

Hørings svar vedr. Sundhedsstyrelsens udkast til Specialebeskrivelse i Intern Medicin: gastroenterologi og hepatologi

Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologi (DSGH) takker for muligheden for at afgive hørings svar angående ovenstående specialebeskrivelse.

Vores svar falder i to afsnit. Dels generelle overvejelser om den mere dominerende rolle som speciallægepraksis er tiltænkt, dels mere specifikke kommentarer til udkastet.

Angående speciallægepraksis

DSGH imødeser med positiv forventning den planlagte omstilling af sundhedsvæsenet. Det er dog vigtigt, at man allerede tidligt i processen er særlig opmærksom på de udfordringer og mulige utilsigtede negative effekter som den planlagte omorganisering kan risikere at medføre. Inden for gastroenterologien og hepatologien er der i dag kun praktiserende speciallæger på Sjælland. Såfremt Sundhedsstyrelsen ønsker fremtidig implementering af et større antal praktiserende speciallæger i Vestdanmark kan man frygte en faglig svækkelse af fagets forankring i stærke faglige miljøer på sygehusene, hvilket kan påvirke kvaliteten af både den lægelige behandling, videreuddannelse, forskning og innovation.

Det er således i den fremadrettede planlægning helt afgørende at tilgodese at specialet rummer store grupper af patienter med kroniske sygdomme, hvor behandlingen i høj grad er tværfaglig (kirurgi, radiologi, patologi) og kræver støtte fra andre faggrupper (diætister, ergoterapeuter, specialiserede sygeplejersker etc.). Disse patienter behandles optimalt i sygehusregi.

Man skal tillige være særlig opmærksom på omorganiseringens betydning for speciallægeuddannelsen. Såfremt større dele af en bestemt patientgruppe flyttes fra sygehusregi til speciallægepraksis, vil det medføre, at uddannelseslægerne må oplæres i håndteringen af disse patientgrupper i speciallægepraksis. Efter gældende regler, vil et meriterende uddannelsesophold i speciallægepraksis skulle være minimum seks måneder, hvilket vil give udfordringer med at den specialespecifikke uddannelsestid på sygehusene bliver betænkelig kort og samtidig kan uddannelseslægerne ikke længere bidrage i samme grad til de øvrige funktioner de i dag har på sygehusene, herunder vagtfunktioner.

Efter DSGHs opfattelse vil en mere dominerende rolle for speciallægepraksis i fremtiden forudsætte en grundig planlægning i lyset af ovenstående bemærkninger. Et arbejde som må forventes at kræve en løbende indsats og måske inkludere regionale forskelle afhængig af speciallægedækningen aktuelt og i fremtiden.

Specifikke kommentarer til udkastet til specialebeskrivelsen

I afsnittet "Tarmsvigt og malabsorption med behov for ernæringsterapi" anføres under punktet "Sygehus", at "*Ved manifest tarmsvigt eller behov for midlertidig parenteral ernæring i hjemmet håndteres udredning og behandling i forløb, hvor der er stor erfaring på området.*" Håndtering af patienter med tarmsvigt og behov for parenteral ernæring i hjemmet er en specialistopgave, idet den omhandler en kompleks patientgruppe med betydelig risiko for potentielt livstruende komplikationer (katetersepsis, trombose, metaboliske forstyrrelser). Håndtering af patientgruppen kræver blandt andet: 1. indgående kendskab til håndtering og

forebyggelse af komplikationer, 2. kendskab til avanceret ernæringsfysiologi, 3. systematisk opfølgning med kontinuerlig monitorering og justering af behandlingen, 4. tæt samarbejde mellem gastroenterologer, kliniske diætister, sygeplejersker, karkirurger, abdominalkirurger og onkologer 5. erfaring med oplæring af patienter i håndtering af centrale katetre. Der er tale om relativt få patientforløb med høj kompleksitet og der foreligger studier, der viser at komplikationsrisikoen og mortaliteten er højere ved håndtering af patienter med behov for hjemmeparenteral ernæring uden for dedikerede HPN-centre. Fagligt set vil det være farligt for patientsikkerheden, hvis patienter med manifest tarmsvigt eller behov for hjemmeparenteral ernæring ikke behandles på, eller i tæt dialog med, dedikerede tarmsvigtsenheder. Dette gælder også i fremtiden.

I afsnittet "Refluks- og ulcussygdom" er anført under punktet "Fremtidig varetagelse", at "*Samtidig forventes digitale løsninger og kunstig intelligens i stigende grad at understøtte diagnostisk afklaring og monitorering af patientens sygdomsforløb.*" Sætningen fremstår generel og vi har ikke begrundet forventning om at digitale løsninger vil få større betydning på håndtering og behandling af netop denne patientgruppe sammenlignet med f.eks. patienter med inflammatorisk tarmsygdom. Vi vil foreslå at sætningen udelades.

I afsnittet "Funktionelle lidelser og uspecifikke gastrointestinale symptomer" nævnes øget anvendelse af GLP-1-receptoragonister under punktet "Fremtidig varetagelse" som argument for den stigende kompleksitet i udredning og behandling af patientgruppen. Selvom anvendelse af GLP-1-receptoragonister utvivlsomt har øget antallet af patienter med gastrointestinale symptomer er det i vores øjne ikke en afgørende faktor for den stigende kompleksitet og vi vil foreslå, at man afstår fra at anføre en specifik lægemiddelgruppe i afsnittet.

Afsnittet om "Primære og sekundære motilitetsforstyrrelser" kan med fordel afkortes. Afsnittet om fremtidig varetagelse fremhæver blandt andet nye farmakologiske behandlinger, genetisk screening, genterapi og apps fremfor at fokusere på hvor patienterne fremadrettet forventes behandlet.

På vegne af DSGH-bestyrelsen og DSGH-Udvalg for speciallægeuddannelse,



Stig Borbjerg Laursen

Formand, Professor, overlæge, ph.d.