

Hørings svar fra LMU

Kvindesygdomme og Fødsler til Koncernledelsens oplæg til spareplan 2015-2019

LMU i Kvindesygdomme og Fødsler har ved ekstraordinært møde d. 4.5.2015 drøftet forslagene til Spareplan 2015-2019 i Region Midt og har følgende overvejelser og kommentarer.

Tab af højt specialiserede funktioner - lukning af fertilitetsklinikken på AUH:

LMU i Kvindesygdomme og Fødsler har stor forståelse for forslaget om at samle fertilitetsbehandlingerne i RM på to enheder fremfor tre. Det er velkendt at færre enheder giver en forøget mulighed for effektivisering pga fordele ved stordrift med optimal udnyttelse af såvel laboratoriefaciliteter og personale.

Vi er imidlertid uforstående overfor valget af lukning af fertilitetsklinikken på AUH.

Fertilitetsklinikken på AUH varetager flere højt specialiserede funktioner med stærke samarbejdsflader til andre afdelinger på AUH, som vil blive svækket ved en flytning. Følgende højt specialiserede funktioner vil svækkes i RM:

- PGD-behandling tilbydes kun på AUH og på RH. Behandlingen varetages i tæt samarbejde med klinisk-genetisk afdeling.
- Kvinder med komplicerede endokrine forstyrrelser, som ofte håndteres af et multidisciplinært team forankret på AUH.
- Udredning og behandling af mænd med androgene sygdomme.
- Cryopræserving af ovarier hos patienter, der skal gennemgå kemoterapi. Det er børn og unge mennesker, hvis fertilitet er truet af den behandling, de skal gennemgå som følge af en kræftsygdom, men som ved cryopræserving af deres ovarier kan genvinde chancen for at opnå graviditet efter endt behandling. Se bilag 1.

Supplerende udredning af konsekvenserne ved lukning af fertilitetsklinikken på AUH fremsendes direkte til Koncernledelsen i RM.

Svækkelse af højt specialiseret funktion - besparelse på klinisk diætist

Den kliniske diætists funktion er en integreret del af behandlingen af gravide diabetikere. Den diætske håndtering af denne patientgruppe kræver særlig ekspertise og tæt samarbejde med specialt uddannede læger og sygeplejersker, som det er vanskeligt at forestille sig kan varetages i kommunalt regi udenfor hospitalet uden konsekvens for den faglige kvalitet.

For udførlig redegørelse se vedlagte bilag 2.

Generelle forhold:

Der fremsættes i spareplanen en række forslag særligt i Temagruppe 8, som ikke er præcist konkretiseret og som efter opfattelsen i LMU i Kvindesygdomme og fødsler meget vel kan få karakter af grønthøster besparelse, som rammer bredt.

Kvindesygdomme og fødsler har i det forløbne år lukket 21 senge og reduceret budgettet med 13 mill. Dette er sket gennem grundig gennemgang af samtlige patientforløb på afdelingen mhp optimering. Der er sket en reduktion i antallet af patientkontakter i de enkelte patientforløb, der er omlagt til ambulante behandling i den udstrækning, det var muligt og liggetiden for indlagte patienter er reduceret betydeligt. Det har haft konsekvenser på den service, der leveres og et ulige tilbud til patienterne, når der sammenlignes med andre afdelinger i RM. Der er således effektiviseret i stor udstrækning på AUH i den kliniske praksis og den gevinst kan ikke høstes igen.

I RM varetages gynækologi på 5 enheder og fødsler på 6 enheder. Specialeplanen fra Sundhedsstyrelsen angiver, at fødsler skal varetages på afdelinger med neonatal dækning. Dette er ikke tilfældet på 2 (Horsens og Holstebro) af de 6 enheder i RM.

Vagtberedskaber er omkostningstunge og kræver en minimumsbemanning. Der ville kunne konkretiseres besparelser i en langt større udstrækning, hvis der var villighed til at vurdere behovet for enheder i RM.

