

# Hørings svar til AUH's handleplan fra LMU i Diabetes og Hormonsygdomme

---

## Diagnostisk Klinik varetager:

Udredning af kræftpakker: "Alvorlig sygdom, der kunne være kræft" og "Metastase uden kendt primær tumor".

Udredning af patienter med komplicerede interne medicinske sygdomme

I 2012 besluttede Regionsrådet, at det var mest hensigtsmæssigt at udbrede de diagnostiske enheder til alle hospitaler i RM – se statusnotat 05.07.2012 journr. 1-30-72-128-09. Derfor undrer det LMU, at AUH med det største befolkningsunderlag ikke skal have en Diagnostisk Klinik.

Diagnostisk Klinik er en tæt og nødvendig samarbejdspartner med Akutafdelingen, hvorfra mange patientforløb overdrages. Ligeledes er Diagnostisk Klinik en vigtig samarbejdspartner for byens praktiserende læger.

Beslutter Regionsrådet at overdrage Diagnostisk Klinik til Regionshospital Horsens, vil det betyde, at Aarhus' borgere ikke længere kan udredes lokalt, men vil opleve et mere besværligt udredningsforløb, som vil kræve megen transport. LMU er bekymret for, at det især vil ramme sårbare og udsatte borgere og dermed være med til at skabe ulighed i Sundhedsvæsenet. Mange udredningsforløb kræver diagnostiske ydelser fra AUH. Når disse undersøgelser skal foregå, kræver det, at patienten tildeles en seng på en stamafdeling på AUH.

Patientgruppen er sårbar og kan have svært ved at overskue udredningen, som vil indbefatte transport mellem flere hospitaler. I mange tilfælde vil det betyde, at patientens pårørende må tage fri for at følge.

Konsekvensen for vores sengeafsnit kan være flere indlæggelsesforløb, evt. nødvendigt med en dagfunktion i sengeafsnittet.

LMU kan være bekymret for, at den formodede besparelse opsluges af transportudgifter.

## Hørings svar til besparelser i andre afdelinger

I det godkendte forslag til 109 mio. kr. er det bekymrende, at medicinske afdelinger med høj belægning reducerer sengekapaaciteten (herunder Afdeling for Blodsygdomme).

Reduktion af forbruget af kliniske analyser og røntgenundersøgelser i Akutafdelingen: Det skal sikres, at udgiften ikke flyttes til andre afdelinger og forlænger indlæggelsesforløbet.

## Hørings svar til besparelser i egen afdeling

### Vakancer i speciallægegruppen:

Kan betyde manglende planer for patienterne. Kan medføre længere indlæggelsestid. Lange stuegange, som medfører overarbejde for sygeplejersker. Påvirker arbejdsmiljøet i læge- og plejegruppen.

Tildeling af patientansvarlig læge vil være umuligt at opfylde – der mangler speciallæger i forvejen. Medfører klager fra patienterne, der er frustrerede over, de ikke ser den samme læge. Gælder både sengeafsnit og klinik.

### Vakancer i sekretærgruppen:

Giver store udfordringer i forbindelse med implementering af LPR3 (LandsPatientRegister - nyt registreringssystem af patienter). Det medfører, at sekretærene er bagud med skrivning af notater, hvilket påvirker arbejdsmiljøet for alle personalegrupper. Hvis situationen forværres kan det påvirke patientsikkerheden. Sekretærene har ikke tid til at indkalde patienterne i god tid, hvilket medfører mange afbud og udeblivelser og giver efterfølgende meget ekstra opfølgning.

### Tværgående besparelser

Normtimer for yngre læger: Denne besparelse er udmøntet i 2017 og kan ikke udmøntes igen. Afdelingerne er trukket i budgettet.

-----  
"HELE LIVET I DE BEDSTE HÆNDER".....kan ikke efterleves!

