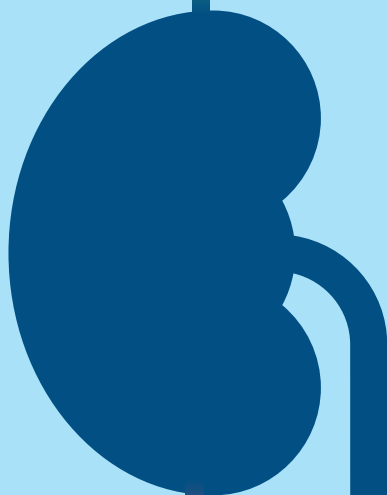
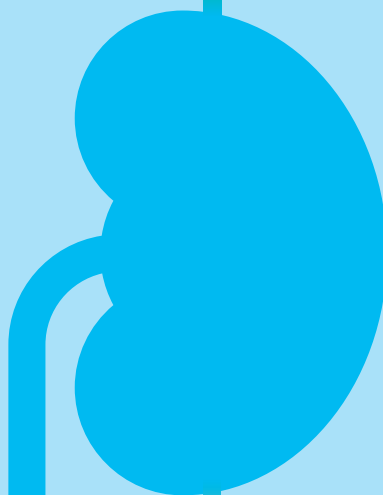


Trends in nierfunctievervanging in Nederland 2023

WACHTLIJST VOOR NIERTRANSPLANTATIE



ZORGBEHOEFTE
EN CAPACITEIT



THUISDIALYSE

Nefrovisie

Richtlijnen • Registratie • Visitatie

in samenwerking met



Zicht op nierzorg: focus op de wachtlijst voor niertransplantaties, thuisdialyse en de verhouding zorgbehoefte en capaciteit voor centrumhemodialysebehandeling.

5	Voorwoord
7	Inleiding
11	Wachtlijst voor niertransplantatie
19	Thuisdialyse
27	Zorgbehoefte en capaciteit centrumhemodialyse

Colofon

Publicatiedatum	december 2023
Contact	info@nefrovisie.nl
Vormgeving	www lijnontwerp.nl

Tabel 1. Patiëntenpopulatie nierfunctievervangende therapie.

	2021*	2022*
Aantal patiënten	17.981	18.214
Type behandeling		
Donornier – postmortale donor	5.406 (30%)	5.530 (30%)
Donornier – levende donor	6.277 (35%)	6.501 (36%)
Hemodialyse – centrum	5.033 (28%)	4.968 (27%)
Hemodialyse – thuis	275 (2%)	254 (1%)
Peritoneale dialyse	990 (6%)	961 (5%)
Populatie met donornier		
Leeftijd, gemiddeld	58 jaar	58 jaar
Percentage man	61%	61%
Tijd na transplantatie, mediaan	8,1 jaar	8,3 jaar
Totale duur nierfunctievervang, mediaan	10,9 jaar	11,1 jaar
Geen dialyse in voorgeschiedenis	27%	28%
Dialysepopulatie		
Leeftijd, gemiddeld	67 jaar	67 jaar
Percentage man	60%	60%
Duur op dialyse, mediaan	2,2 jaar	2,3 jaar
Totale duur nierfunctievervang, mediaan	2,7 jaar	2,7 jaar
Transplantatie in voorgeschiedenis	12%	12%

*Status op 31 december

Met gepaste trots bieden wij u de jaarlijkse publicatie “Trends in nierfunctievervang in Nederland” aan. Hierin geven we een overzicht van de belangrijkste data zoals die in 2022 door de registraties Nefrodata (voorheen Renine) van Nefrovisie en de Nederlandse Orgaan-transplantatie Registratie (NOTR) van de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS) zijn verzameld.

Naast een algemeen deel besteden wij in drie themahoofdstukken aandacht aan de wachtlijst voor niertransplantaties, aan thuisdialyse en aan de verhouding zorgbehoefte en capaciteit voor centrumhemodialysebehandeling. Voor dit laatste hoofdstuk is ook gebruik gemaakt van data van het Capaciteitsorgaan.

Nefrodata bevat gegevens van 96% van de dialysepopulatie in Nederland. Voor gedetailleerde informatie over onderdelen verwijzen we u naar de website van Nefrovisie www.nefrovisie.nl.

December 2023

Tiny Hoekstra, epidemioloog Nefrovisie

Martin Heemskerk, senior onderzoeker NTS

Marc Hemmelder, voorzitter sectie registratie NFN en internist-nefroloog MUMC+

Aiko de Vries, voorzitter LONT en internist-nefroloog LUMC

Marc ten Dam, uitvoerend bestuurder Nefrovisie en internist-nefroloog CWZ

Figuur 1. Jaarlijks aantal patiënten met niertransplantaat en aantal dialysepatiënten.

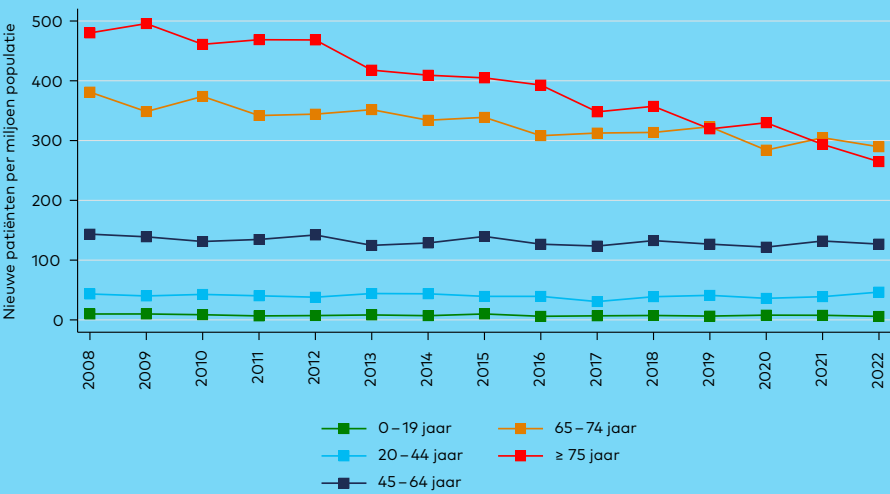


In 2022 ontvingen ruim 18.000 Nederlanders nierfunctievervangende behandeling. Het merendeel heeft een niertransplantaat ontvangen (66%), de overige patiënten krijgen een chronische dialysebehandeling (Tabel 1). Het blijft opvallend dat meer mannen dan vrouwen nierfunctievervangende therapie krijgen. Zowel in de dialysepopulatie als in de populatie met een donornier is ongeveer 60% man. Het aantal dialysepatiënten in Nederland daalt licht, terwijl het aantal patiënten met een donornier ieder jaar nog toeneemt. Over de afgelopen 10 jaar was de stijging 40% (Figuur 1).