Med venlig hilsen

Jannie Dalby Salvig
Ledende overlæge
Kvindesygdomme og fødsler
Formand for LMU

Tanja Lyth
Jordemoder, FTR
Kvindesygdomme og Fødsler
Næstformand for LMU

Bilag 1.

Vedr. Forslag om lukning af fertilitetsklinikken på Skejby Sygehus.

Fertilitetsklinikken på Skejby Sygehus har højt specialiserede funktioner som er begrundet i den geografiske nærhed til andre specialer og subspecialer således at man kan behandle patienter med komplekse problemstillinger herunder fertilitet. Den gynækologiske onkologi og børneonkologien er eksempler på dette.

Indenfor den gynækologiske onkologi samarbejder vi tæt omkring Kryo behandlingen. Unge kvinder med gynækologisk kræft har mulighed for at få nedfrosset væv fra æggestokken i forbindelse med den gynækologiske kræftoperation. Hvis funktionen flyttes skal patienten enten gennem to operationer eller også er mulighed for bevaret fertilitet ikke længere et tilbud til denne gruppe unge kvinder.

Patienter med livmoderhalskræft er et andet eksemplet hvor succesfuld opnåelse og gennemførelse af fremtidige graviditeter er et samarbejde mellem specialister indenfor cancerkirurgi , avanceret laparoskopi, fertilitet og obstetrik – alle subspecialer som forefindes på AUH.

Hovedparten af kryopatients er børn i massiv kemoterapi. For disse er det altafgørende at de kan håndteres anæstesiologisk og kirurgisk på et center med børneanæstesi, trænede kirurger og tæt relation til børneonkologerne på Skejby.

Vi ser derfor med stor bekymring på Region Midts udmelding om lukning af fertilitetsklinikken på Skejby Sygehus og opfordrer til genovervejelse af placering af de to fremtidige fertilitetsklinikker i regionen.

Lone Kjeld Petersen
Overlæge, dr med
Gynækologisk onkologisk afdeling,
Aarhus Universitetshospital.

Bilag 2.

Hørings svar vedrørende spareplan 2015-2019:

Vedrørende tema 5: reduktion af diætister, med fokus på diætist tilknyttet obstetrisk søjle på afdeling for kvindesygdomme og fødsler.

Graviditet er en særlig tilstand, der sætter store krav til den gravides ernæring og energiomsætning. Under graviditet skal det således sikres, at ikke kun moderen, men også fosteret, får tildelt den energi og de vitaminer, mineraler og sporstoffer, der er nødvendige for udviklingen af et sundt foster hos en sund mor. Under graviditet ændres den gravides behov for tilførsel af kalorier og sportstoffer kontinuerligt som følge af moderkagens og fosterets vækst. Gravid, der lider af sygdomme, der kan indvirke på eller påvirke den gravides ernæring, har følgelig særlige behov. Viden om de ernæringsmæssige forhold, der således knytter sig til udvalgte grupper af gravide, er specialviden. En betydelig del af diætistopgaverne i afdelingen er på denne vis forbundet med særlige og specielle sygdomme, som det ikke kan forventes at de kommunale diætistfunktioner har et tilstrækkeligt kendskab til (jf. sparekataloget, Tema 5, Klinisk Service, forslag 13, side 36).

Til afdeling for kvindesygdomme og fødsler er der derfor tilknyttet en diætist (30 timer/uge). Diætisten bruges næsten udelukkende i obstetrikken, tilknyttet Klinik for Gravid, hvor hun samarbejder med obstetrikere, sygeplejersker og jordemødre i behandlingen af gravide.

