

ANALYSE AF FØDSELSOMRÅDET

Indhold

1. Baggrund	2
1.1 Formål	2
1.2 Grundlag for vurderingen	2
2. Organisering.....	3
2.1 Den nuværende organisering.....	3
2.2 Organisering i HOPP 2020.....	3
3. Datagrundlag.....	4
4. Udviklingstendenser	5
4.1 Fremtidssikret hovedfunktion og specialfunktion	6
4.2 Hensyn til nærhed, uddannelse, forskning og rekruttering.....	6
4.3 Øvrige specialer på samme matrikel	7
4.4 Specialer på anden matrikel.....	7
5. Særlige opmærksomhedspunkter	7
6. Scenarier for den fremtidige organisering	8
Scenarie 1: Normalisering af optageområder	9
Scenarie 2: Fire fødesteder med rokade i Syd.....	9
Scenarie 3: Fire fødesteder med rokade i Midt.....	10
7. Administrationens anbefalinger.....	12
Bilag	14
Bilag 1: Antal fødsler fordelt på optageområder og hospital.....	14
Bilag 2: Fødselsprognose 2012 – 2027	16
Bilag 3: Spørgeskema fra SFR Gynækologi/obstetrik.....	17
Bilag 4: Spørgeskema fra SFR Pædiatri	23

1. Baggrund

Regionsrådet skal én gang årligt vurdere, om forudsætningerne for specialefordelingen i Hospitals- og Psykiatriplan 2020 (HOPP 2020), herunder forudsætningerne for funktionernes optageområder, har ændret sig, så tilpasninger bliver fagligt eller økonomisk nødvendige.

Den udvidede direktørkreds har i drøftelser om forslag til ændringer af HOPP 2020 besluttet, at der igangsættes en række analyser, som skal belyse, hvorvidt der er behov for tilpasninger. Resultaterne af de nævnte analyser indgår i arbejdet med den årlige revision af HOPP 2020 i 2014 og følgende år.

Indenfor pædiatri, gynækologi og obstetrik blev der igangsat nærværende analyse af fødselsområdet. Udgangspunktet for analysen er et ønske om at bringe overensstemmelse i planlægningsområder/optageområder indenfor gynækologi, obstetrik og pædiatri i forhold til de øvrige specialer, som oprindeligt fastlagt i HOPP 2020. Samtidig skal det sikres, at obstetrik og pædiatri følges ad i fødselsforløbet, og at Rigshospitalet bevarer en bæredygtig produktion i forhold til varetagelse af de højt specialiserede funktioner i pædiatri og obstetrik.

1.1 Formål

Formålet med analysen er at sikre gode patientforløb og tilstrækkeligt patientunderlag, samt at det belyses, om der er behov for at ændre i optageområder for gynækologi, obstetrik og pædiatri således, at der er et tilstrækkeligt antal fødsler på fødestederne.

Derudover skal det sikres, at specialerne så vidt muligt følges ad, således at kommunerne ikke har relationer til flere hospitaler for den enkelte patient. Formålet er at sikre sammenhængende patientforløb og et hensigtsmæssigt samarbejde med kommunerne. Således er der aktuelt flere kommuner, hvor organiseringen af gynækologi, obstetrik og pædiatri ikke flugter med optageområder for de øvrige specialer.

1.2 Grundlag for vurderingen

SFR pædiatri og SFR-Gynækologi og Obstetrik har bidraget med oplysninger, der danner grundlag for vurderingen.

Der er desuden afholdt et møde, hvor den fremtidige struktur og udfordringer for specialerne blev drøftet, og drøftelserne fra mødet indgår også i vurderingen. Til mødet deltog Koncerndirektionen, repræsentanter fra Center for Sundhed, repræsentanter fra Center for Økonomi, formanden for de relevante SFR, en direktionsrepræsentant og en faglig repræsentant fra henholdsvis Rigshospitalet, Hvidovre Hospital, Nordsjællands Hospital og Herlev Hospital.

Derudover indgår oplysninger fra Landspatientregistret (LPR) og data fra hospitalerne også i grundlag for vurderingen.

2. Organisering

2.1 Den nuværende organisering

Der har hidtil været søgt at opbygge en sammenhæng i specialerne gynækologi, obstetrik og pædiatri. Denne sammenhæng har i en vis udstrækning været på bekostning af sammenhængen i optageområder for andre specialer.

Der er aktuelt fem fødesteder i regionen placeret på Nordsjællands Hospital, Herlev Hospital, Hvidovre Hospital, Rigshospitalet og Bornholms Hospital. Optageområderne knyttet til hospitalerne fremgår nedenfor, og er i forhold til hospitalsplanen en midlertidig løsning.

Hvidovre Hospital - Syd <ul style="list-style-type: none">• Amager Vest• Amager Øst• Bispebjerg (Byen)• Brøndby• Dragør• Hvidovre• Ishøj• Tårnby• Valby• Vallensbæk• Vanløse (Byen)	Rigshospitalet - Byen <ul style="list-style-type: none">• Frederiksberg• Indre By• Nørrebro• Uden for inddeling• Østerbro Bornholm - Bornholms Hospital <ul style="list-style-type: none">• Bornholm
Herlev Hospital - Midt <ul style="list-style-type: none">• Albertslund(Syd)• Ballerup• Brønshøj-Husum (Byen)• Egedal• Gentofte• Gladsaxe• Glostrup (Syd)• Herlev• Høje-Taastrup (Syd)• Lyngby-Taarbæk• Rødovre	Nordsjællands Hospital - Nord <ul style="list-style-type: none">• Allerød• Fredensborg• Frederikssund• Furesø (Midt)• Gribskov• Halsnæs• Helsingør• Hillerød• Hørsholm• Rudersdal (Midt)

Note: Optageområder angivet i parentes er ift. HOPP 2020 en midlertidig løsning

2.2 Organisering i HOPP 2020

Det er med HOPP 2020 besluttet, at kvinde-barn området omfatter gynækologi/obstetrik og pædiatri, og at det varetages på Nordsjællands Hospital, Herlev Hospital, Hvidovre Hospital og Rigshospitalet i de fire planlægningsområder. Hermed sikres

det, at fødsler og pædiatri og herunder neonatologi findes på de samme hospitaler. Af hensyn til nærhedsprincippet skal der fortsat være tilbud om svangre konsultationer flere steder lokalt i regionen.

På de fire hovedfunktionsafdelinger skal der alle steder findes neonatal funktioner af hensyn til sammenhængen med fødselsfunktionerne. Neonatal specialfunktion varetages på Rigshospitalet, ligesom de pædiatriske specialfunktioner hovedsagligt varetages på Rigshospitalet. Bornholms Hospital har en særlig status, og Rigshospitalet varetager de funktioner, der ikke varetages på Bornholms Hospital.

I 2010 blev der udarbejdet en rapport om tilbud og fysiske rammer på kvinde-barn området, og principperne herfra indgår i de fremtidige hospitalsbyggerier for kvinde-barn centre. Forudsætningen for rapporten bygger på HOPP forudsætningen om fire fødesteder samt Bornholm med særstatus.

3. Datagrundlag

Der er anvendt udtræk fra LPR på fødselsprocedurer i 2013 på hospitaler i Region Hovedstaden. Der er talt antal procedurer, og ikke antal fødte børn – således er 387 flerfoldsfødsler alene talt som 387 fødsler.

Da fødsler i Københavns Kommune endnu ikke er delt op på bydele (Amager Vest, Amager Øst, Bispebjerg, Brønshøj-Husum, Indre By, Nørrebro, Uden for inddeling, Valby, Vanløse, Vesterbro/Kongens Enghave og Østerbro), er der anvendt en forholdsmæssig fordeling af disse fødsler efter antallet af fødsler i bydelene i år 2012.

Det er antagelsen, at en fødestue har kapacitet til 500 fødsler om året. Antallet af fødestuer for fødeafdelingerne fremgår nedenfor:

- Hvidovre Hospital: 12 fødestuer
- Rigshospitalet: 13 fødestuer
- Bornholms Hospital: 2 fødestuer
- Herlev Hospital: 10 fødestuer
- Nordsjællands Hospital: 8 fødestuer

Antal fødsler pr. fødestue i 2013 var følgende:

- Hvidovre Hospital – 544
- Rigshospitalet – 474
- Bornholms Hospital – 113
- Herlev Hospital – 417
- Nordsjællands Hospital - 341

Antallet af fødsler på de fem fødesteder i årene 2011, 2012 og 2013 fremgår i tabellen nedenfor.

