

Enligt rikssjukvårdsnämndens preliminära bedömning har samtliga fyra centra, internationellt sett goda resultat. Inga data som talar för skillnader i vårdkvalitet. Det finns dock relativt stora skillnader i väntetider mellan enheterna, vilket skulle kunna tala för att överväga området för rikssjukvård. Kriterier för väntelistan bollas över till professionen, för att komma till nationell konsensus i frågan.

Kvarstår därmed hur processen går vidare.

Hänvisning till Njurförbundets artikel i Njurfunk 3/2015. Redovisar statistik från SNR med data i tabell 5 år bakåt, där Malmö hade längst aktiv väntetid från dialys till transplantation och lägst antal LD. Den aktiva väntetiden räknas i SNR och gäller vuxna och icke immuniserade patienter.

A C. Påtalar vikten av ett starkt transplantationscentra i Södra Regionen, väsentliga faktorer finns immunologi, forskningsaspekter o ett bra samarbete inom sjukvårdsregionen.

Europiska riktlinjer för Tolvaptan

EMA europeiska läkemedelsmyndigheten har godkänt Tolvaptan (Jinarc/Samsca) för att bromsa progress av cystbildning och njurinsufficiens hos vuxna med autosomt dominant cystnjuresjukdom (ADPKD) och utgett riktlinjer. Riktlinjerna baserade på framförallt TEMPO 3:4-studien, innehåller 9 olika rekommendationer, dessa diskuterades. Fortfarande kvarstår frågetecken kring behandlingen i Sverige. Prissättning och om behandlingen ska ingå i läkemedelsförmånen är ännu inte klara därmed svårt att uttala sig om kostnadseffektivitet. Noterades även jävsförhållanden i artikeln vilket ses som anmärkningsvärt.

Det är viktigt att kunna ge svar till huvudmän och patienter i frågan.

K-G P ska som ordförande i terapigruppen "Njure o Dialys" i Skåne inom kort träffa representant för Otsuka och hoppas därefter kunna formulera uppfattning i användandet.

Gruppen beslutade om fortsatt avvaktande hållning, följa vidare diskussioner och återkomma till frågan.

Konklusion av tidigare diskussionen angående handläggning av patienter med recidiverande stensjukdom

Handläggning av ovanstående patientgrupp får ses som en organisatorisk fråga.

Skåne - okomplicerade fall utreds och följs upp via primärvården, patienten har oftast initialt varit på akuten för smärtlindring, om recidiv remiss till urolog. Övrig filterning av patienter med njurstenssjukdom sker på urologen. Vid remiss till nefrolog, krav på att urinsamlingarna ska vara klara.

E F. Utreder recidivsten och anser att storleken på stenen är avgörande, håller kvar patienter med korallkonkrement och patienter som insätts på Kaliumcitrat (licenspreparat).

Nytt vårdprogram, Njursten, AKO Skåne- riktlinje för primärvården, är på gång, beskriver ansvarsfördelningen primärvård, akutmottagning och urolog.

Blekinge – ser problem med att patienten är otillräckligt utredd av urologen, när remissen anländer.

Halland – Urologen nyligen flyttat till Varberg, krångel med felaktiga remisser. Risk att patienterna blir underutredda.

Kronoberg – Behov av uppstramning i remisser från primärvården.

Handläggningsöverenskommelse för Typ II diabetes i Region Halland

Region Halland arbetar med att ta fram handläggningsöverenskommelse för diabetiker typ II, vuxna, gravida och graviditetsdiabetiker.

K B. Efterlyser synpunkter under rubriken att elektiv remiss för Diabetiker med njurfunktionsnedsättning ska remitteras till Njurmottagning. Avgörande för lämpliga remissfall till njurmedicin bör som frågeställaren påpekar, vara eGFR, u-albumin/kreatininkvot och ålder. I "Riktlinjer för preventiv nefrologi i Södra sjukvårdsregionen", rutan för snabb uremiprogres och behov av aktiv uremivård, Diabetes med njurpåverkan ska remitteras till nefrolog och i de flesta fallen fortsätta att skötas av nefrolog. Räcker detta?

M R. Påtalade behovet av att inkludera de olika specialiteterna för att minimera risken för underbehandling. Fortsatt kvalificerad diabetesvård är centralt med ex. konsultativt stöd av nefrolog.

I både Region Skåne och Region Kronoberg sköts gravida typ II diabetiker på diabetesmottagningarna.

Tvärprofessionella mottagningar växer upp liknande HND-mottagningen (hjärta-njure-diabetes) i Danderyd. I Malmö arbetar en arbetsgrupp på initiativ av kardiologen med frågan.

Beräkningshjälpmedel för dosering av HD

K-G P. Behov av måttstock för beräkning av total dialysdos mätt som total SAN stKt/V, d v s köns- och kroppsytynormaliserat, stKt/V med restfunktion inkluderat. Syftet är att kunna säkerställa användning av data i aggregerad form. Visade beräkningshjälpmedel via excel-fil för dosering av HD, se mail, filen ska läggas ut på SNR hemsida. Har önskemål om synpunkter.

Palliativ nefrologi

C H. Vårdprogrammet är lämnat till Rita Jedlert Södra sjukvårdsregionen, utan respons. Frågeställningar kommer fortfarande framför allt från Läke-medelsrådet i Skåne.

C L. Det är Södra Regionvårdsnämndens styrgrupp som kontrollerar genomförbarheten. Vårdprogrammet ska därför lämnas till styrgruppen med ev. nya kommentarer.

G I. Önskar en tydligare uppdelning mellan primärvård och slutenvård. Vissa läkemedel är inte rekommenderade av läkemedelskommittén.

Inbjudna till eftermiddagens diskussion angående vidareutveckling av palliativ nefrologi var Helen Reimertz läkare Onkologen o Palliativa Rådgivningsteamet i Region Kronoberg och Bent Sallerfors medicinsk rådgivare och docent vid Palliativt Utvecklingscentrum Lunds Universitet och Region Skåne

Kunskapsgruppen är först ut med regionala palliativa riktlinjer för en specifik grupp, vårdprogrammet är bra men behöver brytas ner.

H R o B S hade i förväg sänt ut frågor, där av allmän diskussion med fortsatta frågeställningar. Vilka njurmedicinska patienter är aktuella för specialiserad palliativ vård. Malign sjukdom – njursjukdom där kurativ behandling avbrutits. Patienter som inte är aktuella för uremivård. Vem ska utföra brytpunktsamtal i komplexa situationer. När ska palliativt rådgivningsteam komma in e.t.c.

Naomi Clyne hade svarat på frågeställningarna men svaren hade inte nått samtliga i gruppen, svaren ses på mail och översänds till Helena och Bengt.

Palliativ vård skiljer sig organisatoriskt mellan ingående regioner/landsting, lokala förutsättningar avgör vem som kan följa patienten till slutet.

En modell bör utformas med målsättning: Bästa möjliga kunskap om palliativ vård för att ta hand om patient och närstående på bästa sätt.

Uppföljning kommer.

Enkät resurser

K-G P påtalar ojämlikheter i egenvårdskostnader för HD o PD-patienter, vad ingår i högkostnadsskyddet?

Efterlyser också vilka paramedicinska resurser arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator och dietist som finns inom HD, PD o TP. Sänder enkät med önskemål om snabbt svar.

Nästa möte 160601

Vid protokollet: Marianne Svensson