

NOTAT: BESKRIVELSE AF MULIGHEDER FOR DEN FREMTIDIGE ORGANISERING AF HÆMATOLOGIEN

Opgang Blok B
Telefon 38 66 50 00
Direkte 38 66 60 20
Web www.regionh.dk

Ref.: Rikke Ørtved /
Lisbeth Fly Højmark

Journal nr.: 14000524

Dato: 28. februar 2014

Indhold

1. Baggrund.....	2
1.1 Formål	2
1.2 Grundlag for vurderingen.....	3
1.3 Hæmatologi som speciale.....	3
2. Organisering	4
2.1 Den nuværende organisering.....	4
2.2 Den fremtidige organisering ifølge Hospitals og Psykiatriplan 2020	5
3. Datagrundlag	5
4. Udviklingstendenser	8
4.1 Fremtidssikret hovedfunktion og specialfunktion.....	8
4.2 Specialer på samme matrikel som hæmatologien	9
4.3 Specialer på anden matrikel	11
5 Særlige opmærksomhedspunkter	12
6 Den fremtidige organisering.....	13
6.1 Scenarie A – Organisatorisk og ledelsesmæssig samling af afdelingerne ..	14
6.2 Scenarie B - Nuværende organisering fastholdes	15
7 Administrationens anbefalinger.....	16

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.

Ændringsforslag til specialefordelingen vurderes ud fra et eller flere af følgende kriterier:

- **Kvalitet:** Understøttelse af høj kvalitet i patientbehandling og udvikling af specialerne.
- **Ændringer i den faglige udvikling:** Den faglige udvikling kan eksempelvis være udvikling af nye behandlinger, eller at eksisterende behandlinger bliver forenklede, så de kan varetages på flere hospitaler eller flyttes til primærsektoren.
- **Nye krav fra Sundhedsstyrelsen eller øvrige centrale myndigheder:** Fx ændringer i antallet af regions- og højtspecialiserede funktioner eller ændringer i de faglige specialebeskrivelser.
- **Ændringer i antallet af patienter:** Kan eksempelvis tilskrives ændringer i befolkningsprognosen, den demografiske udvikling, sygdomsfrekvens (antal ydelser) eller samarbejdet med andre regioner om opgavevaretagelsen fx at Region Sjælland hjemtager patienter.
- **Driftsoptimering:** Der skal sikres et økonomisk bæredygtigt og fremtidssikret hospitalsvæsen.

Direktørkredsen har i december 2013 drøftet forslag til den årlige revision af HOPP 2020. På baggrund af den fælles drøftelse indstillede kredsen, at den fremtidige organisering af hæmatologien skulle belyses nærmere med henblik på at vurdere, om forudsætningerne har ændret sig således, at strukturelle tilpasninger er nødvendige for at opretholde kvaliteten samt sikre en bæredygtigt og fremtidssikret struktur.

Anledningen til at analysere det hæmatologiske område er dels, at patientgrundlaget ændrer sig væsentligt for Rigshospitalet som følge af, at Region Sjælland hjemtager flere patienter (jf. AD 5), dels den faglige udvikling inden for området.

Vurderingen indgår i arbejdet med den årlige revision af HOPP 2020 i 2014 og følgende år.

1.1 Formål

Analysen skal belyse muligheder for den fremtidige organisering og varetagelse af specialet hæmatologi på regionens hospitaler, herunder vurdere hvorvidt den planlagte organisering af specialet i Region Hovedstaden skal fastholdes.

1.2 Grundlag for vurderingen

SFR hæmatologi har bidraget med oplysninger, der indgår i grundlaget for vurderingen (vedlagt som bilag 1). Udover det fremsendte materiale fra SFR har både Rigshospitalet og Herlev Hospital fremsendt særskilte bidrag til vurderingen (vedlagt som bilag 2 og 3).

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

Derudover indgår oplysninger fra Sundhedsstyrelsen specialevejledning for hæmatologi (2013), samt data fra LPR som grundlag for vurderingen.

1.3 Hæmatologi som speciale

Hæmatologi omfatter undersøgelser og behandlinger af godartede og ondartede sygdomme i blodets, knoglemarvens og lymfesystemets celler og i de bloddannende organer samt lidelser i det hæmatologiske system (blodets størkneevne).

Det er kendetegnende for specialet, at det omfatter mange sygdomme af relativt sjælden forekomst. Derudover er der ofte tale om komplicerede udredningsforløb og langvarige behandlingsforløb hos kronisk syge patienter. Den faglige udvikling forstærker kun denne tendens, fordi stadig mere avancerede metoder medfører tiltagende kompleksitet i patientbehandlingen og underopdeling af sygdomsgrupper.

Specialets nuværende funktioner

Maligne hæmatologiske sygdomme (kræftsygdomme):

- Malignt lymfom (lymfekræft)
- Myelomatose (knoglemarvskræft)
- Akutte og kroniske leukæmier (blodkræft)
- Kronisk myeloid sygdom
- Følgetilstande til behandling af maligne hæmatologiske sygdomme (f. eks behandlingsinduceret knoglemarvssvigt og Graft versus Host sygdom)

Benigne hæmatologiske sygdomme (ikke-kræftsygdomme):

- Anæmi (fraset mangelanæmi og anæmi ved anden ikke hæmatologisk sygdom)
- Trombocytopeni (immunologisk, andre)
- Neutropeni (nedsat antal hvide blodlegemer)
- Arvelige hæmatologiske sygdomme

- Sygdomme i det hæmostatiske system (blodets størkningsevne)

Hæmatologisk kræftbehandling udgør en meget stor del af aktiviteten i intern medicin: hæmatologi, og omfatter kemoterapi (ofte en kombination af flere stoffer), immunterapi (antistofbehandling), radioimmunterapi (behandling med radioaktivt antistof), designerdrugs (eks. tyrosin-kinase inhibitor), perifer stamcellehøst (isolering af stamceller fra blodet), autolog knoglemarvstransplantation (også kaldet højdosis terapi med perifer stamcellestøtte) og myeloablative og nonmyeloablative allogene knoglemarvstransplantation.

2. Organisering

2.1 Den nuværende organisering

Region Hovedstaden har i dag to hæmatologiske afdelinger placeret på hhv. Herlev Hospital og Rigshospitalet. Begge hospitaler varetager både hoved- og specialfunktionsniveau. Hospitalerne varetager samme regionsfunktioner, mens hovedparten af de højt specialiserede funktioner varetages af ét af hospitalerne.

Optageområdefordelingen mellem de to hospitaler:

- Herlev Hospital varetager funktionen for planlægningsområderne Nord og Midt.
- Rigshospitalet varetager funktionen for planlægningsområde Byen og Syd.

Ifølge Sundhedsstyrelsens specialeplan for intern medicin: hæmatologi varetages de højt specialiserede funktioner som følgende på hhv. Herlev Hospital og Rigshospitalet:

- Herlev Hospital varetager:
 - Meget sjældne benigne hæmatologiske tilstande
 - Medfødte svære penier og hæmoglobinopatier (til flg.: Hæmoglobinopatier, erythrocytmembran sygdomme, erythrocyt en-zymdefekter, kongenitte anæmier og paroxystisk nocturn hæmo-globinuri)
- Rigshospitalet varetager:
 - Alle allogene transplantationer, løbende kontrol, samt diagnostik og behandling af GVH
 - Højdosis kemoterapi med stamcellestøtte til patienter med amyloidose
 - akut lymfoblast leukæmi hos yngre voksne (varetages også af Herlev Hospital)
 - Svær aplastisk anæmi med indikation for allogen knoglemarvstransplantation og/eller svær immunsuppressiv behandling
 - Komplexerede tilfælde af trombotisk trombocytopenisk purpura

- Medfødte svære penier og hæmoglobinopatier (til flg.: Kongenitte og andre sjældne, kvantitative (penier) såvel som kvalitative mangeltilstande vedrørende trom-bocytter og neutrofile granulocytter)
- Medfødt eller erhvervet hæmofili

I forhold til de højt specialiserede funktioner er regionen ét optageområde. Region Hovedstaden varetager desuden specialiserede funktioner for Region Sjælland.

De to afdelinger har forskellige kriterier for behandling og indlæggelse af patienter på hæmatologisk afdeling (snitfladen mellem den hæmatologiske afdeling og andre intern medicinske afdelinger). Der er derfor ikke en entydig regional tilgang til, hvornår patienter med hæmatologisk sygdom behandles via tilsyn på en medicinsk afdeling, og hvornår de behandles på en af de hæmatologiske afdelinger.

2.2 Den fremtidige organisering ifølge Hospitals og Psykiatriplan 2020

Ifølge HOPP 2020 skal der frem mod 2020 fortsat være to selvstændige afdelinger placeret på henholdsvis Herlev Hospital og Rigshospitalet. Det er hospitalsdirektørerne som fastlægger en afdelingsledelses spænd over specialer. Ændringer i den lokale ledelsesmæssige og organisatoriske forankring kan derfor gennemføres inden for rammen af HOPP 2020. Der er aktuelt ikke planlagt lokale ændringer, som har indflydelse på organiseringen af hæmatologien lokalt på de to hospitaler.

I de følgende kapitler beskrives udviklingstendenserne inden for specialet.

3. Datagrundlag

Tabellerne i nærværende kapitel viser fordelingen af ydelser i det hæmatologiske speciale fordelt på Rigshospitalet og Herlev Hospital og planlægningsområder indenfor ambulante besøg, sengedage og indlagte patienter.

Data er trukket af Region Hovedstadens dataenhed og bygger på LPR-data for 2011, 2012 og 2013 (data for 2013 er ikke komplette). Der skal tages forbehold for, at sengedage vedr. den allogene transplantationsfunktion på Rigshospitalet indgår i tallene. Disse patienter har ofte lang indlæggelsestid og medvirker til et højere tal for liggetiden, end det reelt er tilfældet for de øvrige hæmatologiske patienter på Rigshospitalet.

Ambulante besøg

Herlev Hospital	2011	2012	2013*
Planlægningsomr. Nord og Midt	17389	18822	20193
Planlægningsomr. Byen og Syd	4888	4758	4657

Region Sjælland	272	260	293
Øvrige	179	240	224
Total Herlev Hospital	22728	24080	25367

Rigshospitalet	2011	2012	2013*
Planlægningsomr. Nord og Midt	6000	6079	6284
Planlægningsomr. Byen og Syd	14952	15497	16133
Region Sjælland	7380	6587	6089
Grønland/ Færøerne	491	593	521
Øvrige	3505	3835	3641
Total Rigshospitalet	32328	32591	32668
Total	55056	56671	58035

Sengedage

Herlev Hospital	2011	2012	2013*
Planlægningsomr. Nord og Midt	13859	14279	14503
Planlægningsomr. Byen og Syd	3248	2400	2776
Region Sjælland	293	109	286
Øvrige	212	72	123
Total Herlev	17612	16860	17688

Rigshospitalet	2011	2012	2013*
Planlægningsomr. Nord og Midt	2050	2119	2665
Planlægningsomr. Byen og Syd	6752	5578	6532
Region Sjælland	6054	6727	5248
Øvrige	4024	4995	3894
Grønland/ Færøerne	674	905	811
Total Rigshospitalet	18880	19419	18339
Total	36492	36279	36027

Indlæggelser

Herlev Hospital	2011	2012	2013*
Planlægningsomr. Nord og Midt	1899	2163	2209
Planlægningsomr. Byen og Syd	496	431	459
Region Sjælland	115	86	84
Øvrige	77	44	32
Total Herlev Hospital	2433	2636	2720

Rigshospitalet	2011	2012	2013*
Planlægningsomr. Nord og Midt	265	276	318

Planlægningsomr. Byen og Syd	1126	1087	971
Region Sjælland	671	726	580
Øvrige	343	498	389
Grønland/ Færøerne	77	127	95
Total Rigshospitalet	2482	2714	2353
Total	4915	5348	5073

Gennemsnitlig liggetid

	2011	2012	2013*
Herlev Hospital	7,2	6,4	6,5
Rigshospitalet	7,6	7,2	7,8
Rigshospitalet (ex. Grønland, Færøerne og øvrige)	6,9	6,5	7,3
Total	7,4	6,7	7,1

*Data for 2013 er ikke komplette

Både Herlev Hospital og Rigshospitalet har en relativ stor gruppe af patienter fra det andet hospitals optageområde. Årsagen hertil kan være, at afdelingerne varetager hver deres specialfunktioner, og at der kan være patienter, der benytter sig af frit valg.

