

Antallet norske pasienter med kronisk nyresvikt øker urovekkende, og transplantasjonsvirksomheten dekker ikke lenger behovet

En renessanse for hjemmehemodialyse?

For pasienter som ender i kronisk nyresvikt, foreligger det to behandlingsformer, dialyse eller transplantasjon. Livskvaliteten for nyresviktspasienter som blir transplantert, er gjennomgående vesentlig bedre enn for pasienter i dialyse. Utgangspunktet for uremikeromsorgen i Norge har derfor vært at alle som mister nyrefunksjonen, skal nyretransplanteres. Norge er et av få land i den vestlige verden som har hatt et relativt lavt og stabilt antall pasienter på venteliste og kort ventetid for nyretransplantasjon.

Dette bildet er nå i ferd med å endre seg. Ventelisten har de siste årene vært økende, i perioden 1.7. 2005–1.7. 2006 fra 180 til ca. 230 pasienter. Ved årsskiftet 1990/91 var 251 pasienter i dialysebehandling, per 31.12. 2004 var antallet 896 (T. Leivestad, Norsk nefrologiregister, personlig meddelelse). Antall dialysepasienter er således tredoblet i løpet av en tiårsperiode, og økningen i det sentrale østlandsområdet, som har en høy andel innvandrere, har vært enda større. Med mindre man får en dramatisk økning i tilbudet av nyrer fra levende og/eller avdøde givere, vil flere og flere pasienter som får nyresvikt, bli henvist til dialyse som behandlingsalternativ i årene fremover.

I dette nummeret av Tidsskriftet diskuterer Rolie og medarbeidere fra Sykehuset Innlandet på Lillehammer hjemmehemodialyse som en aktuell behandlingsform som alternativ til hemodialyse i institusjon (senterdialyse) eller peritonealdialyse i hjemmet (1). Det er mer enn 40 år siden hemodialyse i hjemmet ble en akseptert behandling av kronisk nyresvikt i USA. I 1972 fikk ca. 40 % av alle dialysepasientene i USA hjemmehemodialyse; i dag er det bare 0,4 % (2). I Norge har utviklingen vært tilsvarende; etter en god start i 1970-årene er det nå registrert svært få pasienter som får slik behandling i hjemmet (3). Det er store forskjeller mellom ulike land og også innenfor land. Australia og New Zealand er verdensledende i bruk av metoden. Også i Sverige, Danmark og Finland får mange pasienter med kronisk nyresvikt hjemmedialyse. Andelen her er om lag 20 ganger høyere enn i Norge (3).

Hjemmehemodialyse er billigere enn senterdialyse og er assosiert med bedre blodtrykkskontroll, bedre livskvalitet og bedre pasientoverlevelse sammenliknet med senterdialyse og peritoneal dialyse (4, 5). Senterhemodialyse er karakterisert av minimal behandlingstid, stor komorbiditet og høy mortalitet. Egne nyrer fungerer 24 timer i døgnet hver dag i uken, mens pasienter i senterdialyse tradisjonelt får 3–5 timers behandling tre ganger ukentlig. Ved hjemmehemodialyse er dialysene hyppigere, gjerne daglig eller om natten, slik Rolie og medarbeidere understreker i sin artikkel (1).

Hvorfor er ikke hjemmehemodialyse mer utbredt i Norge? Den vanligste innvendingen mot hjemmehemodialyse er at mange pasienter er for gamle. I Norge er gjennomsnittsalderen ved igangsetting av nyreerstattende behandling om lag 65 år. Men slik er det også i våre naboland, som altså har en langt høyere andel av sine nyresviktspasienter i hjemmehemodialyse. I Seattle, hjemmedialysens «vugge», er halvparten av pasientene som får hjemmehemodialyse, over 60 år og nesten en tredel over 70 år (4). En annen innvending er det noen kaller «sykeliggjøring av hjemmet» og belastningen som påføres familien. I tillegg blir pasientenes blodtilgang belastet langt mer ved daglig eller nattlig dialyse enn ved tradisjonell dialyse, med fare for danning av arteriovenøse fistler.

Hensynet til det etablerte peritonealdialyseprogrammet er en innvending som ofte trekkes frem. Også denne metoden burde brukes mer. Men bruk av peritoneal dialyse kan ikke være et argument mot hjemmehemodialyse. Det er plass til begge metodene, særlig fordi mange peritonealdialysepasienter må skifte til senterhemodialyse. Norske nefrologer har liten eller ingen erfaring med hjemmehemodialyse, og det er krevende å etablere den tekniske infrastrukturen rundt pasienten. Pasienten selv må være ressurssterk og ha familie og sosialt nettverk rundt seg. National Institute for Clinical Excellence i England og Wales anbefaler at 10–15 % av alle dialysepasienter burde egne seg for hjemmehemodialyse (3). Dette kan virke som en høy andel, men viser at det er potensielt mye å gå på.

Den beste og billigste form for behandling av pasienter med nyresvikt er nyretransplantasjon. For en dialysepasient i Norge er beregnet kostnad ca. 430 000 kroner per år. Kostnadene for en nyretransplantert pasient er beregnet til ca. 325 000 kroner første året og deretter ca. 105 000 kroner årlig. For en tiårsperiode vil én dialysepasient koste samfunnet 4,3 millioner kroner og en nyretransplantert pasient 1,27 millioner kroner, altså en potensiell samfunnsøkonomisk besparelse på mer enn 3 millioner kroner i løpet av ti år. Rolie og medarbeidere har gjort et tilsvarende regnestykke for hjemmehemodialyse som også viser en potensielt betydelig besparing.

Slik vi ser det, må hovedmålet i uremikeromsorgen fortsatt være nyretransplantasjon som primær og optimal behandling ved kronisk nyresvikt. Transplantasjonsraten i Norge kan fortsatt økes, noe som forutsetter en helsepolitisk vilje til å satse. For pasienter som ikke blir nyretransplantert, er behandlingsoverlevelsen ikke gode nok. Dagens senterdialyse er et minimumstilbud. Hjemmehemodialyse kan være det beste alternativet for dem som egner seg. Det er all grunn til å rose Rolie og medarbeidere for at de trekker frem en «glemte» behandlingsmulighet.

Hallvard Holdaas

hallvard.holdaas@rikshospitalet.no

Lars Westlie

lwestlie@online.no

Hallvard Holdaas (f. 1947) er overlege ved Nyreseksjonen, Medisinsk avdeling, Rikshospitalet-Radiumhospitalet med nyretransplantasjon som viktig arbeidsområde.

Lars Westlie (f. 1937) er pensjonert overlege i nyresykdommer. Han var med på å introdusere dialyse som klinisk behandlingsform i Norge.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Rolie JP, Paulsen D, Aksnes H et al. Hjemmehemodialyse som alternativ til senterdialyse. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2795–7.
- Blagg CR. Home haemodialysis: «home, home, sweet, sweet home!». Nephrology 2005; 10: 206–14.
- MacGregor MS, Agar JWM, Blagg CR. Home haemodialysis – international trends and variation. Nephrol Dial Transplant 2006; 21: 1934–5.
- Pierratos A, McFarlane P, Cgan CT et al. Daily hemodialysis 2006. State of the art. Minerva Urol Nefrol 2006; 58: 99–115.
- MOwatt G, Vale L, MacLeod A. Systematic review of the effectiveness of home versus hospital or satellite unit hemodialysis for people with end-stage renal failure. Int J Technol Assess Health Care 2004; 20: 258–68.