In 2022 zijn 1.895 patiënten gestart met nierfunctievervangende behandeling, 14% heeft als eerste behandeling een niertransplantatie ontvangen en de rest is gestart met dialyse. De daling in het aantal oudere patiënten dat start met nierfunctievervangende therapie zet door (Figuur 2). In 2022 zijn 435 patiënten van 75 jaar of ouder gestart, dit komt overeen met 265 patiënten per miljoen Nederlandse 75-plussers. Ten opzichte van 2009 is dit een daling van 47%. Dit verdient nader onderzoek. Mogelijke verklaringen zijn dat meer oudere patiënten afzien van nierfunctievervangende behandeling of dat de behandeling van patiënten met chronisch nierschade is verbeterd en eindstadium nierfalen vaker voorkomen wordt.

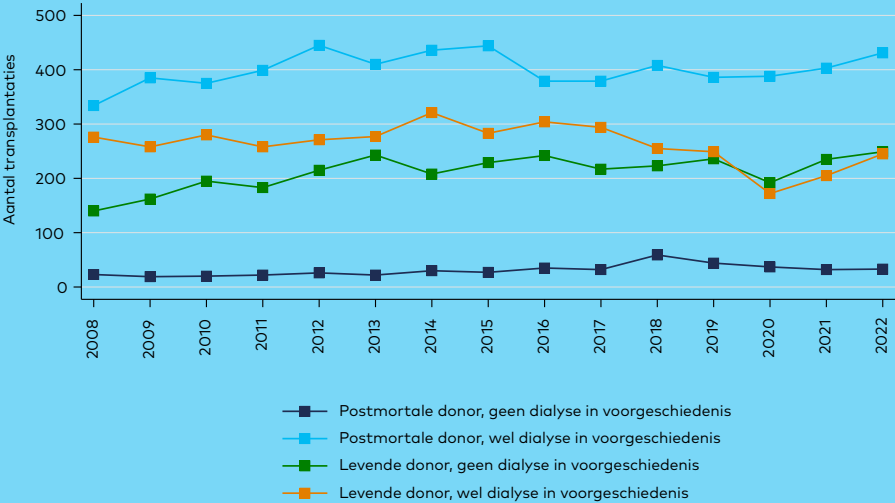
Van de huidige niertransplantatiepatiënten heeft 54% een nier die afkomstig is van een levende donor. Dit aandeel nam de afgelopen jaren licht toe. In 2022 werden 958 niertransplantaties verricht, een toename van 9% ten opzicht van 2012. In 28% van de gevallen betrof het een preëemptieve transplantatie, dat wil zeggen dat de transplantatie werd uitgevoerd voordat dialyse noodzakelijk was.

Figuur 2. Jaarlijks aantal nieuwe patiënten met nierfunctievervangende therapie.



De instroom voor nierfunctievervangende behandeling in de leeftijdsgroep 75 plus is sinds 2009 met 47% gedaald.

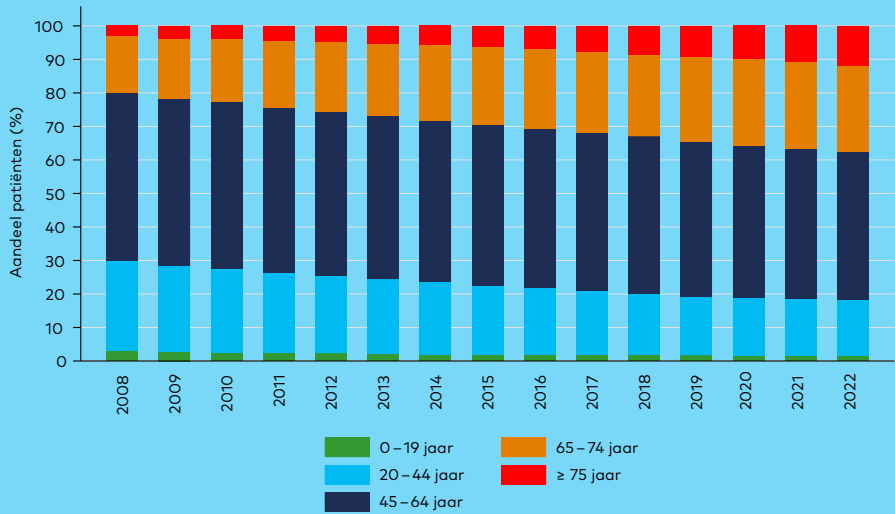
Figuur 3. Jaarlijks aantal transplantaties per type donor en al dan niet dialyse voorafgaand aan de transplantatie.



Figuur 3 toont het aantal transplantaties over de loop van de jaren. Het aantal is ingedeeld in vier categorieën, gebaseerd op donortype en al dan niet dialyse voorafgaande aan de transplantaties. Opvallend is dat 12% van de preëemptieve transplantaties plaatsvond met een postmortale donor, hetgeen het belang onderstreept van tijdige voorbereiding op transplantatie.

De patiëntenpopulatie met een donornier wordt steeds ouder (Figuur 4). Op dit moment is de gemiddelde leeftijd van een transplantatiepatiënt 58 jaar. Meer dan een derde van alle transplantatiepatiënten is 65 jaar of ouder en 12% 75 jaar of ouder. Aan de ene kant leven patiënten langer met een donornier, maar ook worden er meer transplantaties uitgevoerd bij oudere patiënten. Van alle niertransplantaties die in 2022 zijn verricht, was 30% in patiënten van 65 jaar of ouder.

Figuur 4. Leeftijdverdeling patiënten met een donornier per jaar.



12% van de preëemptieve transplantaties is uitgevoerd met een postmortale donor. Dit onderstreept het belang van tijdige voorbereiding op transplantatie.

De toename van de transplantatiewachtlIJst wordt vooral veroorzaakt doordat meer nierpatiënten toegang hebben tot transplantatie en patiënten eerder op de lijst worden geplaatst.