Diætisten er essentiel i behandling af følgende gravide:

- Behandling af gravide med type 1 og 2 diabetes
- Behandling af af gravide med gestationel diabetes (GDM)
- Gravid med spiseforstyrrelser som anoreksi og bulimi
- Gravid med stomi og behandling med iv ernæring
- Gastric bypass med spiseproblemer og el. vitamin-mineralmangler
- Nyresyge gravide med stort protein tab
- Svær hyperemesis

Ad Type 1 og type 2 diabetes:

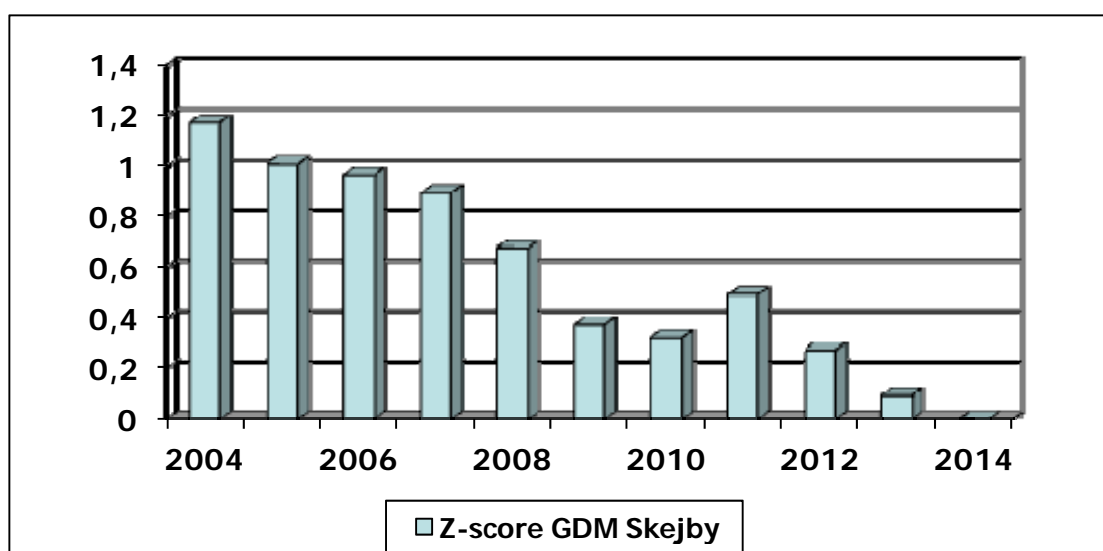
Behandlingen af gravide med insulinkrævende sukkersyge er en højt specialiseret funktion, jf. Sundhedsstyrelsens Specialeplan. Behandlingen varetages i Danmark på blot 4 universitetshospitaler. Behandlingen beror på en multidisciplinær indsats involverende bl.a. obstetrikere, endokrinolog og diætist. Da gravide med insulinkrævende sukkersyge samles på få universitetshospitaler betyder det, at den enkelte, kommunale diætist i det daglige kun vil møde et fåtal af disse patienter og derfor ikke opnå rutine i behandlingen af disse.

Ad GDM:

Diætisten er hjørnестenen i behandling af gravide med gestationel diabetes (GDM). Ved denne patientgruppe startes behandling med hjemmemonitorering af plamaglukose, diæt- og motionsvejledning, evt insulin behandling, tæt obstetrisk kontrol og igangsættelse af fødslen.

Det har vist sig at behandlingen mindsker risikoen for alvorlige komplikationer hos den nyfødte med 75% og risikoen for for store børn med 50%. Vi har oplevet gode resultater på AUH for lige præcis denne patient gruppe, hvilket især skyldes diætisten. Som vist i figuren kan man se at gennem årene er det lykkedes at få normalvægtige børn.

fig1: Z-score tager højde for gestationsalder. Z-score på 0 sv. til normal vægt for gestationsalderen

