

## **NOTAT**

Til: **Regionsrådets møde den 15. maj 2018 – pkt. 4 – Udmøntning af midler fra sundhedsstrategien til skånsom kirurgi**

Dato: 9. maj 2018

### **Ændringsforslag til pkt. 4 – Udmøntning af midler fra sundhedsstrategien til skånsom kirurgi**

#### **Stillet af Jacob Rosenberg på vegne af Liberal Alliance.**

På baggrund af nedenstående redegørelse foreslås følgende punkter til afstemning i stedet for det oprindelige forslag i indstillingen fra administrationen:

1. **at** godkende administrationens forslag til udmøntning af de resterende 7,9 mill. kroner fra Regeringens Sundhedsstrategi til skånsom kirurgi. Dette indebærer prioritering af udskiftning af en udtjent robot på Herlev Hospital og en udtjent robot på Rigshospitalet.
2. **at** regionsrådet ikke godkender at initiativerne i ”Indsatser for robotkirurgien i Region Hovedstaden” prioriteres og løbende implementeres.
3. **at** der etableres kontakt til de øvrige regioner mhp. oprettelse af en national uddannelse i robotkirurgi og vi ikke godkender at initiativerne i ”Indsatser for robotkirurgien i Region Hovedstaden” prioriteres og løbende implementeres.

#### **Baggrund:**

Som det tydeligt fremgår i baggrundsmaterialet til sagen, er der data fra forskning, som viser, at hvis robotkirurgi erstatter traditionel åben kirurgi, kan man få gevinst i form af f.eks. reduceret blodtab ved operationen. Der er imidlertid ikke påvist fordele ved robotkirurgi, når man sammenligner med kikkertkirurgi (laparoskopisk operationsteknik). Der er dog enkelte specialkirurgiske områder, hvor det giver mening at anvende robotkirurgisk teknik, f.eks. ved operation for svælgcancer, hvor man tidligere ikke har haft et kirurgisk behandlingstilbud men udelukkende har behandlet med strålebehandling og kemoterapi. Det kan endvidere være relevant, hvis man skal operere ”om hjørner” eller i et meget smalt bækket i bughulen. Imidlertid anvendes regions robotter nu til en lang række operationer, hvor man lige så vel kunne operere med klassisk kikkerteknik – dvs. uden brug af robot. Når man sammenligner resultaterne fra studier med operation med kikkerteknik sammenlignet med robotkirurgi, er der ikke forskel på komplikationsrate og overlevelse for patienterne. Det er heller ikke samstemmende vist, at patienterne kommer sig hurtigere eller bliver bedre behandlet for deres kræftsygdom ved anvendelse af robot frem for en åben eller kikkertoperation. Trods mange år med robotkirurgi er der således ikke påvist markante fordele, mens udgifterne er klart belyst. Det store volumen, hvor vi i dag ukritisk anvender

operationsrobotterne, bør derfor revurderes, specielt i disse tider med fokus på et ”værdibaseret sundhedsvæsen”.

Anskaffelsesprisen for en robot er omkring 15-17 mill. kroner, og hertil kommer en serviceaftale hos firmaet på ca. 1,1 mill. kroner pr. robot pr. år. Til disse beløb skal lægges de løbende driftsudgifter, som er betydeligt højere end til almindelig kikkertkirurgi. Gennemsnitlige driftsudgift for service og forbrugsvarer er ca. 3,6 mill. kroner pr. år pr. robot, og den gennemsnitlige pris pr. operation er således væsentlig højere med robotkirurgi sammenlignet med almindelig kikkertkirurgi. Man må derfor kræve, at en sådan meget stor økonomisk belastning af sundhedsvæsenet skal retfærdiggøres af en betydelig gevinst for patienterne, og dette er ikke tilfældet. Der er potentiale i robotkirurgi til helt specielle indgreb, men ikke til en generel udbredelse. Vi har allerede 6 robotter i Region Hovedstaden, og dette kan mere end rigeligt dække behovet for robot kirurgi til disse specielle indgreb.

Det er endvidere foreslået, at der bliver etableret en regional uddannelse i varetagelse af robotkirurgi. I et scenarie, hvor robotkirurgi indtil videre kun anvendes til specielle kirurgiske indgreb og i protokolleret regi vil det formentlig være rationelt at stille mod en national uddannelsesplan i stedet for en regional. Man må derfor opfordre til at indgå samarbejde med de andre regioner i Danmark for at etablere en uddannelse som den foreslåede. Dette vil selvfølgelig have nogle omkostninger, men vil være billigere for Region Hovedstaden end ved etablering af en uddannelse kun dækkende egen region, og det samme gælder for de andre regioner.

Det argumenteres undertiden, at robotkirurgi er bedre ergonomisk for den opererende kirurg. Imidlertid har et Ph.d. projekt fra Syddansk Universitet (cand.scient. Tina Dalager) vist, at der ikke er forskel på den fysiske belastning, afhængig af om kirurgerne arbejder med kikkertkirurgi eller robotkirurgi ([ugeskriftet.dk/nyhed/kirurger-lider-af-daarligt-fysisk-arbejdsmiljoe](http://ugeskriftet.dk/nyhed/kirurger-lider-af-daarligt-fysisk-arbejdsmiljoe)).

Sammenfattende, kan det således ikke være ansvarligt politisk at godkende udbredelse af robotkirurgi til samtlige hospitaler i regionen. Robotkirurgi har fordele, hvis alternativet er åben kirurgi eller ingen kirurgi. Hvis alternativet er kikkertoperation (laparoskopisk kirurgi) er der p.t. ikke data, der peger på fordele ved robotkirurgi. Tværtimod er prisen pr. operation betydeligt højere end sammenlignet med kikkertkirurgi, og det vil derfor være fejlagtigt at udbrede robotkirurgien yderligere, idet det vil medføre en betydelig omkostning uden gevinst for patienterne.

Der er en lang række argumenter imod en yderligere udbredelse af robotkirurgi i Region Hovedstaden, og det er derfor for tidligt at tage en sådan beslutning. Sagen kan genoptages på et senere tidspunkt, såfremt der kommer ny evidens, som peger på fordele ved en yderligere udbredelse af robotkirurgien.