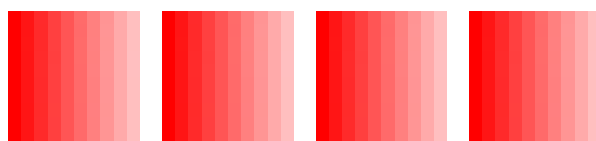


DIALYS I GÖTEBORGSOMRÅDET

En utredning om utvecklingen i ett 10-årsperspektiv



Ingemar Alfredson
Staffan Björck
Margaretha Eklund

MAJ 2003

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING AV PROJEKTET ”DIALYS I GÖTEBORGSOMRÅDET” OCH DESS DELUPPDRAG	3
BESKRIVNING AV HUR BEHOVET AV DIALYSRESURSER UTVECKLAS. DELPROJEKT 1	4
BEDÖMNING AV UTVECKLINGEN AV DIALYSBEHOV INOM 5-10 ÅR. DELPROJEKT 2.....	6
LOKALISERINGSFRÅGOR. DELPROJEKT 3	8
ORSAKER TILL ATT DEN ANDEL AV PATIENTERNA SOM BEHANDLAS I PERITONEALDIALYS MINSKAR, OCH GE FÖRSLAG TILL HUR DENNA ANDEL KAN ÖKAS. DELPROJEKT 4.....	10
GE EN BESKRIVNING AV MÖJLIGHETER ATT FÖREBYGGA UTVECKLING AV DIALYSBEHOV. DELPROJEKT 5.....	11
GE EN BESKRIVNING AV KOSTNADER FÖR OLIKA BEHANDLINGALTERNATIV OCH VÅRDNIVÅER. DELPROJEKT 6.....	12
KARTLÄGGNING AV PERSONALSITUATIONEN IDAG SAMT SÅVÄL AVGÅNGEN SOM NYREKRYTERINGEN AV DIALYSKOMPETENT PERSONAL VID DE TRE DIALYSENHETERNA OCH VID BEHOV FÖRESLÅ ÅTGÄRDER FÖR ATT SÄKRA TILLGÅNGEN TILL PERSONAL. DELPROJEKT 7	13

SAMMANFATTNING AV PROJEKTET ”DIALYS I GÖTEBORGSOMRÅDET” OCH DESS DELUPPDRAG

Ett kvalificerat omhändertagande av patienter som behöver dialys representerar ett stort och ökande, solidariskt samhällsåtagande, där kostnaden i Sverige nu överstiger en miljard kronor per år.

Projektet har i första hand syftat till att ge underlag för beslut som krävs för att möta ett ökande behov av behandlingsskapacitet för dialys i Göteborgsområdet samt till att belysa flera förhållanden med betydelse för detta.

Med dialys menas i denna rapport den behandling som är nödvändig för överlevnad om njurarnas funktion upphör. Sedan dialysbehandling utvecklades som behandlingsmetod under 60-talet har antalet patienter ökat i Sverige till drygt 3000 patienter och ökningen förefaller fortsätta med mellan 5-10% årligen. Kvaliteten av den behandling som ges har avgörande inflytande på patientens välbefinnande och överlevnad.

De två huvudsakliga varianter av dialys som presenteras och diskuteras i projektet är:

- Hemodialys. Det innebär att patientens slaggprodukter elimineras genom att patientens blod leds genom ett dialysfilter. Behandlingen genomförs som regel, tre gånger per vecka, på en dialysavdelning av särskilt tränad personal. I Göteborg har ca 80 % av patienterna denna behandling.
- Peritonealdialys som ges till ca 20% av patienterna. Det innebär att slaggprodukter elimineras genom att bukhålan sköljs med en dialysvätska. Behandlingen sköts som regel i hemmet av patienten själv.

Njurtransplantation är den behandling av njursvikt som ger bäst rehabilitering och lägst kostnader. Njurtransplantation berörs i denna rapport bara som förklaringsfaktor till förändringar i dialysmönster eftersom dialysvården varit ämne för uppdraget. Men det är självfallet mycket viktigt att det arbete som pågår för att främja njurtransplantation som behandlingsmetod får hög prioritet.