3. juni 2019

## Hørings svar til AUHs handleplan Fra LMU i Mave- og Tarmkirurgi

<b>Emne:</b>	Hørings svar vedrørende robotkirurgi
<b>Vedhæftede filer:</b>	Forslag til indsatser for robotkirurgi i Region Hovedstaden.pdf
<b>Opfølgingsflag:</b>	Opfølgning
<b>Flagstatus:</b>	Fuldført

Til økonomi og planlægning

LMU på MTK har følgende høringssvar vedr. de påtænkte besparelser på robotkirurgi:

1. Den anførte besparelse på 2 mio. kr. er det der kan opnås på et år og ikke i 2019.
2. LMU på MTK anerkender, at besparelsen kan findes som anført, men finder det bekymrende ift. bevarelsen af ekspertisen inden for området ligesom udviklingen indenfor robotkirurgien bliver bremset. Set fra både MTK og det samlede Universitetshospital kan det blive en udfordring ift. at rekruttere og fastholde personale, ligesom de højt specialiserede funktioner kan frygtes truet.  
Set fra det samlede AUH samt et regionalt synspunkt kunne en løsning i den aktuelle udfordrende situation derfor være at se på robotaktiviteten samlet, således, at der kunne pauseres flere robotaktiviteter på AUH/Region i en periode og der prioriteres hvad der skal foretages i robotten i denne tid (set i forhold til den foreliggende evidens). Dette kunne evt. øge den samlede besparelse og vi kunne fastholde det nødvendige for stadig at tage del i udvikling og bibeholde vores HSF og der hvor der ellers er evidens for robotkirurgi fremfor laparoskopisk eller anden kirurgi.
3. Endvidere opfordres til, at der samlet set i regionen undersøges muligheder for permanent at reducere de store udgifter som indkøb, vedligehold, utensilieforbrug mv. påfører os ved brug af robotkirurgi.

Ift. en mere overordnet stillingtagen til udgiftsniveauet ift. robotaktiviteten aktuelt, tillader vi os også at henvise til vedhæftede fil som er en rapport fra Region Hovedstaden.

Den beskriver, i korthed bl.a.:

1. At der fortsat ingen evidens er for robotkirurgi frem for laparoskopisk kirurgi ift sygdomsfrie overlevelse, patientoutcome mv.
2. Der er klare ergonomiske fordele ift kirurgens fysiske arbejdsmiljø.
3. At udviklingen inden for robotkirurgien stadig er nødvendig, men den skal ses i et andet perspektiv med international/regional robotuddannelse, krav om kun protokollerede behandlinger mv
4. At økonomien er problematisk idet der i dag stadig kun er et reelt firma (dvs globalt monopol og med hvad deraf flg se. ex beskrivelse af markedsudvikling s 45 -49)

På vegne af LMU i MTK

## Hørings svar fra LMU, Børn og Unge vedrørende besparelsesforslag om reduktion af kursusaktivitet samt afskaffelse af forplejning til medindlagte forældre.

Vi vil hermed udtrykke vores store bekymring over de konsekvenser, det vil få hvis forplejningen til medindlagte forældre afskaffes, samt når kursusbudgettet beskæres i 2019.

- Forplejning medindlagte forældre

I Børn og Unge bestræber vi os på at indgå konstruktivt partnerskab med de syge børn og deres familier (familiecentreret pleje). Vi finder, at det i den forbindelse er vigtigt, at de medindlagte forældre føler sig velkomne og hjemme i afdelingen og her spiller det en basal rolle, at vi kan tilbyde dem mad og drikke.

For en del af vores syge børn omfatter vores indsats, at vi observerer på samspillet i familien og spisesituationen er en oplagt situation hertil. Vi vurderer, at hvis hospitalets forplejningsordning ikke lægger op til, at barnet og den medindlagte forælder spiser samme slags måltid på samme tidspunkt, vil en oplagt observationssituation måske helt forsvinde. Andre af vores syge børn har udfordringer med spisevægring og også i indsatsen overfor dem er det vigtigt, at vi kan etablere en situation, hvor barnet og den medindlagte forælder tilbydes samme slags mad på samme tidspunkt. Vi kan også nævne andre syge børn, hvor ernæring er en problemstilling, det kan fx være børn med ny opdaget diabetes eller kræftbørn.

Det er tidligere forsøgt at afskaffe forplejning til medindlagte forældre og dengang så vi ammende mødre, som fx ikke havde familie på besøg, som ikke fik aftensmad, fordi vi ikke havde opdaget, at de ikke havde hentet mad. Vi erfarede også at mange børn er bange for at være alene med personalet og ikke vil ikke kunne forlade afdelingen med forældrene.

Vi har familier, som er i isolation og spørgsmålet er om de overhovedet kan gå i kantinen og i givet fald hvilket signal det vil det sende til andre, at de kommer i kantinen iklædt isolationstøj.