WachtlIJst voor niertransplantatie

dr. Aiko de Vries

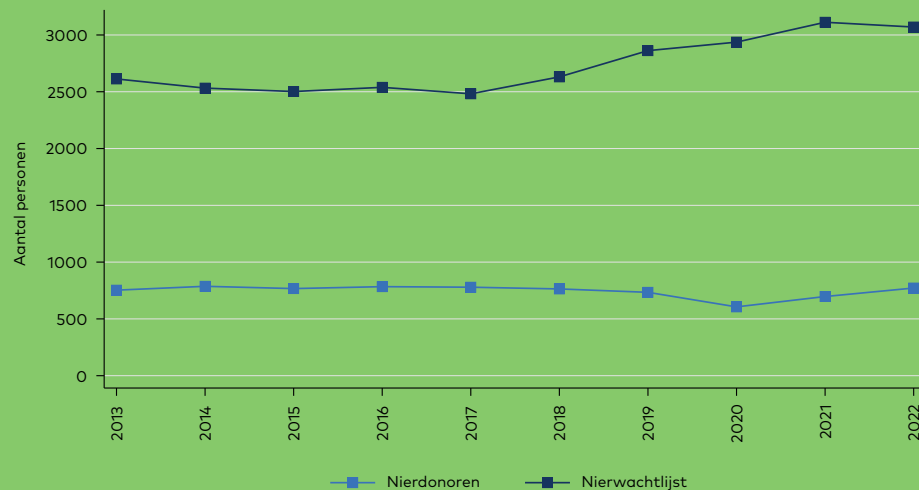
Internist-nefroloog LUMC en voorzitter LONT

dr. Martin Heemskerk

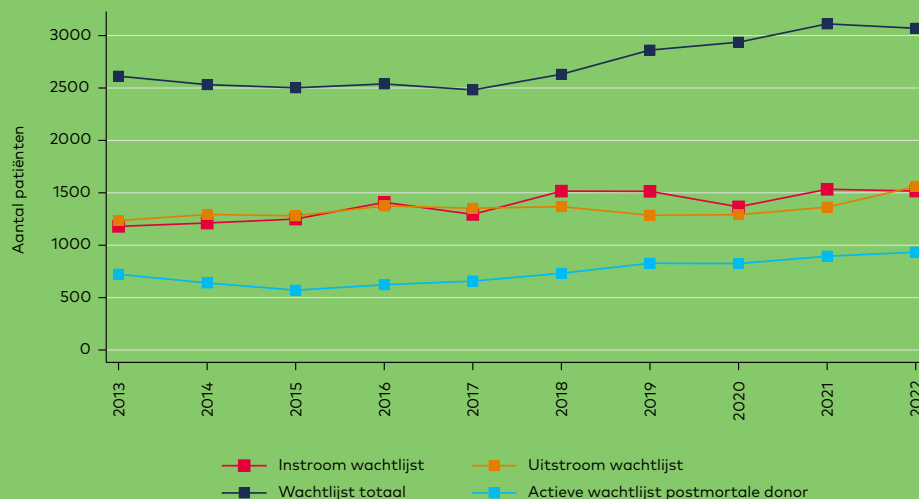
Senior onderzoeker NTS

Wachtlijst voor niertransplantatie

Figuur 1. Aantal nierdonoren per jaar en patiënten op de nierwachtlijst aan het eind van het jaar.



Figuur 2. Dynamiek nierwachtlijst: instroom, uitstroom en (actieve) wachtlijst per jaar (eind van het jaar).



Nierwachtlijstdynamiek

De afgelopen jaren is het aantal nierdonoren redelijk stabiel gebleven op de dip in 2020 en 2021 na. In 2022 waren er 722 nierdonoren, waarvan 255 postmortale donoren en 467 levende donoren. De wachtlijst volgt echter niet de trend van donatie, maar gaat gestaag omhoog sinds 2016 (Figuur 1). In 2015 was de totale nierwachtlijst op zijn laagst met in totaal 2502 nierpatiënten waarvan 571 met een actieve urgentie voor postmortale donor niertransplantatie. Daarna blijft de wachtlijst in lengte toenemen, ook in 2023. Op het moment van schrijven, op 1 november 2023, is het totaal aantal patiënten op de wachtlijst 3.301 waarvan 1.104 op een actieve urgentie voor postmortale donor niertransplantatie. In figuur 2 is te zien dat sinds 2018 de instroom op de wachtlijst hoger ligt dan de uitstroom. Die uitstroom is een combinatie van transplantatie en patiënten die wegens een te slechte klinische conditie weer uitstromen of sterven. Ook in 2023 is de instroom van patiënten hoog.

Omdat een transplantatie zonder dialyse een betere prognose heeft, is het streven om een transplantatie met een levende donor uit te voeren voordat de patiënt dialyseert. Als dit niet mogelijk is, dan wordt er steeds vaker naar gestreefd om de patiënt voor start dialyse al op de actieve wachtlijst te plaatsen voor een postmortale donornier. Een goede ontwikkeling, ook al neemt hierdoor de totale wachtlijst toe.

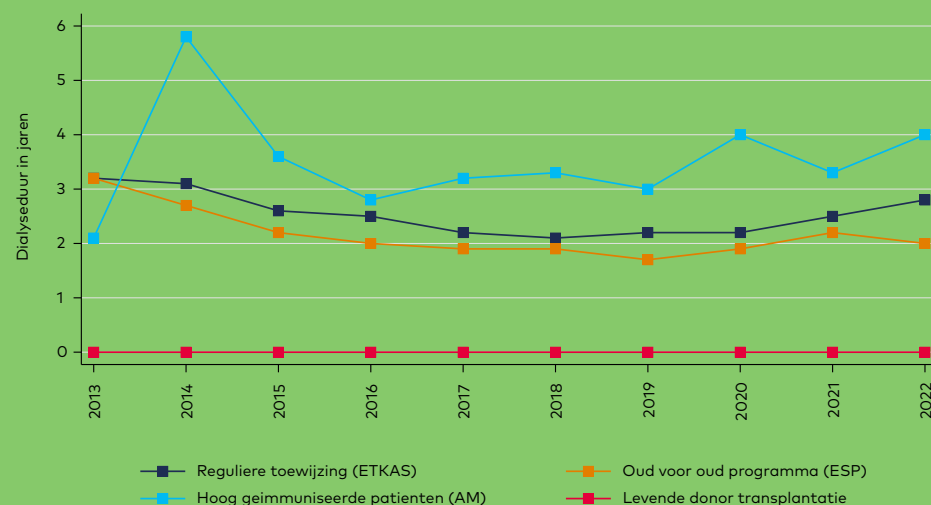
Een toename van de wachtlijst is niet per se nadelig. De echte relevante maat is de wachttijd. Zolang de wachttijd gelijk blijft of korter wordt, betekent een grotere wachtlijst meer of eerdere toegang tot transplantatie voor patiënten.

De mediane dialysetijd tot aan een niertransplantatie met een postmortale donor was 2,4 jaar in 2022.

Figuur 3. Mediane wachtduur tot aan postmortale niertransplantatie.



Figuur 4. Mediane dialyseduur (inclusief preëemptief) tot aan postmortale niertransplantatie per allocatieprogramma of levende donor niertransplantatie.



Wachttijd

Door de vele levende donoren zijn minder patiënten afhankelijk van een postmortale donor. Mede door patiënten op de wachtlijst te plaatsen voor de start van dialyse, is de tijd die patiënten moeten dialyseren voor een transplantatie verkort. De mediane dialysetijd tot aan niertransplantatie met een postmortale donor daalde van 4,2 jaar in 2006 naar 2,2 jaar in 2019. Na de eerste coronagolf is die wachttijd wel licht gestegen, maar ten opzichte van 2013 nog steeds op een laag niveau (Figuur 3).