Projektet har lett till sammanställning av ett omfattande faktaunderlag om dialysvården i Göteborgsområdet som bifogas som bilagor 1-7. Denna sammanfattning är projektledarens referat av dessa deluppdrag med arbetsgruppernas förslag till åtgärder. Projektledare har varit Ingemar Alfredson och projektsekreterare Staffan Björck och Margaretha Eklundh. Projektets ledningsgrupp har, i bokstavsordning, i övrigt utgjorts av Per-Ola Attman, Betty Blomroos, Börje Haraldsson, Håkan Hedman, Hans Kolmodin, Stig Lindholm, Birgitta Månsson och Ingrid Thulin

Beskrivning av hur behovet av dialysresurser utvecklas. Delprojekt 1

Antalet dialyspatienter i behandling i Göteborgsområdet har ökat med 13 per år under de senaste 15 åren och antalet patienter uppgår nu till 255.

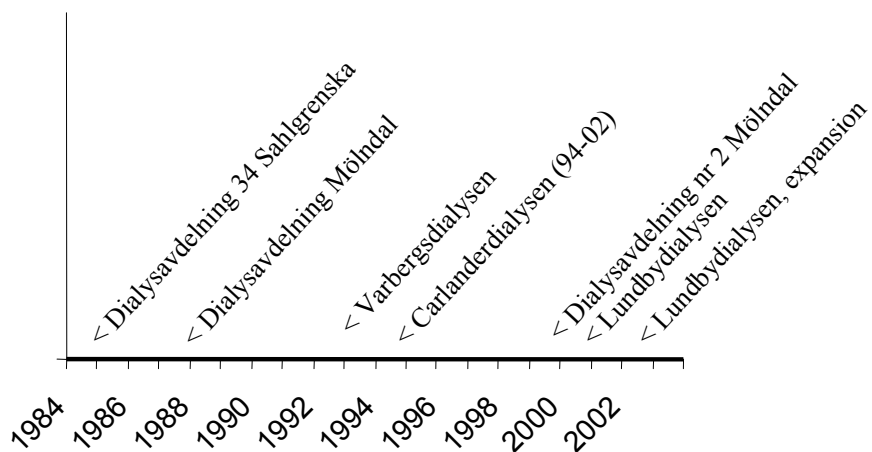
Statistiken över patienter i dialys och deras behandlingar är mycket tillförlitlig både nationellt och regionalt. Antalet patienter i dialysbehandling har ökat 3,3 gånger under 15 år vilket är 8,3 % per år. Jämfört med övriga Sverige har antalet dialyspatienter i Göteborgsområdet varit något lågt men detta har utjämnats med tiden och förhållandena i Göteborg och regionen överensstämmer nu med de i riket som helhet.

De orsaker till att antalet patienter ökat som arbetsgruppen nämner är

- Vidare indikationer därför att behandlingen blivit skonsammare.
- Bättre behandling som medför att allt fler patienter överlever hjärt-kärlsjukdomar och kommer ifråga för dialysbehandling.
- Ökning av diabetessjukdomen, som i sin tur är den vanligaste orsaken till njursvikt.
- Förbättrad överlevnad i dialysbehandling.
- Stagnerande transplantationsverksamhet.

Njursvikt orsakas av många olika sjukdomar. Det har skett vissa förskjutningar mellan betydelsen av de sjukdomar som leder till njursvikt. Den orsak som nu är störst är diabetisk njursjukdom.

Etableringar av dialysenheter i Storgöteborg sammanfattas i bilden nedan, som beskriver nya enheter efter 1984, då två mindre enheter i Göteborg sammanförs till en ny enhet vid Sahlgrenska sjukhuset. I bilden har också lagts etablering av dialys i Varberg 1992 som avlastar framförallt Mölndalsenheten från Kungsbackapatienter.



Peritonealdialysverksamheten etablerades i början av 80-talet och har sedan dess bedrivits enbart på SU/Sahlgrenska.