Der ses en stigning i den ambulante kapacitet for patienter fra hospitalernes eget planlægningsområde. På Rigshospitalet opvejes stigningen dog af et næsten tilsvarende fald i aktivitet for patienter, der er bosat i Region Sjælland, affødt af Region Sjællands hjemtagning af patienter.

Der ses et mindre fald i antallet af sengedage for de enkelte optageområder med undtagelse af planlægningsområderne Nord og Midt. Udover at antallet af sengedage er stigende for patienter bosiddende i planlægningsområde Nord og Midt, viser data også et øget antal indlæggelser for disse planlægningsområder.

Generelt viser data en svag stigning i antallet af indlæggelser, men det kan primært tilskrives stigningen i relation til patienter fra planlægningsområderne Nord og Midt. For planlægningsområderne Byen og Syd ses et fald i antallet af indlæggelser. Data viser desuden et fald i den gennemsnitlige liggetid, men det er et fald, der udelukkende identificeres på Herlev Hospital.

I vedlagte notat fra Rigshospitalet (bilag 2) beskriver hospitalet, at det har stor betydning for hospitalets aktivitet, at Region Sjælland hjemtager patienter. Data viser ikke umiddelbart en stor nedgang i aktiviteten.

4. Udviklingstendenser

Flere patienter og øget aktivitet

Det hæmatologiske speciale har gennem de sidste 10-15 år gennemgået en rivende udvikling inden for diagnostik og behandling. Flere patienter med hæmatologiske sygdomme har i dag mulighed for at blive helbredte. Selv hos patienter hvor helbredelse ikke er mulig, er der med fremkomsten af de nye behandlingsprincipper givet mulighed for, at patienterne kan leve længere – og med højere livskvalitet – med deres sygdom. Ofte vil disse patienter være fuldt arbejdsdygtige.

Det er forventningen, at den stigning i antallet af nydiagnosticerede hæmatologiske patienter, der allerede har fundet sted, vil fortsætte de kommende år. Sammenholdt med en generelt stigende behandlingsaktivitet er det vurderingen, at det vil medføre behov for øget kapacitet inden for det hæmatologiske speciale.

Den behandlingsmæssige udvikling har medført, at behandlingen er mere specifikt rettet mod den syge celle, hvilket resulterer i opnåelse af større effekt med mindre bivirkninger til følge. Mange patientkategorier kan derfor behandles ambulant, ligesom en betydelig del af disse patienter vil kunne tåle behandling over en længere årrække.

4.1 Fremtidssikret hovedfunktion og specialfunktion

Hovedfunktion

Ifølge Sundhedsfagligt råd for hæmatologi findes der fortsat ikke evidens eller sikre data for sammenhæng mellem volumen og kvalitet, der kan sige noget om, hvor stort et befolkningsgrundlag, der mindst skal være for at oppebære en bæredygtig og fremtidssikret hovedfunktion.

De hæmatologiske sygdommes sjældenhed taget i betragtning, vurderes et befolkningsgrundlag på 500.000 personer at være passende for at kunne varetage funktionen på fagligt forsvarligt niveau. Eksempelvis forekommer den hyppigste lymfekræftform med ca. 400 nye tilfælde årligt i Danmark, således at man med et patientgrundlag på 500.000 har ca. 40 nye tilfælde årligt. Aktuelt er Herlevs patientgrundlag 800.000 og Rigshospitalet 860.000 for hovedfunktion, begge afdelinger således med et tilstrækkeligt volumen til at varetage hovedfunktion.

Da der ikke foreligger evidens på området, kan der således ikke siges noget endeligt om, hvad det optimale befolkningsgrundlag er for at oppebære hovedfunktion. Der er i dag defineret små ”undertyper” af hovedfunktions-sygdomme (indenfor eksempelvis diffust storcellede lymfomer, ikke fremskredne myelodysplastiske syndromer, kronisk lymfatisk leukæmi), som behandles anderledes end de øvrige undergrupper i samme diagnosegruppe. Sundhedsfagligt råd for hæmatologi vurderer, at såfremt man skal opnå et passende erfaringsgrundlag med diagnostik, behandling og forskning af

disse undertyper, kræver det et stort befolkningsgrundlag på optimalt set 1,5 mio. eller mere.

Specialfunktion

Inden for hæmatologien er der ikke evidens for, at behandlingsresultater for regionale og højt specialiserede funktioner er bedre på afdelinger med meget store patientgrundlag sammenlignet med mindre afdelinger. Der har således ikke været forskel i behandlingskvaliteten på Herlev Hospital, Rigshospitalet og de øvrige afdelinger i Danmark jf. de nationale databaser. Således kan man forsvarligt varetage specialiserede regionale funktioner med et befolkningsgrundlag på 0,6 – 0,8 mio. indbyggere.

For de specialiserede funktioner (såvel regionale som højt specialiserede funktioner) er der imidlertid tale om komplekse og sjældne tilstande, hvor kompleksiteten diagnostisk og terapeutisk vil tiltage i fremtiden i takt med en bedre forståelse af den enkelte sygdoms opståen samt udvikling af flere målrettede, ”skræddersyede” behandlinger.

Anerkendte internationale hæmatologiske centre er karakteriseret ved at have meget store patientgrundlag, i særdeleshed for de specialiserede funktioner, evt. via en arbejdsdeling mellem eksisterende afdelinger regionalt/nationalt.

4.2 Specialer på samme matrikel som hæmatologien

Sundhedsfagligt råd for hæmatologi vurderer, at de fleste funktioner/specialer bør være til stede på en og samme matrikel for at skabe et fagligt miljø, der vil være med til at sikre den udvikling af faget, der er en forpligtigelse for afdelinger med specialfunktion. Den faglige udvikling af faget kan ikke alene varetages af de hæmatologiske klinikker, men sker i et samarbejde med mange andre kliniske og parakliniske fagområder.

Hvis det ikke er muligt at etablere en hæmatologisk funktion på én matrikel, hvor alle funktioner/specialer er til stede, er det sundhedsfagligt råd for hæmatologis vurdering, at følgende specialer skal placeres på matriklen for at sikre en kvalificeret varetagelse af hovedfunktionsniveau og specialfunktionsniveau:

Specialer som skal være til stede på matriklen for at varetage hovedfunktion

- Billeddiagnostik til stadieinddeling, responsevurdering, infektionsudredning: konventionel røntgen, CT- og MR-scanning, diagnostisk og invasiv ultralyd, herunder diverse nuklearmedicinske undersøgelser. PET/CT
- Patologi i bred forstand, dvs. inklusive hæmatopatologisk specialistfunktion som omfatter cyto-genetik, molekylærbiologisk og genetisk diagnostik. Evt flowcytometri (som dog også kan være organiseret under den hæmatologiske afdeling).

- Klinisk biokemi
- Klinisk mikrobiologi (mange infektionsproblemstillinger hos hæmatologiske patienter, virologiske problemer med virusreakivering)
- Anæstesiologi med intensiv terapi (niveau 2)
- Kirurgisk gastroenterologi mhp. diagnostik (biopsi) og behandling af komplikationer
- Ortopæd eller plastikkirurgi mhp. diagnostik (biopsi)
- Medicinske specialer: kardiologi og nefrologi (mhp. plasmaferese ved hyperviskositet, dialyse ved shocknyre og kemoterapi ved nyresvigt), endokrinologi (steroidudløst diabetes). Lungemedicin med henblik på bronkoskopi/bronkoalveolær lavage ved uafklaret lungeinfektion (alternativt thorax-kirurgi).
- Klinisk immunologi med blodbanksfunktion (transfusionsbehandling hyppigt nødvendig ved hæmatologiske sygdomme).

Specialer som skal være til stede på matriklen for at varetage specialfunktion

- Intensiv terapi niveau 3: Behandling af de mange svære komplikationer hos immuninkompetente hæmatologiske patienter.
- Stråleterapi: Dette er for det hæmatologiske fagområde en specialopgave, idet strålefeltet skal minimeres og kombineres med den medicinske behandling (kemoterapi) for at reducere langtidsbi-virkningerne mest muligt. Endvidere vigtigt i relation til allogen transplantation med brug af hel-kropsbestråling. Vigtigt i forhold til kutane lymfomer og elektronvoltsbestråling. Et nært samarbejde er derfor nødvendigt.
- Patologi med særlige kompetencer indenfor diagnostik af akut og kronisk graft versus host sygdom ved allogen knoglemarvstransplantation, hvor diagnostik skal ske akut.
- Højt specialiseret kardiologi: Avanceret undersøgelse/monitorering af amyloidosepatienter, der behandles med højdosis kemoterapi med autolog stamcellestøtte, som er en højt specialiseret funktion.
- Klinisk immunologi: Kimærismeundersøgelser ved allogen transplantation, vævs-typning og do-norsøgning – tæt samarbejde med allogen transplantationsfunktion inkl. ugentlig visitationskonference med diskussion af donorforhold. På sigt photophoresebehandling ved kronisk graft versus host sygdom (aktuelt i dermatolo-

gisk regi).

- Leukaferesefunktion, som anvendes ved højdosis kemoterapi med autolog stamcellestøtte, der anvendes ved behandling af lymfomer, myelomatose og sjældent ved akut leukæmi – aktuelt en regional specialiseret funktion.
- Pædiatri: I forhold til hæmophilia comprehensive care, hvor voksne bløderpatienter er tilknyttet hæmatologisk klinik og børn pædiatrisk klinik men med gennemgående tværfaglige samarbejds-partnere (hæmofili er en højt specialiseret funktion). I forhold til allogen transplantation af børn med fælles visitationskonference og transplantationskoordinatorfunktion, hvilket er en hensigtsmæssig og rationel organisation. Sidstnævnte kunne fungere trods beliggenhed af allogen voksen- og bør-netransplantation på hver sin matrikel, men er optimal placeret samme sted.
- Klinisk fysiologi: Undersøgelse af hjerte- og lungefunktion hos patienter med komorbiditet – før intensiv kemoterapi og før henvisning til evt. allogen knoglemarvstransplantation

4.3 Specialer på anden matrikel

Sundhedsfagligt råd for hæmatologi vurderer, at specialet fortsat kan varetages hensigtsmæssigt, selvom følgende specialer (varetagelse af funktioner) er placeret på en anden matrikel:

- Neurokirurgi: Akut kirurgisk behandling af medullært tværsnit, som ikke helt sjældent er en komplikation til myelomatose og malignt lymfom.
- Øjensygdomme: Kontrol for katarakt efter helkropsbestråling. Behandling af øjengener ved kronisk graft versus host sygdom i relation til allogen knoglemarvstransplantation.
- Dermatologi: Kutane lymfomer og akut og kronisk graft versus host sygdom ved allogen knoglemarvstransplantation. Photoferesebehandling af svær kronisk graft versus host sygdom.
- Klinisk genetik: Der anvendes kromosomanalyser og avancerede molekylærbio-logiske metoder indenfor hæmatologisk diagnostik og ”follow-up”. Dette behøver ikke ligge på samme matrikel, selvom en optimal organisation vil være /kræve at alle diagnostiske discipliner indenfor hæmatopa-tologien er samlet under samme diagnostiske ansvarsområde for at sikre optimal ressourceudnyt-telse af apparatur, ekspertise og af patientprøver. (inkl. flowcytometri).