Patiënten worden tegenwoordig sneller op de wachtlijst geplaatst (Figuur 3). In 2013 was de mediane wachtlijstregistratieduur nog 1 jaar korter dan de dialysetijd voor postmortale niertransplantatie. In 2022 is dat verschil minder dan een half jaar.

Een laatste maat voor wachttijd is de actieve wachttijd die ingaat wanneer alle onderzoeken zijn afgerond en een aanbod van een postmortale nier kan worden geaccepteerd. Deze was gedaald tot een half jaar in 2019 en is sinds 2020 weer licht gestegen naar 0,8 jaar.

Conclusie is dat in de afgelopen tien jaar de wachtlijst is gestegen, maar de wachttijd gemiddeld is gedaald.

Wachttijd per allocatieprogramma

Hoewel de wachttijd afnam is er wel verschil tussen patiëntgroepen. Er zijn drie manieren voor het toewijzen van postmortale donornieren. De reguliere toewijzing, het Eurotransplant Oud voor Oud (ESP) programma voor patiënten en donoren van 65 jaar en ouder en het acceptabele mismatch (AM) programma voor hoog geïmmuniseerde patiënten die grotere kans hebben op afstoting van de nier.

Binnen het AM programma krijgen patiënten voorrang als er een geschikte donor voor hen is. Deze groep heeft de hoogste wachttijd op dialyse (Figuur 4), omdat men minimaal 2 jaar op de wachtlijst moet staan om voor het AM programma in aanmerking te komen. Maar door het AM programma krijgen deze patiënten wel sneller een orgaan dan zonder dit programma. Patiënten uit het reguliere programma wachten gemiddeld een jaar korter. De kortste wachttijd hebben de patiënten uit het ESP programma.

Figuur 5. Mediane dialysesduur (inclusief preëemptief) tot aan postmortale niertransplantatie per bloedgroep in het reguliere allocatieprogramma (ETKAS).



Verschillen wachttijd per bloedgroep

De mediane dialysetijd voor een postmortale donornier in het reguliere allocatieprogramma is relatief lang voor patiënten met bloedgroep O, namelijk 3,4 jaar (Figuur 5). Dit omdat deze patiënten alleen van donoren met bloedgroep O kunnen ontvangen. En hoewel bloedgroep O vaak voorkomt (45% in de Nederlandse populatie), hebben ontvangers met bloedgroep O toch een nadeel, omdat ook de ontvangers met andere bloedgroepen een nier kunnen ontvangen van donoren met bloedgroep O.

Patiënten met bloedgroep A kunnen nieren met bloedgroep A en O ontvangen. In het reguliere programma krijgen deze patiënten alleen nieren met bloedgroep A toegewezen. Hoog geïmmuniseerde patiënten (AM programma) krijgen van zowel bloedgroep A als ook O een aanbod. Omdat ongeveer 90% van de bevolking bloedgroep A of O heeft, is dit een duidelijk voordeel. Patiënten met bloedgroep A hebben een korte mediane dialysetijd van 1,9 jaar. Hierdoor is het percentage patiënten met bloedgroep A op de totale nierwachttijst (35%) kleiner dan in de Nederlandse populatie (43%).

De kleine groep van patiënten met bloedgroep AB (3%) heeft het voordeel van alle donoren te kunnen ontvangen en heeft daardoor slechts een dialysetijd van 1,1 jaar.

Patiënten met bloedgroep B hebben de langste dialysetijd die mediaan 4,1 jaar bedraagt. Dit is een relatieve kleine groep die alleen nieren met bloedgroep B en O kan ontvangen. Hoewel bloedgroep O veel voorkomt in de donorpopulatie, zijn er zoals hierboven beschreven ook veel patiënten op de wachttijst met bloedgroep O, die veelal ook lang wachten. Daarnaast komt bloedgroep B vaker voor bij groepen van niet-westerse afkomst voor wie minder vaak een donor voorkomt met een passend weefseltype (HLA) en passende bloedgroep. Omdat een geschikte donor hierdoor minder vaak voorkomt voor deze patiënten is het percentage bloedgroep B op de totale nierwachttijst met 16% groter dan in de Nederlandse populatie (9%).

Indien een levende nierdonor aanwezig is, wordt bij elke bloedgroep meer dan de helft van de patiënten voor start dialyse getransplanteerd. In het Cross-over programma (waar uitwisseling plaats vindt tussen paren die geen nier van hun eigen donor kunnen ontvangen) zijn echter de patiënten met bloedgroep O en B oververtegenwoordigd.

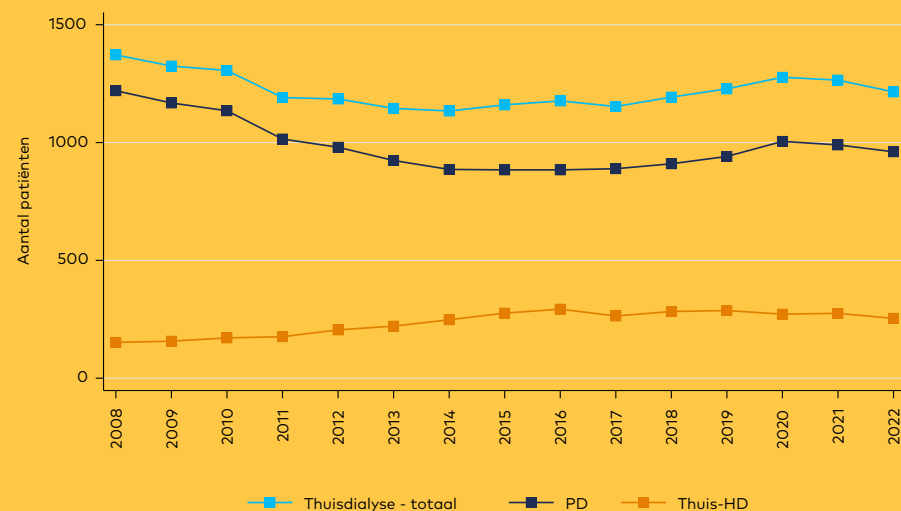
Er is een opvallende centrumvariatie als het gaat om het aandeel thuisdialyse, het percentage patiënten dat direct start met APD en de PD-techniekoverleving.