Sammenfattende vil den kultur og det samspil, der er omkring et måltid for især børn/unge i en familie forsvinde, hvis forælderen skal forlade barnet for at hente mad i caféen, som ligger afsides afdelingen og desuden spise mad, som er anderledes end barnets/den unges, som serveres i afsnittet.

Udover de åbenlyse faglige forringelser, som afskaffelse af forplejning til medindlagte forældre vil medføre skal det understreges, at normeringen i afdelingen er tilrettelagt efter, at den medindlagte forælder passer barnet. Hvis forældrene vil skulle forlade afdelingen for at gå i kantinen efter mad vil der

ikke være tilstrækkeligt plejepersonale til at passe børnene og familierne vil derfor blive helt afhængige af at andre pårørende/gæster, vil kunne hjælpe dem.

Alt i alt vil afskaffelse af forplejning til medindlagte forældre forringe for det første muligheden for at yde en optimal faglig indsats overfor de syge børn og for det andet forringe servicen overfor familierne.

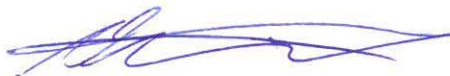
Det skal afslutningsvist bemærkes, at hvis alternativet til at afskaffe forplejningen til de medindlagte forældre er reduktion af personale ser vi ikke andre løsninger end at pege på afskaffelse af forplejning, som det mindst ødelæggende indgreb.

- Reduktion kursusbudgettet

At vi i Børn og Unge har ordentlige muligheder for efter- og videreuddannelse er vigtigt for at vi udvikler vores faglige niveau.

Vi er bekymrede for om de forringede muligheder for efter- og videreuddannelse på blot lidt længere sigt vil skabe personalemæssige såvel som faglige udfordringer, herunder problemer med at rekruttere og fastholde dygtige fagpersoner.

På vegne af medarbejderrepræsentanter i Børn og Unge



Vibeke Dam  
Næstformand, LMU

## Hørings svar til AUHs handleplan Fra LMU i Nyresygdomme

**Emne:** referat fra ekstraord. MED-udvalgsmøde i Nyresygdomme 27.05.19

**Opfølgingsflag:** Opfølgning

**Flagstatus:** Afmærket

### **Referat fra ekstraordinært LMU i Nyresygdomme vedr. handleplaner 27. maj 2019:**

AL orienterer kort om det indmeldte spareforslag, som omhandler konvertering af HHD-behandling til self-care på hospitalet.

Forslaget drøftes.

Der er enighed om, at det er en klar forringelse for patienterne, da det forringer patienternes mulighed for at planlægge eget liv. Forslaget harmonerer dårligt med patientinddragelse og patienternes selvbestemmelse. Forslaget illustrerer med al tydelighed, hvor pressede vi er. Lederkredsen har valgt dette forslag, da det ikke indebærer personalereduktion, da lederkredsen er enige om, at der ikke kan spares yderligere på personale. Vi har i forvejen en meget presset drift og diverse arbejdsmiljø-udfordringer.

Forslaget afventer politisk beslutning omkring 26/6.

## Hørings svar til AUHs handleplan Fra overlæger på Mave- og Tarmkirurgi

**Emne:** VS: AUH robot

Kære Jørgen Schøler

Skriver til dig fordi jeg er bekymret over udsigten til nedlukning af robot kirurgien på MTK. Dette vil i givet fald gå imod vores vedtagne principper i mere end 8 år mht behandling rectum cancer.

Vi ønsker i colorectal gruppen ikke at operere vores patienter laparoskopisk, og har kun gjort det sporadisk de seneste 8 år.

Vedhæftet 2 dokumenter. Det ene mine argumenter og redegørelse for den ligestyrelighed i resultater der er mht onkologi hvad angår robot kirurgi, laparoskopisk kirurgi og åben kirurgi. Herudover redegørelse for de dokumenterede fordel der er ved robot kirurgi for såvel patienter som kirurger. Ligeledes vedhæftet PowerPoint med artikler der underbygger en del af disse udtalelser. Hvis du have dette PowerPoint gennemgået kan jeg gøre det på 5 minutter.

Slutteligt vil jeg huske dig på at det er vedtaget at vi skal satse på og udvikle robotkirurgien på AUH, ikke afvikle den. Hvis der skal laves en regional besparelse på robot kirurgi synes det ikke rimeligt at MTK skal stå for denne alene, og slet ikke med de sværeste operationer vi har på afdelingen. Der hvor robotten virkelig gør en forskel.