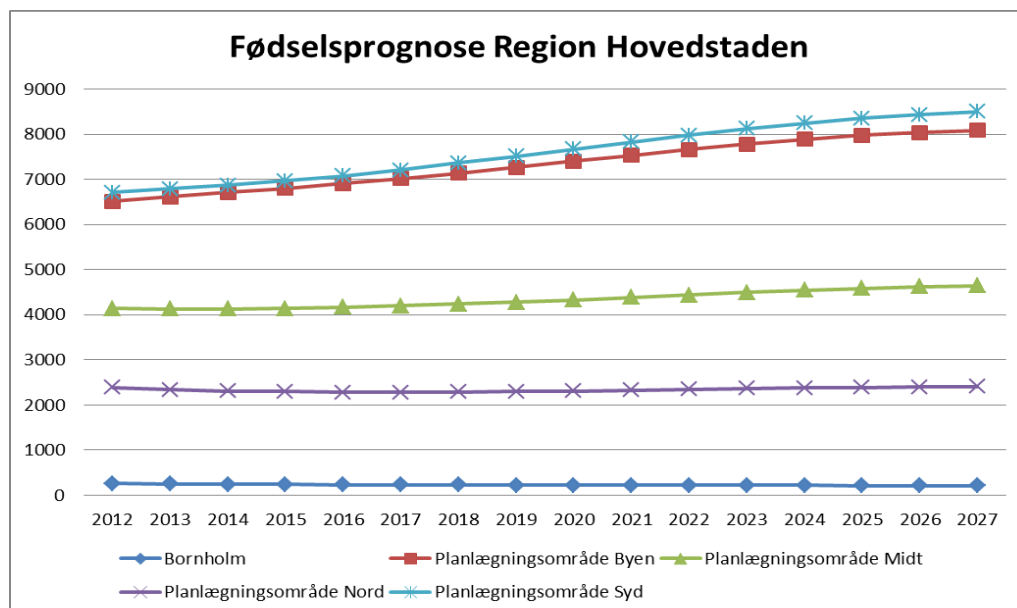
Fødested	2011	2012	2013
Hvidovre Hospital	6.605	6.748	6.524
Rigshospitalet	5.922	6.236	6.159
Bornholms Hospital	212	242	226
Herlev Hospital	4.484	4.327	4.168
Nordsjællands Hospital	3.047	2.867	2.724
I alt	20.270	20.420	19.801

Som det fremgår, har der fra 2011 til 2013 været et stigende antal fødsler på Hvidovre Hospital, Rigshospitalet og Bornholms Hospital, mens antallet af fødsler på Herlev Hospital og Nordsjællands Hospital er faldet. Fra 2012 til 2013 sker der et generelt fald som følge af faldende fødselstal.

4. Udviklingstendenser

I figuren ”Fødselsprognose Region Hovedstaden” vises udviklingen i antal fødsler i regionen i perioden 2012 til 2027. Fremskrivningen er baseret på befolkningsprognose fra Danmarks Statistik samt Københavns Kommunes befolkningsprognose. Fødselsprognosen vises fordelt på planlægningsområder, som oprindeligt fastlagt i HOPP 2020, og dermed ikke hospitalernes nuværende optageområder.

I planlægningsområderne Byen og Syd viser fødselsprognosen en stor vækst i antallet af fødsler, med en stigning på lige omkring 1.500 fødsler yderligere i hvert optageområde i år 2027. Planlægningsområde Midt oplever en svag vækst på ca. 500 fødsler i perioden. I Planlægningsområde Nord er antallet af fødsler stabilt, og der ventes ikke nogen vækst.



Note: Detaljeret fremskrivning er vedlagt som bilag 2

Det skal i relation til prognosen bemærkes, at prognosen indeholder de usikkerheder, som prognoser har. Fx kan der i 2013 konstateres et væsentligt fald i antallet af fødsler i forhold til det prognosticerede. Det må dog antages, at de overordnede trends i prognosen er pålidelige.

4.1 Fremtidssikret hovedfunktion og specialfunktion

Ifølge SFR for gynækologi/obstetrik er der ikke evidens for at store fødesteder har betydning for den faglige kvalitet for så vidt angår hovedfunktion indenfor obstetrik.

Gynækologi og obstetrik ses som et sammenhængende speciale og bør være placeret i samme afdeling. SFR finder, at der bør være et befolkningsunderlag på 350.000 - 400.000 indbyggere for at oppebære en bæredygtig fremtidssikret hovedfunktion. For så vidt angår specialfunktion bør befolkningsunderlaget være 1,6 – 2,5 mio. fordelt på et center og en eller to afdelinger afhængig af den enkelte funktion.

SFR Obstetrik finder, at der bør være minimum 3000 – 4000 fødsler på en fødeafdeling, og at den skal ligge på et hospital med en neonatal afdeling.

SFR Pædiatri vurderer, at der i hovedfunktion bør være et befolkningsunderlag på minimum 150.000 børn og unge. I relation til neonatologi er det vurderingen, at der bør være et fødselsunderlag på 4000 pr. år.

For så vidt angår specialfunktion bør der være et befolkningsunderlag på mindst 500.000 børn og unge med et samlet befolkningsunderlag på 1,6 – 2,5 mio.

For nærmere uddybning henvises generelt for begge SFR til bilag 3 og 4.

4.2 Hensyn til nærhed, uddannelse, forskning og rekruttering

SFR Gynækologi/Obstetrik finder, at der med den nuværende fordeling (fire fødesteder) er en passende balance mellem nærhed og faglig kvalitet. Dog bør det overvejes, om der kan etableres flere svangrekonsultationer i nærområderne. SFR Pædiatri finder, at tre børne- og ungeafdelinger på hovedfunktionsniveau og Rigshospitalet med specialfunktioner sikrer ensartet nærhed for regionens borgere.

Begge SFR finder, at afdelingerne skal have tilstrækkeligt volumen til at kunne varetage uddannelse. SFR for obstetrik vurderer, at der i relation til uddannelse af læger sygeplejersker og jordemødre bør være minimum 3000 fødsler, om end der ikke foreligger evidens herfor.

Sundhedsvidenskabelig forskning har i de senere år ændret karakter. Den patientnære forskning bliver stadig mere grundforskningsorienteret. Behovet for at koncentrere og integrere de sundhedsvidenskabelige forskningsmiljøer, med henblik på at føre spørgsmål, problemstillinger, kundskaber og viden fra klinikken til laboratoriet og tilbage igen, er derfor påtrængende.

Det er vigtigt, at afdelingerne har en passende størrelse for at kunne rekruttere læger og plejepersonale samt for at kunne understøtte tilstedeværelsesvagter. I pædiatrien forventes mangel på plejepersonale og læger fremover, og rekruttering og fastholdelse skønnes at få bedre betingelser på store børneafdelinger.

4.3 Øvrige specialer på samme matrikel

SFR for Gynækologi/Obstetrik anser det for nødvendigt at have følgende specialer på samme matrikel for at kunne varetage hoved- og specialfunktioner:

- Hovedfunktioner; neonatologi, anæstesiologi og intensiv terapi, billeddiagnostik, klinisk biokemi, kirurgisk gastroenterologi, fysioterapi og adgang til patologisk service
- For specialfunktioner afhænger det af den funktion den enkelte afdeling varetager; specialiseret neonatologi, onkologi, urologi, medicinsk endokrinologi, medicinsk nefrologi, medicinsk kardiologi, børnekirurgi og reproduktionsmedicin.

SFR for Pædiatri anser det for nødvendigt at have følgende specialer på samme matrikel for at kunne varetage hovedfunktioner. Der bør være samarbejde med anæstesiologi med intensivt afsnit niveau 2, kirurgi, ortopædkirurgi, oto-rhino-laryngologi, neurologi med neurofysiologi, oftalmologi, børne- og ungdomspsykiatri, diagnostisk radiologi med mulighed for MR-scanning, klinisk fysiologi og nuklearmedicin. Der bør desuden være samarbejde med fysioterapeut, ergoterapeut, psykolog, pædagog inkl. skolelærer og socialrådgiver.

For de specialiserede pædiatriske funktioner skal der være samarbejde med en række specialer og funktioner beliggende på akuthospitaler.

4.4 Specialer på anden matrikel

SFR for Gynækologi/Obstetrik finder, at specialerne klinisk genetik, sexologisk klinik, blodbank og klinisk mikrobiologisk service kan være på anden matrikel ved brug af telemedicinske løsninger.

SFR Pædiatri finder, at billeddiagnostiske MDT konferencer kunne være medvirkende til øget dialog, sparring og læring og dermed hurtigere diagnostik i et samarbejde mellem specialefunktion og hovedfunktionen, således at der eventuelt kan ske en hurtigere udredning og eventuelt viderehenvielse.