- Fertilitet og reproduktion: Sæddeponering, fertilitetsundersøgelse før og efter behandling (kemo-terapi og stråler).
- Gynækologi: Udtagning af ovarievæv mhp at preservere fertilitet. Kontrol af tidlig menopause ud-løst af intensiv kemoterapi eller strålebehandling.
- Genomisk medicin (next generation sequencing, SNP-array, expressions-arrays mm). Dette bliver utvivlsomt i tiltagende grad en vigtig del af hæmatologisk diagnostik og follow-up.

5 Særlige opmærksomhedspunkter

Specialeplan 2014 og dialog med Sundhedsstyrelsen vedr. regionsfunktion

Siden den seneste specialebeskrivelse fra Sundhedsstyrelsen har hæmatologien undergået en hastig udvikling med forøget diagnostisk og behandlingsmæssig kompleksitet af selv hæmatologiske hovedfunktions-diagnoser; en udvikling der forventes at fortsætte i de kommende år, og som ifølge Sundhedsfagligt Råd for hæmatologi kan føre til ændringer ved den aktuelle revision af Sundhedsstyrelsens specialeplan, der bør indgå i overvejelser vedr. den fremtidige organisering af specialet.

I en nylig korrespondance fra Sundhedsstyrelsen til Region Hovedstaden i relation til Region Sjællands hjemtagning af de akutte leukæmier fra Rigshospitalet, har Sundhedsstyrelsen anført, at funktionen, qua sin sjældenhed og kompleksitet, ikke bør varetages på mere end fem matrikler i Danmark. Sundhedsstyrelsen godkender, at ovennævnte regionsfunktion i hæmatologi fremover varetages på Roskilde Sygehus, idet Sundhedsstyrelsen forventer, at der indenfor en overskuelig fremtid sker en samling af funktioner i Region Hovedstaden.

Region Hovedstaden har meddelt Sundhedsstyrelsen, at regionen har et optageområde på 1,7 mio. indbyggere, hvilket alene tilsigter, at funktionen fortsat vil kunne oprettholdes på to matrikler (optageområdet pr. matrikel er større end andre godkendte matrikler i fx Region Nordjylland og Sjælland), og at funktionen ikke samles i regionen.

Ændringer i befolkningsgrundlaget for specialfunktioner

Rigshospitalet har tidligere varetaget alle regionsfunktioner for Region Sjælland (nogle patienter er også blevet behandlet på Herlev Hospital, men det har primært været Rigshospitalet, som har varetaget funktionen for Region Sjælland). Siden 2011 har Region Sjælland opbygget en specialiseret regional hæmatologisk funktion, hvilket har betydet, at Region Sjælland er i proces med at hjemtage patienter fra Rigshospitalet.

Det forventes, at alle regionale funktioner (inklusive senest de akutte leukæmier), vil være hjemtaget til afdelingen i Roskilde med udgangen af 2014, hvorefter patient-

grundlaget for Rigshospitalets specialiserede regionale funktioner er halveret fra 1.7 mio. til 860.000.

Dette vil efter Rigshospitalets vurdering have negativ effekt på afdelingens muligheder for behandling af sjældne sygdomme, forskning og faglig udvikling. Herlevs patientgrundlag er ikke påvirket i nævneværdig grad af Region Sjællands hjemtagning, og de to hæmatologiske afdelinger i Region Hovedstaden vil herefter have et befolkningsgrundlag af ca. samme størrelse.

De økonomiske rammer

Sundhedsvæsenet vil i lighed med den øvrige offentlige sektor i de kommende år være underlagt et stærkt økonomisk pres med meget begrænsede vækstmuligheder. Skal der være plads til nye initiativer, nye behandlinger og ikke mindst nye investeringer, vil det være nødvendigt at gennemføre effektiviseringer, der kan skabe økonomisk råderum i de kommende år.

Dertil kommer, at likviditeten i Region Hovedstaden i de kommende år vil blive presset som følge af behovet for at gennemføre en række påtrængende investeringsprojekter. Det drejer sig om udførelsen af forskellige bygge- og anlægsprojekter, både i tilknytning til kvalitetsfondsprojekterne og på de hospitaler, der ikke er omfattet af kvalitetsfondsbyggerierne med henblik på at opretholde en tilfredsstillende standard. Dertil kommer investeringer på it-området, samt nyinvesteringer i apparatur mv.

De samlede udgifter på regionens investeringsbudget i perioden 2014-17 – som de fremgår af budgettet for 2014 – forventes at overstige den finansiering, der vil komme i forbindelse med regionernes aftale med regeringen om økonomien. Det medfører, at der trækkes på regionens kassebeholdning i de kommende år.

Det er således en udfordring for regionen, at der de kommende år skal tilvejebringes et råderum inden for driftsbudgettet til finansiering af investeringerne.

6 Den fremtidige organisering

Specialets udviklingstendenser, øget aktivitet og ændringer i patientgrundlaget foranlediget af Region Sjællands hjemtagning af patienter giver anledning til at overveje, om den nuværende organisering af hæmatologien er fremtidssikret, eller om der er behov for at gennemføre strukturelle ændringer. Det vurderes, at hjemtagning af de regionale funktioner svarer til en reduceret DRG-værdi på Rigshospitalet på 40 mio. kr.

Forskellige scenarier for den fremtidige organisering har derfor været drøftet. I den forbindelse er der særligt taget stilling til, hvorvidt det vil være mest hensigtsmæssigt at samle de eksisterende to afdelinger i én hæmatologisk afdeling eller at fastholde den nuværende organisering.

Følgende afsnit beskriver de to scenarier og uddyber eventuelle konsekvenser:

6.1 Scenarie A – Organisatorisk og ledelsesmæssig samling af afdelingerne

Umiddelbar organisatorisk og ledelsesmæssig samling med henblik på snarlig efterfølgende fysisk fusion.

De to eksisterende hæmatologiske afdelinger på Herlev Hospital og Rigshospitalet sammenlægges hurtigst muligt organisatorisk/ledelsesmæssigt med henblik på fysisk sammenlægning, så snart dette er muligt.

Fordelene ved dette scenarie er ifølge Rigshospitalet, at der ved en samling af de to hæmatologiske klinikker til ét samlet hæmatologisk center vil kunne realiseres en endnu bedre og stærkere hæmatologisk afdeling i regionen. Dermed vil det blive muligt at tilbyde regionens borgere kosteffektiv hæmatologisk diagnostik og behandling på et forbedret fagligt niveau med flere gevinster for patienterne til følge.

Rigshospitalet argumenterer for, at den forøgede patientmasse giver mulighed for at kunne tilbyde mere ensartede behandlingstilbud og kliniske protokoller på tværs af Region Hovedstaden, samtidig med at flere patienter vil kunne få tidlig adgang til nye og lovende lægemidler. Endvidere vil flere patienter og en større organisation skabe nye muligheder for at etablere selvstændige enheder rundt om nye, innovative behandlingsformer som eksempelvis kompleks kemoterapi i ambulant regi, hæmatologisk palliation, rehabilitering og semi-intensiv behandling. Der vil ligeledes være mulighed for at udnytte den samlede kapacitet af senge mv. optimalt og skabe en ensartet tilgang til, hvilke kriterier der er for anvendelse af hæmatologiske senge.

Rigshospitalet peger også på, at afdelingerne og deres personale derved i samarbejde kan udvikle fusionsprocessen, og den efterfølgende fysiske flytning, af en stor hæmatologisk afdeling med et befolkningsgrundlag for en regional funktion på 1,7 mio. og på over 3 mio. for højt specialiserede funktioner. Indtil den fysiske sammenlægning er en realitet, kan man i fællesskab beslutte, hvorledes de specialiserede funktioner skal fordeles på de to matrikler. Fordelen ved at samle specialiserede funktioner er, at befolkningsgrundlaget øges, så der fortsat er mulighed for at understøtte den faglige udvikling. Der er yderligere argumenteret for løsningen i medsendte notat fra Rigshospitalet, herunder faglige, forsknings- og forretningsmæssige fordele (jf. bilag 2).

En samling på én matrikel vurderes at stille store krav til de fysiske rammer, der skal afsættes til funktionen. En samling forudsætter derfor, at der er en matrikel, der har de nødvendige fysiske rammer til at rumme funktionen. En samling af funktionen vil dog være mulig at gennemføre i etaper, dvs. at der først gennemføres en ledelsesmæssig sammenlægning, og at der på sigt (når de fysiske og økonomiske rammer tillader det)

gennemføres en fysisk sammenlægning, således at der i en overgangsperiode etableres en udefunktion.

I forbindelse med implementeringen af Hospitalsplan 2007 blev der etableret en række udefunktioner. Erfaringer med udefunktioner viser, at der er en række udfordringer forbundet med etableringen og driften af disse, og hospitalsdirektionerne har i forbindelse med udarbejdelsen af HOPP 2020 enstemmigt indstillet, at antallet af udefunktioner minimeres, og at funktionen (næsten) afskaffes fremadrettet. Det var derfor på mødet enighed om, at det ikke vurderes at være hensigtsmæssigt, at der hverken permanent eller i en overgangsperiode etableres en udefunktion.

Der vil ligeledes være afledte anlægsomkostninger forbundet med at samle funktioner, idet ingen flytninger forventes at kunne gennemføres, uden at de fysiske rammer skal tilpasses i større eller mindre grad. Disse omkostninger skal dog sættes i forhold til den forventede besparelse, der vil være som følge af effektiviseringer ved at samle de to afdelinger, herunder behovet for kun ét vagtlag og bedre kapacitetsudnyttelse.

6.2 Scenarie B - Nuværende organisering fastholdes

Begge afdelinger opretholdes på Herlev Hospital og Rigshospitalet. Befolkningsgrundlag for henholdsvis hoved- og regionalfunktion fastholdes på begge afdelinger, svarende til planlægningsområde Midt og Nord for Herlev Hospital og planlægningsområde Byen og Syd for Rigshospitalet.

Jf. Sundhedsstyrelsens specialebeskrivelse varetages specialiserede funktioner uændret, og der etableres et forpligtende forskningsmæssigt samarbejde mellem de to eksisterende afdelinger.

Herlev Hospital peger på denne løsning, idet optageområdet for hele Øst Danmark svarer stort set til resten af Danmark, hvor der er tre hæmatologiske afdelinger (Ålborg, Århus og Odense). Region Hovedstadens samlede optageområde er på 1,7 mio. indbyggere, hvilket er nok til at opretholde to hæmatologiske afdelinger. Befolkningsgrundlaget i Øst Danmark er således stort nok til tre hæmatologiske afdelinger (Roskilde Sygehus, Herlev Hospital og Rigshospitalet).