Thuisdialyse

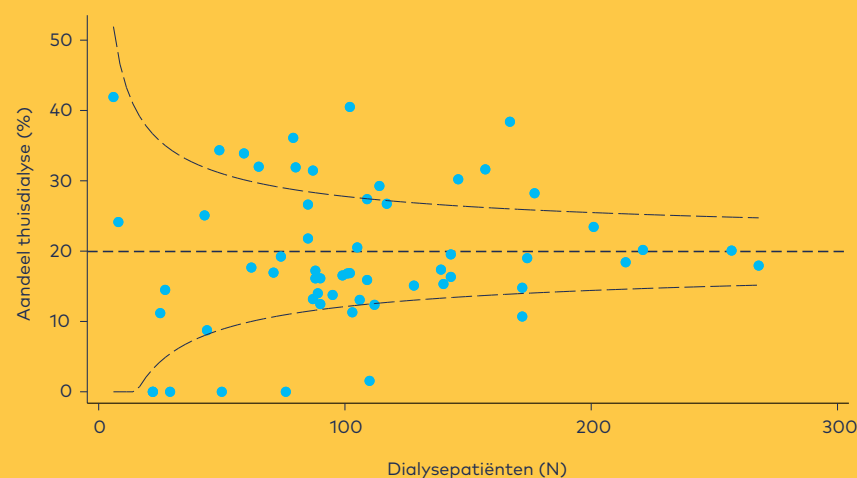
dr. Alferso C. Abrahams

Internist-nefroloog UMC Utrecht

Figuur 1. Aantal patiënten met thuisdialyse per jaar.



Figuur 2. Centrumvariatie in aandeel thuisdialyse in 2022.



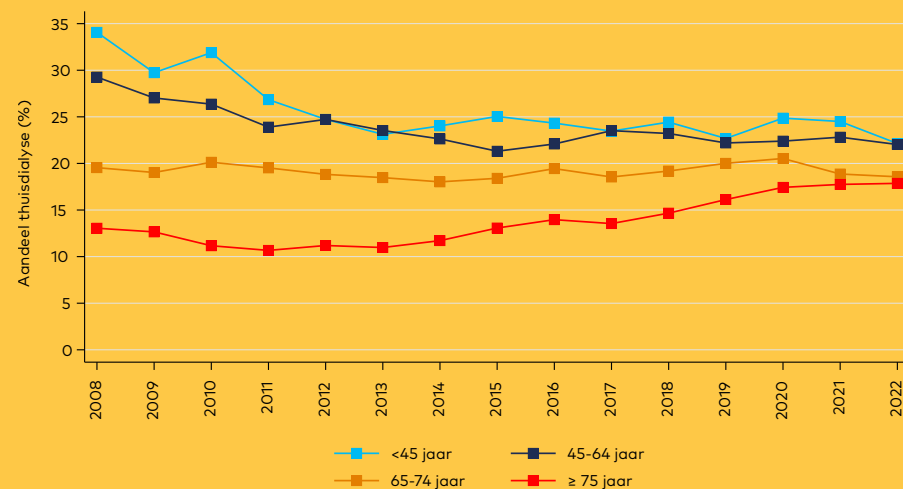
Het merendeel (80%) van de dialysepatiënten dialyseert 3 à 4 keer per week in een dialysecentrum (centrumdialyse). Deze behandeling is intensief, onder andere door de frequente bezoeken aan het dialysecentrum, en heeft daardoor een grote impact op het dagelijks leven van patiënten. Dialysebehandeling in de thuissituatie geeft de patiënt aanzienlijk meer autonomie en vrijheid. In 2022 dialyseerden 1 op de 5 patiënten thuis, in totaal 1.215 patiënten.

De meest voorkomende vorm van thuisdialyse is peritoneale dialyse (afgekort PD). Bij PD worden afvalstoffen en overtollig vocht uit het bloed verwijderd via het buikvlies van de patiënt. PD wordt meestal uitgevoerd door de patiënt zelf, en soms door een partner, mantelzorger of verpleegkundige van de thuiszorg. PD heeft diverse voordelen, zoals zelfstandigheid van de patiënt en minder ziekenhuisbezoeken. PD kent echter ook complicaties, zoals problemen met de PD-katheter en kans op een buikvliesontsteking. In 2022 waren er ruim 950 PD-patiënten, 16% van alle dialysepatiënten. Daarnaast is er een klein aantal patiënten, ruim 250, dat thuis met hemodialyse wordt behandeld. Dit kan door de patiënt zelf worden uitgevoerd of met ondersteuning van een mantelzorger of een verpleegkundige. Tot 2016 nam het aantal thuis-hemodialysepatiënten toe, maar vanaf 2016 is deze stijging gestagneerd (Figuur 1). Het aantal PD-patiënten daalde sterk tot 2015, maar nam daarna weer toe. Sinds 2020 neemt het aantal PD-patiënten niet verder toe. Ondanks de voordelen van een thuisbehandeling wordt landelijk dus nog steeds een minderheid behandeld met thuisdialyse.

Tussen dialysecentra is er echter veel variatie in het percentage patiënten dat met thuisdialyse (PD of thuis-HD) wordt behandeld (Figuur 2). Zo zijn er centra met bovengemiddeld veel thuisdialysepatiënten (aandeel thuisdialyse > 30%) en zijn er centra met opvallend weinig thuisdialyse patiënten (aandeel thuisdialyse < 10%). Op basis van deze data zou het aandeel thuisdialyse landelijk gezien moeten kunnen toenemen.

Thuisdialyse is een stabielere behandeling voor oudere dialysepatiënten in vergelijking met centrumdialyse.

Figuur 3. Aandeel thuisdialyse in leeftijdscategorieën.

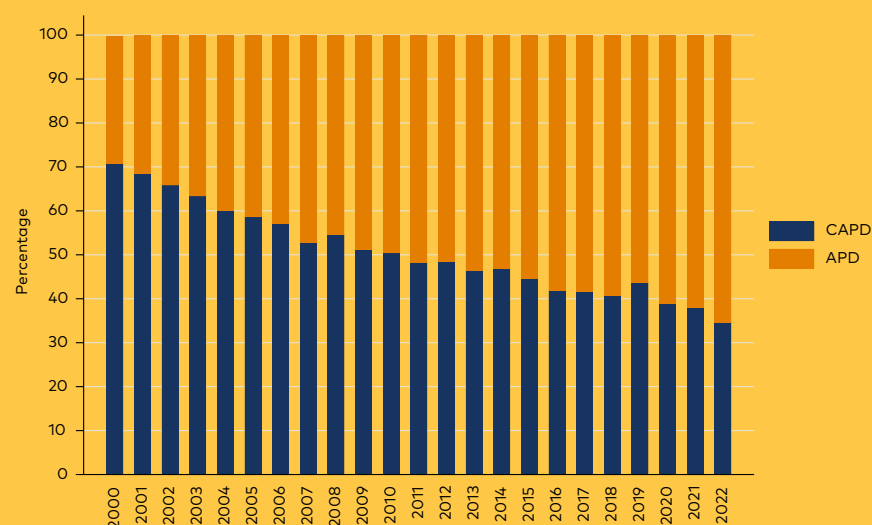


In 2008 dialyseerde nog ongeveer een derde van de dialysepatiënten jonger dan 45 jaar thuis (Figuur 3). Inmiddels is dit percentage afgenomen tot 22%. De belangrijkste reden is dat jonge patiënten vaker getransplanteerd worden. Daarentegen zien we een toename in het aantal oudere patiënten dat kiest voor thuisdialyse. Thuisdialyse is een stabielere behandeling vergeleken met centrumdialyse doordat het minder bloeddrukschommelingen geeft en is daarom ook voor oudere patiënten geschikt. Deze trends hebben tot gevolg dat de gemiddelde leeftijd van thuisdialysepatiënten over de tijd is gestegen, al lijkt dit nu te stabiliseren. De gemiddelde leeftijd is nu 65 jaar.

