer uden tilstrækkelig erfaring inden for området, og det er derfor nødvendigt med revurdering ved hospitalernes egne radiologer med erfaring inden for rygsøjlegigt. Hjemtrækning må forventes at medføre en besparelse og en mere hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcer.

### **Det Tværfaglige Specialeråd i Reumatologi**

Jonas Svenningsen  
Formand

### **Følgende medlemmer af forretningsudvalget for Det Tværfaglige Specialeråd har givet dissens på høringssvaret:**

Jesper Blegvad-Nissen, Uddannelsesansvarlig overlæge, repræsentant for Diagnostisk Center, Silkeborg  
Mikkel Gjesing Callsen, Ledende overlæge, repræsentant for Diagnostisk Center, Silkeborg

Der er givet dissens på følgende punkter:

- Punkt 1-3 under afsnittet "Overordnet"
- Punkt 1-2 og 4 under afsnittet "Diagnostisk Center vil inden for eksisterende kapacitet arbejde hen mod at tilbyde sammedagsudredning (inkl. MR) af spondylartrit-patienter, som ikke kræver et højt-specialiseret setup (af note fremgår, at der med spondylartrit menes rygsøjlegigt)"

## Referencer

1. Aksial spondylarthritis. Dansk national behandlingsvejledning.  
<https://danskreumatologi.dk/nbv/sygdomme/aksial-spondyloarthritis/>
2. Diamantopoulos AP et al. The fast-track ultrasound clinic for early diagnosis of giant cell arteritis significantly reduces permanent visual impairment: towards a more effective strategy to improve clinical outcome in giant cell arteritis? *Rheumatology (Oxford)*. 2016 Jan;55(1):66-70.
3. Patil P et al. Fast track pathway reduces sight loss in giant cell arteritis: results of a longitudinal observational cohort study. *Clin Exp Rheumatol*. 2015; 33 (Suppl. 89): S103-S106.
4. Dejaco C et al. EULAR recommendations for the use of imaging in large vessel vasculitis in clinical practice: 2023 update. *Ann Rheum Dis*. 2023 Aug 7:ard-2023-224543.
5. Kæmpecellearteritis og polymyalgia reumatika: Dansk national behandlingsvejledning.  
<https://danskreumatologi.dk/nbv/sygdomme/kaempecellearterit-polymyalgia-reumatika/>
6. Espígol-Frigolé G et al. Polymyalgia rheumatica. *Lancet*. 2023 Oct 21;402(10411):1459-1472.
7. Dejaco C et al. 2015 Recommendations for the management of polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. *Ann Rheum Dis*. 2015 Oct;74(10):1799-807.