Herlev Hospital redegør endvidere for, at der ikke findes evidens for sammenhæng mellem volumen og behandlingsresultater, hvad angår hovedfunktion, ligesom der ikke findes evidens for, at behandlingsresultater for regionale og højt specialiserede funktioner er bedre på afdelinger med meget store patientgrundlag sammenlignet med mindre afdelinger.

Rigshospitalet finder denne løsning uacceptabel, idet den vil gå mærkbart ud over afdelingens muligheder for at fastholde forskning og udvikling på det nuværende niveau, hvilket er karakteriseret ved stor publikationsaktivitet og placering af speciallæ-

ger i talrige nationale og internationale faglige sammenhænge. En halvering af hospitalets patientgrundlag vil få betydelige konsekvenser for det faglige miljø, der er opbygget gennem mange år. Et fagligt miljø, som i dag har stor publikationsaktivitet og spiller en vigtig rolle i den internationale udvikling af det hæmatologiske område.

Fordelen ved denne løsning er, at de to eksisterende afdelinger hver især har et tæt samarbejde med øvrige funktioner på de respektive hospitaler. Eksempelvis er der på Herlev Hospital etableret et særligt fagligt samarbejde mellem hæmatologisk og onkologisk afdeling omkring immunterapi, og på Rigshospitalet er der et særligt samarbejde ift. allogene transplantationer. En uændret organisering betyder, at dette samarbejde kan fortsætte (jf. bilag 3).

Hvis den nuværende organisering fastholdes vil det endvidere betyde, at der ikke skal afsættes ressourcer til at samle afdelinger fysisk, ikke skal investeres i tilpasning af fysiske rammer, og at de tværgående specialer (parakliniske specialer) ikke delvist skal omorganiseres.

7 Administrationens anbefalinger

Der er fordele og ulemper ved både den nuværende organisering og forslaget om at etablere én hæmatologisk afdeling i Region Hovedstaden.

Det er vurderingen, at den bedste løsning på nuværende tidspunkt er at fortsætte med to selvstændige hæmatologiske afdelinger i regionen, som indgår et langt tættere samarbejde end i dag.

To selvstændige afdelinger med et optageområde på ca. 800.000 indbyggere efterlever fuldt ud Sundhedsstyrelsens krav til varetagelse af den hæmatologiske hovedfunktion og regionsfunktion.

Det er vigtigt at have en stærk faglig hæmatologisk profil i regionen, hvilket forudsætter, at der i den fremtidige organisering skabes mulighed for, at samarbejdet, forskning, kvaliteten i behandlingen mv. kan optimeres og forbedres yderligere. Et vigtigt element i dette er, at der er et stort patientgrundlag for at styrke forskning og patientbehandlingen og dermed kunne fastholde og tiltrække fagligt kvalificeret personale.

Rigshospitalet foreslår en ledelsesmæssig og organisatorisk samling af de to afdelinger for at sikre dette. Det er vurderingen, at dele af potentialet ved at fusionere de to hæmatologiske afdelinger vil kunne indfries inden for den nuværende organisering, såfremt afdelingerne i højere grad øger samarbejdet også omkring forskning.

Nogle af de fordele der kan opnås ved ledelsesmæssigt og organisatorisk at samle de to hæmatologiske afdelinger, kan også opnås hvis regionen bliver betragtet som én udredende og behandlende enhed, og de to hæmatologiske afdelinger altid agerer som sådan.

Hæmatologiske patienter skal sikres den samme kvalitet i behandlingen, uanset hvor de bor og hvilket hospital, de behandles på. Det betyder i praksis, at det samarbejde de to afdelinger har i dag skal udbygges: Der skal etableres fælles visitationspraksis, samarbejdsaftaler, fælles forskningsprotokoller mv.

De to afdelinger skal fortsat have hvert deres (basis) optageområde, men det skal vurderes, om der er 'undertyper/undergrupper' af sygdomme/patienter, som skal visiteres på indikation/behandling og ikke på bopæl, og hvor behandlingen kun skal varetages på ét hospital i regionen.

SFR har redegjort for, at der er nogle 'undertyper' af sygdomme, som behandles på hovedfunktionsniveau (for uddybning henvises til bilag 1), og at disse 'undertyper' hensigtsmæssigt bør varetages af en funktion med et optageområde på 1,5 mio. eller flere indbyggere.

Det anbefales derfor, at SFR udarbejder en oversigt over, hvilke 'undertyper' af patienter der hensigtsmæssigt bør behandles på ét hospital i regionen, og at SFR kommer med forslag til, hvilket hospital der skal varetage den konkrete behandling/subgruppe.

Det anbefales også, at SFR løbende vurderer, om der er regionsfunktioner, der i dag varetages på to matrikler, som fremadrettet kan varetages på én matrikel ud fra devisen om, at regionen er én udredende og behandlende enhed, og at det forventes, at der samarbejdes om både behandling, forskning og uddannelse. Denne tilgang forventes ligeledes i forbindelse med den nationale revision af specialeplanen, og overvejelserne herom bør derfor allerede indgå som forberedelse til den kommende proces i regi af Sundhedsstyrelsen.

På forskningsområdet skal samarbejdet også optimeres yderligere. De to afdelinger skal deltage i de samme forskningsprojekter og indgå i de samme protokoller. Regionens to hæmatologiske afdelinger driver i dag primært forskning og uddannelse uafhængig af hinanden, hvilket indebærer, at det forskningsmæssige patientgrundlag er relativt mindre end på andre anerkendte udenlandske afdelinger. Der er derfor et uudnyttet potentiale ved at samarbejde på tværs af de to afdelinger omkring kliniske protokoller.

Det anbefales derfor, at de to hæmatologiske afdelinger opbygger et meget tættere samarbejde, som indebærer fælles rekruttering til forskningsprotokoller og samarbejde omkring kliniske forsøg mv.

Derudover har de to afdelinger traditionelt set haft forskellige kriterier for behandling og indlæggelse af patienter på hæmatologisk afdeling (snitfladen mellem den hæmatologiske afdeling og andre intern medicinske afdelinger). Dette har resulteret i, at der i dag ikke er en ensartet tilgang til, hvornår patienter med hæmatologisk sygdom behandles via tilsyn på øvrige medicinske afdelinger, og hvornår de behandles på de

hæmatologiske afdelinger. Det vurderes derfor, at der er behov for at skabe faglig konsensus om tilgangen til de hæmatologiske patienter i regionen. Principperne for hvor en patient skal forankres fagligt og behandlingsmæssigt er beskrevet i rapporten om Fremtiden Kliniske Grundstruktur i Region Hovedstaden (2011).

Hertil kommer, at hverken Rigshospitalet eller Herlev Hospital aktuelt har de nødvendige fysiske rammer til at samle funktionen. En samling vil desuden have en række afledte konsekvenser for de tværgående (parakliniske) specialer og samarbejdende specialer (eksempelvis onkologien) på de respektive hospitaler.

Økonomisk set vil der være udgifter forbundet med en samling af afdelingerne (tilpasning af de fysiske rammer for både hæmatologien og de tværgående/diagnostiske specialer). Det er vurderingen, at der på sigt vil være en økonomisk gevinst ved at sammenlægge de to afdelinger fysisk (stordriftsfordele), men den økonomiske gevinst ved at sammenlægge afdelingerne vurderes ikke på nuværende tidspunkt at opveje de udgifter, der vil være forbundet med en samling af funktionen.

I takt med at regionens hospitaler renoveres og udbygges, kan de fysiske rammer på sigt skabe mulighed for, at der gennemføres en større speciale(funktions)rokade mellem regionens hospitaler, og det kan til den tid blive relevant at revurdere organiseringen af hæmatologien i Region Hovedstaden.

Bilag

1. SFRs bidrag
2. Rigshospitalets bidrag
3. Herlev Hospitals bidrag

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

Rådets navn:

Sundhedsfagligt råd Hæmatologi

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

Ved seneste specialebeskrivelse for intern medicin: hæmatologi i 2008 blev en lang række tilstande defineret som regional funktion. Siden 2011 har Region Sjælland opbygget en specialiseret regional hæmatologisk funktion og er således langt i forhold til hjemtagningen fra Rigshospitalet. Det forventes at alle regionale funktioner (inklusiv senest de akutte leukæmier), der tidligere har været varetaget på Rigshospitalet, er hjemtaget til afdelingen i Roskilde med udgangen af 2014, hvorefter patientunderlaget for Rigshospitalets specialiserede regionale funktioner er halveret fra 1.7 mio. til 860.000. Dette vil efter Rigshospitalets vurdering have negativ påvirkning af afdelingens muligheder for behandling af sjældne sygdomme, forskning og faglig udvikling. Herlevs patientunderlag er ikke påvirket i nævneværdig grad af Region Sjællands hjemtagning.

Siden den seneste specialebeskrivelse har hæmatologien undergået en yderligere hastig udvikling med øget diagnostisk og behandlingsmæssig kompleksitet selv af hæmatologiske hovedfunktionsdiagnoser; en udvikling der forventes at fortsætte i de kommende år, og kan føre til ændringer ved den aktuelle revision af Sundhedsstyrelsens specialebeskrivelse, der bør indgå i regionens overvejelser vedr. specialet.

Sundhedsstyrelsens holdning:

I en nylig korrespondance fra Sundhedsstyrelsen til Region Hovedstaden i relation til hjemtagning af de akutte leukæmier til Region Sjælland har Sundhedsstyrelsen anført følgende (der citeres):

”Det er fortsat Sundhedsstyrelsens vurdering, at funktionen, qua sin sjældenhed og kompleksitet, ikke bør varetages på mere end fem centre i Danmark.”

”Sundhedsstyrelsen kan godkende, at ovennævnte regionsfunktion i hæmatologi fremover varetages på Roskilde Sygehus, i det styrelsen forventer, at der indenfor en overskuelig fremtid sker en samling af funktioner på andre godkendte matrikler.”

”Det er fortsat Sundhedsstyrelsens vurdering, at etablering af den pågældende hæmatologiske regionsfunktion i Region Sjælland vil indebære en så betydelig ændring for Region Hovedstadens volumen, at styrelsen finder det hensigtsmæssigt, hvis Region Hovedstaden på sigt, og i takt med etableringen af funktionen på Roskilde Sygehus, samler funktionen på én matrikel”

"Sundhedsstyrelsen vil i øvrigt se nærmere på organiseringen af hæmatologien i den kommende revision af specialeplanen, herunder vurdere om ovennævnte specialfunktion fremover skal indplaceres på højt specialiseret funktionsniveau i betragtning af volumen og kompleksitet"

Som svar på ovenstående foreligger et brev til Sundhedsstyrelsen fra Regionsrådsformand Vibeke Storm Rasmussen dateret 14. oktober 2013, hvor der bl.a. udtales følgende (citater):

"Region Hovedstaden vil gerne en gang for alle understrege, at regionen aldrig har tilkendegivet at varetagelsen af funktionen på Roskilde Sygehus vil betyde en samling af funktionen på én matrikel i Region Hovedstaden. Region Hovedstaden har et optageområde på 1,7 mio. indbyggere, hvilket alene tilsigter, at funktionen forsat vil kunne opretholdes på to matrikler.

