

Minnesanteckningar RMK/chefssamråd Njur Södra sjukvårdsregionen

Hotell Statt i Hässleholm 2016-11-23

Närvarande: Mats Roman(ordf RMK), Anders Christensson(ordf chefssamråd), Marianne Svensson, Jonas Andersson, Karl Bjurström, Marianne Cedgård, K-G Prütz, Daniel Andersson, Alireza Biglarnia, Naomi Clyne, Eva Karlsson, Carina Holmesson, Gunnar Sterner och Gunilla Malm.

Samverkan: första delen av mötet gemensamt med RMK Allmänmedicin.

Gäst: Gisela Otto från Infektionskliniken, SUS, Lund.

- 1. Samverkan RMK Allmänmedicin.** Sten Tyrberg redogjorde, efter en presentationsvända, för RMK Allmänmedicins arbete. Därefter redogjorde RMK Njur för de uppdaterade Riktlinjerna för tidig upptäckt av kronisk njursvikt. RMK Allmänmedicin fick chans att ge synpunkter och ställa frågor. Slutligen fastställdes Riktlinjerna för tidig upptäckt av kronisk njursvikt. Härfter redogjorde Carina Holmesson för arbetet hitintills i arbetsgruppen för Palliativ Nefrologi. Denna arbetsgrupp är i Palliativcentrums regi. Redovisning av delar ur de fastställda riktlinjerna för Palliativ Nefrologi.
- 2. Nytt om tolvaptan, "a neverending story".** TLV beslutade om att inte subventionera Jinarc. Kan således inte skrivas ut inom förmånssystemet. Enligt EMA är Jinarc godkänt och ok att förskriva på rätt indikation. Ett sätt att hantera förskrivning av Jinarc för enstaka patienter kan vara "Receptförskrivning med undantagshantering". Otsuka verkar lobba för att den medicinska professionens företrädare skall påverka NT-rådet att omvärdera situationen och att beslut skall fattas om subvention framöver. Allmän diskussion i gruppen. Kostnad per år för Jinarc till en patient cirka 120.000 kr. Stort vätskeintag cirka 6-8 L/d vilket förutsätter patient som är väl motiverad, följsam och inte riskerar dehydrering. Införandet av Jinarc drivs starkt av läkemedelsindustrin, preparatet är för närvarande svårhanterligt utanför studiesammanhang och ett cave! Lyftes avseende polyuri och samtidig RAAS-blockad. RMK avser att framöver kunna utarbeta ett "statement" kring hur vi skall hantera Jinarc i Södra sjukvårdsregionen.
- 3. Läget transplantation. Pancreasprogram?** Alireza Biglarnia redogjorde för aktuellt status. 73 njurtransplantationer har gjorts hitintills i år. Jämför detta med totalt 47 njurtpx förra året. Vad gäller pancreasprogrammet är alla förberedelser färdiga. 8 patienter är färdigutredda och är redo för att komma upp på väntelistan för kombinerad njure+pancreas. 5 nya remisser har inkommit. Den nya divisionsledningen har dock "satt stopp" för programmet och det är oklart varför. Ett snart möte dit alla inblandade är kallade kommer att klargöra situationen. Alireza B respektive Anders Christensson kommer att återkoppla till RMK/chefssamråd.
- 4. Regiondag Njurmedicin.** Kommer att hållas i Malmö och datumet är satt till 170406. Alla medlemmar i RMK/chefssamråd Njur har fått ett preliminärt program utskickat att sprida inom sina respektive verksamheter. Punkter till agendan blir från det

aktuella forskningsläget på SUS. Till "arbetsgrupp" för framtagandet av idéer till programmet värvades Naomi Clyne, Eva Karlsson och Karl Bjurström.

- 5. Vaccination dialyspatient, Hepatit B mm. Gäst: Gisela Otto.** Avseende Hep B-vaccination är vaccination före uremi eller tpx bäst. Därefter kan booster ges. Det optimala är att ge Hep B-vacc 6 månader före uremi/tpx. Före tpx skall Hep B-serologi tas (HBsAg, anti-HBc, anti-HBs). Om möjligt skall därefter patienten vaccineras i ett predialytiskt skede (eGFR<30). I första hand rekommenderas Fendrix, ett adjuvansvaccin, dyrare men bättre. Detta vaccin ger ett bättre skydd än Engerix. Mycket talar för att "alla" dialyspatienter bör erbjudas Hep B-vacc. Som ett minimum de patienter som kan förväntas resa. Hep B-vacc med Fendrix innebär 4 doser (0, 1, 2, 6 månader). Det ges 20 ug (0,5 mL) im i M. deltoideus. Det är ok att ge vid samtidig Waranbehandling så länge PK<3,0. HD-patienter får vaccineras då det är 30 min före avslut.

Vad beträffar influensavaccination bör all personal vaccineras, främst för att skydda patienterna. Det är inte ovanligt att personal kan ha en subklinisk infektion med influensavirus och då är smittsam. Patienter i dialysbehandling eller i CKD IV-V är i riskgrupp och skall erbjudas vaccination. Transplanterade patienter bör influensavaccineras men först 3-6 mån post tpx.

Pneumokockvaccination diskuterades. Tidigare ovaccinerad: Prevenar 13 ges 0,5 mL im, efter 2 mån Pneumovax 0,5 mL sc och efter 5 år ges Pneumovax åter.

Levande vaccin skall ej ges till transplanterade patienter. Ett observandum är att influensavaccin till barn är levande. Levande vaccin kan ges fram till ca 6 veckor före tpx. Exempel här är vattenkoppor, nasalt influensavaccin, MPR och Gula febern. Man bör överväga att kontrollera Hep B-, Varicella- och Morbilliserologier hos dialyspatienter före dialysstart.

Det finns betydande skillnader i rutiner mellan sjukhusen avseende hur vi vaccinerar CKD IV-V, dialyspatienter och tpx-kandidater. Riktlinjerna för vaccinationsprogram inför transplantation ser också olika ut mellan Uppsala, Göteborg och Lund/Malmö. Gunnar Sterner och Gisela Otto fick i uppdrag av RMK att ta fram riktlinjer för vaccination för patienter i CKD IV-V såväl tpx- som icke-tpx-kandidater.

- 6. Övriga frågor.** Förslag att ev lägga till PSA i tpx-utredning. Diskussion kring att palpera PR och ta PSA på de män som utreds för tpx. Det finns en studie som pågår i SNR, Ola Bratt och K-G Prütz, som tittar på incidens av prostatacancer i post-tpx populationen. Vi får säkert anledning att återkomma till detta viktiga ämne. Skall man ha screening av PSA hos män 50-70 år?

Referensgrupp Soliris. Det efterfrågas nationell konsensus likt PNH. Enligt uppgift vill Alexion inleda diskussion med professionen.

E-hälsosatsning i Region Skåne. 200 milj kr avsatta.

7. Möten under våren 2017. Sammanträdesdagar bestämdes till 2017-02-08 och 2017-05-10.

För RMK och chefsamråd Njur

Karl Bjurström

2016-12-06.