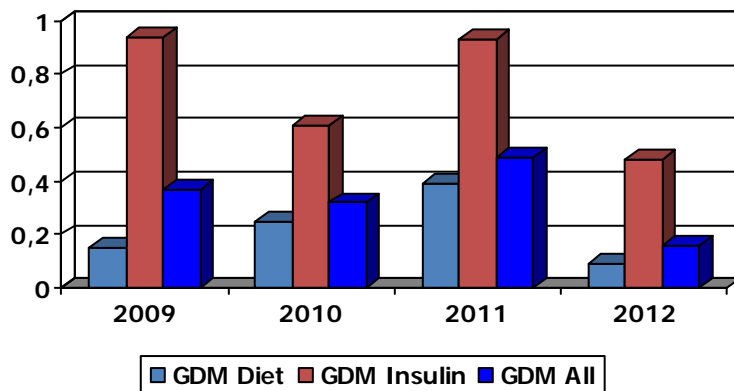


Afdelingen har landsdelsfunktion for gravide diabetikere der behandles med insulin. Vi får derfor ofte henvist GDM gravide fra regionssygehusene, hvor man ikke har kunnet komme igennem med diætvejledning alene, og derfor henviser til insulinbehandling. Vi oplever ofte at vores diætist lykkes at diætvejlede, således den gravide undgår insulin behandling.

Hvis diætist spares væk:

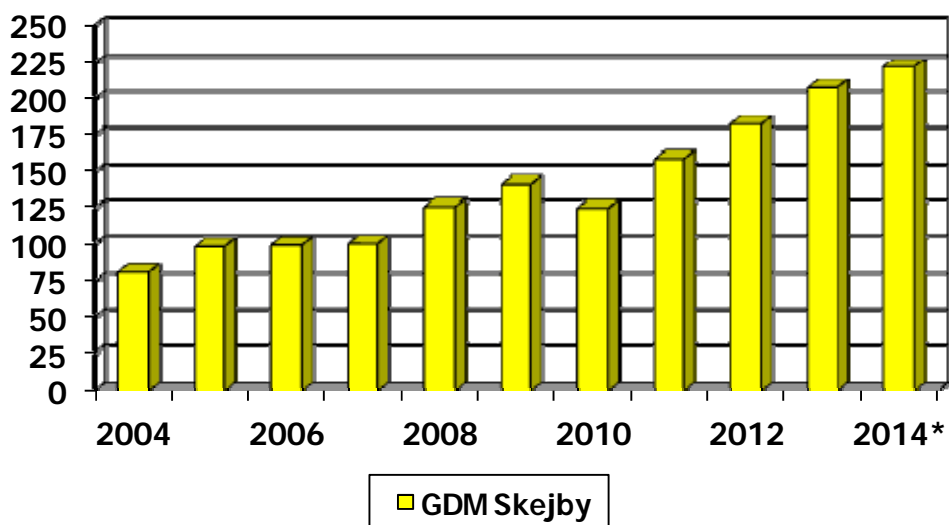
En kommunal diætist har ikke det samme erfaringsgrundlag som diætisten i Klinik for Gravide. En kommunal diætist vil kun se få gravide med GDM. Forventeligt vil dette medfører at flere GDM gravide vil skulle behandles med insulin. Dette er langt mere ressource krævende. Der er flere kontroller, ultralyds skanninger og risiko for komplicerede fødsler.

Fig 2: Z-score for GDM diæt behandlet og GDM insulin behandlet. Figuren viser at GDM insulin behandlede for større børn.



Antallet af gravide med GDM er stigende, formentlig pga stigende BMI og ældre antal fødende. I dag stilles diagnosen GDM ved en sukkerbelastning med en 2 timers værdi på 9,0. WHO anbefaler at grænsen sættes til 8,5, hvilket vil blive indført i Danmark. Dette medfører selvsagt en stigning i antallet af GDM og dermed yderst vigtigt at denne gruppe får den bedste behandling.

