

Ojämn tillgång till vård i landet:

# Assisterad peritonealdialys erbjuds inte till alla som behöver det

Assisterad peritonealdialys är i utvalda fall en utmärkt medicinsk behandling som dessutom ur ett samhällsperspektiv är kostnadseffektiv. I dag är det bostadsorten som avgör om patienten får behandlingen eller inte. Det borde vara självklart att alla patienter ska kunna få hjälp vid denna vårdform av den kommunala hemsjukvården.

**P**atienter med grav njursvikt som inte kan njurtransplanteras behöver dialys för att överleva. Det finns två huvudalternativ, hemodialys (bloddialys) och peritonealdialys (även kallad påsdialys). Vid hemodialys renas blodet utanför kroppen med hjälp av en dialysmonitor och ett dialysfilter. Vid peritonealdialys dialyseras blodet i stället över bukhinnan genom att dialysvätska appliceras i bukhålan via en inopererad kateter.

En viktig medicinsk fördel med peritonealdialys är att patienternas kvarvarande urinproduktion bevaras under en längre tid. Vid hemodialys försvinner den så kallade restnjurfunktionen ofta inom några månader. För patienter med lång förväntad överlevnad är det också viktigt att undvika operationer för kärl-

access och därigenom spara kärnen för framtida blodaccesser. Därför ser vi peritonealdialys som ett naturligt förstahandsval till patienter som inte har någon medicinsk kontraindikation mot denna behandling och som inte kan njurtransplanteras.

Peritonealdialys är tekniskt sett en tämligen enkel behandling. De flesta patienter kan lära sig att sköta denna behandling helt på egen hand efter cirka en veckas träning. En del patienter klarar dock inte att sköta alla moment själva, och om de får någon form av hjälp kallas det assisterad peritonealdialys. Denna assistans varierar mycket i omfattning. En del patienter behöver endast hjälp att lyfta upp de 2 kilo tunga påsarna på en droppställning, medan andra med till exempel reumatiska fingrar behöver hjälp med kopplingarna. Ytterligare andra klarar alla momenten men behöver någon som påminner dem att det är dags för byte, medan andra behöver hjälp med allt. Hjälpbehovet kan också variera över tiden – om någon till exempel bryter en arm kan ett tydligt tidsbegränsat behov av assistans uppkomma.

**Avsaknad av möjlighet till assisterad peritonealdialys minskar det totala antalet patienter som får del av peritonealdialys. Det är olyckligt eftersom den ger ett större oberoende och mer egen tid för patienterna. För de äldsta och sköraste patienterna är assisterad peritonealdialys ett bra alternativ till hemodialys, eftersom man har kontinuerlig vätskeelimination och därmed färre problem med blodtrycksfall. Dessutom slipper man alla transporter fram och tillbaka till dialysavdelning med taxi, vilka kan vara krävande och**

## MÅRTEN SEGELMARK

professor, överläkare, njurmedicin, Universitetssjukhuset, Linköping  
marten.segelmark@liu.se

## OLE SIMONSEN

överläkare, njurkliniken, Skånes universitetssjukhus, Lund

## SUSANNE LJUNGMAN

professor, överläkare, njurmedicin, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

## BRITTA HYLANDER

docent, överläkare, njurmedicin, Karolinska universitetssjukhuset, Solna

## OLOF HEIMBÜRGER

överläkare, njurmedicin, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge

## ANN-CATHRINE JOHANSSON

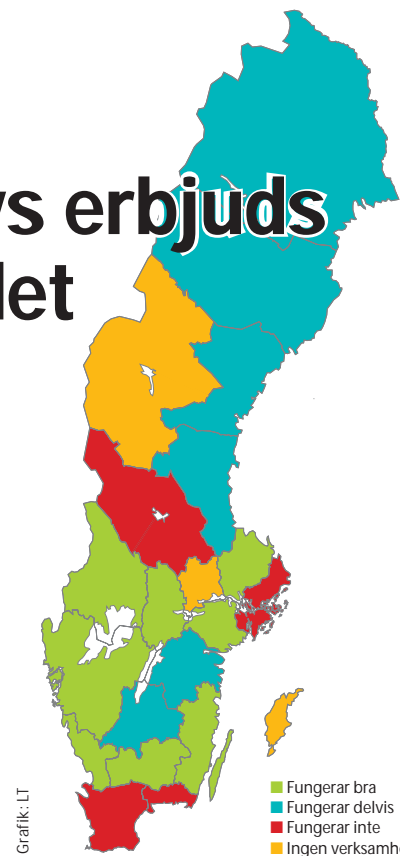
överläkare, njurkliniken, Skånes universitetssjukhus, Malmö

