



DIALYSE VED KRONISK NYRESVIGT

– kan antallet af patienter i udgående dialyse øges?
En medicinsk teknologivurdering – sammenfatning

2006

Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering

DIALYSE VED KRONISK NYRESVIGT

– kan antallet af patienter i udgående dialyse øges?

En medicinsk teknologivurdering – sammenfatning

Dialyse ved kronisk nyresvigt – kan antallet af patienter i udgående dialyse øges? En medicinsk teknologivurdering

© Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Medicinsk teknologivurdering, MTV, dialyse, kronisk nyresvigt, udgående behandling, self care, hæmodialyse, hjemmehæmodialyse, peritonealdialyse

Sprog: Dansk med engelsk resume

Format: pdf

Version: 1,0

Versionsdato: 20. november 2006

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, december 2006

Kategori: Rådgivning

Design: Sundhedsstyrelsen og 1508 A/S

Layout: P.J. Schmidt Grafisk

Elektronisk ISBN: 87-7676-394-3

Elektronisk ISSN: 1399-2481

Denne rapport citeres således:

Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering

Dialyse ved kronisk nyresvigt – kan antallet af patienter i udgående dialyse øges? En medicinsk teknologivurdering

København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2006

Medicinsk Teknologivurdering 2006; 8(3)

Serietitel: Medicinsk Teknologivurdering

Serieredaktion: Finn Børlum Kristensen, Mogens Hørder, Leiv Bakketeig

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Sundhedsstyrelsen

Center for Evaluering og MTV

Islands Brygge 67

2300 København S

Tlf. 72 22 74 00

E-mail: cemtv@sst.dk

Hjemmeside: www.cemtv.dk

Rapporten kan downloades fra www.cemtv.dk under publikationer eller www.sst.dk under udgivelser

Forord

Dialyse er en livsnødvendig og livslang behandling til patienter med svær kronisk nyresvigt. Gennem de seneste 10 år har der været en fordobling af patienter i behandling. Dette skyldes bl.a., at flere ældre patienter og flere patienter med alvorlige kroniske sygdomme får tilbudt dialyse. Dette medfører øget pres på dialysecentre, og har givet interesse for at se på, om en anden fordeling af patienter på de tilgængelige dialysemetoder kan aflaste centrene. Samtidig er det relevant at vurdere dialysepatienternes indflydelse på valg af behandlingsmetode, når de påbegynder eller allerede er i dialysebehandling, da de bør inddrages i beslutninger om egen behandling.

Denne rapport beskriver evidensen for anvendelsen af de forskellige dialysemetoder og fordelingen af patienter på de forskellige dialysemetoder på dialysecentre. Endvidere belyses de sundhedsøkonomiske konsekvenser ved en omlægning af behandlingen til øget udgående dialysebehandling. Hensigten med rapporten er at beskrive fremtidige scenarier for dialysebehandling, de økonomiske konsekvenser herved og patienternes holdninger til dialysemetoderne.

MTV-rapporten viser, at den ene dialysemetode ikke i udgangspunktet er bedre end den anden. Kun 35% har kontraindikationer mod en af dialysemetoderne, hvilket øger muligheden for, at patienterne kan være medbestemmende i relation til valget af dialysemetode. Flere patienter i udgående dialyse vil kræve øget samarbejde og koordinering mellem dialysecentre og andre afdelinger samt primærsektoren. For at træffe en beslutning om behandlingsmetode, som den enkelte dialysepatient er tryk ved, kræves det, at både patient og pårørende er velinformerede om såvel fordele som ulemper ved de forskellige dialysemetoder.

Rapporten henvender sig primært til planlæggere og beslutningstagere på nationalt niveau, i regioner og på sygehusene.

Rapporten udgives i CEMTVs serie »Medicinsk Teknologivurdering« og har gennemgået eksternt peer-review. Projektgruppens medlemmer har deklareret eventuelle konkurrerende interesser.

*Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering
December, 2006*

*Finn Børlum Kristensen
Centerchef*

Den følgende sammenfatning er baseret på rapporten »Dialyse ved kronisk nyresvigt – kan antallet af patienter i udgående dialyse øges? En medicinsk teknologivurdering«. Rapporten kan læses på www.cemtv.dk under publikationer. Herfra kan også nærværende sammenfatning downloades.