Bedömning av utvecklingen av dialysbehov inom 5-10 år. Delprojekt 2

Arbetsgruppen förutser en ökningstakt av ca 15 patienter per år till 2010, vilket grovt kan uttryckas som behov av etablering av en normalstor dialysenhet vart tredje till fjärde år i Göteborgsområdet.

Vid någon tidpunkt kommer ökningen av patienter i dialys att avstanna med balans mellan patienter som startar och avslutar dialysbehandling. En sådan jämvikt har inte observerats och det är arbetsgruppens uppfattning att en sådan tidpunkt inte kan förutses. Arbetsgruppen diskuterar en rad samverkande faktorer som har betydelse för prognoser över utvecklingen och vars komplexitet försvårar en prognos. De faktorer som belyses är:

- Förändringar i nyinsjuknandet.
- Indikationer för dialys.
- Medicinsk-teknisk utveckling.
- Hur intensivt patienter skall behandlas.
- Dödlighet i dialys.
- Transplantationsfrekvens.
- Befolkningsförändringar.
- Geografiska förutsättningar.
- Olika prognosmodeller.

Arbetsgruppen har utvecklat två prognoser utifrån olika tekniker vilka kompletterar varandra. De ger något olika resultat som i korthet sammanfattas i tabellen nedan. Prognoserna baseras på vissa förutsättningar. Utöver vad som redovisas nedan ger arbetsgruppen ett flertal alternativa utfall givet andra förutsättningar. Osäkerhetsfaktorer är framförallt hur nyinsjuknandet och dödlighet förändras

Prognoser över dialyspatienter i Storgöteborg	Ökning, patienter per år	Nyttillkomna patienter 2010
Prognos 1	9	71
Prognos 2	15	122
Internat. jämförelseprognos (USA) översatt till lokala förhållandet	23	186

Arbetsgruppen pekar på att i den prognos som gäller utvecklingen i USA förutses en ökning med ca 7,1% per år, trots att antalet dialyspatienter i USA är långt fler än i Sverige. Den amerikanska utvecklingen karakteriseras i övrigt av en närmast explosiv utveckling av antalet diabetiker i dialys.

Ett relativt stort antal hemodialyspatienter, 39 stycken, får idag två behandlingar per vecka. Om det medicinska kravet på fler behandlingar utökas till tre per vecka för även dessa patienter, fordras en kapacitetsökning som motsvarar ytterligare 13 patienter.

Arbetsgruppen föreslår att planeringen bör inriktas mot en fortsatt ökning med 15 dialysbehövande patienter per år men att osäkerhet i prognoserna understryker behovet av

flexibilitet i planeringen. I ljuset av flera osäkerhetsfaktorer bör planeringen inte utgå från det mest optimistiska scenariot.

Arbetsgruppens förslag

- Planeringen bör inriktas på fortsatt ökning av antalet dialysbehövande patienter med ca 6% per år (15 patienter). Fördelningen hemodialys/peritonealdialys avgör antalet behandlingsplatser.

Lokaliseringsfrågor m m. Delprojekt 3

Lokaliseringsfrågor med hänsyn till medicinska samband, tillgänglighet för patienter och kostnadseffektivitet. Belysa alternativa driftsformer samt önskvärd utveckling av olika dialysformer.

Arbetsgruppen föreslår en etablering av en ny dialysavdelning vid SU/Östra och belyser flera faktorer av betydelse för detta, och andra framtida vägval. Utöver kapacitetsökningen har förslaget konsekvenser för uppgiftsfördelningen mellan befintliga enheter.

Denna arbetsgrupp har utrett och belyst flera centrala frågeställningar som bara kort sammanfattas nedan.

Dialysvarianter

Hemodialys svarar för 80% av patienterna och peritonealdialys resterande 20 %. Hemodialys sköts som regel av särskilt tränad personal på en dialysavdelning, medan peritonealdialys sköts av patienten i hemmet. Arbetsgruppen anser att hemodialys, som görs av patienten själv på avdelning eller i hemmet, bör introduceras som behandlingsalternativ i Göteborgsområdet på samma sätt som i Stockholm och Skåne-regionen. Det främsta argumentet är den möjlighet till förbättrad behandling det innebär, samt ökad valfrihet för patienterna. Även om denna behandling kan innebära minskade kostnader torde denna effekt vara marginell. Arbetsgruppen beskriver i övrigt fördelar och nackdelar med varianter på dessa huvudteman.