## GUÐRUN MALMSTEN

överläkare, medicinska kliniken, Universitetssjukhuset, Örebro

## BERND STEGMAYR

professor, överläkare, njurmedicin, Norrlands universitetssjukhus, Umeå



Grafik: LT

**Figur 1.** Tillgången till assisterad peritonealdialys i Sverige är ojämn i dag visar resultatet av en telefonenkät riktad till alla enheter i Sverige rörande avtal och samarbete med kommunal hemsjukvård. **Fungerar bra:** Ingen enhet har samarbetsproblem med kommunerna. **Fungerar delvis:** Några kommuner vägrar samarbete. **Fungerar inte:** I praktiken vägrar kommunerna att samarbeta.

till och med plågsamma för vissa patienter [1-3].

När det gäller barn är assisterad peritonealdialys förstahandsval av dialysform. Då är det oftast föräldrarna som står för assistansen. När det gäller vuxna är situationen mer komplicerad. Problemet är att assisterad peritonealdialys ligger i gränslandet mellan landstingens och kommunernas ansvarsområden. Hjälpen består i att utföra byten av dialysvätska (»påsbyten«), mätning av blodtryck, kroppsvikt och påsvolym samt att föra in mätresultaten i protokoll.

Ordinationer och medicinska ställningstaganden till mätresultaten görs av njurmedicinska enheter. Dessa enheter har det medicinska ansvaret för behandlingen 24 timmar om dygnet, oftast organiserat som en telefonjour. Alla hjälpmoment som hemsjukvården assisterar peritonealdialyspatienter med är okomplicerade och kan läras ut med hjälp av någon eller några timmars instruktion. Vi ser ingen principiell skillnad på påsbyten om katetern ligger i urinblåsan som kvarliggande kateter

(KAD) eller i bukhålan som peritonealdialyskateter. Njursjuka bör inte diskrimineras.

Enligt en telefonenkät utförd i september 2011 finns det nu 125 patienter med assisterad peritonealdialys i Sverige, vilket motsvarar omkring 15 procent av landets cirka 850 peritonealdialyspatienter. Antalet har fördubblats sedan 2006 parallellt med att antalet enheter som erbjuder denna behandling vuxit från 20 till 29. Användningen av assisterad peritonealdialys är dock ojämnt fördelad (Figur 1). Av Sveriges 21 län och regioner är det i åtta län en helt accepterad behandling och enkelt att starta behandling hos nya patienter (Halland, Kronoberg, Södermanland, Uppsala, Västra Götaland, Värmland, Örebro, Kalmar). I fyra av dessa finns skriftlig överenskommelse mellan landsting och kommun.

I sex län fungerar det någorlunda (Gävleborg, Jönköping, Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland och Östergötland), medan det i fyra län (Blekinge, Dalarna, Skåne, Stockholm) finns ett motstånd mot assisterad peritonealdialys. För Skånes del uppkom detta motstånd från kommunernas sida under 2010 trots att verksamheten tidigare fungerat väl i 14 år.

I tre län finns inga patienter med assisterad peritonealdialys (Gotland, Västmanland, Jämtland), huvudsakligen på grund av att de njurmedicinska enheterna där inte har allokerat resurser för att starta sådan verksamhet. Alla patienter i Sverige har således inte samma möjlighet att få assisterad peritonealdialys, utan möjligheten beror på vilket län man bor i. Detta kan knappast ses som förenligt med grundprinciperna för hälso- och sjukvårdslagen.

Resultaten av assisterad peritonealdialys har följts upp av en av författarna till denna artikel (Ole S) som en del av kvalitetsuppföljningen vid njurkliniken vid Skånes universitetssjukhus. Från 1997 till 2007 påbörjade 43 individer assisterad peritonealdialys i Lund (Figur 2). Dessa 43 patienter har jämförts i fråga om överlevnaden dels med matchade kontroller som har startat hemodialys under samma tid, dels med alla individer som startat dialys i riket från 1997 med data från Svenskt njurregister. Ingen av jämförelserna är till nackdel för assisterad peritonealdialys, vilket tyder på att behandlingen håller en helt adekvat medicinsk kvalitet.

Den viktigaste komplikationen vid all form av peritonealdialys är bukhinne-

inflammation, som oftast orsakas av hudbakterier och inte sällan beror på bristande aseptik vid påsbyten. Undersökningen från Lund visar på samma frekvens av bukhinneinflammation vid assisterad peritonealdialys som vid icke-assisterad peritonealdialys utförd av patienterna själva.

Detta är ett mycket gott betyg till Lundabygdens distriktssköterskor och sjukhemspersonal. Resultaten från telefonenkäten tyder på att dessa resultat gäller generellt i landet. Vi konstaterar således att assisterad peritonealdialys håller en sådan kvalitet att det rättfärdigar att denna behandling görs allmänt tillgänglig.