Figur 2: antallet af GDM gravide på AUH



Diætisten tilknyttet Klinik for Gravide er særdeles aktiv. Hun har deltaget i den nationale guideline gruppe for behandling af gravide med GDM (*Behandling af gestationel diabetes, Sandbjerg Guideline 2007*), medlem af Sundhedsstyrelsens Diabetes styregruppe (*Kliniske retningslinier for diabetesbehandling ved graviditet hos kvinder med kendt diabetes diabetes (Type 1 og Type 2) før graviditeten.*), samt bidraget til bogkapitel om diabetes og graviditet. Hun deltager i videnskabelige internationale konferencer og bidrager til forskningen på afdelingen.

Diætisten diætvejleder også de mere komplicerede tilstande, der kan ses ved visse gravide, som spiseforstyrrelser, svær hyperemesis, hvor sondebehandling og indlæggelse kan komme på tale, gravide med stomi, nyresyge med stort protein tab, gastric bypass opererede gravide og andre sjældent forekommende tilstande. En del af disse tilstande vil henhøre under en højt specialiseret funktion, dvs have en karakter der gør, at særlig indsats er påkrævet, og samtidigt også en sjælden forekomst, hvorfor den kommunale diætist ikke kan forventes at have et sufficient erfaringsgrundlag for behandling og kontrol af disse patientgrupper.

Til daglig er der et tæt samarbejde med diætisten og obstetiker, da hun lokalemæssigt er i klinik for gravide. Det har medført et frugtbart samarbejde, hvor man dagligt konferer den bedste behandling af den gravide.

Overlæge dr.med. Per Ovesen, perovese@rm.dk
Overlæge PhD, Jens Fuglsang Jens.Fuglsang@skejby.rm.dk
Overlæge PhD, Lone Storgaard, lonsto@rm.dk

Hørings svar: Lukning af Fertilitetsklinikken på Aarhus Universitetshospital

Udarbejdet af Afdelingsledelsen på Gynækologisk-obstetrisk afdeling Y, Afsnitsledelsen og professorerne på Fertilitetsklinikken.

FAKTABOX

- Barnløshed er en folkesygdom, der rammer mindst 15 % af befolkningen
- Hvert 10. barn er resultat af barnløshedsbehandling
- Ved lukning af Aarhusklinikken vil der være stor risiko for tab af højt specialiserede funktioner indenfor fertilitet med øgede udgifter/tab af indtægter på op mod 3 mio. kr. til følge. De højt specialiserede funktioner vil herefter kun kunne udføres på Rigshospitalet.
- Lukning af Fertilitetsklinikken vil desuden medføre forringet kvalitet af andre højt specialiserede funktioner på Aarhus Universitetshospital, hvor patienter med komplicerende sygdomme (fx endometriose eller onkologiske sygdomme) netop henvises, for at eksperter i et tværfagligt samarbejde kan optimere behandlingen, herunder hvis kvindens fertilitet er truet.
- Ligeledes vil det være vanskeligt at fortsætte den højt specialiserede kryobehandling i Vestdanmark ved lukning af Fertilitetsklinikken, og man må frygte at aktiviteten kun vil kunne udføres på Rigshospitalet.
- Fertilitetsklinikken på Aarhus Universitetshospital har 10.000 ambulante konsultationer om året. En lukning vil medføre
 - ulempe for 60% af Regionens fertilitetspatienter grundet helt unødvendig transport
 - patienterne vil årligt skulle køre næsten 1 mio. km til behandling
 - Øgede udgifter til befordringstilskud på mindst 1 mio. kr. pr. år
 - Tidsforbruget på landevejen vil betyde tabt arbejdsfortjeneste på omkring 4 mio. kr. pr. år
- Der opereres med en ressourcereduktion, som vil medføre
 - øgede ventelister på grund af undernormering
 - tab af indtægter på udenregionspatienter
 - udgifter til behandling af Region Midt patienter uden for regionen
- Såfremt klinikken lukkes vil Aarhus Universitetshospital være det eneste universitetshospital i Danmark og Norden *uden* fertilitetsklinik.