CAPD / APD

Bij peritoneale dialyse wordt spoelvloeistof in de buikholte gebracht en wordt het eigen buikvlies als filter gebruikt om afvalstoffen en overtollig vocht te verwijderen. Wisselen van spoelvloeistof kan handmatig (continue ambulante peritoneale dialyse of CAPD) of met een machine (automatische peritoneale dialyse of APD). Dit kan overdag, 's avonds of 's nachts.

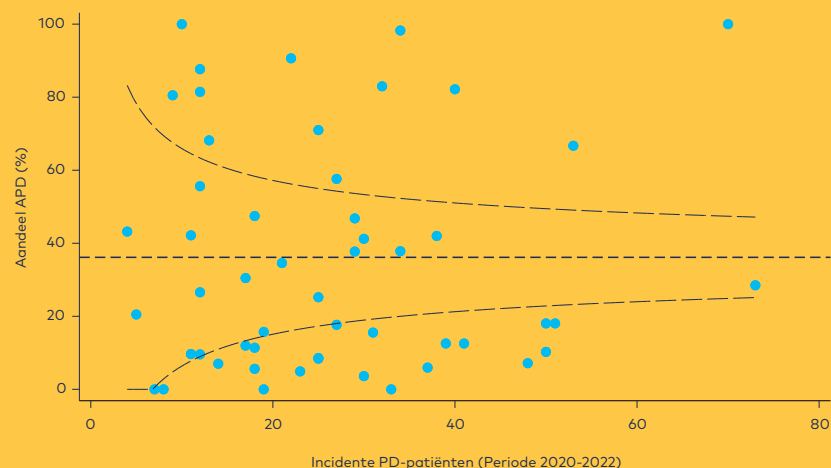
Figuur 4. Verdeling CAPD en APD in prevalentie PD patiënten.



Binnen de PD zien we een verschuiving richting APD. In 2000 wisselde het merendeel van de PD-patiënten nog handmatig de spoelvloeistof terwijl dit nu nog 35% van de patiënten betreft (Figuur 4). Van oudsher wordt eerst begonnen met CAPD en wordt na vaststellen van de transportsnelheid van de peritoneale membraan door middel van een peritoneale equilibratietest (PET) later overgegaan naar APD als een patiënt dit wenst. Hoewel zogenaamde 'langzame transporters' theoretisch misschien minder geschikt zijn voor APD, is een langzame transportstatus tegenwoordig geen reden meer om patiënten die graag met APD willen worden behandeld geen APD aan te bieden. Aangezien veel PD-patiënten een voorkeur hebben voor APD zijn er steeds meer zorgverleners die direct starten met APD.

Als het gaat om het percentage PD-patiënten dat direct start met APD zien we een opvallende centrumvariatie (Figuur 5). Er zijn centra waar de meeste patiënten direct starten met APD. Er zijn echter ook centra waar (bijna) alle patiënten starten met CAPD. De oorzaken voor deze centrumvariatie vragen nader onderzoek.

Figuur 5. Centrumvariatie start met APD (periode 2020-2022).

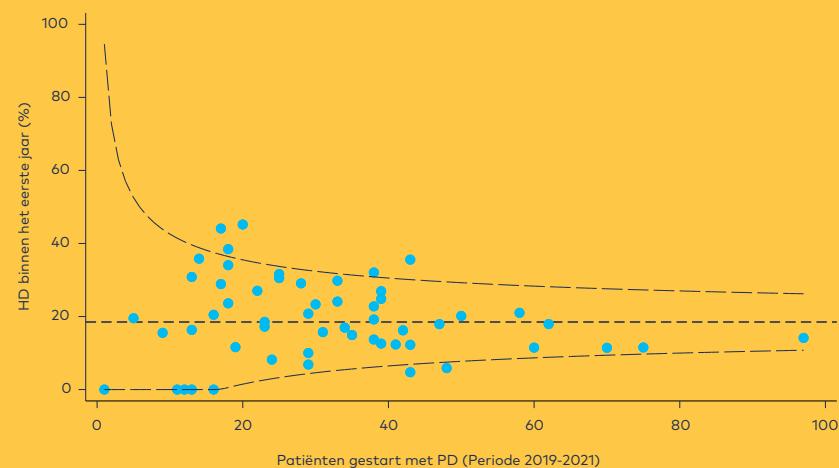


Techniekoverleving

Techniekoverleving is één van de belangrijkste uitkomsten van PD. Overlijden blijft een belangrijke reden voor techniekfalen. Van de PD-patiënten gaat 15 tot 20% binnen 1 jaar over op hemodialyse. Hierbij wordt ook een aanzienlijke centrumvariatie gezien (Figuur 6).

De DOMESTICO-studie heeft laten zien dat PD-katheter gerelateerde problemen een belangrijke modificeerbare oorzaak zijn voor PD-techniekfalen in de eerste 6 maanden na start met PD¹. PD-gerelateerde infecties blijven de belangrijkste modificeerbare oorzaak voor PD-techniekfalen in het eerste jaar na start met PD¹. Zowel PD-katheter gerelateerde problemen als PD-gerelateerde infecties zijn te voorkomen en goed te behandelen. Het is daarom van belang om de kennis hieromtrent laagdrempelig met elkaar te delen.

Figuur 6. Centrumvariatie in aandeel van PD patiënten binnen een jaar over gegaan naar HD.



¹ Bonenkamp et al. Technique failure in peritoneal dialysis: modifiable causes and patient-specific risk factors. Peritoneal Dialysis International 2023; 43(1):73-83.

Ondanks een stabiel aantal patiënten dat met centrum-hemodialyse behandeld wordt, dreigt er capaciteitstekort door het tekort aan dialyseverpleegkundigen.