Robot professor Jørgen Bjerregaard er cc og han deler mine/vores synspunkter på MTK.

Med venlig hilsen

Niels Thomassen

Overlæge Niels Thomassen  
Mave-tarm

### **Dokument med argumenter og redegørelse: Svar på planlagte besparelser på MTK, AUH indenfor robot kirurgi.**

For det første må jeg sige, at en besparelse på robot kirurgi er uklog og går mod sund produktionsmæssig kløgt.

Først og fremmest er det vedtaget på AUH, at der skal satses på robot kirurgi fremadrettet og der skal stedse udvikles indenfor robot kirurgi. Den internationale udvikling går også i den retning indenfor ikke blot cancer kirurgi men også benign kirurgi.

Dernæst skal det siges at vi siden oktober 2011 har lavet stort set alle vores minimal invasive rectum cancere i robotten, fremfor laparoskopisk. Vi har i gruppen af crc overlæger drøftet alternativer til robotten og har vedtaget at det er robotten vi bruger til rectum cancer kirurgi. (Fremfor TAMIS og laparoskopi).

Det kan tilføjes at der ved TAMIS/TaTME er tendenser til forhøjet lokalrecidiv i fht de andre modaliteter. Bla derfor er TAMIS/TaTME stoppet i vores naboland Norge. Andre lande ser også deres resultater efter. Vi bruger TAMIS her i afdelingen til POUCH og Prokterektomier i udvalgte tilfælde (benigne sygdomme).

Skulle vi til at lave vores rectum cancer kirurgi laproskopisk kommer vi utvivlsomt til at konvertere flere end vi gør og dermed får vi flere laparotomier og hvad dermed følger af morbiditet. Det går også konverterede patienter dårligere rent onkologisk.

Vi har en meget lav konverteringsratio med robotten. < 5%

Det er dyrere at lave robot kirurgi end tilsvarende såvel åben og laparoskopisk kirurgi. Hvis man aktiverer en given robot mere end 200 operationer årligt kommer flere ting dog i spil

1. Rentabilitet stiger
  2. Erfaringen stiger hos den enkelte kirurg
  3. Flowet i den daglige drift øges
  4. Alle patient relaterede data bedres og bliver fuldt sammenlignelige med laparoskopisk kirurgi.
- Her tænkes på operationstid, indlæggelsestid, morbiditet, pris.

Kort sagt det giver i besparelses øjemed ikke mening at lave færre operationer.

Faktorer, som er med til at gøre en øget produktion svær er blandt andet hvis man mangler patienter eller hvis man, som hos os har en suboptimalt fungerende operationsgang og/eller mangler personale på sengeafdelingerne til at passe de opererede patienter.

Vi mangler ikke patienter. Vi kunne godt kravle op på næsten 200 operationer, med diverse cancere, colectomier (Ikke IBD), pexier og de svære divertikulitter (fistler og stor tumorbyrde) plus ØNH patienterne.

Onkologiske resultater er efter 25 år med laparoskopi ikke forbedret i forhold til åben kirurgi. I hidtige arbejder er der påvist samme ligværdighed mellem laparoskopi og robot kirurgi.

Det kirurgiske traume er beviseligt mindre ved robot kirurgi end ved laparoskopi, og der signifikant mindre behov for smertestillende hos robot patienter i forhold til laparoskopisk opererede patienter.

Der er videnskab på at den fysiske belastning af kirurgen er signifikant mindre ved robot kirurgi end ved laparoskopi. Samtidig er der artikler som beskriver langtids skader i skuldre og nakke hos laproskopører.

Der er videnskab på at der på High Volumen centre er kortere indlæggelsestid, kortere operationstid, færre komplikationer og penge at spare ved robot kirurgi i fht laparoskopi på cancer i rectum og colon.

Det synes useriøst hvis en beslutning om at stoppe robotkirurgien træffes uden at høre specialisterne.

Afdelingens profil:

Vi har siden starten oktober 2011 lavet ca 1100 operationer dvs ca 160 om året i snit.

Vi har de seneste 5 år være "centre of excellence" og har haft hundredvis af besøgende fra Europa, Asien og USA.

Vi har i afdelingen en af de højst ratede underviser i robot kirurgi i Europa/verden og der foregår undervisning i udlandet 30 - 40 gange årligt, herunder foredrag og live kirurgi ved konferencer og møder.