Nivåstrukturering

De tre dialysavdelningarna i Göteborgsområdet har olika karaktär. Avdelningarna har bland annat hemodialyspatienter med olika vårdtyngd. En kartläggning visar tydligt den nivåstrukturering som finns, där enheten vid SU/Sahlgrenska har mer vårdkrävande patienter än enheten vid SU/Mölndal. Lundbydialysen, som inte ligger på ett akutssjukhus har de minst vårdkrävande patienterna. En utökning av andelen patienter som behandlas vid enheter utanför sjukhus, med kapacitet för endast mindre vårdkrävande patienter, skulle innebära en ännu större genomsnittlig vårdtyngd för de patienter som blir kvar vid sjukhusenheterna. En sådan utveckling, kan enligt arbetsgruppens uppfattning, vara problematiskt idag med den personalbrist som råder. Samtidigt påpekar arbetsgruppen att det finns ett patientintresse att inte blanda svårt sjuka patienter med mindre sjuka, men att det även kan göras genom att separera olika patientkategorier från varandra inom respektive enhet.

Varifrån kommer patienterna som behandlas vid Göteborgsenheterna?

Arbetsgruppen har kartlagt var patienterna bor och för resultat hänvisas till kartmaterial i bilaga 3.

Medicinska samband för optimal dialyssjukvård

Här finns en mängd interaktioner mellan dialysvård och andra medicinska aktiviteter. Arbetsgruppen har endast koncentrerat sig på några viktiga punkter. Ett sjukhus behöver dialyskapacitet av flera skäl och dialyspatienter behöver ett sjukhus resurser på många sätt. Arbetsgruppen fokuserar sin framställning på accesskirurgi, d.v.s. det operativa ingreppet att skapa den ytliga blodväg som är en förutsättning för dialysbehandlingen. Arbetsgruppen konstaterar att här finns en allvarlig problematik i form av långa väntetider. Konsekvenserna är temporära lösningar som är behäftade med komplikationer med följdåtgärder och ökad sjuklighet hos patienterna. Kvalitetsbristkostnaderna är höga.

Patienternas uppfattning om självdialys

Arbetsgruppen har anonymt kartlagt intresset hos 109 hemodialyspatienter för självbehandling. Nio procent var intresserade av att dialysera sig själv i hemmet och 13 % var intresserade av att göra mer av sin behandling själv. Långt fler var dock intresserade av mer information innan de kunde ta ställning. Det fanns olika grader av intresse hos drygt hälften av patienterna för att få fler dialyser per vecka om det skulle innebära en förbättring av den egna hälsan.

Privat dialysverksamhet

Arbetsgruppen har översiktligt beskrivit den privata dialysvården i Sverige. Ett gemensamt drag är att de alltid är kompletteringar av avdelningar i offentlig regi som utgör ”moderklinik” till verksamheten. En väl utvecklad samverkan mellan enheterna är nödvändigt. Arbetsgruppen konstaterar att de privata vårdgivarna i Göteborg har inneburit ett oundgängligt resurstillskott och att de fullgjort sina uppdrag på ett mycket bra sätt. En nackdel med upphandlad dialysverksamhet, som arbetsgruppen vill påpeka, är att det kan innebära svårförutsägbara problem, om förnyad upphandling leder till byte av vårdgivare. Arbetsgruppen tar inte ställning till om ökad kapacitet skall ske i privat eller offentlig regi.

Lokalisering av utökad hemodialysverksamhet

Arbetsgruppen redovisar konsekvenser av skilda alternativ och föreslår en nyetablering vid SU/Östra. Utöver den kapacitetsökning som uppstår så skulle det tillföra:

- Förbättrat omhändertagande av njursjuka patienter vid SU/Östra.
- Geografiskt komplettera nuvarande utbud.
- Genom nya kontaktytor förbättra framtida personalrekrytering.
- Komplettera den kvalificerade slutna vården men framförallt den invärtesmedicinska verksamheten vid SU/Östra.

