

Endelig en bedre finansieringsform for hjemmehemodialyse



Redaksjonelt

*Men hvorfor har dette tatt
så lang tid?*

Dette nummer av Tidsskriftet bringer flere artikler der akutt dialysebehandling er omtalt (1–4). Sammen med en nylig publisert artikkel (5) bidrar de til å rette oppmerksomheten mot en behandlingsform som er kostbar og ressurskrevende, og der man egentlig ikke har hatt gode beregninger for omfanget. Rapportene fra Rikshospitalet (5) og Haukeland Sykehus (1) tyder på at behovet for akutt dialysebehandling ligger et sted mellom fem og 20 pasienter per 100 000 innbyggere per år. Letaliteten blant pasientene var henholdsvis 41 % og 45 %. Av pasientene som påbegynte akutt dialysebehandling, utviklet 5 % respektive 10 % kronisk nyresvikt (1). Selv om den høyeste letaliteten ikke er knyttet til akutt nyresvikt utløst av medikamenter, er det nyttig å bli minnet om at forholdsvis hyppig brukt medikasjon som D-vitamin, kalsiumkarbonat og ACE-hemmere innebærer en slik risiko (2–4).

Det er imidlertid ikke behandlingen av akutt nyresvikt som utgjør det største omfanget av dialysebehandling i Norge. Kronisk nyresvikt rammer 350–400 personer her i landet hvert år (6), og innebærer en svær ressursinnsats i påvente av transplantasjon. Kostnadene er beregnet til ca. 600 000 kroner per pasient per år. Summen inkluderer reisekostnader og personellkostnader ved dialyseavdelingene, men ikke bruk av sykehusets infrastruktur (Trond Jenssen, leder i Norsk nyremedisinsk forening, personlig meddelelse).

Fylkeskommunene er gitt det faglige og økonomiske ansvaret for dialysebehandling. Peritoneal dialyse er i sin helhet rammefinansiert, og utføres ofte hjemme av pasienten selv. Hemodialyse, derimot, omfattes av ordningen med innsatsstyrt finansiering. Hemodialysebehandling i sykehus medfører dermed DRG-refusjon, i motsetning til slik behandling i hjemmet. Denne finansieringsforskjellen har medført at sykehusene har vegret seg for å behandle pasientene med hemodialyse i hjemmet, til tross for at det ofte fører til bedre livskvalitet (7). I dag er bare 115 pasienter under behandling med hemodialyse i hjemmet (Mette Nilstad, Sosial- og helsedepartementet, personlig meddelelse).

Regjeringen ønsker at sykehusene skal velge hjemmebasert dialyse der forholdene medisinsk sett ligger til rette for dette. I revisert nasjonalbudsjett foreslås en overgangsordning som en sideløsning til ordningen med innsatsstyrt finansiering (8). Overgangsordningen innebærer at fylkeskommunene vil motta en refusjon på 50 % av gjennomsnittskostnadene per hjemmebaserte

behandling på lik linje med innsatsstyrt finansiering. Den andre delen forutsettes dekket av sykehusenes rammetilskudd. På denne måten likestilles sykehusbehandling og hjemmebehandling finansielt, og det vil være medisinske forhold som avgjør hvor behandlingen vil foregå.

Når folketrygden ikke involveres, begrunnes dette med at sykehusenes innkjøps-samarbeid LIS har oppnådd gode rabatter på dialysevæske – rabatter man frykter bortfaller dersom folketrygden skulle overtatt finansieringen. Alt i alt medfører endringene en besparelse for samfunnet. Fylkeskommunenes rammetilskudd reduseres med 15 millioner kroner, svarende til antatt mindrekostnad ved behandling utenfor sykehus. Av dette beløpet overføres 6 millioner kroner til innsatsstyrt finansiering. Man antar at reiseutgiftene, som dekkes av folketrygden, vil bli redusert med 8,5 millioner kroner. Total innsparing blir i så fall ca. 17 millioner kroner i løpet av annet halvår 2001.

Dette er en brukbar nødløsning i en sak som har versert lenge. Hvis den beregnede innsparing er korrekt, vil det si at utgiftene til hemodialysebehandling i Norge i en årrekke har ligget 15–20 % over det nødvendige pga. en finansieringsform som har belønnet den dyreste og ofte dårligste løsningen. Det er Rikstrygdeverket som har hatt unødige kostnader til transport, men de har ikke hatt hjemmel til å anvende pengene på en mer fornuftig måte. I en telefonsamtale med en om denne problemstillingen velinformert person i etaten ble det opplyst at Rikstrygdeverket ikke hadde tatt noe initiativ for å få løst saken. Til tross for at gjeldende regelverk innebærer feilbruk av folketrygdens ressurser, har altså trygdeetaten ikke sett det som sin oppgave å arbeide for en politisk løsning. Det er å håpe at dette ikke er representativt for Rikstrygdeverkets håndtering av liknende saker. Med økende grad av innsatsstyrt finansiering i helsevesenet blir det ekstra viktig at trygdeetaten samarbeider nært med helsetjenesten om å avdekke uønskede effekter av finansieringsordninger, og sørger for at slike åpenbare uheldige utslag blir endret.

Pål Gulbrandsen

pal.gulbrandsen@legeforeningen.no
Tidsskrift for Den norske lægeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Pål Gulbrandsen (f. 1955) er medisinsk redaktør i Tidsskriftet og spesialist i samfunnsmedisin.

Litteratur

1. Leiva RA, Svarstad E, Iversen BM, Flaatten H. Akutt dialysebehandling ved Haukeland Sykehus i 1999. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1774–9.
2. Skjøsberg H, Hartmann A, Fauchald P. Akutt nyresvikt utløst av hyperkalsemi. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1781–3.
3. Svarstad E, Hultstrøm D, Jensen D, Jenssen G, Gravendeel J, Iversen BM. Akutt nyresvikt, nyrearteriestenose og angiotensinkonvertase (ACE)-hemmer. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1784–8.
4. Høieggen A, Draganov B, Os I. Bilateral nyrearteriestenose – en årsak til akutt lungeødem. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1789–90.
5. Witzak BJ, Asberg A, Hartmann A. Akutt dialysetrengende nyresvikt ved Rikshospitalet i 1998. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1216–9.
6. Reisæter AV. Nyretransplantasjon i Norge – eit historisk perspektiv. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3163–6.
7. Halvorsen M. Mer hjemmedialyse! Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1837.
8. <http://odin.dep.no/fin/rnb2001/> (25.5.2001).