SAMLET KONKLUSION

På baggrund af ovenstående vil vi opfordre til at forslaget om lukning af Fertilitetsklinikken på Aarhus Universitetshospital trækkes tilbage. Der opnås ikke den anslåede besparelse og følgevirkningerne bl.a. i form af tab af højt specialiserede funktioner er alvorlige.

Afdelingsledelsen på afd. Y, Afsnitsledelsen og professorerne på Fertilitetsklinikken vil gerne tilkendegive, at en grundig konsekvensanalyse af forslaget om at lukke Fertilitetsklinikken på Aarhus Universitetshospital forekommer uholdbart i forhold til økonomi og faglighed. Vi respekterer behovet for besparelser.

Der er 3 fertilitetsklinikker i Regionen, og det kan undre, at man vil lukke og opdele netop den klinik, som har de ekstra højtspecialiserede funktioner, hvor ekspertisen ikke findes på de andre klinikker, og som netop ikke umiddelbart kan flyttes. Tab af de højtspecialiserede funktioner vil også have afledte effekter på samarbejdspartnere, som tager hånd om tilstødende højtspecialiserede funktioner.

Man må betvivle, at der på sigt er tale om en reel besparelse for regionen og frygte, at der snarere kan blive tale om merudgifter.

Barnløshed er en folkesygdom, som opleves af mindst 15 % af befolkningen. Fertilitetsbehandling involverer derfor en meget stor befolkningsgruppe, hovedsagelig bestående af erhvervsaktive personer. Desuden foregår fertilitetsbehandling i behandlingsforløb med mange (6-8) ambulante konsultationer, hvorfor geografiske og afstandsmæssige forhold har stor betydning.

Tab af højtspecialiserede funktioner

Ægsorteringsbehandling er en højt specialiseret funktion, som kun udføres på Aarhus Universitetshospital og på Rigshospitalet, og kan ifølge lovgivningen ikke udføres på privatklinikker. Da Aarhus Universitetshospital suverænt har den højeste succesrate, har Odense Universitetshospital valgt at sende deres patienter til Aarhus Universitetshospital. Region Midt mister derved udenregionale indtægter ved evt. lukning.

Denne velfungerende højtspecialiserede funktion risikerer at smuldre ved evt. lukning af Aarhus Universitetshospitals Fertilitetsklinik, da ægsortering kræver ekspertise, som ikke findes hverken i Skive eller Horsens, og som kræver måneders/års oplæring. Teknikken kræver højt specialiseret personale, raffineret udstyr, særlige laboratoriefaciliteter og et tæt samarbejde med Klinisk genetisk afdeling. Ægsorteringsbehandlingerne kræver både lægelig ekspertise samt særlige molekylærbiologiske og bioanalytiske kompetencer, og en sådan bemanning kræver at specialister vil finde det attraktivt at søge ansættelse ved en Fertilitetsklinik, som oftest vil medføre en transporttid på 1,5 times (96 km) eller 3 timer dagligt (230 km). Selv om enkelte evt. vil flytte med, vil mange af eksperterne ikke følge med, hvorfor funktionen vil være kompromitteret i måneder/år, og vil sandsynligvis tabes. Desuden skal der gøres opmærksom på, at der bygningsmæssigt er særlige krav til denne behandling. Det er således nødvendigt, at der indrettes tre fysisk separate laboratorier til biopsi, mix, og analyse. Flytning af højtspecialiserede funktioner vil kræve godkendelse fra Sundhedsstyrelsen.

Hvis de aktuelle 50 årlige PGD behandlinger flyttes til Rigshospitalet vil det koste Region Midt 1,4 mio. at få behandlet egne borgere på Rigshospitalet, og 1,4 mio. kr. i tabte udenregionsindtægter, ligesom der skal dækkes transportudgifter for disse kvinder/par. Dette giver en samlet tab for Regionen på knap 3 mio. kr.. Behovet for PGD i Vestdanmark er på ca. 80-100 behandlinger pr. år, således at der kunne tjenes udenregionsindtægt ved at opruste denne funktion.

