Ulla Fasting RV, Reg. **midt**

Fertilitetsbehandling skal prioriteres højt

Over de sidste 50 år er testikelkræft steget med 50% og sædkvaliteten faldet med tilsvarende 50% hos danske mænd. Et alarmerende højt antal drengebørn fødes med forskellige misdannelser i kønsorganerne. De unge kvinder har hormonforstyrrelser i æggestokkene, op mod 8%. Tilsvarende tal ser vi i resten af den vestlige verden. Problemet stiger med 2% om året og hver 7. barn som begynder i folkeskolen er blevet til ved hjælp af medicinsk teknologi. Når fødselstallet i Danmark viser en svag stigning i forhold til andre lande, så kan vi takke fertilitetsklinikkerne!

Alarmklokkerne burde blinke hos alle. Vi er som menneskehed ved at udrydde os selv!
Europa og dermed også Danmark er på vej til at blive et rollatorsamfund og vi gør os derfor store bestræbelser for at skaffe ung arbejdskraft til Danmark! Hvordan hænger det sammen med, at man vil skære 2/3 af behandlingerne på vores fertilitetsklinikker i **midt** væk og dermed presse parrene over i det private regi?

Glem alt om at opfatte fertilitetsproblemer som en privat sag. Det troede man i 90'erne og det norske prioriteringsudvalg (Lønning-udvalget) satte behandlingen for barnløshed nederst på prioriteringslisten, men blev nødt til at rykke behandlingen op på en anden plads efter den folkelige protest, som gav udvalget en større indsigt i problematikken. Problemet er nemlig ikke privat, men et offentligt ansvarsområde af de helt store.

Administrationen i region **midt** er kommet med et spareforslag, som endnu ikke er forelagt regionsrådet, at to ud af tre klinikker skal spares væk, og den klinik, som overlever, bliver ikke udvidet tilsvarende. Det betyder, at mange flere barnløse selv må betale på de private klinikker. "Det er ikke realistisk at forestille sig, at vi fremover kan behandle lige så mange patienter, som vi behandler i dag." Udtaler administrationen til TV/M-V.

Det er altså et ønske om, at færre par skal have mulighed for at få et barn. Men dermed medvirker man til at befolkningstallet falder. Det kan desuden opfattes som et ønske om at privatisere et samfundsskabt ansvarsområde. Konsekvensen er, at de, som har råd kan få, de andre må afstå. Det er ikke i tråd med de overordnede mål med sundhedsvæsnet, som er:

"Fremme af sundhed og forebyggelse af sygdom med henblik på at sikre mulighed for livsudfoldelse for alle, uanset deres sociale baggrund og økonomiske formåen.." *Etisk Råd., Prioritering i sundhedsvæsenet, - en redegørelse 1996.*

I øvrigt vil det blive en dyr omgang for regionen, at skære ned på behandlingen. De barnløse har ret til 3 inseminations forsøg og 3 IVF forsøg. Kan de ikke få behandlingen i **midt,** har de ret til at få betalt behandlingen i en anden region. Den samlede behandling løber op i 65.000 kroner. Dertil kommer transport. Skejby har 12.000 ambulante konsultationer pr år. Her er 10-20 procent fra andre regioner. Det skal lige tilføjes, at Skejby tager sig af alle særlig komplicerede tilfælde og behandlingen og forskningen sker i et samarbejde med specialer, altså en vigtig synergieffekt, som er nødvendig på et universitetshospital. Dertil kommer, at Skejby netop har skaffet 6,3 mio. til finansiering af et professorat, som forudsætter, at der er en fertilitetsklinik på Skejby.

Klinikken i Skive har en meget høj succesrate og er den eneste klinik i landet som er ISO-certificeret. Dertil kommer, at klinikken har en indtjening på patienter fra andre regioner. 24% af patienterne kommer ude fra. Brædstrup har i dag har 65% uden-regionspatienter.

Det betyder, at effekten af at lukke to klinikker kun er halv, da man jo vil miste den eksterne finansiering, når ventetiden stiger. De 15 mio., man kalkulerer med at spare, vil således kun give en besparelse på højst 7,5 mio.

Vi ved at ønsket og trangen til at få børn er umådelig stor og parrene vil gøre næsten alt for at blive gravide. Så hvis vi lukker ned i vores region, så går parrene til de andre regioner for behandling. Administrationen svarer da også Nyhedsavisen: ”Hvis patienterne går til andre regioner, så går Region Midtjylland fallit. Så enkelt er det.” Der er ingen tvivl om, at de vil gå til andre regioner og vi mister indtægten fra de, som kommer til os. Så vi kommer til at gå fallit!

Hvor store er så chancerne for at blive gravide. Fra klinikken i Skive ved vi, at i 2007 blev 47% konstateret gravide (ægget havde sat sig fast). Hvis kvinden stadig er gravid i uge 11, så er chancen for at få et levende barn 92% og kvinderne overgår her til at være ’normale’ gravide.

Tiden indtil kvinden/parret er ’normale’ er præget af en meget tæt kontakt med fertilitetsklinikken. Ved 1. behandlingsforsøg er kvinden (og manden) på klinikken 8 gange. Dertil kommer de gange, hvor der kan opstå komplikationer som følge af den intensive hormonbehandling eller blødninger. Klinikken står til rådighed for kvinderne og tager dem ind til observation og behandling. Hvis behandlingen ligger i privat regi, vil kvinderne skulle behandles i det offentlige, når der opstår komplikationer. Den merudgift skal også medtages.

Vi har et mål i regionen, som siger, at alt som med høj kvalitet kan behandles decentralt skal tilstræbes at forblive eller lægges ud decentralt og kun de opgaver, som taber kvalitet ved at ligge decentralt skal samles i færre enheder. Fertilitetsbehandlingen kræver en tillidsfuld atmosfære og en hyppig og tæt kontakt. Kvinderne er ofte ikke i stand til selv at køre bilen. Det betyder, at ikke kun kvinden, men også manden eller en anden pårørende skal tage fri fra arbejde. Dertil er der megen angst og frygt, belastning af parforholdet og usikkerhed om egen identitet og værd hos begge parter. Klinikkernes evne til skabe de trygge rammer er en vigtig faktor i vurderingen af den samlede kvalitet. Vi ved også, at afdelinger, som er succesfulde har en indbygget tendens til at blive stadig bedre.

Der er således ingen begrundelse for at lukke Brædstrup, Skejby og Skive for at oprette en helt ny i Randers! Udgifter til anlæg og ombygninger må fratrækkes besparelsen! Der er således god grund til at beholde de eksisterende klinikker og styrke dem.

Hvis fertilitetsbehandling skal rykke bagest i køen i forhold til kræft, så har man glemt, at der er en sammenhæng mellem dårlig sædkvalitet og testikelkræft. Ved fertilitetsbehandling har man således mulighed for at opspore testikelkræft i et tidligt stadium og henvise de ofte unge mænd til videre udredning og behandling på sygehuset.

At der er blevet så hårdt brug for fertilitetsbehandling burde få alle de røde lamper til blinke og alle politikere til at reagere.