Region Hovedstaden har med brev af 7. oktober 2013 alene bekræftet, at regionen vil foretage den nødvendige tilpasning i takt med, at aktiviteten opbygges i Region Sjælland. Det betyder i praksis – som Sundhedsstyrelsen er gjort opmærksom på i brev af 19. august 2013 – at Region Hovedstaden forsat vil opretholde funktionen på to matrikler."

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)

Dette spørgsmål er vanskeligt at besvare, og der foreligger forsat ikke evidens på området eller sikre data for sammenhæng mellem volumen og kvalitet for hovedfunktion. I betragtning af de hæmatologiske sygdommes sjældenhed er et befolkningsunderlag på 500.000 nok passende. Eksempelvis forekommer den hyppigste lymfekræftform med ca. 400 nye tilfælde årligt i Danmark, således at man med et patientunderlag på 500.000 har ca. 40 nye tilfælde årligt.

Aktuelt er Herlevs patientunderlag 800.000 og RHs 860.000 for hovedfunktion, begge afdelinger således med et tilstrækkeligt volumen til at varetage 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)

Der foreligger ikke evidens på området. Der er i dag defineret små "undertyper" af hovedfunktions-sygdomme (indenfor eksempelvis diffust storcellede lymfomer, ikke fremskredne myelodysplastiske syndromer, kronisk lymfatisk leukæmi) som behandles anderledes end de øvrige undergrupper i samme diagnosegruppe. Såfremt man skal opnå et passende erfaringsgrundlag med diagnostik, behandling og forskning af disse undertyper, kræves et stort patientunderlag, optimalt 1,5 mio. eller mere.

Som ovenfor anført mener RH, at der kan stilles spørgsmålstejn ved om der overhovedet er grundlag for at opretholde hovedfunktion i Hæmatologien, hvilket vil blive bragt til diskussion i relation til den kommende revision af specialeplanen.

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

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).

Der er ikke indenfor hæmatologien evidens for, at behandlingsresultater for regionale og højt specialiserede funktioner er bedre på afdelinger med meget store patientunderlag sammenlignet med mindre afdelinger. Der har således ikke været forskel i behandlingskvaliteten på Herlev Hospital, Rigshospitalet og de øvrige afdelinger i Danmark jf. de nationale databaser. Således kan man forsvare varetage specialiserede regionale funktioner med et befolkningsunderlag på 0.6 til 0.8 mio.

Imidlertid er der for de specialiserede funktioner (såvel regionale som højt specialiserede funktioner) tale om komplekse og sjældne tilstande, hvor kompleksiteten diagnostisk og terapeutisk vil tiltage i fremtiden i takt med en bedre forståelse af den enkelte sygdoms opståen og udvikling af flere målrettede, "skræddersyede" behandlinger.

Anerkendte internationale hæmatologiske centre er karakteriseret ved at have meget store patientunderlag, i særdeleshed for de specialiserede funktioner, evt. via en arbejdsdeling mellem eksisterende afdelinger regionalt/nationalt, se under spørgsmål 7.

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

Billeddiagnostik til stadietdeling, responseevaluering, infektionsudredning: konventionel røntgen, CT- og MR-scanning, diagnostisk og invasiv ultralyd, herunder diverse nuklearmedicinske undersøgelser. PET/CT

Patologi i bred forstand, dvs. inklusive hæmatopatologisk specialistfunktion som omfatter cytogenetik, molekylærbiologisk og genetisk diagnostik. Evt flowcytometri (som dog også kan være organiseret under den hæmatologiske afdeling).

Klinisk biokemi

Klinisk mikrobiologi (mange infektionsproblemstillinger hos hæmatologiske patienter, virologiske problemer med virusreakivering)

Anæstesiologi med intensiv terapi (niveau 2)

Kirurgisk gastroenterologi mhp. diagnostik (biopsi) og behandling af komplikationer

Ortopæd eller plastikkirurgi mhp. diagnostik (biopsi)

Medicinske specialer: kardiologi og nefrologi (mhp. plasmaferese ved hyperviskositet, dialyse ved shocknyre og kemoterapi ved nyresvigt), endokrinologi (steroidudløst diabetes). Lungemedicin med henblik på bronkoskopi/bronkoalveolær lavage ved uafklaret lungeinfektion (alternativt thoraxkirurgi).

Klinisk immunologi med blodbanksfunktion (transfusionsbehandling hyppigt nødvendig ved hæmatologiske sygdomme).

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

Intensiv terapi niveau 3: Behandling af de mange svære komplikationer hos immuninkompetente hæmatologiske patienter.

Stråleterapi: Dette er for det hæmatologiske fagområde en specialopgave, idet strålefeltet skal minimeres og kombineres med den medicinske behandling (kemoterapi) for at reducere langtidsbivirkningerne mest muligt. Endvidere vigtigt i relation til allogen transplantation med brug af helkropsbestråling. Vigtigt i forhold til kutane lymfomer og elektronvoltsbestråling. Et nært samarbejde er derfor nødvendigt.

Patologi med særlige kompetencer indenfor diagnostik af akut og kronisk graft versus host sygdom ved allogen knoglemarvstransplantation, hvor diagnostik skal ske akut.

Højt specialiseret kardiologi: Avanceret undersøgelse/monitorering af amyloidosepatienter, der behandles med højdosis kemoterapi med autolog stamcellestøtte, som er en højt specialiseret funktion.

Klinisk immunologi: Kimærismeundersøgelser ved allogen transplantation, vævstypning og donornsøgning – tæt samarbejde med allogen transplantationsfunktion inkl. ugentlig visitationskonference med diskussion af donorforhold. På sigt photophoresebehandling ved kronisk graft versus host sygdom (aktuelt i dermatologisk regi).

Leukafereseffekt, som anvendes ved højdosis kemoterapi med autolog stamcellestøtte, der anvendes ved behandling af lymfomer, myelomatose og sjældent ved akut leukæmi – aktuelt en regional specialiseret funktion.

Pædiatri: I forhold til hæmophilia comprehensive care, hvor voksne bløderpatienter er tilknyttet hæmatologisk klinik og børn pædiatrisk klinik men med gennemgående tværfaglige samarbejdspartnere (hæmofili er en højt specialiseret funktion). I forhold til allogen transplantation af børn med fælles visitationskonference og transplantationskoordinatorfunktion, hvilket er en hensigtsmæssig og rationel organisation. Sidstnævnte kunne fungere trods beliggenhed af allogen voksen- og børnetransplantation på hver sin matrikel, men er optimal placeret samme sted.

Klinisk fysiologi: Undersøgelse af hjerte- og lungefunktion hos patienter med komorbiditet – før intensiv kemoterapi og før henvisning til evt. allogen knoglemarvstransplantation.

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?

Neurokirurgi: Akut kirurgisk behandling af medullært tværsnit, som ikke helt sjældent er en komplikation til myelomatose og malignt lymfom.

Øjensygdomme: Kontrol for katarakt efter helkropsbestråling. Behandling af øjengener ved kronisk graft versus host sygdom i relation til allogen knoglemarvstransplantation.

Dermatologi: Kutane lymfomer og akut og kronisk graft versus host sygdom ved allogen knoglemarvstransplantation. Photoferebehandling af svær kronisk graft versus host sygdom.

Klinisk genetik: Der anvendes kromosomanalyser og avancerede molekylærbiologiske metoder indenfor hæmatologisk diagnostik og "follow-up". Dette behøver ikke ligge på samme matrikel, selvom en optimal organisation vil være /kræve at alle diagnostiske discipliner indenfor hæmatopatologien er samlet under samme diagnostiske ansvarsområde for at sikre optimal ressourceudnyttelse af apparatur, ekspertise og af patientprøver. (inkl. flowcytometri).

Fertilitet og reproduktion: Sæddeponering, fertilitetsundersøgelse før og efter behandling (kemoterapi og stråler).

Gynækologi: Udtagning af ovarievæv mhp at preservere fertilitet. Kontrol af tidlig menopause udløst af intensiv kemoterapi eller strålebehandling.

Genomisk medicin (next generation sequencing, SNP-array, expressions-arrays mm). Dette bliver utvivlsomt i tiltagende grad en vigtig del af hæmatologisk diagnostik og follow-up.

Optimalt på samme matrikel: Optimalt bør de fleste funktioner være tilstede på en og samme matrikel mhp at skabe et fagligt miljø, som giver mulighed for at varetage den udvikling af faget, der er en forpligtigelse for afdelinger med specialfunktion. Den faglige udvikling af faget kan ikke alene varetages af de hæmatologiske klinikker, men sker i et samarbejde med mange andre kliniske og parakliniske fag.

Spørgsmål 7: Beskriv mulige scenarier for den fremtidige organisering

- 1. Umiddelbar organisatorisk samling med henblik på snarlig efterfølgende fysisk fusion:** De to eksisterende hæmatologiske afdelinger på henholdsvis Herlev Hospital og Rigshospitalet sammenlægges hurtigst muligt organisatorisk/ledelsesmæssigt med henblik på fysisk sammenlægning så snart dette er muligt.
Herlev finder løsningen uacceptabel jf. medsendte notat, mens RH peger på at afdelingerne og deres personale derved i samarbejde kan udvirke fusionsprocessen og den efterfølgende fysiske flytning af en stor hæmatologisk afdeling med et befolkningsunderlag for regional funktion på 1.7 mio. og over 3 mio. for højt specialiserede funktioner. Indtil den fysiske sammenlægning er en realitet, kan man i fællesskab beslutte, hvorledes de specialiserede funktioner skal fordeles på de to matrikler. Der er yderligere argumenteret for løsningen i medsendte notat fra RH.
- 2. Højt specialiserede funktioner samles på Rigshospitalet:** I takt med Region Sjællands hjemtagning af regional funktion, flyttes al højt specialiseret funktion fra Herlev Hospital til Rigshospitalet. Befolkningsgrundlaget for Herlevs regionale funktion svarer til Region Sjællands, hvorfor kapaciteten på Rigshospitalet umiddelbart vil være til stede. Herlev har højt specialiseret funktion for behandling af yngre med akut lymfoblastær leukæmi, som i dette scenarie også bør flyttes til Rigshospitalet. I dette scenarie vil der udelukkende være hovedfunktion for eksisterende optageområder på Herlev Hospital. Rigshospitalet kan acceptere denne løsning som den næstbedste, hvorimod Herlev ikke ønsker at drive en hæmatologisk afdeling uden specialiserede funktioner.
- 3. Uændret organisering med reduktion af regionale funktioner på Rigshospitalet:** Herlev og Rigshospitalet fortsætter uændret trods Region Sjællands hjemtagning af regionale funktioner. Befolkningsgrundlag for henholdsvis hoved- og regionalfunktion er identisk på begge afdelinger svarende til Region Midt og Nord for Herlev og Byen og Syd for Rigshospitalet. Højt specialiserede funktioner fortsætter uændret. Herlev Hospital peger på denne løsning. Rigshospitalet finder løsningen uacceptabel, idet den vil gå mærkbart ud over afdelingens muligheder for at fastholde forskning og udvikling på nuværende niveau karakteriseret ved stor publikationsaktivitet og placering af speciallæger i talrige nationale og internationale faglige sammenhænge

- 4. Uændret organisering med reduktion af regionale funktioner på Rigshospitalet.** (se ovenfor) **Der kan overvejes samling til én fælles afdeling, når hospitalsbyggeri tillader dette om 5 - 7 år. Men der er ikke enighed mellem Herlev Hospital og Rigshospitalet om behovet for dette.**

- 5. Diagnoseopdelte funktioner (hoved- såvel som højt specialiserede funktioner) på såvel Herlev Hospital som Rigshospitalet):** Man kunne eksempelvis samle visse diagnoser og behandlinger på Rigshospitalet og andre på Herlev Sygehus. Ingen af de to afdelinger finder denne model attraktiv, idet en specialiseret hæmatologisk funktion bør være komplet og have alle facetter af hæmatologien i afdelingen.