Vi er udvalgt til at være den afdeling der tester udstyr på live patienter på verdens niveau flere gange. Næste test bliver Juli 2019 med den nye ultralydskniv som først kommer i handelen efter vi har afprøvet den. I den forbindelse får vi fra firmaet foræret den specielle generator, som er påkrævet.

Mange kirurger ønsker at komme til vores afdeling eller få besøg fra vores afdeling fordi afdelingen internationalt er et flagskib indenfor stort set alt, men også specifikt indenfor robot kirurgi.

**HVIS MAN VÆLGER AT STOPPE ROBOT KIRURGIEN VIL DENNE STATUS UDVISKES OG DET STORE ARBEJDE DER ER LAGT I AT UDVIKLE ROBOTKIRURGIEN GÅR I STÅ.**

Anser det for urealistisk at lukke ned midlertidigt for robotkirurgien. Sker det bliver der aldrig lukket op igen.

Virker uforståeligt hvis MTK AUH skal stå for det hele af en evt. besparelse indenfor robot kirurgi. Hvad med gynækologisk og urologisk afdeling? Hvad med Herning Sygehus? Skal Regionens flagskib virkelig bombes tilbage til en fortid vi ikke ønsker.?

Aktuelt laver vi alle vores minimalt invasive rectum cancere i robotten og det vil vi fortsætte med.

Vi laver rectopexier i robotten og det giver mening fordi det er en suveræn tilgang med robotten at dissekere og suturere dybt i bækkenet.

Pexierne kan teoretisk set laves laproskopisk på nær recidiv pexier.

Avancerede divertikulit patienter (fistler og stor tumorbyrde) opereres med fordel i robotten. Disse er ofte utilgængelige laproskopisk og ender med åben kirurgi. Robotten er velegnet til disse.

Højresidige hemikolektomier har vi få af men også disse er velegnede til robotten. Kan teoretisk set laves laproskopisk

Proktokolektomier kan med fordel laves med robotten (Xi) da den er multidirektionel.

Niels Thomassen  
24. maj 2019



## **Hørings svar til AUHs handleplan Fra Overlægerådet AUH**

Til Hovedsamarbejdsudvalget AUH

Hørings svar på udmelding om besparelser maj 2019.

Overlægerådet på Aarhus Universitetshospital ser med stor alvor på den udmøntning af besparelser der er offentliggjort.

Vi anerkender at Regionsrådet, i første omgang, har reduceret kravet først fra 425 til 325 mio. kr og siden til 150 mio, dog med information om at det resterende millionbeløb skal afdrages over de næste få år.

Som nævnt i tidligere bekymrings skrivelser vil det gå hårdt ud over de højt specialiserede funktioner idet de er bundet op på få personer. Med de personale reduktioner der er udmeldt, om end det ikke er specificeret helt præcis blandt hvilke faggrupper fyringerne vil komme, vil man på afdelingerne skulle koncentrere sig om pakkeforløb og overholdelse af diverse behandlingsgarantier. Derfor vil de højest specialiserede funktioner, der ikke nødvendigvis er underlagt udrednings- og behandlingsgarantier, lide voldsomt meget. Vi ser blandt andet med meget stor alvor på udmeldingen om at robotkirurgi sættes på stand by, hvilket vil få voldsomme konsekvenser netop på et område hvor AUH er et internationalt fagligt fyrtårn.

Uddannelse af læger og andet personale vil blive voldsomt påvirket når en reduceret og svækket personalegruppe oveni det kliniske arbejde også skal lave bedside undervisning. Udviklingen og ibrugtagningen af nye, ofte mere skånsomme, behandlingsmetoder vil blive tilsidesat for rå produktion. Forskningen på AUH vil blive voldsomt påvirket, specielt da forskere med internationale relationer fristes af tilbud fra andre universitetshospitaler i ind- og udland.

Set i lyset af de politiske udmeldinger der er kommet fra alle folketingets partier siden annonceringen af spareplanerne opfordrer vi HMU og hospitalsledelsen til at rette henvendelse til Regionsrådet med henblik på at få sat spareplanerne helt på stand by indtil økonomiforhandlingerne mellem regering og regionerne, der forventes foretaget i august, er tilendebragt.

På vegne af Overlægerådet AUH

Niels Juul

Formand overlægerådet

## **Hørings svar til AUHs handleplan Fra Nyreforeningen Østjylland**

Til regionsrådet Region Midtjylland ved regionsformand Anders Kühnau

### **Advarsel mod spareplanen fra AUH i forhold til forringede vilkår for dialysepatienter**

Vi er i Nyreforeningens regionaludvalg for Region Midtjylland meget uforstående overfor et forslag i spareplanen for AUH, som forringer livskvaliteten for en gruppe af patienter, som i forvejen har det svært.