Dessa bedömningar har gjorts i samarbete med ledningen SU/Östra.

Arbetsgruppens förslag:

- För att långsiktigt möta det ökade behovet av behandlingsplatser för hemodialys föreslås etablering av en ny dialysavdelning på Östra sjukhuset. Det innebär samtidigt att njurmedicinsk konsultverksamhet tillförs det sjukhuset. Planering bör startas omgående. Arbetsgruppen tar inte ställning till om enheten skall drivas i offentlig eller i privat regi.
- Organisation och rutiner skapas så att patienters självbehandling i hemodialys blir ett reellt behandlingsalternativ för patienter i Göteborg. Det kan ske utan ökade kostnader jämfört med konventionell hemodialys. Enheten vid SU/Mölndal är lämplig lokalisering för denna inriktning.
- SU ges i uppdrag att lösa de allvarliga kapacitetsproblem som finns för accesskirurgi.
- Om kapaciteten ånyo blir otillräcklig är en sannolik framtida utveckling att etablera ytterligare en avdelning för patienter med mindre vårdtyngd, som komplement till den sjukhusbundna avdelningen på Östra.

Orsaker till att den andel av patienterna som behandlas i peritonealdialys minskar, och ge förslag till hur denna andel kan ökas. Delprojekt 4

Andelen av dialyspatienter som har peritonealdialys har sjunkit från 34 % till 20 %. Förändringen innebär ökade kostnader och förslag ges till hur andelen skall ökas.

En bidragande orsak till att dialysavdelningarna är ansträngda är att den andel av patienterna som behandlar sig själva med peritonealdialys har sjunkit påtagligt. Ytterligare 10 % av patienterna i peritonealdialys hade inneburit 25 patienter färre i hemodialys. Arbetsgruppen konstaterar att det inte finns medicinska skäl till minskningen av andelen av patienter i dialys som behandlas med peritonealdialys.

Det finns flera orsaker till denna förändring som har setts på många håll i Sverige. Det kan bero på ett vetenskapligt ifrågasättande av kvaliteten i denna behandling. Kunskapsläget har emellertid klarnat och arbetsgruppen anser att det inte finns medicinska skäl att generellt undvika denna behandling som kan innebära många andra fördelar för patienten. Arbetsgruppen påpekar att all expansion har skett vid upphandlad verksamhet. Det har medfört att det inte funnits ett incitament att inom befintlig ram öka antalet patienter i peritonealdialys. Arbetsgruppen presenterar vidare en analys, som visar att en väl planerad dialysstart med väl informerad patient, i stor utsträckning leder till att patienten själv väljer peritonealdialys.

För att förändra situationen pekar arbetsgruppen på en rad faktorer som är påverkbara inom den njurmedicinska organisationen genom tydligare riktlinjer, gemensamma mål och utbildning. Ett problemområde är den brist på specialistläkare som uppstått. Den kartläggning som arbetsgruppen gjort måste utgöra en grund för förbättringsarbete.

Arbetsgruppens förslag

- Peritonealdialys skall som regel rekommenderas som patienternas första val.
- Interna mål och riktlinjer bör utvecklas och stödjas av förbättrad kommunikation mellan personalkategorier och intern utbildning.
- Rutiner måste utvecklas för akut start med peritonealdialys.
- En utökning av antalet njurmedicinska specialister.
- Tydligare ekonomiska incitament skapas för att starta patienter i peritonealdialys.

Ge en beskrivning av möjligheter att förebygga utveckling av dialysbehov. Delprojekt 5

Sjunkande njurfunktion som leder till dialysbehov kan ofta behandlas. Tidig upptäckt ökar chansen till framgångsrik behandling.