Øvrige højtspecialiserede funktioner der risikerer at gå tabt

Mandlig infertilitet, og andre avancerede endokrinologiske problemstillinger, der kræver særlig diagnostik. Dette kræver også at eksperterne vil flytte til Horsens/Skive. Ellers vil ventetiden stige og patienterne vil søge uden for regionen.

Nedfrysning af æggestokke- og testikelvæv (Kryo-behandling) for at bevare børns og unge kræftpatienters mulighed for at få børn efter at de er blevet helbredt med kemobehandlinger, der ofte er skadelige for

funktionen af æggestokke eller testikler. Hovedparten af disse patienter er børn i massiv kemoterapi, og skal ofte behandles subakut. For disse er det altafgørende, at de kan håndteres anæstesiologisk og kirurgisk på et center med børneanæstesi, trænedede kirurger og tæt relation til børneonkologerne på Aarhus Universitetshospital. Man kan frygte at denne funktion vil blive samlet på Rigshospitalet, såfremt Fertilitetsklinikken lukkes. Dette vil være endnu en belastning af disse svært syge patienter lige efter at diagnosen er stillet. Desuden er denne behandling omfattet af Vævsloven, og kan således ikke flyttes uden godkendelse af egnede faciliteter og Sundhedsstyrelsens tilladelse.

Afledte effekter

Ved evt. lukning af Fertilitetsklinikken på Aarhus Universitetshospital vil dette få afsmittende effekter på det tætte samarbejde, som Fertilitetsklinikken har med partnere på Universitetshospitalet. Fertilitetsklinikken læger tilkaldes ikke sjældent under operative indgreb ved uforudsete komplicerede forhold af betydning for fertiliteten, hvor en tværfaglig vurdering er af afgørende betydning. Ligeledes drøftes komplicerede fertilitetspatienter, som netop findes på en Universitetshospitalsafdeling hyppigt med de ekspertiser indenfor endometriose, onkologi eller klinisk genetik, så patienten får den optimale behandling uden at skulle vente i uger på tilsyn.

Samarbejdspartnere er således bl.a.: Klinisk Genetisk afdeling, Endometrioseteamet på gynækologisk – og gastroenterologisk afdeling, Onkologisk team, Infektionsmedicinsk afdeling, Endokrinologisk afdeling, Cardiologisk afdeling, Molekylærmedicinsk afdeling (MOMA). Et samarbejde, som ikke blot handler om patienter, som på grund af komplicerende sygdomme netop henvises til Aarhus Universitetshospital, hvor et sådant samarbejde er muligt, men også har betydning for forskning og udvikling. En lukning vil dermed betyde, at afdelinger ude i landet ikke fremover har et jysk kraftcenter at henvise disse patienter til, og vil muligvis være henvist til at sende disse patienter til Rigshospitalet.

Økonomi

Tab af indtægter og øgede udgifter. De meget beskedne ressourcer, der ifølge forslaget skal tilføres klinikkerne i Horsens og Skive vil ikke efter bedste skøn kunne sikre en personalemæssig kapacitet, som svarer til det øgede antal behandlinger, der skal varetages efter evt. lukning af klinikken i Aarhus. Dette kan medføre ventetider, som dels betyder, at klinikkerne ikke er attraktive for udenregionspatienter og dermed indtægtstab for Region Midt, dels at indenregionspatienter søger til klinikker uden for regionen med deraf følgende øgede udgifter. En tilførsel af resurser vil derefter reducere effekten af besparelsen markant.