5. Særlige opmærksomhedspunkter

SFR for Gynækologi/Obstetrik finder det ikke hensigtsmæssigt at specialfunktioner samles et sted i regionen. Det er derimod hensigtsmæssigt at opretholde fordelingen på de nuværende enheder, da befolkningsunderlag er fastsat ud fra en samlet vurdering af behovet for kvalificering af de kirurgiske indgreb, forudsætninger for gennemførelse af optimale uddannelsesforløb og den optimale udnyttelse af personaleressourcerne.

SFR anbefaler fire store gynækologisk-obstetrisk afdelinger med uændret fordeling af funktioner, dog placering af onkogynækologi et sted. SFR finder, at der fortsat er behov for gynækologisk-obstetrisk afdeling på Bornholm med formaliseret samarbejdsaftale om udredning og follikelskanning. Endelig foreslås, at Bornholms Hospital repræsenteres i SFR.

SFR pædiatri anbefaler forenkling af organiseringen af pædiatrien med en fokuseret opdeling i form af tre børne/ungeafdelinger til varetagelse af pædiatrien på hovedfunktionsniveau samt en afdeling (Rigshospitalet) til varetagelse af pædiatriens specialfunktioner. Dermed opnås placering af pædiatriens hovedfunktion inkl. akutfunktion på de tre akuthospitaler, hvilket understøtter mere ensartet og ligelig opdeling af optageområder, der kan sikre et passende befolkningsgrundlag for neonatologi og dermed antallet af fødsler på det enkelte hospital. Det vil endvidere være understøttende for nærhedsprincippet.

SFR anbefaler desuden, at der på hovedfunktionsniveau samles enkle ekspertiser på 1-2 matrikler, som det fx er tilfældet indenfor børnediabetes, der kun varetages på Nord-sjællands Hospital og Herlev hospital. Det kunne fx være svær cerebral parese, Tourette, børnehovedpine og områder inden for endokrinologien.

6. Scenarier for den fremtidige organisering

Ved mødet den 3. februar 2014 blev der drøftet flere forskellige muligheder for den fremtidige organisering. I det følgende beskrives tre mulige scenarier for fødslernes fordeling i regionen. Der er foretaget beregninger på antal fødsler ved hvert fødested i tre scenarier. Beregningen af antal fødsler bygger på antagelsen om, at de fødende, som tidligere har valgt fødested uden for deres optageområde, fortsat vil vælge et andet fødested end fødestedet i optageområdet herunder kvinder, der skal føde på Rigshospitalet med tilstedeværelse af højt specialiserede funktioner. Alle andre vil følge optageområdet. De tre scenarier er:

1. Normalisering af optageområder, hvor fire fødesteder varetager fødsler for de planlægningsområder, som gælder i HOPP 2020
2. Fire fødesteder, hvor der sker en rokode mellem optageområder særligt i planlægningsområde Syd
3. Fire fødesteder, hvor der sker en rokode mellem optageområder særligt i planlægningsområde Midt

Beregningen af konsekvenserne af de tre scenarier fremgår nedenfor. Tabellen viser antallet af fødsler på hvert hospital, som det ville se ud, såfremt scenarierne var implementeret i 2013.

	Bornholms Hospital	Herlev Hospital	Hillerød Hospital	Hvidovre Hospital	Rigshospitalet	Hovedto- tal
Fødsler 2013	226	4.168	2.724	6.524	6.159	19.801
Scenarie 1*	237	4.013	2.209	6.133	6.436	19.028
Scenarie 2	226	4.717	3.497	6.402	4.959	19.801
Scenarie 3	226	4.923	3.305	6.388	4.959	19.801

* Hertil kommer 773 fødsler fra andre regioner og lande

Antallet af fødsler på Bornholm er lavt og bevarer i det efterfølgende sin særstatus som i dag.

Scenarie 1: Normalisering af optageområder

I scenarie 1 sker der en tilbageførsel af de obstetriske optageområder til det oprindelige udgangspunkt i HOPP 2020. Som det fremgår, vil der være en væsentlig ubalance imellem planlægningsområderne, hvor planlægningsområde Midt og Planlægningsområde Byen har et ca. tre gange så stort fødselsunderlag som Planlægningsområde Nord. Det bliver yderligere forstærket i de kommende år, da der er en fortsat stigning i fødsler i Syd og Byen, mens antallet af fødsler i Nord og Midt er forholdsvis stabile.

	Bornholms Hospital	Herlev Hospital	Hillerød Hospital	Hvidovre Hospital	Rigshospitalet	Hovedto- tal
Fødsler 2013	226	4.168	2.724	6.524	6.159	19.801
Scenarie 1*	237	4.013	2.209	6.133	6.436	19.028

* Hertil kommer 773 fødsler fra andre regioner og lande

Normalisering af optageområder, som i HOPP 2020, synes vanskelig, idet antallet af fødsler i Planlægningsområde Nord vil ligge på et lavt niveau nu og i årene fremover jf. befolkningsprognosen.

Scenarie 2: Fire fødesteder med rokade i Syd

I scenarie to er der fire fødesteder på Nordsjællands Hospital, Herlev Hospital, Hvidovre Hospital samt Rigshospitalet. Der sker en rokade mellem optageområder, og der flyttes en række kommuner fra Byen til Syd, fra Syd til Midt, og fra Midt til Nord. Dermed flyttes der fødsler fra Herlev Hospital til Hillerød Hospital for at styrke Hillerød Hospitals fødefunktion. Samtidig flyttes optageområder fra Hvidovre Hospital til Herlev Hospital og fra Rigshospitalet til Hvidovre Hospital.

Rokaden medfører, at der vil ske en udtynding af fødsler på Rigshospitalet og en tilførsel af fødsler på Nordsjællands Hospital. Ulempen ved scenariet er, at Gynækologi og Obstetrik samt Pædiatri ikke følger de øvrige specialer i planlægningsområderne.

	Bornholms Hospital	Herlev Hospital	Hillerød Hospital	Hvidovre Hospital	Rigshospitalet	Hoved- tal
Fødsler 2013	226	4.168	2.724	6.524	6.159	19.801
Scenarie 2	226	4.717	3.497	6.402	4.959	19.801

Ved denne rocade vil følgende kommuner blive flyttet:

- Lyngby-Taarbæk kommune fra Herlev Hospital til Nordsjællands Hospital
- Gentofte kommune fra Herlev Hospital til Nordsjællands Hospital
- Frederiksberg kommune fra Rigshospitalet til Hvidovre Hospital
- Vanløse, Bispebjerg, Ishøj, Vallensbæk og Brøndby kommuner fra Hvidovre Hospital til Herlev Hospital.

Efter rokaden vil optageområderne være som illustreret på kortet nedenfor.



Scenarie 3: Fire fødesteder med rocade i Midt

Scenarie tre er en variant af scenarie to. Der er fortsat fire fødesteder på Nordsjællands Hospital, Herlev Hospital, Hvidovre Hospital samt Rigshospitalet. Der sker en rocade mellem optageområder, og der flyttes kommuner. Der flyttes fødsler fra Herlev Hospital til Hillerød Hospital, og samtidig flyttes fødsler, som Herlev Hospital varetager i planlægningsområde Syd til Hvidovre Hospital. Herlev Hospital modtager fødsler fra Rigshospitalet.