Arbetsgruppen konstaterar, efter en analys av kunskapsläget, att senare tids forskning visat att det finns flera behandlingar som var för sig och sammantaget kan bromsa utvecklingen mot dialyskrävande njursvikt. Andra behandlingar genomgår utvärdering. Sådan förebyggande medicinsk behandling innebär ökade kostnader för provtagning och medicinering men innebär större vinster i minskad annan sjuklighet och minskat dialysbehov. Arbetsgruppen konstaterar också att för den största gruppen, patienter med diabetes, så hanteras många patienter inom primärvården under en tid där tidig upptäckt och behandling kan ha stor betydelse. Det finns ett regionalt vårdprogram för denna patientgrupp men kontakterna mellan njursjukvården och primärvården behöver förbättras. Ett samarbete har i och med detta projekt inletts med primärvården för att skapa vårdprogram för njursjukvård.

Arbetsgruppen anser att det är ställt utom all tvivel att man kan fördröja start av dialysbehandling, eller rent av helt förhindra att behovet uppkommer, genom förebyggande insatser i god tid. Två faktorer begränsar sjukvårdens möjligheter att vidta kraftfulla åtgärder:

1. Bristen på specialistkompetenta läkare, se delrapport 7.
2. Förhållandevis friska och symtomfria människor måste övertygas om värdet av god medicinsk kontroll för att bättre bevara njurfunktionen.

Båda dessa problem kan hanteras genom att utveckla de njurmedicinska mottagningarna i enlighet med det som skett inom diabetessjukvården. Erfarna sjuksköterskor bör specialutbildas i enlighet med ett europeiskt förslag (se bilaga 5) och upprätthålla egna mottagningar med syfte att säkerställa att fler patienter uppfyller etablerade behandlingsmål.

Arbetsgruppen föreslår att:

- Tidiga stadier av njursjukdom skall spåras i ökande utsträckning, framförallt i primärvården, för förebyggande behandling.
- Samarbetet med primärvården kring vårdprogram skall fördjupas. Särskilt kan nämnas behandling av tidig njursjukdom hos diabetiker.
- Fortsatt utveckling skall ske av ett nationellt kvalitetsregister för njursjukvård.
- Njurmedicinsk mottagnings- och konsultverksamhet etableras på Östra sjukhuset som en del av en föreslagen dialysetablering.
- Sköterskebaserad mottagningsverksamhet för patienter med njursjukdomar bör etableras.

Ge en beskrivning av kostnader för olika behandlingsalternativ och vårdnivåer. Delprojekt 6

Sjukvårdens samlade kostnad har beräknats till ca 600 000 per år för patienter med hemodialys och ca 490 000 för patienter med peritonealdialys. Det gör att dialyskostnaderna kommer att öka med ca 9 Mkr per år med den prognosticerade ökningen av patienter under planeringsperioden, förutsatt att behandlingsstrategin inte ändras och att utvecklingen följer prognosen på sidan 6. Kostnadsutvecklingen kan dock påverkas.

Kostnadsberäkningen ovan har gjorts av CMT i Linköping för patienter i södra Sverige och den refereras utförligt i bilaga 6. Arbetsgruppen har av tidsskäl inte gjort någon egen analys av dialyskostnader men centrum för hälso- och sjukvårdsanalys har påbörjat ett regionalt projekt för beräkning av dialyskostnader som skall slutföras under året.

Beräkningen av dialyskostnader kan vara komplicerad. Det är vidare svårt att jämföra uppgifter från olika källor eftersom betydande skillnader kan finnas mellan vad som ingår i kostnaden och olika enheters uppdrag. Ofta utelämnas läkemedel och resor och annan sjukhusvård men dessa ingår i kostnaden ovan. Kostnaden för hemodialys i hemmet torde likna den för peritonealdialys.

I den kalkyl som då utgjorde underlag för en ny enhet vid SU/Möln dal beräknades kostnaden till 3250 kronor per behandling (ca 510 kkr per år). Denna kostnad inkluderar endast själva dialyskostnaden och övrigt omhändertagande på dialysavdelningen men inte läkemedel och resor. Sjukvårdshuvudmannens kostnader för privat upphandlad dialysbehandling är väldefinierad och beskrivs i bilagor under delprojekt 3. I Göteborg är ersättningen för de hemodialyser som utförs vid Lundby sjukhus 2431 kronor per behandling vilket är ca 375 000 kronor per år och patient.