Zorgbehoefte en capaciteit centrumhemodialyse

dr. Marc ten Dam

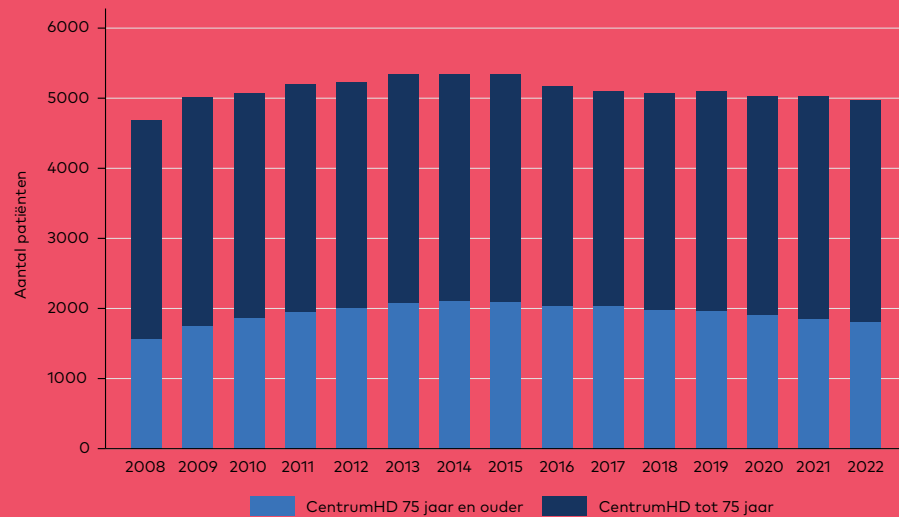
Uitvoerend bestuurder Nefrovisie en internist-nefroloog CWZ

Jacqueline van der Vuurst

Voorzitter V&VN Dialyse & Nefrologie

Zorgbehoefte en capaciteit centrumhemodialyse

Figuur 1. Jaarlijks aantal patiënten met centrumhemodialysebehandeling.



Net als in andere zorgsectoren geldt voor hemodialysebehandeling dat het steeds meer moeite kost om te voldoen aan de zorgvraag. Dit komt voor een belangrijk deel door personeelstekorten, in het bijzonder dialyseverpleegkundigen.

Ontwikkelingen in zorgbehoefte centrumhemodialyse

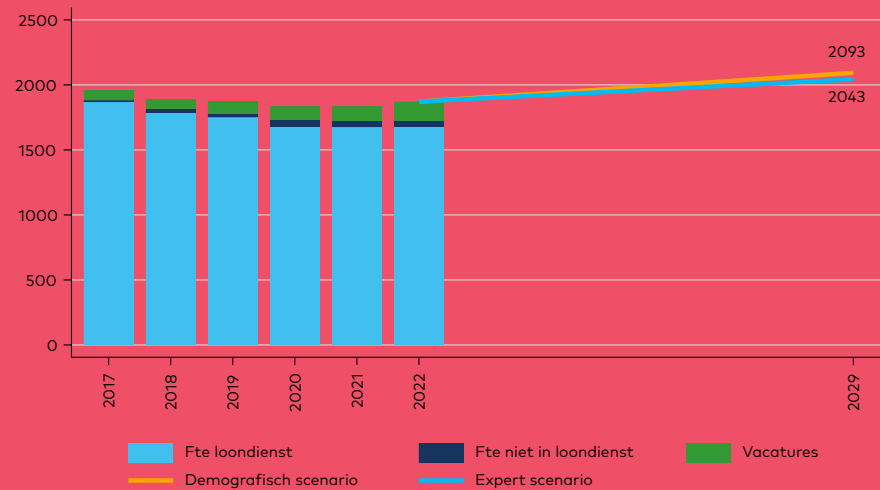
De zorgbehoefte aan hemodialysebehandeling die niet thuis maar in dialysecentrum moet plaatsvinden wordt bepaald door het aantal patiënten en de zorgzwaarte per patiënt. We zien dat het aantal patiënten dat in het centrum hemodialysebehandeling krijgt al een aantal jaar relatief stabiel blijft, met een aantal dat schommelt rond de 5.000 patiënten. Wel zien we dat er minder oudere patiënten met eindstadium nierfalen starten met dialysebehandeling (Figuur 1). Een plausibele verklaring is dat oudere patiënten vaker bewust afzien van dialysebehandeling nu zorgverleners samen met de patiënt zorgvuldiger voor- en nadelen van een intensieve behandeling afwegen in het kader van gezamenlijke besluitvorming.

Tegenover het stabiele aantal patiënten, staat de toename van zorgbehoefte door de zorgzwaarte per patiënt. Deze neemt toe doordat co-morbiditeit (meerdere aandoeningen bij één patiënt) toeneemt en er meer aandacht is voor keuzeondersteuning en gemeenschappelijke besluitvorming in het zorgproces.

Zorgbehoefte en capaciteit centrumhemodialyse

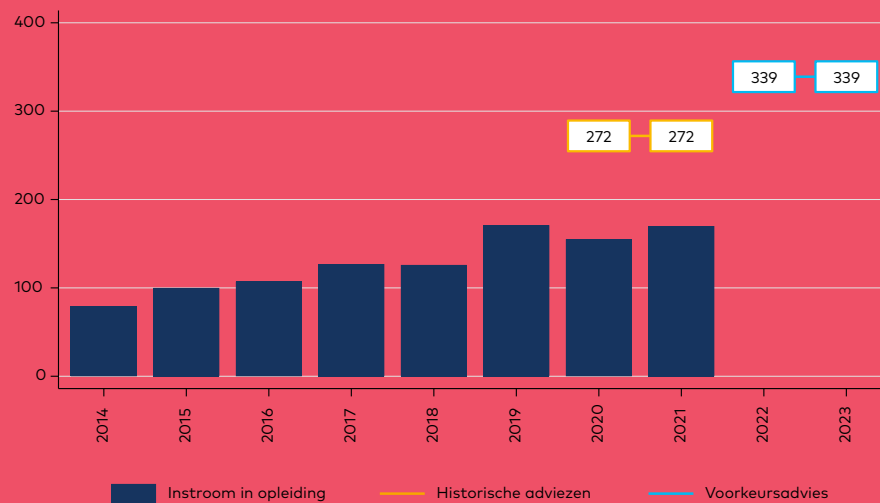
Figuur 2. Aantal dialyseverpleegkundigen in dienst van ziekenhuizen.

Bron: Capaciteitsplan 2022-2025. Capaciteitsorgaan zorgopleidingen.



Figuur 3. Instroom in opleiding van dialyseverpleegkundigen.

Bron: Capaciteitsplan 2022-2025. Capaciteitsorgaan zorgopleidingen.



Capaciteitsplanning dialyseverpleegkundigen

De capaciteit voor dialysebehandeling wordt voor een belangrijk deel bepaald door de beschikbaarheid van personeel. Het Capaciteitsorgaan brengt iedere twee jaar een advies uit over het aantal op te leiden dialyseverpleegkundigen op basis van de verwachte toename van de zorgvraag en de verwachte uitstroom van dialyseverpleegkundigen.

Het aantal dialyseverpleegkundigen in dienst van ziekenhuizen is de afgelopen 5 jaar met 5% gedaald tot een aantal van 1.727 begin 2022 (Figuur 2). In deze 5 jaar is het aantal vacatures bijna verdubbeld. Bovenstaande cijfers zijn gebaseerd op gegevens uit ziekenhuizen, cijfers van zelfstandige dialysecentra zijn hierin niet meegenomen.