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

Rigshospitalet har udarbejdet et notat, med et forslag til en umiddelbar organisatorisk samling af de to hæmatologiske afdelinger med henblik på fysisk samling på Rigshospitalet, så snart som det er muligt. Vi mener, at de to afdelinger er langt stærkere sammen end hver for sig. Dette notat fremsendes til Region Hovedstaden sammen med dette spørgeskema.

Herlev deler ikke synspunkterne i notatet fremsendt af Rigshospitalet, hvorfor Herlev også har udarbejdet et notat, som også fremsendes til Region Hovedstaden sammen med spørgeskemaet

NOTAT

Til: **Region Hovedstadens direktion**

Afsnit 5074

Direkte 35455005

Finsencentret

Centerledelse

Blegdamsvej 9
2100 København Ø

Ref.: KSJ

Dato: 22. januar 2014

Et samlet hæmatologisk center i Region Hovedstaden

Ved at sammenlægge Region Hovedstadens to hæmatologiske klinikker til ét samlet hæmatologisk center vil der kunne realiseres en endnu bedre og stærkere hæmatologi i Regionen. Vi vil sammen kunne tilbyde regionens borgere kosteffektiv hæmatologisk diagnostik og behandling på et forbedret fagligt niveau med flere gevinster for patienterne til følge.

Vi ønsker med denne indstilling at synliggøre potentialet ved en sammenlægning og herunder skabe rammerne for beslutning om en organisatorisk fusion af de hæmatologiske klinikker.

Den organisatoriske fusion ser vi som første vigtige skridt imod en fysisk sammenlægning af de to hæmatologiske klinikker og dermed etablering af et samlet hæmatologisk center på Rigshospitalet. Placeringen på Rigshospitalet mener vi er en forudsætning for at sikre en fuld realisering af det store faglige, forskningsmæssige og forretningsmæssige potentiale for hæmatologien i Region Hovedstaden.

Baggrund og formål

Hæmatologien i Region Hovedstaden er i dag organiseret med to højt specialiserede, prisvindende klinikker på henholdsvis Herlev Hospital og Rigshospitalet. Klinikkerne varetager samme regionsfunktioner, men klinikken på Herlev Hospital er ene om at varetage hæmoglobinopater, mens Rigshospitalet er ene om at varetage andre specialiserede funktioner som allogene transplantationer, aplastisk anæmi og hæmofili.

NØGLETAL Pr. 1.1.2013	RIGSHOSPITALET		HERLEV HOSPITAL
	Inkl. allogen transplantation	Ekskl. allogen transplantation	
Hovedfunktion	740.000	740.000	920.000
Regionsfunktion	1.730.000	1.730.000	800.000
Højt spec. funktion (allogen)	5.500.000		
Antal ansatte	200	148	135
- Læger	35	28	23
- Plejepersonale	137	92	75
- Sekretærer	25	20	15
- Bioanalytikere	3	3	8
- Akademikere	2	2	2
- Hospitalsmedhjælpere	3	3	2
Senge	57	40	52
Indlæggelser årligt	2.700	2.200	2.500
Sengedage årligt	19.100	13.700	22.000
Besøg i dagafsnit	n/a	n/a	750
Ambulante besøg årligt	28.000	22.800	23.000
DAGS værdi årligt (t.kr.)	109.822	99.788	66.779
DRG værdi årligt (t.kr.)	207.637	147.077	131.685
Budget løn årligt (t.kr.)	104.565	84.062	72.000 (est.)
Budget øvrig drift årligt (t.kr.)	19.186	14.800	30.000 (est.)

Region Sjælland har i Sundhedsstyrelsens specialeplan opnået tilladelse til en række regionsfunktioner, og har siden 2011 arbejdet målrettet på at etablere en specialiseret hæmatologisk afdeling i Roskilde. Dette er nu lykkedes i en grad, så man i perioden 2012-2014 forventer at kunne hjemtage og tilbyde højt specialiseret behandling til i alt 800.000 borgere, som hidtil har været i behandling på Rigshospitalet.

Konsekvenserne af denne hjemtagning er alvorlig, da den kraftige reduktion i patientmasse medfører en række uhensigtsmæssigheder for hæmatologien i Region Hovedstaden, herunder:

- Reducerede muligheder for behandling af sjældne sygdomme
- Reducerede muligheder for god forskning og faglig udvikling
- Reducerede muligheder for at tiltrække og fastholde de dygtigste specialister
- Reduceret forretningseffektivitet

Disse udfordringer kombineret med en brændende ambition om at skabe landets stærkeste hæmatologiske center, er baggrunden for indeværende indstilling. Formålet med indstillingen er at sikre beslutning om at tage næste skridt imod en fusion af Region Hovedstadens to hæmatologiske klinikker og hermed begynde etableringen af et samlet hæmatologisk center. Vi tror på, at vi sammen er meget stærkere end hver for sig.

Gevinsterne

Et samlet hæmatologisk center i Region Hovedstaden repræsenterer en lang række positive effekter. Både i forhold til regionens borgere, hæmatologiens patienter, den faglige udvikling, den forskningsmæssige styrke og ikke mindst i forhold til den forretningsmæssige effektivitet.

Fordele for borgeren/patienten

Ved at etablere ét samlet hæmatologisk center i Region Hovedstaden vil vi kunne tilbyde hæmatologisk diagnostik, behandling og pleje på et helt nyt niveau.

Vi vil, med udgangspunkt i den forøgede patientmasse, kunne tilbyde mere ensartede behandlingstilbud og kliniske protokoller på tværs af Region Hovedstaden, samtidig med at flere patienter vil kunne få tidlig adgang til nye og lovende lægemidler. Flere patienter vil ligeledes kunne henvises til fase 1 forsøg (tidlig eksperimentel behandling) via Onkologisk Fase 1 Enhed, som hæmatologisk klinik på Rigshospitalet i dag henviser patienter til.

Endvidere vil flere patienter og en større organisation skabe nye muligheder for at etablere selvstændige enheder rundt om nye, innovative behandlingsformer som eksempelvis kompleks kemoterapi i ambulans regi, hæmatologisk palliation, rehabilitering og semi-intensiv behandling.

Endelig vil vi generelt kunne tilbyde patienterne et endnu bedre flow og en endnu bedre service end i dag.

Fordelene vil være til glæde for alle borgere i Regionen, som måtte få brug for hæmatologien, og herunder alle nuværende patienter på både Herlev Hospital og Rigshospitalet.

Faglige fordele

Flere læger i samme organisation vil styrke den faglige sparring om behandlingsmuligheder og forløb, således at læger med særlig subspecialisering eksempelvis indenfor lymfomer udvides fra 4 til 7 indenfor én og samme afdeling. Med et større patientunderlag er der således langt bedre muligheder for en høj grad af subspecialisering i lægegruppen.

Diagnostikken vil også kunne styrkes. I den hæmatologiske diagnostik indgår flere elementer (patologi, flowcytometri, kromosomanalyse, molekylærgenetik). Discipliner, der i dag hverken på Herlev Hospital eller Rigshospitalet er samlede. Med en samlet hæmatopatologisk enhed med flere hæmatopatologer, flere patientprøver og med tilgængelighed af alle diagnostiske discipliner indenfor hæmatologien (som det kendes fra OUH), vil vi effektivt kunne styrke vores diagnostiske kompetencer samt vores faglige vurderinger og beslutninger med en bedre behandlingskvalitet som resultat.

Et større patientunderlag for hæmatologisk strålebehandling, som i dag er en lille men relativt højt specialiseret funktion integreret i Hæmatologisk Klinik på Rigshospitalet, vil også bidrage til faglig udvikling og på sigt potentielt nye behandlingsmetoder.

Uddannelsesmæssigt vil vi blive stærkere, da et samlet hæmatologisk center vil have alle hæmatologiske sygdomme og behandlingsformer tilgængelige på ét sted. Det vil medføre at alle østdanske læger i hæmatologisk speciallægeuddannelse vil få berøring med alle facetter af hæmatologien i deres speciallægeuddannelse. Herunder allogen transplantation og hæmostase/trombose, som i dag kun varetages på Rigshospitalet, samt hæmoglobinopatier, som kun varetages på Herlev.

Med så stærk en faglighed vil vi samtidig få nemmere ved at tiltrække og fastholde de bedste medarbejdere til centret, og Region Hovedstaden vil få en hæmatologi med en endnu stærkere international profil.

Forskningsmæssige fordele

Ved at etablere ét samlet hæmatologisk center i Region Hovedstaden vil vi kunne sikre en endnu stærkere og endnu mere fokuseret hæmatologisk forskning. Dette muliggøres bl.a. ved forbedrede muligheder for at tiltrække eksterne forskningsmidler samtidig med at en øget patientmasse vil gøre det nemmere at rekruttere patienter til grundforskning og lægemiddelforsøg.

Vi forventer med et samlet hæmatologisk center at kunne skabe kapacitet til nye store forskningstiltag, samtidig med at vi forbedrer mulighederne for at opretholde vores Global Excellence priser samt styrker vores samarbejde med Biotech Research & Innovation Centre (BRIC) og Finsenlaboratoriet. Også forskningsmulighederne inden for sygeplejen, vil med en forøget patientmasse, blive styrket.

Ovenstående vil bidrage til at det hæmatologiske center vil fremstå som en endnu mere attraktiv samarbejdspartner for industrien og dermed sikre bedre adgang til nye lægemidler.

Forretningsmæssige fordele

Ved at etablere ét samlet hæmatologisk center i Region Hovedstaden skabes mulighed for en lang række forretningsmæssige gevinster, herunder stærkere organisering, reduktion af senge og vagtlag, optimerede arbejdsgange og processer samt bedre omkostningseffektivitet generelt.

Optimeringen kan realiseres på tværs af hele det hæmatologiske center. I sengeafdelingerne hvor vi sammen kan optimere definitioner på diagnoser og sygdomsbilleder, som ikke behøver en højt specialiseret hæmatologisk seng, men en seng i andet medicinsk speciale. I ambulatorierne hvor vi sammen kan arbejde mere målrettet med sygeplejeambulatorier og i det hele taget øge bredden af den ambulante behandling. I laboratorierne hvor nye organiserings- og stordriftsmuligheder vil kunne reducere enhedsomkostningerne.

Herudover vil der kunne frigøres markante ressourcer alene ved at vi, i forbindelse med nye behandlingsrutiner, nu kun skal udarbejde og vedligeholde flowskemaer, protokoller, VIP'er mm. et sted.

Handlingsplan

De hæmatologiske fagmiljøer på Herlev Hospital og Rigshospitalet er kendetegnet ved en dyb, specialiseret viden samt kompleks diagnostik og behandling.

Herudover må en fusion af de to klinikker antages at repræsentere en bred vifte af holdninger, følelser og blandende forventninger fra begge klinikker. Alle faktorer der taler for et stort behov for involvering af medarbejderne i en ligeværdig proces samt et stort behov for fokus og en stærk forandringsledelse.