Sammenfatning

Indledning

Der er i Danmark registreret mere end en fordobling af patienter i dialysebehandling over de sidste godt 10 år (1). Dette skyldes bl.a. at flere ældre patienter, og flere patienter med alvorlige kroniske sygdomme får tilbudt dialyse (2). Det øgede antal patienter medfører øget pres på dialysecentrene, og derfor er der behov for at se på, om der kan ske en omorganisering af dialysebehandlingen, så centrene aflastes. Samtidig er det relevant at vurdere dialysepatienternes indflydelse på valg af behandlingsmetode, når de påbegynder eller allerede er i dialysebehandling.

Kronisk nyresvigt er en livstruende sygdom, hvor den livreddende behandling er dialyse eller – når det er muligt – nyretransplantation. Maksimum 20% er egnet til at få foretaget en nyretransplantation og heraf er kun en del af patienterne interesserede i at tage imod tilbuddet. En transplanteret nyres levetid er ikke livsvarig, så behovet for dialyse vender for nogle patienter tilbage.

Med det stigende pres der i fremtiden forventes på dialysebehandlingen, stigningen i andelen af patienter i centerdialyse (1) og de forskelligheder, der er observeret i behandlingstilbuddet, er det på nuværende tidspunkt relevant at få klarlagt, om flere patienter kan blive dialyseret i udgående behandling. Det er hovedsageligt ældre (>60 år), der udgør stigningen i dialysepatienter. Disse vil ofte have andre tilgrundliggende sygdomme, der har medført kronisk nyresvigt. Et interessant spørgsmål er derfor, om det ud fra et klinisk og patientmæssigt perspektiv vil være forsvarligt og muligt at overføre nogle af disse patienter til udgående dialyse? Hvilke organisatoriske og økonomiske konsekvenser vil det få, hvis en større andel af patienterne overgår til udgående behandling. Da flere elementer skal vurderes er det naturlige metodevalg faldet på en medicinsk teknologivurdering, da disse elementer er inkluderet i en sådan.

Dialyse betragtes traditionelt som hospitalsbehandling, men behandlingen foregår allerede i stor udstrækning i hjemmet (3).

Dialysemetoder

- hæmodialyse (HD) i center eller hjemmet
 - dialyse i center (CHD)
 - dialyse i hjemmet (HHD). Selvhjulpne patienter
 - self care dialyse i center med reduceret personaleforbrug og selvhjulpne patienter.
- peritonealdialyse (PD) foregår i hjemmet
 - kontinuerlig peritonealdialyse (CAPD)
 - automatisk peritonealdialyse i løbet af natten (APD)
 - assisteret APD. Plejepersonale optrænes til at bistå dialysebehandlingen.

Udgående behandling består af HHD, self care og alle former for PD, da disse metoder fungerer med enten selvhjulpne patienter eller minimal assistance til dialysebehandlingen.

Formål

At undersøge om antallet af patienter med kronisk nyresvigt i udgående dialyse med fordel kan øges.

Metode

Analysen har omfattet dels litteraturgennemgange og dels interviewstudier med henholdsvis patienter og personale. Generelt har de eksisterende internationale publikationer omfattet mindre materialer samt kun få randomiserede kontrollerede studier eller systematiske review. I analysen er der desuden foretaget en sundhedsøkonomisk vurdering af de forskellige dialyseformer og forventede scenarier ved øget udgående dialyse.

Teknologi

På baggrund af litteratur og danske registerdata er der foretaget en vurdering af om der er forskel i behandlingseffektiviteten af de forskellige metoder og herunder en gennemgang af de forskellige former for dialyse. Der findes i den internationale litteratur evidens for, at PD patienter sammenlignet med CHD patienter har den samme overlevelse, mens overlevelsen for danske PD patienter øjensynlig er bedre de første 1,5 år efter start på dialyse undtagen for patienter med diabetes samt ældre over 55 år, hvor overlevelsen var den samme. Efter 1,5 års dialysebehandling er overlevelsen for PD og CHD patienter den samme. Dette indikere, at størstedelen af patienterne med fordel kan starte dialysebehandlingen i PD med mindre der er kontraindikationer eller sociale årsager til at vælge CHD som første behandlingsmetode.

Kontraindikationer er kun aktuelt hos ca. 35% af patienterne, og det er overvejende kontraindikation rettet mod PD. Derimod synes afdelingens/lægens præferencer at spille en væsentlig rolle for valg af dialyseform, mens patientens præferencer ofte er afhængige af de valgmuligheder, der gives, og patientens måde at mestre sin kroniske sygdom på. Ligeledes har tidspunktet for henvisning stor indflydelse på valget. For sent henviste patienter med behov for akut eller subakut start på dialyse kort efter henvisning til nefrologisk specialafdeling er mere tilbøjelige til at ende i CHD end i udgående dialyse. Endelig betyder den aktuelle kapacitet til CHD meget. Manglende kapacitet til CHD vil skubbe behandlingen i retningen af, at flere patienter ender i udgående dialysebehandling.

