

## **RMK och chefsråd Njurmedicin Södra sjukvårdsregionen**

2018-02-07 Hotell Statt Hässleholm.

**Närvarande:** Mats Roman (MR), Kronoberg, K-G Prütz (KGP), Skåne, Marianne Svensson (MS), Kronoberg, Alireza Biglarnia (AB), Skåne, Carina Holmesson (CH), Skåne, Christer Lindbladh (CL), Skåne, Jonas Andersson (JA), Blekinge, Helena Ancker-Book (HAB), Blekinge, Per Westerlund (PW), Skåne, Marianne Cedgård (MC), Halland, Karl Bjurström (KB), Halland, Eva Karlsson (EK), Skåne och Gunilla Malm (GM), Skåne.

**Frånvarande:** Anders Christensson (AC), Skåne, Naomi Clyne, NC, Skåne och Erik Fjellstedt (EF), Skåne.

**Ordförande RMK Njurmedicin och för dagens möte:** Mats Roman. **Ordförande Chefssamråd Njurmedicin (frånvarande):** Anders Christensson. **Sekreterare Chefssamråd och RMK 180214:** Karl Bjurström.

### **Agenda:**

- 1.** Nationella kunskapsrådet, Södra sjukvårdsregionens representation (MR, CL).
- 2.** Användande av belatacept till äldre njurrecipienter (AB).
- 3.** Asylsökande patienter och njurtransplantation. Patienter med begränsat uppehållstillstånd och njurtransplantation (AB).
- 4.** Ny tp-utredningsrutin och vaccinationer. Morbilli? PSA? (AB).
- 5.** Njurstensriktlinjer, work in progress. Rapport och samråd med allm med (KB).
- 6.** Rapport ang situationen vid dialysenheten i Helsingborg (KGP).
- 7.** Rapport Nationella kunskapsstödet (GM).
- 8.** Regiondag 2018.
- 9.** Nästa möte.
- 10.** Övriga frågor (uppföljning levande donatorer (LD) Scandiatransplant, pancreastpx, fritt vårdsökande för patienter i kronisk dialysbehandling? Vad säger patientlagen?)

### **Genomgång av agenda:**

- 1.** Representant skall utses från RMK Njurmedicin att representera Södra sjukvårdsregionen i kunskapsfrågor nationellt i det nationella programområdet (NPO). För att visa RMK:s släktskap med NPO kommer också på sikt RMK att döpas om till regionalt programområde (RPO). Enligt CL tar uppdraget som representant i NPO cirka 5-8 arbetsdagar per år i anspråk. Mandatperiodens längd är inte definierad. Inga resurser tillskjutes utan arbetsgivaren förväntas stå för kostnaden. Anders Christensson (AC), frånvarande, är RMK:s förslag på representant i NPO. Han tillfrågades per telefon och samtyckte till att inledningsvis bära detta uppdrag. Ett enhälligt RMK ställde sig bakom AC som RMK:s representant i NPO.