Stort tab i arbejdsfortjeneste - patientperspektiv. Næsten 60% af Regionens kvinder i den fertile alder bor i en afstand, så det er lettest at blive behandlet i Århus. Herud over ved vi, at mange arbejder eller studerer i Aarhus, og derfor hellere vil behandles på Aarhus Universitetshospital, selvom de bor nærmere en af de andre klinikker. Denne ekstra transport vil samtidig øge samfundets udgifter væsentligt til transport-refusion – uden at det giver ekstra sundhed. Det må skønnes, at øgede udgifter til befordringstilskud vil være mindst på 1 mio. kr. årligt

Da Fertilitetsklinikken patienter overvejende er unge erhvervsaktive kvinder/par, vil den øgede unødvendige transporttid (mellem 96 km og 230 km transport pr. besøg) give et indtægtstab for patienterne og en tabt arbejdsfortjeneste for arbejdsgiverne totalt på et skønnet beløb på ca. 4 mio.kr. om året¹

Behandlingskvalitet

Alle klinikker i Region Midt har en høj kvalitet, men da Aarhus Universitetshospital har langt flest af de alvorligt syge patienter, som har mange andre komplicerende lidelser, kan tal mellem klinikker være svære at sammenligne, men Aarhus Universitetshospital har generelt ligget i toppen nationalt, og var i 2013 Danmarks bedste offentlige klinik. Klinikken har i fire af de seneste 5 år ligget som nr. 1 af Universitetsklinikkerne, som har det mest sammenlignelige patientgrundlag.

Andre forhold

Uddannelse. En universitetsafdeling bør principielt dække alle faglige aspekter af det gynækologisk obstetriske speciale for at kunne give et komplet og relevant uddannelsesmæssigt tilbud præ- og postgraduat, og ikke mindst i speciallægeuddannelsen. Reproduktionsmedicin udgør et meget stort område både klinisk og forskningsmæssigt. En evt. flytning vil besværliggøre opfyldelsen af de universitære opgaver afdelingen har i relation til bl.a. klinikophold.

Forskning. Den mest forskningstunge Fertilitetsklinik flyttes fra et frugtbart forskningsmiljø på Aarhus Universitetshospital. På grund af de særlige netværk, der naturligt er til stede på et Universitetshospital har en fertilitetsklinik på et Universitetshospital således optimale vilkår for etablering af forskningsmæssige netværk på højt niveau, lettere adgang til rekruttering af kvalificeret forskningsinteresseret personale og adgang til forskningsfaciliteter og -udstyr. Disse forhold muliggør forskning på højt internationalt niveau, hvilket også er tilfældet.

Alle Universitetshospitaler i Danmark og Norden har en fertilitetsklinik. Som ovenfor nævnt indgår Fertilitetsklinikken i et tæt samarbejde med andre eksperter på Aarhus Universitetshospital. Et samarbejde til gavn for patienter, og vigtig for forskning og udvikling. Behandlingerne på en fertilitetsklinik omfatter højt specialiserede processer, hvilket giver mulighed for at udføre forskning indenfor fx genetiske sygdomme og menneskers fertilitet - områder hvor der sker en rivende udvikling, hvilket smitter af på andre områder indenfor et universitetshospital.

På baggrund af ovenstående vil vi opfordre til, at forslaget om lukning af Fertilitetsklinikken på Aarhus Universitetshospital trækkes tilbage.

Med venlig hilsen

Jannie Dalby Salvig, Ledende overlæge, PhD. Afd. for Kvindesygdomme og fødsler (Y), Aarhus Universitetshospital

Johnny Hindkjær, Biolog, Leder af laboratoriet i Fertilitetsklinikken, Aarhus Universitetshospital

Ulla Breth Knudsen, Lægelig Leder af fertilitetsklinikken, Professor, PhD., Aarhus Universitetshospital

Hans Jakob Ingerslev, Professor, overlæge, Dr.Med., Fertilitetsklinikken, Aarhus Universitetshospital

Erik Ernst, Professor, overlæge, PhD. Afd. for Kvindesygdomme og fødsler (Y), Aarhus Universitetshospital

ⁱ (Danmarks Statistik (SLON10) angiver en fortjeneste for hver time på 250,25 kr. pr. præsteret arbejdstime (medianløn)).