Forslaget lyder således:

*Ophør med hjemme-hæmodialyse, som i stedet erstattes af self-care behandling på hospital (Nyresygdomme, 357.000 kr. i 2019, 860.000 kr. i 2020).*

Vi er rystede over forslaget, fordi forslaget er i lodret modstrid mod regionsrådets gældende målsætning om at øge andelen af dialysepatienter i hjemmedialyse, herunder hjemmehæmodialyse. Målsætninger som baserer sig på en MTV fra Sundhedsstyrelsen fra 2006, og som i øvrigt er god latin og følges over hele landet. Det undrer os meget, at hospitalsledelsen lægger op til at droppe denne målsætning, som både bygger på en kraftigt forbedret livskvalitet for de patienter, som ønsker at dialysere sig hjemme, og som dertil medfører en væsentlig besparelse for hospitalet.

Det fremgår af Region Midtjyllands Spareplan for 2015 – 2019, hvor regionen havde som mål at spare 6 mio. kr. med fuld effekt i 2019 på at øge antallet af patienter i hjemmedialyse. Det fremgår af spareplanen, at for hver ekstra dialysepatient, som kommer i hjemmedialyse, vil regionen kunne hente en besparelse på 100.000 kr. Der er forskellige former for hjemmedialyse, som alle – således også hjemmehæmodialyse- giver en besparelse i forhold til centerhæmodialyse.

Vi er i regionaludvalget orienteret om, at (citater): *"Beregningerne baserer sig på de rå tal for etableringsomkostninger i patienternes hjem (el, vand, kloak) og driftsomkostningerne hørende hertil"*.

På den baggrund må vi gå ud fra, at der ikke er indregnet meromkostninger til fremtidig at behandle de 17 patienter, om p.t. er i hjemmedialyse, i centerregi. Det finder vi meget betænkeligt, da hjemtagelse af disse patienter som vi ser det ikke kan undgå at skabe et øget pres på personalet og afdelingens økonomi.

Vi har noteret os, at denne gruppe efter forslaget behandles i self-care. I den forbindelse må vi gøre opmærksom på, at heller ikke self-care vil være omkostningsfrit for afdelingen. Vi finder det desuden urealistisk, at patienterne i self-care vil kunne opretholde den fleksibilitet og selvbestemmelse over egen dialysebehandling, som gælder i hjemmehæmodialyse.

I det hele taget bør en patient, som selv er i stand til og ønsker at varetage sin egen behandling, ikke tvinges ind på sygehuset, hvis de ønsker at dialysere sig hjemme. Det strider mod al gældende logik i sundhedsvæsenet, at patienter, som kan behandles i hjemmet, skal behandles på sygehuset.

Vi har modtaget flere henvendelser fra bekymrede medlemmer i hjemmehæmodialyse. Et par eksempler.

**Kristian** beretter, at han har være hjemmedialysepatient i 15 år – kun afbrudt af 2 korte transplantationsperioder. Kristian dialyserer sig hver dag i 3 timer eller 21 timer om ugen. Med opstart og afslutning bruger han 4 timer om dagen eller 28 timer om ugen. Ligesom andre patienter oplever Kristian, at de hyppige dialyser betyder en bedre rensning af blodet, og Kristian er taknemmelig for at, han takket være sin mulighed for at dialysere sig hjemme har det fantastisk godt og ikke er mærket af sin sygdom. Og at hans forventede levetid statistisk set er på højde med transplanteredes.

Det er en tidkrævende sygdom, og Kristian, som bor syd for Aarhus 92 kilometer fra Skejby, vil inklusive kørsel skulle bruge endnu mere tid på sin sygdom, hvis han skulle i behandling i Skejby. Det vil også medføre en større merudgift til kørsel (en udgift som afdelingen delvist vil være forpligtet til at dække svarende til offentlig transport).

Kristian sammenfatter i øvrigt sine fordele ved at være i hjemmedialyse således:

- En i forvejen tidskrævende behandling er optimeret til at tage mindst mulig tid
- Det giver ro i hverdagen
- Det giver ro i familien
- Det giver tid med familien
- Det er utroligt fleksibelt at have hjemmedialyse – kan indpasses i enhver dagligdag. Morgen, middag, aften, nat.