Arbetsgruppen efterlyser ökad konkretisering i enheternas uppdrag. I arbetsgruppens analys ingår strategier för kostnads kontroll och även en genomgång av specifika angreppspunkter för kostnadsbesparingar. Störst betydelse av faktorer som kan påverkas är kostnaden för personal och resor. I praktiken torde störst kostnadsbesparing kunna uppnås genom en ökad andel peritonealdialys.

För att reducera kostnader föreslår arbetsgruppen att:

- Strategier utvecklas för att förebygga dialysbehov (se även bilaga 5).
- Omhändertagandet före dialysstart förbättras (se även bilaga 3).
- Inslaget av patienternas egenbehandling ökas (se även bilagor 3 och 4).

Kartläggning av personalsituationen idag samt såväl avgången som nyrekryteringen av dialyskompetent personal vid de tre dialysenheterna och vid behov föreslå åtgärder för att säkra tillgången till personal.

Delprojekt 7

Dialys är en personalintensiv verksamhet. Det finns för närvarande en allvarlig brist på specialistkompetenta läkare och dialyssjuksköterskor i Göteborgsområdet.

Vid njurmedicin vid SU finns 17 tjänster för läkare. Bara en mindre del av läkararbetskraften arbetar dock med dialysbehandling. Ytterligare 83 övrig personal arbetar med hemodialys och till det kommer personal som arbetar med peritonealdialys. Vid den privata Lundbydialysen finns knappt tre läkare och 27 övrig personal. Vid Lundbydialysen och Mölndalsenheten sköts dialysbehandlingarna av sjuksköterskor. SU/Sahlgrenska skiljer sig från de övriga enheterna genom att de har ungefär lika många sjuksköterskor som undersköterskor.

De senaste åren har präglats av svårigheter att rekrytera främst specialistkompetenta läkare och sjuksköterskor till SU. Då verksamheten inte kan minskas eller delvis stängas har det funnits behov av att glesa ut behandlingstillfällen för patienterna i dialys.

Sedan år 2000 har sex specialisläkare slutat vid SU och fyra tjänster är vakanta. Till det kommer tjänstgöringsbehov för att täcka in ledigheter för forskning och sjukdom. Åldersprofilen hos kvarvarande specialister är ogynnsam med en medelålder av 54 år med fyra förväntade pensionsavgångar inom en 3-årsperiod.

För de närmaste tre åren finns det ett rekryteringsbehov av åtta specialistkompetenta läkare samt ytterligare läkare för att ge utrymme för ledigheter för framförallt forskning. Dessutom behövs läkare för att bemanna den expansion som föreslås. Sammanlagt motsvarar det ca 11-12 specialister under en fyra-årsperiod. Tre läkare genomgår för närvarande specialistutbildning.

För sjuksköterskor är rekryteringsbehovet ca 30-35 sjuksköterskor för hemodialysverksamhet för en fem-årsperiod med den prognosticerade ökningen av patienter. Till det kommer den rekrytering som krävs för att täcka dagens vakanser och rekrytering för att täcka avgång av personal. Varje rekrytering kräver bredvidgång under 2-3 månader innan arbetet kan ske självständigt.

Rekryteringsbehovet av sjuksköterskor förväntas bli mindre om peritonealdialys tar en större andel av patienterna, om fler patienter behandlas vid dialysenheter utanför sjukhus och om fler patienter behandlar sig själv i hemmet.

Arbetsgruppens förslag

- Öka antalet tjänster för njurmedicinska specialister vid SU.
- Öka antalet ST-läkare vid SU.
- Studenter bör ges möjlighet till fördjupade studiebesök vid dialysenheter.
- Ökad randutbildning i njurmedicin.
- Översyn av läkarinsatsen i samband med dialys.

- Bred översyn av personalkategoriernas yrkesroller och arbetsuppgifter samt alternativa arbetstidsmodeller inom dialysvården.
- Dialyslokalerna vid SU/Sahlgrenska bör förändras till mer ändamålsenliga genom att flytta till en ny planerad vårdbyggnad.
- Ett fortsättningsprojekt bör kartlägga orsaker till att dialyspersonal lämnar verksamheten.