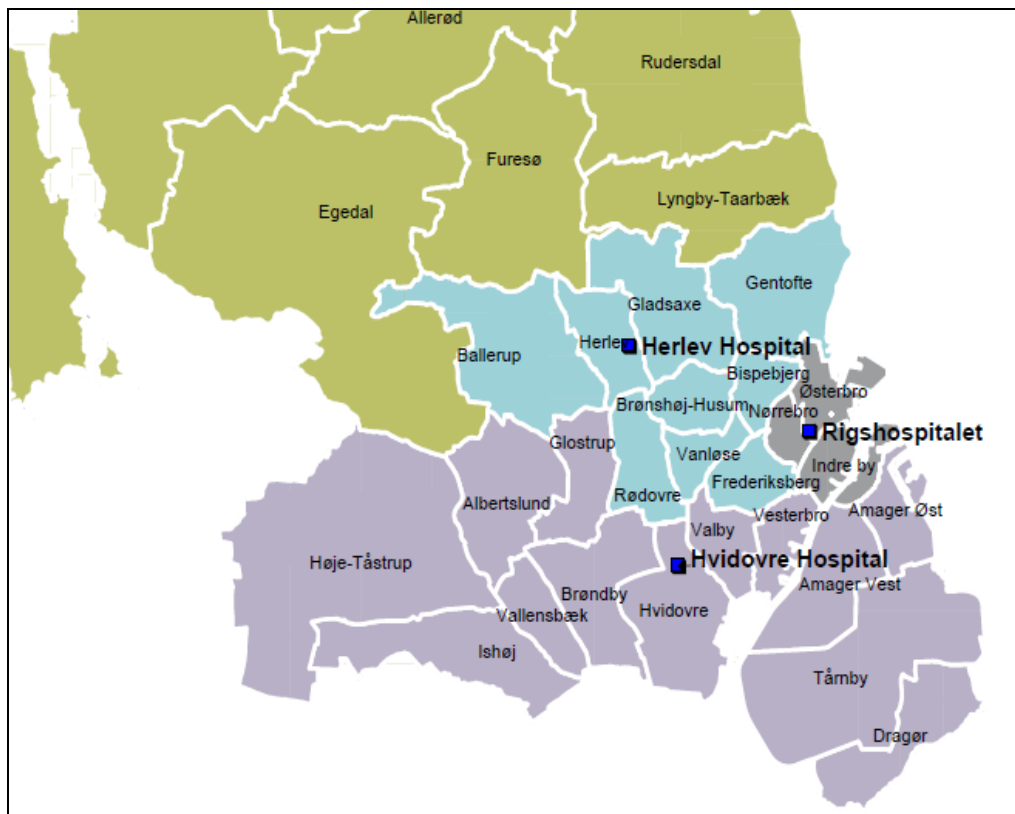
Rokaden medfører, at der vil ske en udtynding af fødsler på Rigshospitalet og en tilførsel af fødsler på Nordsjællands Hospital. Scenariet har den fordel, at planlægningsområde Syd holdes samlet, og at specialet Gynækologi og Obstetrik samt Pædiatri fortsat besvares sammen med de øvrige specialer i planlægningsområde Syd.

	Bornholms Hospital	Herlev Hospital	Hillerød Hospital	Hvidovre Hospital	Rigshospitalet	Hovedtotal
Fødsler 2013	226	4.168	2.724	6.524	6.159	19.801
Scenarie 3	226	4.923	3.305	6.388	4.959	19.801

Ved denne rokade vil følgende kommuner blive flyttet:

- Lyngby-Taarbæk og Egedal kommuner flyttes fra Herlev Hospital til Nordsjællands Hospital
- Høje-Taastrup, Albertslund og Glostrup kommuner flyttes fra Herlev Hospital til Hvidovre Hospital
- Vanløse og Bispebjerg bydelene flyttes fra Hvidovre Hospital til Herlev Hospital
- Frederiksberg kommune flyttes fra Rigshospitalet til Herlev Hospital.

Efter rokaden vil optageområderne være som illustreret på kortet nedenfor.

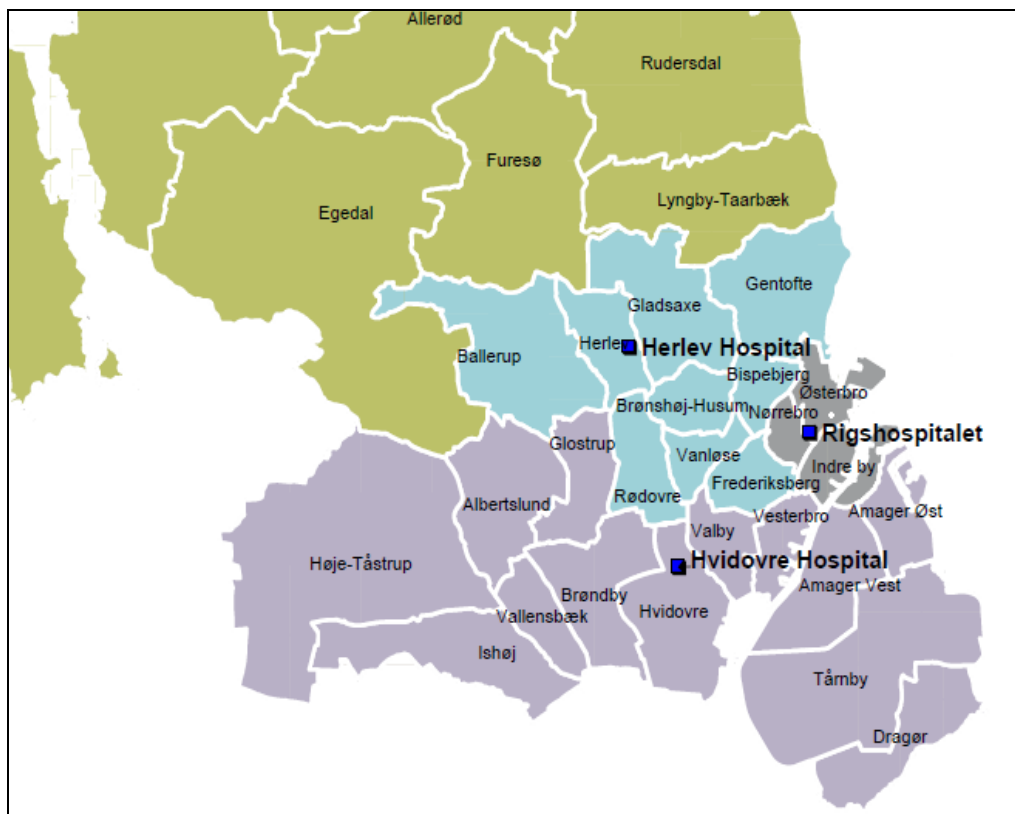


7. Administrationens anbefalinger

På baggrund af drøftelser med hospitalsdirektioner og SFR anbefaler administrationen, at scenarie 3 gennemføres. Med henblik på at opretholde bæredygtige specialer fastholdes den overordnede opdeling i HOPP 2020 med de fire planlægningsområder for de pædiatriske og gynækologiske specialer. Obstetrikken udgør en undtagelse, og for at undgå udtynding af Nord samt underkapacitet i Byen og Syd ændres optageområderne for fødsler.

Scenarie 3 vil sikre bedre sammenhæng i kommunesamarbejdet for Planlægningsområde Syd samtidig med, at der gives et løft i antal fødsler for Planlægningsområde Nord. Desuden vil der blive reduceret i antal fødsler på Rigshospitalet, hvilket anses for hensigtsmæssigt i forhold til det grundlag af basisaktivitet, der er nødvendigt for at opretholde en høj faglig kvalitet på de specialiserede områder.

Der er ikke anlægsomkostninger forbundet med rokaden af optageområder, idet de afdelinger der modtager fødsler aktuelt har en overkapacitet.



Rokaden indebærer følgende ændringer i optageområderne:

- Lyngby-Taarbæk og Egedal kommuner flyttes fra Herlev Hospital til Nordsjællands Hospital

- Høje Taastrup, Albertslund og Glostrup Kommuner flyttes fra Herlev Hospital til Hvidovre Hospital
- Vanløse og Bispebjerg bydele flyttes fra Hvidovre Hospital til Herlev Hospital
- Frederiksberg Kommune flyttes fra Rigshospitalet til Herlev Hospital.

Rokaden omfatter udelukkende obstetrik, idet konsekvenserne af en tilsvarende flytning af pædiatri og gynækologi ikke har været tilstrækkeligt belyst. Rokaden af obstetrik bryder hermed med den etablerede praksis om at lade specialerne Gynækologi, Obstetrik og Pædiatri følges ad optageområdemæssigt.

Der lægges dog vægt på, at der ved implementering af Scenarie 3 skal være en sammenhæng imellem obstetrik og pædiatri (neonatologi), således at børn i forbindelse med fødselsforløbet behandles på fødestedets neonatal afdeling, når der er eventuelle efterfølgende komplikationer. Samtidigt fastholdes at patienten indenfor hospitalernes kapacitetsmæssige ramme har mulighed for frit valg.

Mulighederne af en rokade for de gynækologiske og pædiatriske optageområde, så de flugter de overordnede optageområder for hospitalerne, bør snarest belyses.