Der er en række basale krav, der skal opfyldes for at dialyse kan foregå i hjemmet eller som self care. Det er nødvendigt med et optræningsforløb på minimum 6 uger, der afsluttes med hjemmebe søg med en gennemgang af en tekniker, hvor praktiske forhold kan afklares, samt hjælp til at installere dialysen i hjemmet kan gives. Hvis det drejer sig om PD i hjemmet skal der desuden være tilstrækkelig plads til opbevaring af dialysevæsker, diverse utensilier samt mulighed for håndtering af betydelige mængde affald. Oplæring til APD er principielt som til CAPD, men med speciel fokus på, hvordan maskinen fungerer, og hvordan man tilslutter og frakobler maskinen. Det er vigtigt, at der foretages en plejebehovsvurdering og en arbejdspladsvurdering inden assisteret APD tilbydes. Desuden kræves der en grundig oplæring af de involverede sygeplejersker/sundhedspersoner. For alle udgående former for dialyse er det vigtigt, at der er let tilgængelig understøttende omsorg og teknisk assistance for at udgående dialysemetode skal fungere.

Patient

Som anført ovenfor har såvel kliniske forhold, de professionelles præferencer, anbefalinger, undervisning og patientens præferencer indflydelse på valget af dialysemetode, men der skal være et reelt tilbud om udgående dialysemetoder. Hvis antallet af patienter i udgående dialysebehandling skal øges, skal henvisning til nefrologisk specialafdeling ske så tidligt, at patienten kan tilbydes uddannelse, information og forberedelse på dialyse. Varigheden af prædialyseforløbet har betydning for, hvorvidt patienten informeres og involveres i valg af dialysemetode. Det betyder også noget, hvem der informerer, og hvordan dette sker. Patienter, der havde modtaget information og deltaget i prædialyseundervisning, valgte signifikant oftere en udgående dialysemetode end dem der ikke havde modtaget information eller undervisning. Fleksibilitet, herunder mulighed for selv at tilrettelægge

dialysetidspunkt og hyppighed, mulighed for at forblive i arbejde, mulighed for at gøre andre ting samtidig eller at lægge dialysen på et tidspunkt, hvor der ikke tages tid fra andre aktiviteter, er en motivation for at vælge en udgående dialysemetode. Mindre tidsforbrug, bl.a. ved at undgå transport til dialysecentret, er en motivation for at vælge en udgående dialysemetode, og mulighed for øget dialysetid er i en vis udstrækning en motivation for at vælge en udgående dialysemetode. For patienter i CHD er det væsentligt med en vis fleksibilitet i forhold til dialysested og tid, hvilket måske sammen med et tilbud om øget tid i dialyse kan motivere til selv at tage del i behandlingen i form af self care.

Fokusgruppeinterviews med patienter i forskellige dialysemetoder og pårørende samt nyresyge og deres pårørende har bekræftet, at hvis flere patienter i fremtiden skal vælge en udgående dialysebehandling, skal der være et reelt tilbud med information om fordele og ulemper ved de forskellige dialysemetoder så tidligt i forløbet som muligt. Det er ikke alle patienter, der ønsker at blive involveret i et valg, men dem, der får et valg, vælger oftere en udgående dialysemetode.

Der er ingen sikker evidens for, at der er forskel på livskvalitet og selv vurderet helbred for patienter på de forskellige dialysemetoder. Alder, komorbiditet og den måde hvorpå patient og pårørende evner at håndtere sygdom og behandling på, har betydning for i hvilken grad de belastes af sygdom og dialysebehandling. Da dialysebehandling ændrer dagligdagen grundlæggende for såvel patienten som dennes familie, er det vigtigt, at dialysebehandlingen tilpasses hverdagslivet, således at patient og familie kan bevare en, for dem, normal tilværelse i så stor udstrækning som muligt. Da mange ønsker at bevare en vis tilknytning til arbejdsmarkedet har dette også betydning for patienternes valg af dialysemetode.

Patienterne og de pårørende angiver en række fordele og ulemper ved de forskellige dialysemetoder. Transporttid og ventetid på transport er noget, der nævnes som ulemper ved CHD. Motivation for at vælge en udgående dialysemetode er fleksibilitet, herunder mulighed for selv at tilrettelægge dialysetidspunkt og hyppighed, mulighed for at forblive i arbejde, mulighed for at gøre andre ting samtidig eller at lægge dialysen på et tidspunkt, hvor det ikke tager tid fra andre aktiviteter. En væsentlig ulempe ved PD er pladsforhold og ved HHD støj.