Baserat på siffror framtagna vid Skånes universitetssjukhus ligger den totala årskostnaden (kommun och landsting inklusive resor) för en patient med assisterad peritonealdialys på mellan 700 000 och 800 000 kronor. Kostnaden för en multisjuk patient i institutionshemodialys hamnar i samma storleksordning. Ett problem vid dessa jämförelser är att en del av kostnaderna uppkommer hos kommunerna och att en betydande del av landstingens kostnader för hemodialys är fasta kostnader, medan kostnaderna för peritonealdialys i huvudsak är rörliga (peritonealdialysvätskor). Dessutom brukar sjukresorna inte drabba den enskilda dialysenhetens budget.

Utbredningen av assisterad peritonealdialys sammanfaller i stort med kommunaliseringen av annan hemsjukvård. I landsting där kommunerna övertagit ansvaret för hemsjukvården fungerar assisterad peritonealdialys för det mesta väl, medan den sällan eller

aldrig fungerar där landstingen har ansvar för all hemsjukvård.

Ett betänkande rörande kommunaliserad hemsjukvård har nyligen lagts fram av Socialdepartementet (SOU 2011:55). I denna utredning föreslås att hemsjukvården ska kommunaliseras i hela landet. Assisterad peritonealdialys nämns tyvärr bara i en bisats. Även om andemeningen är att kommunerna bör engageras såväl i primärvårdsansluten hemsjukvård som i specialiserad somatisk hemsjukvård, där assisterad peritonealdialys ingår, är det beklagligt att detta inte uttrycks explicit.

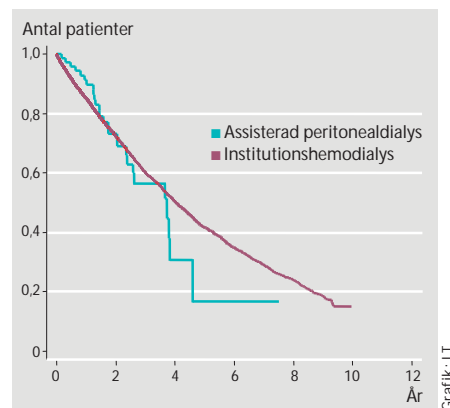
Vi vill härmed uppmärksamma läkare och administratörer på problemet, speciellt i de landsting som ännu inte har kommunaliserat hemsjukvård eller som står i begrepp att förhandla om villkoren. I alla sammanhang där organisationen av hemsjukvården diskuteras bör njursjukas möjligheter att få assisterad peritonealdialys i hemmet beaktas.

Assisterad peritonealdialys är en medicinskt bra och kostnadseffektiv behandling som utförs i patientens eget hem. Samhället bör utforma lagar och regler så att denna verksamhet understöds och möjliggörs överallt i Sverige. Var man bor ska inte betyda något. Sveriges Kommuner och landsting bör aktivt verka för att kommuner och landsting konstruktivt samverkar i dessa ärenden. Socialdepartementet bör tydliggöra detta i den kommande hemsjukvårdspropositionen, och Socialstyrelsen bör övervaka och sätta in sanktioner mot kommuner och landsting som med fokus på den egna kortsiktiga budgeten sätter patientnytta och samhällsnytta ur spel.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: ACJ och OH ingår i Nordic PD council som sponsras av Baxter, medan OS ingår i Baxters expertgrupp om hemhemodialys. OH har erhållit forskningsstöd och föreläsningsarvoden från Gambro, Baxter och Fresenius. MS har erhållit forskningsstöd från Gambro. ACJ har erhållit föreläsningsarvoden från Fresenius och Gambro.*

#### REFERENSER

1. Brown EA, Johansson L. Dialysis options for end-stage renal disease in older people. *Nephron Clin Pract.* 2011;119 Suppl 1:c10-3.
2. Castrale C, Evans D, Verger C, et al. Peritoneal dialysis in elderly patients: report from the French Peritoneal Dialysis Registry (RDPLF). *Nephrol Dial Transplant.* 2010;25(1):255-62.
3. Dimkovic N, Oreopoulos DG. Assisted peritoneal dialysis as a method of choice for elderly with end-stage renal disease. *Int Urol Nephrol.* 2008;40(4):1143-50.



Figur 2. Överlevnaden för de första 43 patienterna i Lund med assisterad peritonealdialys jämfört med alla 9 269 institutionshemodialyspatienter i Sverige som startade sin behandling under samma tidsperiod (1997–2007). Cox hazard-analys visar ingen signifikant skillnad.