

Minnesanteckningar från regional medicinsk kunskapsgrupp – njursjukdomar (fm) samt regionalt chefsråd (em)

Datum: 2015-11-11 kl 10-12 resp kl 13-15

Plats: Hotell Statt Hässleholm

Närvarande:	K-G Prütz ordf RMK	Region Skåne
	Anders Christensson ordf chefsråd	Region Skåne
	Mats Roman	Region Kronoberg
	Marianne Svensson	Region Kronoberg
	Carina Holmesson	Region Skåne
	Göran Ilestam	Region Skåne
	Gunnar Sterner	Region Skåne
	Per Westerlund	Region Skåne
	Ann Christine Andersson	Region Skåne
	Jonas Andersson	Blekinge
	Helena Anker-Book	Blekinge
	Karl Bjurström	Region Halland
	Marianne Cedgård	Region Halland
	Ragnar Källén	Region Skåne
	Eva Karlsson	Region Skåne
	Erik Fjellstedt fr kl 14	Region Skåne

Förhinder:	Naomi Clyne	Region Skåne
	Christer Lindblad	Södra regionvårdsnämnden

Transplantationsläget

RK uppdaterade gällande läget för njurtransplantation vid SUS. Ingen formell skrivelse har sänts till Rita Jedlert utan via muntliga framställningar och åtgärdsförslagslista fortskrider arbetet. Stöd för att lösa bristen på transplantationskirurger finns i chefsleden och processen fortsätter om än långsamt. FC Jan Eriksson har fått uppgiften att lösa ärendet. RK är försiktigt optimistisk gällande rekryteringsmöjligheterna. Möjliga vägar att gå kan vara via invitation till kirurger från Uppsala och Göteborg, vik urologer eller om Clara möjligen återvänder. Inget direkt samarbete finns med Göteborg. RK opererar f n så ofta han har tillfälle även vid de tidpunkter han skulle varit ledig. Vid kapacitetsbrist lämnas organskulder till Göteborg igen. Antalet njurtransplantationer har under året varit färre än vanligt, ca 40 i stället för 50-60. Särskilt under hösten har det varit få AD.

Palliativ nefrologi

GI berättar att arbetet är klart och vårdprogrammet utsänt för synpunkter. Några som inkommit är att primärvårdens uppdrag behöver förtydligas, platser för direktinläggningar behövs, föreslagna

läkemedel inte alltid överensstämmer med rekommendationer i RS. Förankringsprocessen fortsätter och möte hålls 15-11-18 med resursgruppen allmän medicin i RS där Sten Tyrberg är ordf och yttrande kommer lämnas till K-G P. MR påtalar att anpassning behövs för områden utanför Region Skåne efter där gällande läkemedelsrekommendationer.

Ssk Lena Axelsson (som disputerat med avhandlingen "Att leva med hemodialys nära livets slut") bedriver en postdocstudie via Berta Kampradstiftelsen och Linnéuniversitetet gällande patientupplevelser av terminal tid som dialyspatient.

Riktlinjer för kontrastundersökning av njurpatienter

GS påtalar vikten av att regelbundet mäta dialyspatienters diures för att veta vem som riskerar försämring vid ev kontrastexponering, särskilt för dem med diures >400ml. Hydreringsgraden är väsentlig. Trots tidigare studier kan det inte uteslutas att dialys samma dag som patienten utsätts för jodkontrast kan vara av värde för att bibehålla diures. Kontrastdoser varierar mycket mellan olika undersökningar, t ex vid iohexolclearance gäller det endast 5-10 ml, PTA av AV-fistel 20-40 ml, CT buk 30-70 ml, cor angio med PCI 150-350 ml. Oftast används Omnipaque, som är billigast, men vid högre doser som vid PCI kan det dyrare Visipaque som är mindre nefrotoxiskt vara motiverat. Patienten bör då också dialyseras samma dag och inte dras på alltför mycket vätska vid detta tillfälle. Idag är inte dialys direkt efter PCI rutin i Skåne eller Blekinge (vilka hanterar patienter även från Kronoberg). Kontrastdosen kan halveras genom att reducera rörspänningen och öka rörströmmen men ger då högre stråldos, vilket kan vara underordnat för gamla patienter. Det är väsentligt med tydliga remisser och god kommunikation med röntgen inte minst gällande PD-patienter som ska genomgå cor angio.

Mer om restfunktionsbestämning, smygtitt på årets tvärsnitt i SNR

KGP redovisar en liten förhandstitt från årets tvärsnittsundersökning. Mätningar har gjorts under 12 år och det är svårt att få in data i rätt tid. Databasen är öppen till 15-11-15. Öppna Jämförelser kommer enligt A-C A inte i år i tryckt form men siffror från SNR lämnas till Vården i siffror.

Nytt för i år i HD är total dialysdos mätt som total SAN stKt/V, d v s köns- och kroppsytanormaliserat stKt/V med restfunktion inkluderat. Syftet är att kunna säkerställa användning av data i aggregerad form. Två bra dialyser per vecka med redovisad restnjurefunktion kan vara klart godkänt. Nu anges andel patienter med total SAN stdKt/V >2,1, tidigare gällde stdKt/V >2,0.

Över tid har dialysdos nationellt blivit allt bättre. I år uppvisar Blekinge mer dialysdos än riket och Halland väldigt mycket mer än riket. Ingen brist på dialyskapacitet finns här. Även Kronoberg ligger bättre än nationellt medan Skåne har en klar försämring jämfört med 2009 och 2010 vilket sannolikt kopplat till den generella skånska bristen på dialysplatser.