Patienterne er ofte tilfredse med deres nuværende dialysemetode og ikke specielt motiveret for at ændre denne.

Organisation

Der findes 14 dialysecentre i Danmark, et i hvert amt samt i H:S. Derudover er der 8 dialysecentre, som har tilknyttet en dialysesatellit, dvs. et dialyseafsnit som fysisk set er placeret på et andet sygehus, men hvor dialysecenteret har det lægelige ansvar. Selvom disse 14 centre løser den samme opgave, og derfor på mange områder ligner hinanden, er der også organisatoriske forskelle mellem centrene. Disse forskelle kan have betydning for centrenes andel af patienter i udgående dialyse og for de muligheder og udfordringer, som de står overfor, hvis de skal øge mulighederne for, at flere patienter kan komme i udgående dialyse.

Alle dialysecentre tilbyder CHD, HHD og PD. Udover disse tre dialysemetoder tilbyder lidt over halvdelen af centrene self care dialyse. Endvidere tilbyder halvdelen af centrene i en vis udstrækning patienterne assisteret APD i samarbejde med hjemmeplejen. Centrene afventer generelt en afklaring af, hvilke økonomiske aftaler, der kan laves med kommunerne omkring denne dialysemetode.

I forbindelse med en indsats for at sikre en øget andel af patienterne i udgående dialyse er varigheden af prædialysetid uhyre væsentlig. Rettidig henvisning kræver viden om og opmærksomhed på nefrologi hos andre specialer og sektorer samt udarbejdelse af en synlig strategi for prædialyseforløb og tidspunkt for henvisning, information, valg af dialysemetode og anlæggelse af adgangsvej.

Indenfor det nefrologiske område mangler der koordinering og samarbejde mellem HD og PD området. Der er behov for helhedsfokus samt videns- og tillidsskabende initiativer og indsatser fx i form af kompetenceudvikling af sygeplejersker, og at alle faggrupper får indsigt i alle de forskellige dialyseformer. Der er behov for en fælles forståelse samt for at skabe fælles mål og strategi på hele det nefrologiske område, som meldes klart ud til alle. Det er afgørende at undgå, at akut dialysestart automatisk betyder, at dialysemetoden bliver CHD.

Vedrørende HHD er der behov for en økonomisk afklaring i forhold til taksering af HHD, en ledelsesmæssig forståelse for behovet for primærinvesteringer, at tilstræbe selvbestemmelse i nogle HHD tilbud i forhold til hvornår og hvor ofte der dialyseres, og at sikre fleksibilitet i oplæringsplanen. Hvis andelen af HHD patienter skal øges, er der behov for tilstrækkelige HHD kompetencer i ambulatoriet samt tilstrækkelig backup og aflastningsmuligheder på det regionale center, flere tekniske ressourcer til kontroller i hjemmene og kompetencer til teknikere, så de kan opfylde behov for at yde støtte i hjemmene.

Hvis andelen af PD patienter skal øges, er der behov for tidligere planlægning og koordinering af anlæggelse af adgangsvej, og behov for mere opmærksomhed på ventetider og deres konsekvenser. Der skal være bedre mulighed for at tilbyde tilstrækkelig og individualiseret støtte til patienterne i opstartsfasen, fx i form af flere hjemmebesøg. Der skal være tilstrækkelige ressourcer i ambulatoriet og kompetencer på sengeafdelingen til at yde backup til patienterne samt rettidige overvejelser, information og beslutning om valg af ny dialysemetode, når PD ikke længere er muligt.

Ved assisteret APD er der behov for en afklaring af økonomiske forhold mellem hospital og kommunen. Det er vigtigt, at der foretages en plejebehovsvurdering og en arbejdspladsvurdering inden assisteret APD tilbydes, fx vha. retningslinier for hvilke ting, der skal vurderes hvor, hvornår og af hvem. Der skal udarbejdes specialiseret oplæringsmateriale og -program på dialysecenteret samt tilstrækkelige ressourcer på både center og i kommunen til oplæring og opdatering af hjemmeplejens viden og kompetencer.

For alle udgående former er det vigtigt med en fælles tværsektoriel kultur, hvor centeret stadig føler ansvar for patienten.