Derfor foreslås en overordnet handlingsplan i tre faser, som illustreret herunder:

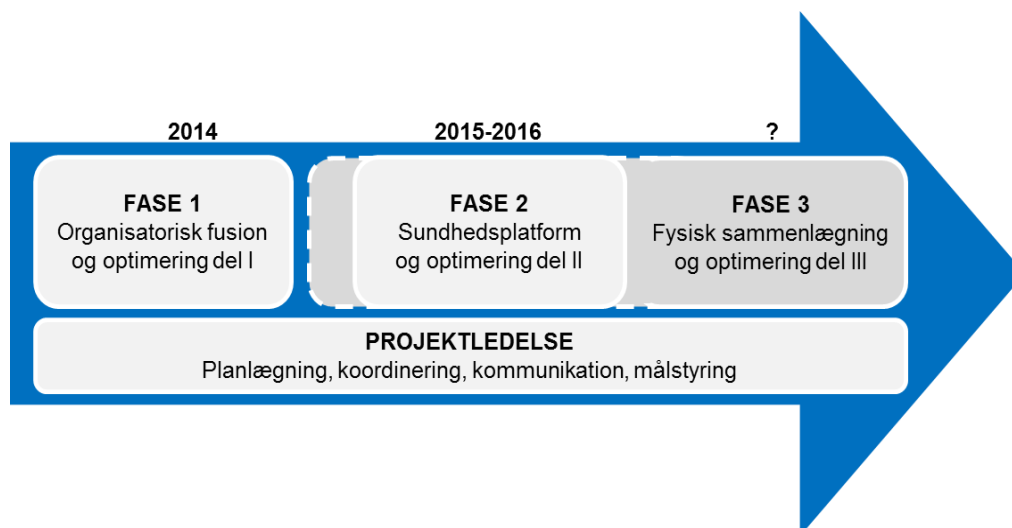


Fig. Handlingsplan for etablering af samlet hæmatologisk center i Region Hovedstaden.

Bemærk at vi endnu ikke har kortlagt alle muligheder for at sikre en god fysisk sammenlægning på Rigshospitalet, og derfor ikke med sikkerhed kan sige hvornår i fusionsprocessen den fysiske sammenlægning bedst kan gennemføres.

Fase 1 – Organisatorisk fusion og optimering del I

Det første skridt i mod et samlet hæmatologisk center i Region Hovedstaden er i 2014 at gennemføre en organisatorisk fusion, hvor de to klinikker placeres under samme ledelse. Det vil synliggøre, at processen er begyndt og vil give mulighed for et styrket samarbejde og en optimeret aktivitetsfordelingen på tværs af de to klinikker. Ved at indlede sammenlægningen med en organisatorisk fusion skabes også mulighed for en god involvering af de to klinikkers medarbejdere tidligt i forløbet.

Med udgangspunkt i hvad der giver mest mening for patienterne, optimeres fordelingen af højt specialiserede hæmatologi (regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner) og hovedfunktioner mellem centrets matrikler på Herlev Hospital og Rigshospitalet.

Optageområderne for specialfunktionerne i Region Sjælland og Herlev Hospital er stort set identiske, hvilket betyder at Rigshospitalet, inden for rammerne af den eksisterende fysik ville kunne rumme en tilførsel af specialfunktioner i takt med afgivelse af tilsvarende funktioner til Roskilde. Alle speciallæger i den hæmatologiske organisatoriske enhed bør have funktion såvel på Rigshospitalet som på Herlev Sygehus.

Bemærk at fordelingen af aktivitet mellem de to matrikler, kun vil være en midlertidig løsning frem mod den fysiske sammenlægning.

Fase 2 – Sundhedsplatform og optimering del II

Perioden 2015-16 må forventes at være præget af indførelsen af sundhedsplatformen i Region Hovedstaden og Region Sjælland.

I Hæmatologien, såvel som i andre specialer, vil der skulle ske en harmonisering af behandlingsregimer og kliniske vejledninger på tværs af klinikkerne i de to regioner, og Sundhedsplatformen skal sættes op til at afspejle en ny, fælles måde at arbejde på. En del af denne opsætning handler om at definere og optimere patientforløb gennem:

- Opsætning af forløb som semiautomatiserede workflows i systemet,
- Definition af pakker med relevante interventioner, herunder laboratorieanalyser
- Formulering af kriterier for inklusion i forskningsprojekter,
- Opsætning af beslutningsstøtte som en del af de opsatte workflows
- Definition af kliniske kvalitetskriterier og opsætning af monitorering i forhold til disse.

Fordelen i forbindelse med etablering af en samlet hæmatologi i Region Hovedstaden er først og fremmest, at en del af dette arbejde allerede vil kunne gennemføres i forbindelse med fusionens fase 1. Her vil en ny fælles arbejdsmetode kunne etableres, og det efterfølgende systemarbejde derfor væsentligt mere overskueligt, da det fra starten er baseret på et fælles grundlag for hele Region Hovedstadens hæmatologi.

Også i den praktiske gennemførelse af systemimplementeringen vil der være en række gevinster at hente, herunder:

- Bedre muligheder for opbygning og deling af kompetencer i det nye system indenfor hæmatologien
- Reduktion af kompleksitet i implementeringen
- Større fleksibilitet i kursustilrettelæggelsen

Ydermere vil harmoniseringen af processer og systemimplementeringen ske i én organisatorisk enhed under én fælles ledelse med ét fælles mål. Dette vil sikre, at beslutninger kan tages på lavest muligt ledelsesniveau, og at behovet for at eskalere opad i sundhedsplatformsprojektet kan reduceres markant.

Endelig vil det forhold, at Region Hovedstadens hæmatologer i denne fase vil kunne tale med én stemme bidrage til at sikre, at hensynet til lands/landsdelsfunktionerne indenfor hæmatologien får den nødvendige vægt.

Fase 3 - Fysisk sammenlægning og optimering del III

En placering af det samlede hæmatologiske center på Rigshospitalet mener vi er en forudsætning for at sikre en fuld realisering af de store faglige, forskningsmæssige og forretningsmæssige potentiale for hæmatologien i Region Hovedstaden. Grundene hertil er:

- **Allogene transplantationer:** Rigshospitalet har i forvejen den nødvendige og dyre indretning med flowstuer til allogene transplantationer. Der er en vigtig synergi og samarbejde mellem transplantationslægerne og de hæmatologer, der forestår henvisning af patienter til allogen transplantation. Det er en stor fordel at patienter der skal transplanteres kan forblive i en og samme klinik i forhold til at have et sammenhængende forløb med minimale overgange.
- **Parakliniske specialfunktioner:** Rigshospitalet har i dag alle nødvendige parakliniske specialfunktioner som anvendes i hæmatologien, herunder
 - o Klinisk immunologi: Vævstypning, kimærismeundersøgelser
 - o Blodbank: Avanceret transfusionsbehandling, fotofereose terapi ved kronisk GVH i relation til allogene transplantationer, stamcellehøst af såvel patienter som raske donorer
 - o Genomisk medicin
 - o Avanceret mikrobiologi inkl. virusdiagnostik
- **Højt specialiserede støttfag:** Rigshospitalet har alle nødvendige medicinske støttfag på tilsvarende specialiseringsniveau f.eks. højt specialiseret kardiologi og nefrologi. Rigshospitalet har landsfunktion for højdosisterapi af amyloidose, hvorunder en tæt kardiologisk monitorering er påkrævet.
- **Stråleterapi:** Rigshospitalet har den nødvendige ekspertise og behandlingsmodaliteter i stråleterapien som forudsætninger for varetagelse af en række af de højt specialiserede funktioner f.eks. elektronvoltsbestråling, helkropbestråling samt stråleterapeuter med fast ugentlig konsultation i Hæmatologisk klinik i forbindelse med lymfombehandling.
- **Børnehæmatologi:** Den hæmatologiske behandling af børn som er veletableret i samarbejde mellem børnehæmatologer og voksenhæmatologer. Således er allogene transplantationer af børn organiseret i pædiatrisk regi men med fælles visitationsmøder ugentligt med voksenhæmatologi og fælles transplantationskoordinatorer. Ligeledes er der samarbejde omkring yngre voksne med akut lymfoblastær leukæmi i Nordiske NOPHO protokoller, som er initieret af Rigshospitalets børneonkologer. Samarbejderne medfører endvidere, at der gnidningsfrit sker overflytning af pædiatriske patienter til voksenhæmatologisk afdeling, når børnene fylder 16 år

- Trombose og hæmostase: Rigshospitalets hæmatologiske klinik har specialiseret funktion med daglig tilsynsvirksomhed overalt på hospitalet af patienter med alvorlige trombose og blødningskomplikationer. Hæmofilipatienter indlægges ved blødninger på diverse kirurgiske afdelinger på Rigshospitalet, som er vant til at håndtere disse patienter.
- Tilsynsfunktion: At tilstedeværelsen af det hæmatologiske speciale er nødvendig på Rigshospitalet som højt specialiseret hospital, hvor alvorligt syge patienter i andre specialer ofte frembyder hæmatologiske problemstillinger, der giver behov for flere daglige tilsyn
- Grundforskning: Det hæmatologiske speciale har en meget stærkt tradition for forskning og udvikling. Denne er helt afgørende afhængig af et uændret stort patientunderlag for de sjældne sygdomme, som behandles på regionalt og højt specialiseret niveau. I den forbindelse er den fysiske nærhed med stærke forskergrupper på Finsenlaboratoriet, BRIC, Panum, Stamcellecentret, Enhed for genomisk medicin m.v. afgørende for, at der er og vil blive etableret talrige fællesprojekter mellem de pågældende enheder og hæmatologisk klinik.

En fysisk sammenlægning på Rigshospitalet vil ikke kunne gennemføres før mulighederne for udvidede fysiske rammer er kortlagt. Behovet for øget fysisk kapacitet svarer umiddelbart til to sengeafsnit med 16-18 senge i hver samt et ambulant afsnit. Denne vurdering er bl.a. baseret på en klar forventning om, at vi vil kunne reducere den samlede sengekapacitet. Herudover kan der være behov for beskedne udvidelser af Rigshospitalets patologiske og eventuelt også af den intensive kapacitet (skønsmæssigt 1 intensiv seng).

Med den fysiske sammenlægning på Rigshospitalet åbnes op for en bred palette af optimeringsmuligheder. Det er her, at vi sammen realiserer Region Hovedstadens fælles, stærke hæmatologiske center, hvor regionens borgere tilbydes diagnostik og behandling på et helt nyt niveau, hvor faglighed og forskning er i top og hvor førende specialister og forskere nemt rekrutteres og fastholdes. Det er også her at vi realiserer det fulde forretningsmæssige potentiale kendetegnet ved flow, effektivitet og optimal resourceudnyttelse.

Sammenlignet med det samlede budget for de to klinikker i dag, forventer vi at kunne realisere en effektiviseringsgevinst på 5-10 % svarende til DKK 10-20 mio. årligt. En gevinst som enten kan hjemtages i form af besparelser eller geninvesteres i klinikken til at skabe yderligere kvalitet for regionens borgere og hæmatologiens patienter.

Effektiviseringsgevinsterne opnås bl.a. ved at:

- Reduceret forvags- og bagvagslag da aktiviteten nu er samlet på en matrikel. Et forvagslag udgøres typisk af syv reservelæger.
- Reducere sengeantallet da vi får mulighed for at lade flere patienter overgå fra indlagt til ambulant behandling samtidig med at vi kan optimere definitioner på diagnoser og sygdomsbilleder, hvor overførsel af patienter til andre medicinske specialer er en mulighed.
- Nye muligheder for stordriftsfordele herunder optimerede arbejdsgange og processer samt forbedret tilrettelæggelse af planer, ressourcer, kapacitet og aktivitet.