Beträffande andel kärlaccess via fistel/graft, där riksgenomsnittet är 72%, har Blekinge 65%, Halland 74%, Kronoberg hela 82%, en klar förbättring. Skåne har en allt sämre trend och ligger nu på riksgenomsnittsnivå.

Andel HD-pat med fosfat mellan 0,8 och 1,8 mmol/L före dialys ligger bra för Blekinge, Halland och Kronoberg med Skåne sista året dalat till 67%.

Dialysfrekvens per vecka ligger för Halland på 3,22, Kronoberg 3,20, Blekinge 3,05 medan Skåne blir allt sämre efter 2013.

Ingen mätning av patientupplevd hälsa finns i årets mätning. RAND-36 är på väg att ersätta SF-36 som tidigare fanns i SNR men utgick p g a licensproblem. NPE-mätning kommer enligt A-C A i vår med ett frågeformulär anpassat för dialys. K-G P blir kontaktperson inför denna.

Preventiv nefrologi

Uppskattat och välanvänt vårdprogram kom 2011 och uppdatering levererades dec 2013 med giltighetstid till 2016. Vårdprogrammet fick bra genomslag hos primärvården. Topp av remissflödet till njurspec kom när vårdprogrammet införts men nu är antalet remisser färre och kvaliteten högre så att remisserna gäller rätt patienter. Värdering av remissflödet diskuteras, antal är mätbart i Skåne via PASIS men säger inget om remisskvaliteten. AC undrar över behov av förnyad info-kampanj, vilket ses över av AC och GI t ex med tanke på nytillkomna riskgrupper samt efter personalomsättning.

AC redovisar att ny hjärt-njur-diabetesmottagning startar i SUS Malmö

Variationer i väntetider för LD-tx i Sverige

Stora skillnader finns mellan landets 4 centra där södra har längst aktiv tid från dialysstart till TP med 6 månader. En målsättning finns att bli bättre på LD-utredningar via bättre riktlinjer och organisatoriska förändringar gällande rtg, t ex tar det lång tid att få myocardscint. Manfall gällande LD-utredare utgör en bromsande faktor. Möjligen finns ett motiv till att det får ta tid om donatorn skulle ångra sig? Det påpekas att tid i dialys kan behövas efter start, ffa vid re-TP.

Kostnad för eGFR

Genomgång av hur kreatinin, eGFR, och cystatin C används och beställs vid de representerade landstingen. AC kontaktar labmedicin för att se över taxan för eGFR när analysen alltmer ökar i volym.

Successionsfrågor

K-G P anser sig ha för mycket uppgifter och önskar överlämna ordförandeskapet för RMK njur til M R, vilket han accepterat. K-G P kvarstår som ledamot. Chefsråd inrättades förra året och är en bra samarbetsform. Mandat för ledamöterna omprövas vart tredje år, styrgruppen äger frågan.

Öka andelen hemdialys

I Skåne planeras en grupp som ska verka för ökad andel egenvårdsbehandlingar. Sammanställande blir Martin Hagman, Helsingborg. Arbetsgruppen ska se över hur man på olika sätt som t ex genom ny teknologi och nya synsätt kan få fler patienter till ökad egenvårdsbehandling. MedCom har NxStage, som används i Kristianstad, och som ses som ett komplement till befintliga metoder, inte någon konkurrent till PD. Fler maskiner kommer framöver från andra företag.

C H förslår att befintliga HHD-pat skulle kunna missionera på dialysenheterna för ökat intresse för denna metod.

I Kronoberg ingår i det nya funktionsavtalet AK98 inklusive logistik för HHD-patienter.

Nytt om tolvaptan

K-G P resonerar kring behandling med tolvaptan (Jinarc/Samsca) som nyligen blev godkänt av den europeiska läkemedelsmyndigheten, EMA, för "att bromsa progress av cystbildning och njurinsufficiens hos vuxna med autosomalt dominant cystnjuresjukdom (ADPKD). Behandling initieras i CKD 1-3 till patienter med evidens för snabbt progredierande sjukdom". Registreringen grundas

framför allt på TEMPO-studien. Prissättningen i Sverige är inte klar och det är heller inte beslutat om det kommer att ingå i läkemedelsförmånen. Det är därför svårt att uttala sig om kostnadseffektivitet under svenska förhållanden. Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för medicinska njursjukdomar anser att användning av tolvaptan (Jinarc) vid autosomalt dominant cystinuresjukdom idag bör ske inom ramen för kliniska prövningar. (www.janusinfo.se). Söktrycket från patienter som vill ta del av denna behandling kan bli stort.

Utredning och vidare handläggning av pat med recidiverande stensjukdom

Erik Fjellstedt håller ett föredrag om utredning av pat med recidiverande stensjukdom, se bilaga.

Frågan vad som görs när utredningen är klar ventileras, ibland fortsätter Erik att förskriva licenspreparat, ibland remitteras pat till primärvården. G I påtalar att erfarenheten hos den enskilde PV-doktorn inte hinner bli så stor beroende på bristande kontinuitet och dåligt bevakningssystem. Erik Fjellstedt blir en resursperson när möte för vårdprogram hålls med PV, urologer och njurmedicinare.

Möten våren 2016

Onsd 2016-02-17

Onsd 2016-05-11

Vid anteckningarna

Eva Karlsson