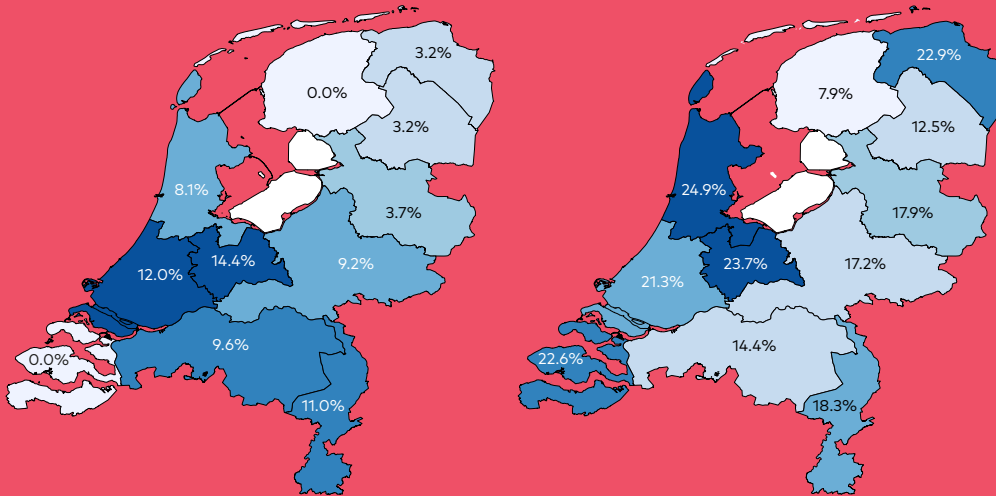
Het Capaciteitsorgaan voorspelt op basis van demografische ontwikkelingen een jaarlijkse toename in de behoefte aan dialyseverpleegkundigen van 1,7% (oranje lijn Figuur 2) maar adviseert een groei van 1,3% na raadpleging van experts uit veld (blauwe lijn Figuur 2). Deze houden rekening met een afnemende instroom van dialysepatiënten, met meer dialysebehandeling dicht bij huis en met taakverschuiving naar dialyse-assistenten.

Om aan dit aantal dialyseverpleegkundigen te voldoen zouden ieder jaar 339 studenten moeten starten met de opleiding. In de voorgaande jaren zien we dat instroom in opleiding (Figuur 3) bij lange na niet op gewenste niveau (oranje kader) komt.

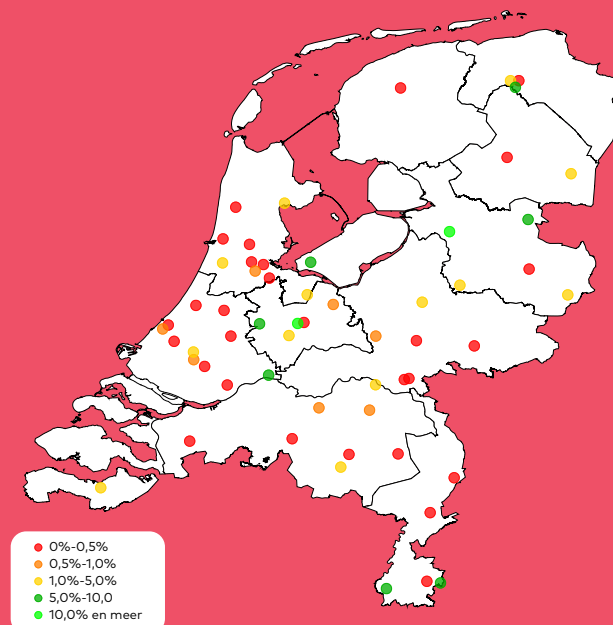
De instroom voor de opleiding dialyseverpleegkundige ligt bij lange na niet op het niveau dat het Capaciteitsorgaan geadviseerd heeft.

Zorgbehoefte en capaciteit centrumhemodialyse

Figuur 4. Vacaturegraad (linker figuur) en opleidingsdruk (rechts) per provincie. Gegevens van Flevoland zijn niet weergegeven. Bron: Capaciteitsplan 2022-2025. Capaciteitsorgaan zorgopleidingen.



Figuur 5. Gemiddeld aantal plaatsen beschikbaar voor instroom van niet-acute hemodialysepatiënten over het eerste half jaar van 2023 weergegeven als percentage van het aantal centrumhemodialysepatiënten per dialysecentrum.



Het Capaciteitsorgaan berekent per provincie de vacaturegraad en de relatieve opleidingsdruk. De vacaturegraad is het aantal moeilijk vervulbare vacatures als percentage van het totaal aantal fte. De relatieve opleidingsdruk is het voorkeursadvies (aantal op te leiden verpleegkundigen) als percentage van het totaal aantal fte. Een hoge opleidingsdruk betekent dat er veel opgeleid moet worden (Figuur 4). De vacaturegraad is relatief hoog in Zuid-Holland en Utrecht. De opleidingsdruk is hoog in Utrecht en Noord-Holland.

Capaciteitskaart centrum hemodialyse

Om een indruk te krijgen in hoeverre zorgbehoefte en zorgaanbod op elkaar afgestemd zijn in de diverse provincies, heeft Nefrovisie in oktober 2022 een capaciteitskaart voor centrumhemodialyse gelanceerd. Dialysecentra geven wekelijks aan hoeveel vrije plaatsen beschikbaar zijn voor instroom van niet-acute hemodialysepatiënten.

In Figuur 5 worden voor de dialysecentra verschillen in het gemiddeld aantal plaatsen voor instroom van niet-acute hemodialysepatiënten over het eerste half jaar van 2023 weergegeven als percentage van het aantal hemodialysepatiënten. Dit kaartje laat zien dat voor een aantal centra dit percentage op 0% ligt, hetgeen aangeeft dat capaciteit tekort schiet. Dit speelt met name in de provincies Noord- en Zuid-Holland. In geen van de regio's is er sprake van een overcapaciteit.

Conclusie

Ondanks een stabiel aantal patiënten dat met centrumhemodialyse behandeld wordt, dreigt er capaciteitstekort door het tekort aan dialyseverpleegkundigen. Dit kan voorkomen worden door meer verpleegkundigen op te leiden, conform de geraamde behoefte van het Capaciteitsorgaan. Inzet van dialyse-assistenten en het terugbrengen van de vraag naar centrumhemodialyse kan de behoefte aan dialyseverpleegkundigen doen afnemen. Mogelijkheden om de vraag naar centrum hemodialyse te beperken zijn het voorkomen van eindstadium nierfalen, het optimaliseren van de keuzeondersteuning met aandacht voor de optie conservatieve behandeling, het optimaliseren van de kans op niertransplantatie en het verbeteren van de mogelijkheden voor thuisdialyse.



www.nefrovisie.nl