Bilag

Bilag 1: Antal fødsler fordelt på optageområder og hospital

2013	Bornholms	Herlev	Nordsjællands	Hvidovre	Rigshospitalet	Hovedtotal
Bornholm	223				14	237
Bornholm	223				14	237
Byen	-	568	40	1.254	4.574	6.436
Adm. Personnummer		2	2	2	5	11
Bispebjerg	-	81	5	365	326	776
Brønshøj-Husum	-	365	5	104	93	567
Frederiksberg		19	11	229	1.200	1.459
Indre By	-	5	3	111	554	672
Nørrebro	-	23	4	65	1.182	1.273
SKAT			1			1
Uden for inddeling	-	2	1	3	4	9
Vanløse	-	54	4	341	100	500
Østerbro	-	19	5	34	1.109	1.167
Midt	1	2.669	493	318	532	4.013
Ballerup		398	7	25	23	453
Egedal		201	90	14	23	328
Furesø		140	113	17	26	296
Gentofte		393	14	39	197	643
Gladsaxe		609	7	38	82	736
Herlev	1	256	1	12	19	289
Lyngby-Taarbæk		380	27	21	79	507
Rudersdal		92	232	8	60	392
Rødovre		200	2	144	23	369
Nord		37	2.072	14	86	2.209
Allerød		5	138	2	5	150
Fredensborg		9	279	3	17	308
Frederikssund		9	248	2	13	272
Gribskov		1	240	2	10	253
Halsnæs		1	223	1	4	229
Helsingør		3	400	1	17	421
Hillerød		3	398	1	7	409
Hørsholm		6	146	2	13	167
Syd	2	767	18	4.636	710	6.133
Albertslund		173	1	71	5	250
Amager Vest	1	18	3	784	174	980
Amager Øst	-	18	1	622	111	751
Brøndby		46		286	18	350
Dragør		5		77	14	96

Glostrup		153		76	12	241
Hvidovre		13	1	491	24	529
Høje-Taastrup		244	1	103	23	371
Ishøj		28	3	179	13	223
Tårnby		8	1	309	32	350
Valby	1	19	4	628	74	725
Vallensbæk		25	1	151	8	185
Vesterbro/Kongens Enghave	-	18	3	858	202	1.081
Hovedtotal	226	4.041	2.623	6.222	5.916	19.028

Bilag 2: Fødselsprognose 2012 – 2027

Rækkenavne	2012	2015	2020	2025
Bornholm	257	238	223	217
Planlægningsområde Byen	6.511	6.803	7.402	7.974
Planlægningsområde Midt	4.140	4.145	4.331	4.586
Planlægningsområde Nord	2.392	2.295	2.310	2.394
Planlægningsområde Syd	6.716	6.967	7.674	8.355
Andre regioner m.m. og udland	430	430	430	430
Region Sjælland	331	331	331	331
Hovedtotal	20.777	21.208	22.702	24.286

Bilag 3: Spørgeskema fra SFR Gynækologi/obstetrik

<p>Spørgeskema til specialespecifikke sundhedsfaglige råd til brug for analyser om den fremtidige organisering i Region Hovedstaden, januar 2014</p>
<p>Rådets navn: SFR for Gynækologi og Obstetrik</p>
<p>Indledningsvis anmodes om evt. bemærkninger til den udarbejdede specialebeskrivelse, herunder evt. ændringer siden Rådet udarbejdede en specialebeskrivelse i efteråret 2006.</p> <p>Gynækologi og obstetrik er et sammenhængende speciale og bør være placeret i samme afdeling eller center. Da der er mange patientforløb, der går igennem gynækologi og obstetrik, bør specialerne have samme optageområde.</p>
<p>Spørgsmål 1: Hvilket befolkningsgrundlag (inden for regionen) skal der <u>mindst</u> være for at oppebære en bæredygtig og fremtidssikret <u>hovedfunktion</u> i specialet? (Besvarelsen begrundes og der angives evidens for patientvolumen)</p> <p>Obstetrik: Minimum: 3000 - 4000 fødsler / 350.000 – 400.000 indbyggere. En moderne fødeafdeling skal ligge på et hospital med en neonatal afdeling. Dette stiller umiddelbart krav til befolkningsunderlaget, da det kræver et vist volumen at kunne opretholde en bæredygtig neonatal afdeling.</p> <p>SFR for Pædiatri skrev i 2007 følgende: ”4 fødesteder ca. 4-6000 fødsler pr. fødested vil organiseringen være 3 intermediær NICU(II) og én højt specialiseret NICU (IV)”.</p> <p>Vi afventer for nuværende nærmere præcisering fra SFR Pædiatri inkl. neonatologi. Det skal dog anføres, at det snarere er antallet af fødsler på de enkelte fødesteder fremfor befolkningsunderlaget, der er afgørende for muligheden for neonatalservice på samme hospital. Dette begrundet i en skæv fordeling af fødende i regionen grundet demografiske forskelligheder i optageområderne.</p> <p>For så vidt angår behovet for volumen i uddannelsesøjemed for læger, sygeplejersker og jordemødre er det vurderingen, at der som minimum er behov for omkring 3000 fødsler. Der foreligger dog ikke nogen egentlig evidens herfor.</p> <p>Der ikke nogen egentlig evidens for størrelsesordenens betydning for den faglige kvalitet for så vidt angår hovedfunktion indenfor obstetrik.</p> <p>Gynækologi: Det er rådets vurdering, at gynækologien på hovedfunktionsniveau som minimum bør have et befolkningsunderlag på 350.000. Dette begrundes i et ønske om så megen volumen i gynækologien, at der kan sikres et tilstrækkeligt grundlag for den lægefaglige</p>

ekspertise, herunder operative indgreb, og for at der kan bevares selvstændige senge-afsnit med særligt uddannet plejepersonale indenfor det gynækologiske subspecialt.

Spørgsmål 2: Hvilket befolkningsgrundlag (inden for regionen) skal der optimalt være for at oppebære en bæredygtig og fremtidssikret hovedfunktion i specialet? (Besvarelsen begrundes og der angives evidens for patientvolumen)

Se ovenfor punkt 1.

Suppler evt. svaret på spørgsmål 2 med vurderinger af det optimale befolkningsunderlag i forhold til at sikre hensyn til nærhed, uddannelse, forskning og rekruttering

Med den nuværende fordeling og placering af gynækologiske og obstetriske funktioner i Region Hovedstaden er der en passende balance mellem nærhed til patienterne og afdelingernes faglige kvalitet.

For så vidt angår jordemoderkonsultationer bør det af hensyn til **nærhedsprincippet** overvejes, om der kan etableres flere tilbud om svangrekonsultationer i lokalområderne.

Afdelingerne skal også have tilstrækkeligt volumen til at kunne varetage **uddannelse**. Det medfører bedre og mere effektive uddannelsesmiljøer for medicinstuderende, jordemoderstuderende og sygeplejestuderende.

For sygeplejersker bliver der mulighed for efteruddannelse samt specialuddannelser på en række andre områder. For læger skabes der mulighed for treårige ekspertuddannelser inden for de enkelte ekspertområder samt for etablering af nye typer uddannelsesstillinger i samarbejde med øvrige regioner.

Forskning: Sundhedsvidenskabelig forskning har i de senere år ændret karakter. Den patientnære forskning bliver stadig mere grundforskningsorienteret set i lyset af de store landvindinger inden for bioteknologi, molekylær biologi og molekylær genetik. Behovet for at koncentrere og integrere de sundhedsvidenskabelige forskningsmiljøer med henblik på at føre spørgsmål, problemstillinger, kundskaber og viden fra klinikken til laboratoriet og tilbage igen er derfor påtrængende. Translationen fra grundforskning over klinisk forskning til behandlingsmæssige fremskridt og bedre resultater for patienterne er en stor udfordring, som vil være i fokus i de kommende år.

Rekruttering: Det er vigtigt, at afdelingerne har en passende størrelse for at kunne rekruttere læger og plejepersonale samt for at kunne understøtte tilstedeværelsesvagter.

Spørgsmål 3: Hvilket befolkningsgrundlag skal der være for at oppebære bæredygtige og fremtidssikrede specialfunktioner i specialet? (Der tages udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens vejledning om specialeplanlægning fra 2010-12. Såfremt vurderingen er, at der bør være mere end én afdeling med specialefunktioner, skal der skitseres forslag til arbejdsdeling mellem afdelinger med specialfunktioner)

Det er ikke hensigtsmæssigt at etablere én specialafdeling i regionen, som skal kunne varetage alle de specialiserede funktioner, som er indenfor specialet. Det er derimod hensigtsmæssigt at opretholde fordelingen på de nuværende enheder. Underlagene er fastsat ud fra en samlet vurdering af behovet for kvalificering af de kirurgiske indgreb, forudsætninger for gennemførelse af optimale uddannelsesforløb og den optimale udnyttelse af personaleressourcerne.

Befolkningsunderlaget for hver af de specialiserede funktioner bør være som følger:

Obstetrik:

Svært præmature, sjældne alvorlige komplikationer: 1.600.000 – 2.500.000 / 1 center, herunder:

- Rhesus- og anden blodtypeimmunisering, herunder alloimmun og autoimmun trombocytimmunisering.
- Gravide med sjældne handicap.
- Transfusionssyndrom på gemelli
- Gravide med flerfold monoamniotiske graviditeter.
- Gravide med alvorlige trombofilitilstande.
- Gravide med HIV
- Gravide efter bariatrisk kirurgi
- Intrauterine indgreb (blodtransfusion, drænanlæggelse osv.)
- Gravide med svære lidelser i øvrigt, herunder bl.a. hjerte- nyre-, immun-, eller tarmsygdomme (herunder transplanterede), samt svær epilepsi.
- Gravide med prægestationel diabetes

Føtalmedicin:

Alvorlige misdannelser: 1.600.000 – 2.500.000 / 1 center

Reproduktionsgynækologi:

Fertilitetsklinikker: 500.000/3 enheder som nu samt satellit funktion i Hillerød, idet behovet vil være stigende fremover begrundet i kvindens alder samt adipositas med deraf følgende PCOS som de væsentligste argumenter.