**Lars** oplyser, at hvis man vælger at nedlægge hjemmedialyse muligheden, vil det få flere negative konsekvenser for ham som dialysepatient. Han siger videre:

Jeg står op kl. 3.15, møder på arbejde kl. 4.30 fri kl. 12.00, 37 timer om ugen

Jeg kører dialyse 4 gange om ugen 3 timer, det vil sige, at det tager ca. 4 timer med opstart og afslutning.

Jeg skal være færdig før kl. 18.00 ellers kan jeg ikke falde i søvn på grund af uro i kroppen.

Jeg har tidligere fået dialyse på hospitalet, og kan mærke på mig selv at det har givet en hel del livskvalitet tilbage at køre hjemmehæmodialyse

Jeg kan i dag selv bestemme hvornår og hvilke dage jeg skal have dialyse, fordi den står jo til rådighed hele tiden.

Et godt eksempel på den lille smule frihed det giver at have hjemmehæmodialyse. Barnebarnet er på besøg og skal passes, det var godt nok samme dag som jeg skulle have dialyse, men jeg kunne jo bare køre næste dag, uden det betyder noget for mit helbred. Og sådan kan der nævnes mange flere eksempler.

Et par andre fordele ved hjemme dialyse er, at der ikke er nogen form for transporttid, ligeledes kan jeg tage en ekstra gang dialyse, hvis der er blevet drukket lidt for meget væske eller spist lidt for meget af det forbudte.

Hvis hjemmehæmodialysen bliver nedlagt, vil det få store konsekvenser for mig og min families livskvalitet. Blandt andet kan nævnes, at friheden til selv at bestemme til en vis grad vil forsvinde. Jeg vil også skulle bruge meget mere tid på min dialyse på grund af transporten til Skejby. Jeg vil nok til at overveje, om jeg kan blive ved med at arbejde fuld tid, da der så skal bruges 6 timer 4 gange om ugen på dialyse.

Lars håber med ovenstående beskrivelse at være med til at overbevise om, at nedlæggelse af hjemmehæmodialyse ikke er vejen frem, og anbefaler på det kraftigste at det ikke kommer til at ske.

**Livskvalitet er et nøgleord.** Mange undersøgelser viser, at hjemmehæmodialyse øger livskvaliteten. Der er nogle generelle fordele uanset hvor meget du dialyserer. Det er:

- Du har friheden og fleksibiliteten til selv at planlægge din hverdag, da du ikke skal møde til dialyse på bestemte tidspunkter.
- Du slipper for transporten til og fra sygehuset.
- Du har bedre mulighed for at arbejde, da du selv kan tilpasse tidspunkterne for dialyse
- Du kan tilrettelægge din behandling efter dine øvrige aktiviteter
- Du har mulighed for at have gæster og være sammen med familien hjemme, mens du er i dialyse.

Hjemmehæmodialyse giver mulighed for en bedre rensning af blodet, hvis du har brug for meget dialysetid, via hyppigere dialyser eller natdialyse. Det betyder:

- Du får det bedre og får mere energi i hverdagen
- Du kan eventuelt reduceres i medicin
- Du får færre væskebegrænsninger
- Du får bedre appetit og færre begrænsninger i kosten
- Du sover bedre
- Du får det bedre efter dialysen og mellem dialyserne, da der ikke er de store udsving i salt, væske og affaldsstoffer.

**Med henvisning til ovenstående må vi i regionaludvalget på det kraftigste advare mod et spareforslag, som medfører en forringet livskvalitet for en gruppe patienter, som i forvejen har det svært.**

**Desuden stiller vi os uforstående overfor et spareforslag, som går ud på at spare ved at gøre det præcist modsatte af det, som fremgår af Regions Midtjyllands Spareplan for 2015 – 2019, hvor regionen har som målsætning at spare ved at øge antallet af patienter i hjemmedialyse.**

**Regionaludvalget skal på den baggrund i al ydmyghed foreslå, at forslaget om ophør af hjemmehæmodialyse på AUH udgår af spareplanen for AUH.**

**Alternativt skal vi anmode om, at denne henvendelse indgår i regionsrådets behandling af sagen.**

På vegne af Nyreforeningens regionaludvalg for Region Midtjylland.

Ann Bellis Hansen

Peter Husted

Formand

FU - repræsentant

Kopi sendt til hospitalsledelsen AUH