Økonomi

Data fra Dansk Nefrologisk Selskabs Landsregister – som også danner grundlag for modelberegningerne i nærværende analyse – viser, at prævalensen af kronisk nyresvigt og dermed antallet af patienter i dialyse er stigende. Dette stiller visse kapacitetsmæssige krav til de nefrologiske afdelinger i de kommende år, hvorfor formålet med den økonomiske analyse er at vurdere de økonomiske konsekvenser af, at flere patienter får udgående behandling. De anvendte metoder er hhv. en systematisk litteraturgennemgang til vurdering af den internationale litteratur på området samt en modelanalyse af de økonomiske konsekvenser af forskellig relativ fordeling af dialysemetoder i Danmark.

Der kan ikke påvises signifikante forskelle i levetidsforskelle mellem de forskellige dialysemetoder. Det betyder, at en øget andel af patienter i udgående behandling ikke vil have nogen effekt i form af øget livslængde. Derfor har analysen hér begrænset sig til at være en omkostningsanalyse, hvor udviklingen i patientantal og -fordeling samt udviklingen i omkostningerne er simuleret over en 10-års periode. Omkostningsestimaterne – som omfatter prædialyse, opstartsomkostninger, årlige dialyseomkostninger samt omkostninger ved komplikationer – baserer sig primært på takster samt i visse tilfælde lokale omkostningsberegninger. Nærværende omkostningsanalyse inkluderer sygehusvæsenets omkostninger inklusiv transport omkostninger (som afholdes af sygehusene), ligesom analysen indeholder omkostninger til plejepersonale i kommunerne i forbindelse med assisteret APD. Øvrige omkostninger for patienter eller pårørende samt eventuelle produktionsgevinster/-tab for samfundet er ikke medtaget.

I den økonomiske model, som er baseret på en Markov tilgang, er der simuleret dialysemetodeskift, afgang til transplantation eller død samt tilgang af nye patienter over en 10-årig periode. Resultaterne viser, at hvis andelen af patienter i udgående behandling øges fra 30% til 45%, vil det over en 10-årig periode medføre et besparelspotentiale på ca. 68. mio. kr. Omkostningerne vil stige hvert år pga. flere patienter, men de samlede omkostninger ved øget udgående behandling vil stige mindre end ved baselinescenariet. En indikation af usikkerheden af dette resultat fremgår af følsomhedsanalyserne, men det må konkluderes, at en øget andel af dialysepatienter i udgående behandling vil medføre besparelspotentiale.

Konklusion

På baggrund af disse analyser vurderes, at der er et potentiale i forhold til at øge antallet af patienter i udgående dialyse, og formentlig er det muligt at øge antallet fra de nuværende 30% til ca. 45%. Potentialet ligger primært i at øge andelen af patienter i self care og PD, herunder assisteret APD, men også antallet i HHD forventes at kunne øges. Det stiller øgede krav om, at patienterne får den nødvendige information og gives indflydelse på valget af behandlingsmetode. Det er dog samtidig væsentligt at understrege, at patienterne ikke skal tvinges i udgående dialyse, da der udover evt. kliniske kontraindikationer kan være vægtige social grunde til, at patienterne foretrækker CHD. Endelig påpeges i rapporten en række organisatoriske udfordringer, hvis den skitserede vækst i andelen af patienter skal håndteres. Flere patienter i udgående behandling kan medføre et besparelspotentiale på ca. 68 mio. kr.

Overordnede anbefalinger:

- Øget indsats for at praktiserende læger og relevante hospitalsafdelinger henviser patienter med progredierende kronisk nyresygdom tidligt i sygdomsforløbet
- Bedre forberedelse af patienten til dialysebehandling med uddybende information om dialysemetoder
- Retningslinjer for start af dialyse og efterfølgende dialysemetode
- Bedre muligheder for assistance i hjemmet til APD
- Afklaring af det økonomiske ansvar i forbindelse med assisteret APD
- Vidensudveksling og helhedsorienteret nefrologisk kompetenceudvikling til sygeplejersker
- Fælles forståelse og strategier på hele det nefrologiske område
- Prioritere at patienter har mindre tidsforbrug i dialysen samt øget frihed og fleksibilitet.

Antallet af patienter i dialysebehandling er fordoblet i løbet af de seneste ti år. Tilgangen af patienter har resulteret i et pres på dialysecentrene, og der er behov for at se på hvordan dialysebehandling i fremtiden organiseres. Denne MTV ser på mulighederne for at flere patienter kan vælge udgående dialyse, og dermed mere selvstændigt varetage deres behandling – til gavn for patienten, sundhedsvæsenet og samfundsøkonomien.

www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering
Islands Brygge 67
2300 København S
Telefon 72 22 74 00
Telefax 72 22 74 11

cemtv@sst.dk