Gynækologisk onkologi:

I øjeblikket varetages funktionerne som følger:

Vulva cancer: 2.500.000 / 1 afdeling

Ovarie cancer: 1.600.000 indbyggere/ 1 afdeling

Cervix cancer: 2.500.000 / 2 afdelinger

Endometriecancer: 2 afdelinger

HOPP 2020 anbefaler en samling af de onkologiske gynækologiske funktioner ét sted i Region Hovedstaden; processen for cervix cancer bør fremskyndes. Sundhedsfagligt råd for gynækologi og obstetrik vil drøfte fordelingen af endometriecancer nærmere.

Urogynækologi:

Højtspecialiserede funktioner indenfor urogynækologien: 1.600.000/1 center

Gynækologisk endokrinologi:

Specialbehandling (sjældne tilstande): 1.600.000 – 2.500.000/1 center

Avanceret endometriosekirurgi: 1.600.000 / 1 center

Voldtægtscenter:

Organiseret fra et sted: 1.600.000/1 center med satellitfunktioner

Gynækologiske sjældne tilfælde: 2.500.000 – 5.500.000

- Adrenogenitalt syndrom
- Turners syndrom
- Morris syndrom
- Intersexualitet og pseudohermafroditisme
- Transsexualitet
- Genitale misdannelser
- Graft versus host reaktioner i vagina
- Svært hjertelungesyge (tilknyttet Respirationscenter Øst) som skal opereres for gynækologisk lidelser
- Fanconi syndrom med gynækologiske lidelser
- Nyretransplanterede med gynækologiske lidelser

Spørgsmål 4: Hvilke andre specialer anses det for nødvendigt at have på samme matrikel, for at kunne varetage eget speciales hovedfunktioner hensigtsmæssigt, - og hvorfor?

Neonatologi: Obstetrisk service fordrer i dag umiddelbar adgang til og servicering fra en neonatologisk enhed.

Anæstesiologi og Intensiv Terapi: Som uomgængelig del af den operative gynækologi. Hvad angår obstetrikken; epidural/spinal som smertelindring under fødslen (indgår i NIP), elektive og akutte sectioer, anæstesi ved postpartum blødning, sphincter-ruptur, fastsiddende placenta etc. Intensiv Terapi ved behandling af kvinder med svær præeklampsi før og efter partus med videre.

Billeddiagnostisk Afdeling/Center: Omfattende røntgenundersøgelser, ultralyd, CT og MR skanninger som en væsentlig del af et udredningsprogram elektivt såvel som akut.

Klinisk biokemi: For en stor del af specialets patienter indgår blodprøveanalyser, mange med behov for akut analyse, herunder trombose og trombofili behandling.

Kirurgisk Gastroenterologi: En række akutte gynækologiske tilstande har differentaldiagnoser inden for gastrokirurgi (fx appendicitis og akut abdomen), ligesom der jævnligt er behov for parenchymkirurgisk assistance ved gynækologiske operationer og omvendt.

Fysioterapi: I gynækologi til inkontinens, prolaps og vulvodynipatienter, i obstetrik

til gravide med bækkeninsufficiens, langvarig indlæggelse, genoptræning efter fødsel m.m.

Adgang til **patologisk service**: Mikroskopisk analyse af udtaget væv, herunder mulighed for frysemikroskopi er afgørende for en adækvat per- og post-operativ behandling.

Spørgsmål 5: Hvilke andre specialer anses det for nødvendigt at have på samme matrikel, for at kunne varetage eget speciales specialfunktioner hensigtsmæssigt, - og hvorfor?

Behovet varierer afhængig af, hvilken højt specialiseret funktion, de enkelte afdelinger varetager. Behov som ved hovedfunktion, suppleret med:

Specialiseret neonatologi: Behov for respiratorbehandling af nyfødte, se ovenfor, meget for tidligt fødte børn < 28 uger.

Onkologi: Behandling af gynækologisk cancer nødvendiggør et tæt teamwork mellem gynækologisk og onkologisk center, inkl. faciliteter til strålebehandling.

Urologi: Højt specialiseret funktion i urogynækologi fordrer tæt samarbejde med urologien.

Medicinsk endokrinologi pga. især de mange gravide med endokrinologiske problemstillinger, herunder prægestationel DM samt kvinder med PCOS.

Medicinsk nefrologi til håndtering af gravide med nyreproblemer.

Medicinsk kardiologi: Både af hensyn til fostre og nyfødte med kardiologiske problemer og af hensyn til gravide og fødende med hjerteproblemer.

Børnekirurgi: Håndtering af nyfødte med operationskrævende lidelser.

Reproduktionsmedicin: Andrologisk klinik (Vækst og Reproduktion) begrundet i mandlig infertilitet samt udredning af sjældne endokrinologiske lidelser og syndromer

Spørgsmål 6: Hvilke andre specialer kan være på anden matrikel, for at kunne varetage speciales hovedfunktioner og specialfunktioner hensigtsmæssigt, fx ved brug af telemedicinske løsninger?

Klinisk genetik: Præ- og postnatal diagnostik

Sexologisk klinik til varetagelse af kvinder og par med seksuelle dysfunktioner

Blodbank f.eks. ved behandling af Rhesus-patienter, evt. satellit blodbanker

Klinisk mikrobiologisk service: Diagnostik og rådgivning i forhold til behandlinger.

Patologi: Mikroskopisk analyse af udtaget væv, herunder mulighed for frysemikroskopi er afgørende for en adækvat per- og post-operativ behandling.

Spørgsmål 7: Beskriv mulige scenarier for den fremtidige organisering

- Fire store gynækologiske- obstetriske afdelinger
- Størrelsen og optageområdet skal tilpasses hensynet til et passende antal fødsler hvert sted for at sikre placering af neonatalafsnit på fødestedet og for at sikre en rationel udnyttelse af kapaciteten
- Endvidere skal tages hensyn til en passende størrelse af de gynækologiske afdelinger under hensyntagen til udvikling og opretholdelse af tværfaglige kompetencer, sengeafsnit, adgang til dagkirurgiske afsnit, operationsgang, robotkirurgi samt ovenstående specialer.
- Onkogynækologisk center et sted
- I øvrigt uændret fordeling af funktionerne.

Andre supplerende bemærkninger og særlige opmærksomhedspunkter, som Rådet finder relevant:

- På trods af, at Bornholms Hospital har et lille befolkningsgrundlag på 40.000 – og et fødselstal på ca. 250 årligt - er der pga. den særlige geografiske placering fortsat et stort behov for en gynækologisk/obstetrisk afdeling på hovedfunktionsniveau. Afdelingen har ikke en neonatalafdeling tilknyttet.
- Da der på Bornholm ikke er en gynækologisk praksis, foretager afdelingen tilige, ulig den øvrige region, en del udredning, som ellers foregår i praksis.
- Bevarelse af specialafdeling på hovedfunktionsniveau vil fortsat være muligt, såfremt der foregår en løbende faglig opkvalificering og kompetenceudvikling både for jordemødre og speciallæger. I obstetrikken og føtalmedicinen lægges op til formaliserede samarbejdsaftaler med Rigshospitalet, og i gynækologien lægges op til, at dette kan foregå i samarbejde med alle de gynækologiske afdelinger i Region Hovedstaden.
- Da der ikke foregår behandling for barnløshed, men udelukkende udredning samt follikelskanning, foreslås tillige, at der sikres formaliseret aftale på området.
- Den løbende faglige opkvalificering og sikring af vedligeholdelse af kompetencer er essentielt ift. sikring af kvaliteten, men også ift. rekruttering og fastholdelse af personale.
- Herudover vil det fremadrettet af hensyn til den faglige information på området være hensigtsmæssigt, at Bornholms Hospital er repræsenteret i det Sundhedsfaglige Råd for Gynækologi og Obstetrik.

Bilag 4: Spørgeskema fra SFR Pædiatri

Spørgeskema til specialespecifikke sundhedsfaglige råd til brug for analyser om den fremtidige organisering i Region Hovedstaden, januar 2014

Rådets navn: Pædiatri

Indledningsvis anmodes om evt. bemærkninger til den udarbejdede specialebeskrivelse, herunder evt. ændringer siden Rådet udarbejdede en specialebeskrivelse i efteråret 2006.