Der er mange muligheder for en fysisk sammenlægning på Rigshospitalet, og det er vigtigt at bemærke, at anlægsudgifterne ved at flytte hæmatologien til Rigshospitalet, alene pga. flowstuerne på transplantationsafsnittene, vil være væsentligt mindre end ved at flytte hæmatologien til Herlev Hospital eller et helt tredje sted.

Som nævnt kan den fysiske sammenlægning på Rigshospitalet ligge umiddelbart efter den organisatoriske fusion eller længere ude i fremtiden. Det er imidlertid vores overbevisning, at den fysiske fusion bedre gennemføres før end siden. Både for at sikre en hurtigere realisering af gevinsterne og for at optimere mulighederne for en god og vellykket fusionsproces.

Ulemper og risici

En ulempe der ofte opleves ved fusioner af hospitalsafdelinger er at nogle patienter oplever længere transporttid til klinikken. Det vil også være tilfældet ved etableringen af et samlet hæmatologisk center, men ulempen er her minimal da Herlev Hospital og Rigshospitalet allerede ligger tæt på hinanden.

En anden ulempe der kan opstå er tom kapacitet på Herlev Hospital. Hvis en organisation med 135 medarbejdere flytter ud, vil det medføre et behov for at gentænke den lokale kapacitetsudnyttelse. Dette kan imidlertid også betragtes som en mulighed, da Herlev Hospital ville kunne udvide fysikken for andre specialer. Vores flerårige handlingsplan giver god mulighed for at overveje mange forskellige scenarier og god tid til at planlægge realiseringen af den valgte løsning.

Den største risiko forbundet med etablering af ét, samlet hæmatologisk center i Region Hovedstaden er den organisatoriske og kulturelle fusion imellem de to nuværende klinikker. Modstand mod forandringen kan medføre at gevinstpotentialer enten ikke realiseres fuldt ud og/eller at realiseringstakten vil blive forlænget markant.

En anden risiko er at et samlet hæmatologisk center på Rigshospitalets øger presset på Rigshospitalets intensivafdeling og parakliniske afdelinger. Denne risiko kan muligvis reduceres bl.a. ved etableringen af en selvstændig semi-intensiv afdeling i det hæmatologiske center og en optimeret brug af egne klinisk biokemiske laboratorier inkl. blodprøvetagning.

Endelig kan man risikere at servicen forbundet med den hæmatologiske tilsynsfunktion på Herlev Hospital reduceres. Denne risiko vil vi imødekomme ved at etablere en effektiv tilkaldefunktion fra Rigshospitalet, som skal sikre at der altid vil kunne stille en hæmatolog på Herlev Hospital kort tid efter tilsynskaldet.

Etableringen af et samlet hæmatologisk center i Region Hovedstaden er ikke en let opgave, og vil medføre nogle få ulemper og en række risici – ikke mindst på kort sigt. Vi mener imidlertid, at vi ved at være så bevidste og forberedte som muligt og ved at sikre et fælles fodslag i fusionsprojektet, kan imødekomme tilstrækkeligt mange af disse ulemper og risici til at sikre et rigtig godt projekt og en stor positiv effekt. Både for Region Hovedstaden, Herlev Hospital, Rigshospitalet, vores fag, vores forskning og allervigtigst for vores fælles patienter.

Herlev hospitals holdning til organisering af det hæmatologiske speciale.

Hæmatologiens fremtidige organisering i Region Hovedstaden

I forbindelse med analyse af de forskellige specialer i relation til HOPP 2020, er vi blevet bekendt med et notat¹ fremsendt af Rigshospitalet, som foreslår et samlet hæmatologisk center i Region Hovedstaden.

Hæmatologisk afdeling og direktionen på Herlev Hospital deler ikke opfattelserne i notatet fra Rigshospitalet, og fremsender hermed replik til dette notat.

Volumen

Region Hovedstadens samlede optageområde er på 1,7 mio. indbyggere, hvilket, vi mener, er nok til at opretholde to hæmatologiske centerafdelinger. Optageområdet for hele Øst Danmark svarer stort set til resten af Danmark, hvor der er 3 hæmatologiske centerafdelinger (Ålborg, Århus og Odense). Befolkningsunderlaget i Øst Danmark er således stort nok til 3 hæmatologiske centerafdelinger (Roskilde, Herlev og Rigshospitalet).

Der findes ingen evidens for sammenhæng mellem volumen og behandlingsresultater, hvad angår hovedfunktion.

Der er heller ikke evidens for, at behandlingsresultater for regionale og højt specialiserede funktioner er bedre på afdelinger med meget store patientunderlag sammenlignet med mindre afdelinger. Der har således ikke været forskel i behandlingskvaliteten på Herlev Hospital, Rigshospitalet og de øvrige afdelinger i Danmark jf de nationale databaser^{2,3,4,5}. Således kan man forsvarligt varetage specialiserede regionale funktioner med et befolkningsunderlag på 0.6 til 0.8 mio.

Fordele ved den nuværende organisering på Herlev

Patientperspektivet

Hæmatologisk afdeling varetager alle funktioner i specialet (hoved, regions- og højt specialiseret funktion). Mange hæmatologiske sygdomme er kroniske, og nogle er livslange. Patienterne kan i løbet af deres sygdomsforløb gå fra at være hovedfunktionspatient til regions- og højt specialiseret patient. Det er helt afgørende at følge patienterne i hele deres sygdomsforløb for hele tiden at kunne vurdere, hvornår sygdom-

men skifter karakter, og der er brug for et andet og evt. mere intensivt eller specialiseret behandlingstilbud. På hæmatologiske afdeling i Herlev har man patienter i alle dele af specialet og i hele forløbet af deres sygdom.

Man modtager og behandler også patienterne, når der opstår komplikationer til behandlingen, f.eks. patienter som bliver febrile med risiko for udvikling af septisk chok i leukopenifasen efter en kemoterapibehandling. Komplikationer, følgevirkninger og bivirkninger til behandlingen kræver specialeerfaring, og det er derfor altafgørende, at patienterne i disse situationer håndteres på den hæmatologiske afdeling. Denne funktion varetager hæmatologisk afdeling på Herlev for alle afdelingens patienter døgnet rundt, året rundt.

Hæmatologisk afdeling i Herlev har således i dag allerede et optimeret patientforløb og – flow, hvilket også afspejler sig i Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP)⁶.

Det faglige perspektiv

Hæmatologisk afdeling deltager i talrige nationale og internationale kliniske protokoller.

Til hæmatologisk afdeling er tilknyttet et forskningslaboratorium, såvel som to centrale højtprofilerede centre; Center for Cancer Immunoterapi (CCIT) og Videnscenter for Hæmoglobinsygdomme. Begge centre udfører forskning på højt internationalt niveau med betydelig publikations- og Ph.D-aktivitet.

CCIT er belønnet med regionens Global Excellence ikke mindst fordi, centret har formået at binde det onkologiske og hæmatologiske område sammen. Herlev hospital har ifølge specialeplanen højt specialiserede funktioner inden for immunoterapi, hvor hospitalet er landets fyrtårn. En ændring af de organisatoriske forhold vil have katastrofale følger for denne funktion. Det kan tilføjes, at 15% af hospitalets professorer er ansat i CCIT/hæmatologisk afd. Dette understøtter, at forskning på meget højt niveau kan foretages med et optageområde på 850.000 indbyggere understøttet af en specialeplan.

Alle de diagnostiske og behandlingsmæssige modaliteter, der skal til for at varetage hæmatologi på højt specialiseret niveau findes allerede på Herlev Hospital.

Uddannelsesmæssigt ligger Herlev på et højt niveau, idet de uddannelsessøgende læger får et bredt og varieret kendskab til hæmatologien. Læger i hoveduddannelse tildeles også funktioner på specialist niveau under supervision (ambulatoriefunktion, bagvagt etc.) mhp. at øge deres kompetencer til at kunne fungere som specialister den dag, de er færdiguddannede.

Ulemper ved en sammenlægning

Rigshospitalet foreslår i det fremsendte notat en sammenlægning allerede i 2014, hvor funktioner flyttes fra Herlev til Rigshospitalet, med opretholdelse af en form for udefunktion på Herlev, indtil en fysisk fusion er mulig. Det foreslåede opfatter vi ikke som en sammenlægning, men som en nedlæggelse af afdelingen på Herlev, hvilket vi finder helt uacceptabelt.

Organisatorisk sammenlægning med funktion på to matrikler finder vi uhensigtsmæssigt ikke mindst set i lyset af de erfaringer, der er opnået inden for andre specialer i regionen. Udefunktion på Herlev med kun delvise hæmatologiske funktioner er helt udelukket. Det vil i givet fald hurtigt medføre problemer i forhold til faglighed, udvikling, uddannelse, drift og fastholdelse af kvalificeret personale.

At foreslå en hurtig sammenlægning af to store velfungerende afdelinger med hver sin lange historie og kultur, hvor den ene afdeling i realiteten nedlægges og opsluges af den anden, finder vi helt uacceptabelt. Det signalerer ikke ligeværdighed, respekt og samarbejdsvilje, og gennemtvinges dette, må man frygte et katastrofalt forløb med kaos og personaleflugt til følge. Dette vil i sidste ende komme patienterne til skade.

Konklusion

En sammenlægning af de to hæmatologiske afdelinger i Region Hovedstaden er på ingen måde besluttet. Tværtimod har regionsrådsformand Vibeke Storm Rasmussen i brev af 14. oktober 2013 til Sundhedsstyrelsen tilkendegivet, at funktionen forsat vil blive opretholdt på to matrikler.

Der er nu iværksat et analysearbejde som led i evt. tilretninger til HOPP 2020, hvori fremtidig organisering af hæmatologien indgår. Dette analysearbejde bør udskydes til et tidspunkt, hvor de fysiske muligheder reelt understøtter forskellige løsningsforslag. Udfaldet af det kommende specialeplansarbejde er også helt afgørende for den fremtidige organisering, hvorfor det ikke vil være hensigtsmæssigt at foretage eventuelle ændringer, førend dette arbejde er færdiggjort.

Vi mener ikke, at en sammenlægning af de to afdelinger er en god løsning. I det hele taget har vi svært ved at finde evidens for de gevinster ved en sammenlægning, som notatet fra Rigshospitalet beskriver.

Vi er derimod overbevist om, at en hurtig tvungen sammenlægning (læs nedlægning af Herlev), som foreslået af Rigshospitalet vil få uoverskuelige følger for både patienter, personale og forskning ikke mindst tværfaglig. Ydermere vil det have en ødelæggende effekt på andre af hospitalets højtspecialiserede funktioner.

Referencer

1. Et samlet hæmatologisk center i Region Hovedstaden 20131107
2. www.lymphoma.dk/download.php?cdfda5e52002d0a0021ee4cd94d1bcc1&target=1
3. www.leukemia.dk/download.php?f=c24d539c70e7dc92f39af0e283628b19
4. www.myeloma.dk/download.php?f=0513c040d60a3119267b4a1031391823
5. www.myeloid.dk/filearchive/fd9d3512e6051e9ecbabb29f914ee5f.pdf
6. www.patientoplevelser.dk/lup/

Med venlig hilsen

Steen Werner Hansen
Vicedirektør