Udgangspunktet er SST specialeplan for 2010 med revision pr. marts 2013. Udarbejdelse af revideret/ny specialeplan er påbegyndt i SST primo 2014

De pædiatriske afdelinger er siden 2006 reduceret til 4 (HvH, HeH, NOH, RH), idet Amager Hospitals og Gentofte Hospitals børneafdelinger er nedlagt. BørneUngeKlinikken på Rigshospitalet har, afledt af specialeplanen, etableret formaliseret samarbejde inden for en række fagområder med Odense Universitets Hospital, hvilket i særlig grad inden for det hæmatologiske og onkologiske område har øget patientantallet.

Pædiatri er et aldersdefineret og ikke et organdefineret speciale. Sundhedsfagligt Råd for pædiatri anbefaler fortsat, at man - i lighed med de andre nordiske lande - i afgrænsningen af pædiatri mod voksenspecialerne følger WHO's definition, der fastslår, at grænsen mellem børn og voksne sættes ved 18 år. Herved sikres et større fokus på ungdomsmedicinen og derved et bedre tilbud til især kronisk syge unge. Baggrunden er, at der er særlige faglige, pædagogiske, sociale og juridiske forhold, der gør sig gældende ved behandling af denne aldersgruppe.

Det bør samtidig sikres, at børn og unge behandles i rammer, der er tilpasset børn og unge og af personale, der er oplært i behandling af børn og unge. Dette gælder også for børn, som indlægges via FAM.

I Region Hovedstaden er der 4 overordnede patientgrupper:

Neonatologi

Gruppen af nyfødte, omfatter nyfødte med komplikationer til fødselsforløbet, for tidlig fødsel og lav fødselsvægt, samt nyfødte med medfødte sygdomme og misdannelser. Nødvendigheden af umiddelbar kvalificeret genoplivning og behandling af syge nyfødte nødvendiggør tilstedeværelse af neonatalafdeling på samtlige fødesteder i regionen. Den højtspecialiserede neonatologi, ledet af specialuddannede læger, foregår centraliseret på Rigshospitalet, da det kræver tilstedeværende døgn dækning på ekspertniveau. SFR pædiatri anbefaler at fødeafdelinger skal ligge på hospital med neonatalafdeling.

Almindelige akutte sygdomme hos børn: Hovedfunktion

Tidligere i det væsentlige raske børn, der indlægges med akut sygdom, hos de allerfleste i form af akutte luftvejsinfektioner eller infektiøse diarré-sygdomme, urinvejsinfektioner og lign. Tilstandenes hyppighed betyder, at behandlingsmuligheder ikke skal ligge for langt fra børnenes hjem. Der er et tæt samarbejde med almen praksis, som varetager undersøgelse og behandling af en lang række almindelige sygdomsproblemer hos børn. Derudover er der en række børn, som indlægges eller undersøges på børneafdelinger af sociale årsager.

Kroniske sygdomme: Hovedfunktion

En stor gruppe børn med kroniske sygdomme, som f.eks. astma, allergi, epilepsi, cerebral parese, visse mavetarmsygdomme, hormonsygdomme og børn med urinvejslidelser diagnosticeres og behandles på alle børneafdelinger med hovedfunktion.

Sjældne og komplicerede sygdomme: Specialfunktion

En gruppe af sjældne sygdomme, der stiller krav til diagnostik og behandling på centraliseret ekspertniveau, foregår hovedsageligt på Rigshospitalet og for nogle enkelte grupper på Hvidovre Hospital og på Herlev Hospitals børneafdelinger. Behandlingen af sjældne og komplicerede sygdomme forudsætter ofte bredt tværfagligt samarbejde samt et tæt samarbejde med voksenmedicinske og voksenkirurgiske grenspecialer og udnyttelse af højteknologisk udstyr på universitetshospitalsniveau.

Spørgsmål 1: Hvilket befolkningsgrundlag (inden for regionen) skal der mindst være for at oppebære en bæredygtig og fremtidssikret hovedfunktion i specialet? (Besvarelsen begrundes og der angives evidens for patientvolumen)

Der er ca. 350.000 børn og unge i region Hovedstaden.

Hovedfunktion i pædiatri omfatter følgende fagområder:

Neonatologi, almen pædiatri, allergi og lungesygdomme, diabetes, endokrinologi, gastroenterologi, benign hæmatologi, infektionssygdomme, nefrologi, neuropædiatri, reumatologi og socialpædiatri

Rådet vurderer, at der bør være mindst 150.000 børn og unge for at oppebære et bæredygtigt grundlag for alle fagområderne inden for hovedfunktionen med tilstrækkelig kapacitet og ekspertise inden for den almene pædiatri. Patientvolumen spiller en stor rolle for behandlingskvaliteten. Der stilles inden for pædiatri store krav til kvalificeret vagtberedskab på speciallægeniveau i forbindelse med vurdering af akut syge børn, hvorfor alle fagområder skal være til stede på alle afdelinger med hovedfunktion.

Spørgsmål 2: Hvilket befolkningsgrundlag (inden for regionen) skal der optimalt være for at oppebære en bæredygtig og fremtidssikret hovedfunktion i specialet? (Besvarelsen begrundes og der angives evidens for patientvolumen)

Neonatologi: Hovedfunktion indebærer varetagelse af behandling af syge nyfødte og for tidligt fødte ned til GA 28 uger. Forløbene er jævnlige præget af akutte ændringer i patientens tilstand, som nødvendiggør semi-intensiv understøttende behandling af

vejtrækning og andre organsystemer. Volumen er derfor vigtig for at opretholde kompetencerne til varetagelse af de uforudsigelige og sporadisk forekommende komplicerede forløb, og der bør være adgang til speciallæge med ekspertise i fagområdet. Et fødselsunderlag på mindst 4000 pr. år vurderes at tilgodese dette.

Da forløbene uvarslet kan forværres, så de kræver akut overflytning til specialfunktion (højt specialiseret enhed), skal hovedfunktionen understøttes af en døgndækkende transportfunktion med speciale i transport af kritisk syge nyfødte børn. Denne transportfunktion bør udgå fra den højt specialiserede enhed.

Suppler evt. svaret på spørgsmål 2 med vurderinger af det optimale befolkningsunderlag i forhold til at sikre hensyn til nærhed, uddannelse, forskning og rekruttering

Nærhed: Med organiseringen af 3 Børne-Unge afdelinger med hovedfunktion (se spørgsmål 7) sikres der en ensartet nærhed for Region Hovedstadens borgere.

Uddannelse: Afdelingerne skal også have tilstrækkeligt volumen til at kunne varetage uddannelse. Det vil medføre et bedre og mere effektivt uddannelsesmiljø for medicinstuderende og sygeplejestuderende. For sygeplejersker bliver der mulighed for pædiatrisk efteruddannelse samt specialuddannelser på en række andre områder. For læger skal der skabes mulighed for treårige ekspertuddannelser i de enkelte fagområder i en ny type uddannelsesstillinger i samarbejde med øvrige regioner.

Forskning: Sundhedsvidenskabelig forskning har i de senere år ændret karakter. Den patientnære forskning bliver stadig mere grundforskningsorienteret set i lyset af de store landvindinger inden for bioteknologi, molekylær biologi og molekylær genetik. Behovet for at koncentrere og integrere de sundhedsvidenskabelige forskningsmiljøer med henblik på at føre spørgsmål, problemstillinger, kundskaber og viden fra klinikken til laboratoriet og tilbage igen, er derfor påtrængende. Translationen fra grundforskning over klinisk forskning til behandlingsmæssige fremskridt og bedre resultater for patienterne er en stor udfordring, som vil være i fokus i de kommende år. Ved at samle pædiatrien på få behandlingssteder kan der skabes optimale forudsætninger for et frugtbart og innovativt forsknings- og udviklingsmiljø, som vil være attraktivt for de forskningsaktive medarbejdere og Ph.d.-studerende og til gavn for patienterne.

Rekruttering: Der forventes at ville komme en generel mangel på plejepersonale og læger fremover, og de stigende rekrutteringsproblemer kan også ramme pædiatrien indenfor nogle år. Rekruttering og fastholdelse af plejepersonale, og måske i endnu højere grad læger, skønnes at få bedre betingelser på store børneafdelinger, og derved styrkes kvaliteten af patientbehandlingen også indenfor de mere sjældne sygdomme.

Spørgsmål 3: Hvilket befolkningsgrundlag skal der være for at oppebære bæredygtige og fremtidssikrede specialfunktioner i specialet? (Der tages udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens vejledning om specialeplanlægning fra 2010-12. Såfremt vurderingen er, at der bør være mere end én afdeling med specialefunktioner, skal der skitseres forslag til arbejdsdeling mellem afdelinger med specialfunktioner)

Pædiatriske specialfunktioner er sygdomsforløb, som ofte er kroniske og langvarige, men hver for sig sjældne. Befolkningsunderlaget for pædiatri på specialfunktionsniveau bør være mindst 500.000 børn og unge. Afdelingen bør inden for visse områder også varetage behandlingen for hhv. Region Sjælland og hele landet.

Neonatologi indtager en særstilling i pædiatrien ved at forløbene alle opstår akut, eventuelt varslet forud for en fødsel. Specialfunktionen (den højt specialiserede enhed) varetager den intensive behandling inden for neonatologi, herunder respiratorbehandling og intensiv behandling ved svigt af mere end 1 organsystem. Specialfunktionen varetager endvidere forløb med medfødte misdannelser eller andre tilstande, der kræver kirurgisk intervention og forløb, der kræver multidisciplinær udredning og behandling for andre medfødte lidelser. Tilstandene er hver for sig sjældne, hvorfor de bør samles på én enhed i regionen, og befolkningsunderlaget bør være stort (1.600.000 – 2.500.000), Den højt specialiserede enhed vil således kunne dække ud over regionens rammer. Meget sjældent forekommende forløb med høj-intensiv intervention (ECMO) bør være centraliseret på 1-2 enheder i Danmark.

Da komplicerede og intensivt behandlingskrævende forløb ofte optræder uvarslet hos nyfødte børn, skal specialfunktionen understøttes af en transportfunktion med speciale i transport af kritisk syge nyfødte børn. Denne transportfunktion bør udgå fra den højt specialiserede enhed.

Spørgsmål 4: Hvilke andre specialer anses det for nødvendigt at have på samme matrikel, for at kunne varetage eget speciales hovedfunktioner hensigtsmæssigt, - og hvorfor?

Det bør være muligt på hovedfunktionsniveau at få hurtig assistance fra en speciallæge i pædiatri. Herudover stilles der inden for pædiatri store krav til kvalificeret vagtberejskab på speciallægeniveau i forbindelse med vurdering af akut syge børn, hvorfor der bør være adgang til speciallæger med ekspertise inden for flere af områderne i pædiatri. Herudover bør plejepersonalet have kompetence i pleje af børn. Generelt forudsættes det, at de øvrige specialer, som pædiatri samarbejder med, har kompetence i diagnostik og/eller behandling af børn.

Ved varetagelse af hovedfunktioner i pædiatri bør der være samarbejde med følgende specialer/funktioner:

- Anæstesiologi med intensivt afsnit niveau 2
- Kirurgi
- Ortopædkirurgi
- Oto-rhino-laryngologi
- Neurologi med neurofysiologi
- Oftalmologi
- Børne- og ungdomspsykiatri
- Diagnostisk radiologi med mulighed for MR-scanning
- Klinisk fysiologi og nuklearmedicin

Der bør desuden være samarbejde med:

- Fysioterapeut
- Ergoterapeut
- Psykolog
- Pædagog inkl. skolelærer
- Socialrådgiver

Spørgsmål 5: Hvilke andre specialer anses det for nødvendigt at have på samme matrikel, for at kunne varetage eget speciales specialfunktioner hensigtsmæssigt, - og hvorfor?

For komplicerede sygdomme, hvor akut behandling kan være påkrævet, bør der være mulighed for assistance fra speciallæger med nødvendig kompetence ved telefonisk kontakt eller fremmøde afhængig af sygdommens karakter. Ved varetagelse af pædiatriske højt specialiserede funktioner skal det i parentes anførte område i pædiatri have samarbejde med følgende specialer/funktioner:

- Anæstesiologi med intensiv niveau 3 (PICU, neonatologi, kardiologi, immunologi og hæmatologi/onkologi)
- Kirurgi med kompetence i:
 - Pouchkirurgi hos IBD (gastroenterologi)
 - Børnekirurgi og leverkirurgi (hæmatologi/onkologi, hepatologi, nefrologi)
- Ortopædisk kirurgi (reumatologi, neuropædiatri og hæmatologi/ onkologi, neonatologi)
- Urologi (nefrologi)
- Neurokirurgi (neonatologi, endokrinologi, hæmatologi/onkologi, immunologi, neuropædiatri,)
- Plastikkirurgi (neonatologi, endokrinologi og hæmatologi/onkologi)
- Thoraxkirurgi (neonatologi, pulmonologi, kardiologi, immunologi og hæmatologi/onkologi)
- Gynækologi og obstetrik (seksuelt misbrugte børn, intersex tilstande)
- De intern medicinske specialer – herunder
 - Intern medicin: kardiologi (kardiologi)
 - Intern medicin: lungemedicin (neonatologi, infektionssygdomme og hæmatologi/onkologi)
 - Intern medicin: nefrologi (neonatologi, nefrologi, kardiologi, endokrinologi, immunologi, pulmonologi, hepatologi, hæmatologi/onkologi og reumatologi)
 - Intern medicin: endokrinologi (endokrinologi, hæmatologi/onkologi og reumatologi)
 - Intern medicin: infektionsmedicin (infektionssygdomme)
 - Intern medicin: reumatologi (reumatologi)
- Immunologi (infektionssygdomme, allergologi, immunologi, reumatologi, hepatologi og hæmatologi/onkologi)
- Dermato- venerologi (endokrinologi, hæmatologi/onkologi, allergologi, og reumatologi)
- Klinisk onkologi (hæmatologi/onkologi)

- Klinisk genetik har samarbejde med flere af områderne i pædiatri
- Diagnostisk radiologi (neuropædiatri)
- Arbejds- og miljømedicin (allergologi)
- Retsmedicin (seksuelt misbrugte børn, fysiske overgreb)
- Specialtandlæge (reumatologi)
- Oto-rhino-laryngologi (neonatalogi, endokrinologi, hæmatologi/onkologi, immunologi, nefrologi, neuropædiatri, reumatologi og allergologi)
- Oftalmologi (neonatalogi, hæmatologi/onkologi, immunologi, nefrologi, neuropædiatri og reumatologi)
- Klinisk biokemi med mulighed for hormonanalyser (endokrinologi)

Der bør være adgang til følgende faciliteter indenfor de pædiatriske områder, som er angivet i parentes:

- Diagnostisk bronkoskopiudstyr (pulmonologi)
- Lungebiopsi (pulmonologi)
- Gynækologisk UL (endokrinologi)
- PET-CT og PET-MR (hæmatologi/onkologi og neuropædiatri)
- Sædbank (hæmatologi/onkologi) (i forbindelse med unge i kemoterapi)
- Kromosomlaboratorium/ cytogenetik og vævstypelaboratorium (hæmatologi/onkologi)
- Neuropsykolog, rehabilitering af hjerneskade, talepædagog (neuropædiatri)

Spørgsmål 6: Hvilke andre specialer kan være på anden matrikel, for at kunne varetage speciales hovedfunktioner og specialfunktioner hensigtsmæssigt, fx ved brug af telemedicinske løsninger?

Billeddiagnostiske MDT konferencer kunne være medvirkende til øget dialog, sparring og læring og dermed hurtigere diagnostik i et samarbejde mellem specialefunktion og hovedfunktionen, således at der evt. kan ske en hurtigere udredning og evt. viderehenvisning.

Spørgsmål 7: Beskriv mulige scenarier for den fremtidige organisering

SFR pædiatri anbefaler fremover at forenkle organiseringen af pædiatrien med en fokuseret opdeling i form af tre børne/ungeafdelinger til varetagelse af pædiatrien på hovedfunktionsniveau, samt en afdeling – Rigshospitalet – til varetagelse af pædiatriens specialfunktioner.

Dermed opnås en placering af pædiatriens hovedfunktion inkl. akutfunktionen (EVA1813) på de tre akuthospitaler. Dette vil kunne understøtte en mere ensartet og ligelig opdeling af optageområder, der kan sikre et passende befolkningsgrundlag for neonatologien og dermed antallet af fødsler på det enkelte hospital. Det vil endvidere være understøttende for nærhedsprincippet.

Det anbefales endvidere, at man på hovedfunktionsniveau samler enkle ekspertiser på 1-2 matrikler, som det aktuelt er tilfældet indenfor børnediabetes, der kun varetages på Nordsjællands Hospital og Herlev Hospital. Det kunne fremover dreje sig om områder som svær cerebral parese, Tourette, børnehovedpine og områder inden for endokri-

logien. Aktuelt søger Herlev Hospital højt specialiseret funktion indenfor Tourettebehandling i relation til, at man kunne samle nogle af hovedfunktionerne.

Andre supplerende bemærkninger og særlige opmærksomhedspunkter, som Rådet finder relevant:

Ingen.