2. AB presenterade ett nyskrivet PM gällande användande av belatacept (Nulojix) till utvalda njurrecipienter. Indikation som presenterades var njurrecipienter, med låg immunologisk riskprofil (dvs inga preformerade HLA DSA) och positiv (obs) EBV-status med anamnés på minskad följsamhet, äldre än 60 år och CNI-intolerans. Patienter med CNI-intolerans med preformerade DSA (icke C1q-bindande och MFI<2500) och negativ färsk CDC-korstest kan övervägas. Kostnad som presenterades var en årskostnad på drygt 100.000 kr per patient. Diskussion som väcktes var bl a att man i BENEFIT-studien jämfört belatacept med CyA-protokoll och inte med tacrolimus-protokoll samt hur prognosen långsiktigt ser ut. BENEFIT har 7-års uppföljning. För utvalda patienter kan belatacept vara ett tillskott i behandlingsarsenalen.
3. AB lyfte frågan om asylsökande patienter och deras möjlighet till njurtransplantation. För att kunna njurtransplanteras måste uppföljningen vara säkerställd. Permanenta uppehållstillstånd beviljas inte längre utan uppehållstillstånd är tidsbegränsade om 2 år i taget. En patient som har fått tidsbegränsat uppehållstillstånd enligt det nya regelverket skall kunna uppsättas på väntelista (VL) för njurtransplantation. I Malmö finns ett fall beskrivet med patient uppsatt på VL trots uppehållstillstånd som skall omprövas efter två år.
4. AB presenterade det nya dokumentet "Utredning inför njurtransplantation" daterat 2018-01-31. Detta dokument kommer snarast att läggas upp på hemsidan [www.tpmas.com](http://www.tpmas.com). Punkter som särskilt belystes var att vid blodgruppsinkompatibel LD-transplantation tas även ABO-titrar, under virusserologi har mässling lagts till, arbetsprov skall utföras på alla potentiella njurrecipienter och för cystnjurpatienter med stora palpabla njurar skall alltid CT-buk utan kontrast göras som skall omfatta hela buken. Detta som kompletterande instruktion till CT-bäcken utan kontrast (bäckenkärl) om indicerat (diabetes, rökning, kärlsjd mm). Sidospår som kommenterades var bl a att olika synpunkter finns på preoperativ hantering av svårbehandlad sekundär respektive tertiär hyperpara. Skall patienten alltid parathyreoidektomeras inför transplantation? Hur hantera sek/tertiär hyperpara? PTX eller inte? Cinacalcet (Mimpara) behandling post njur-tpx? Forskning finns inom SUS och detta önskas återkomma som punkt på kommande RMK-agenda. Annat sidospår som dök upp var behandling med IVIG vid antikroppsmedierad rejektion. Olika landsting, regioner inom Södra sjukvårdsregionen använder olika preparat. Preparat som nämndes var Privigen, Gammunex, Gammagard, Kiovig och Panzyga. I Skåne är Privigen upphandlad och innebär cirka 46% rabatt på listpris. Ledamöterna i RMK uppmanas kontrollera med sina läkemedelskommittéer och sondera vilka IVIG-preparat som är upphandlade och på vilken grund. Således omvärldsbevakning och återkoppling till AB. Avseende Morbilli-infektion skall serologi tas på alla patienter på väntelista för njurtransplantation. Innan svar föreligger skall patienterna tillfälligt avställas från VL. Vid pos serologi skall patienten återuppsättas på VL, annars vaccination (levande vaccin obs). Kompletterande morbilli-vaccination kräver cirka 2 månaders avställning från VL och serologi kontrolleras före återuppsättande på VL.

Uppmaning till alla deltagare att kolla upp patienternas morbilli-status redan i CKD-fas och möjliggöra vaccination vid behov och för vissa njursjuka patienter i en immunosuppressionsfri fas. Diskussion kring PSA-analys. Svårbedömt hos uremiker, inte minst då fritt PSA stiger vid nedsatt GFR. Viktigt är att hos potentiella manliga njurrecipienter vara noggrann med anamnés och att undersöka per rektum. PSA kan tas men i bedömningen måste hänsyn tas till de diagnostiska svårigheterna som finns vid samtidig uremi. Mycket gedigna arbeten har gjorts på SUS av Laila Bruun et al (Increase in percent free prostate-specific antigen in men with chronic kidney disease and Rapid elimination by glomerular filtration of free prostate specific antigen and human kallikrein 2 after renal transplantation).

5. Samverkan mellan RMK njurmedicin och RMK allmänmedicin. Presentation av samtliga ledamöter. Ett arbete har inletts med att ta fram regionövergripande riktlinjer för handläggning av njursten. Uppstartsmöte hölls 171130 i Lund med representanter från Njurmedicin, Allmänmedicin och Urologi från Södra sjukvårdsregionen. En styrgrupp bestående av Karl Bjurström (sammankallande), Jonas Andersson och Naomi Clyne samt en arbetsgrupp bestående av Erik Fjellstedt, Gunilla Malm och Magnus Wagenius (urolog Skåne) formerades. Arbetsgruppen arbetar för närvarande med ett första utkast till riktlinjer. Detta utkast kommer under tidig vår att arbetas fram till ett förslag som skall gå på remiss till Urologin innan det förhoppningsvis kan presenteras för RMK vid sammanträdet i maj. Förslag att tillfråga Carl Öberg, ST-läkare Nefrologi, i Lund har väckts och RMK ser mycket positivt på detta. Tanken är att ha ett möte till tidig höst för att följa upp uppstartsmötet 2017. Styrgruppen återkommer med planering.
6. KGP presenterade situationen vid dialysenheten i Helsingborg. Pga den tidigare beskrivna dialysjuksköterskebristen på dialysenheten i Hbg kommer man att gå ned från fyra till tre behandlingsskift fr o m vecka 8. För närvarande har man 68 patienter i hemodialysbehandling. Ängelholm kommer att ta över 6 patienter (2 maskiner och 2 mobila vattenreningsapparater), Ljungby tar 4 patienter. En patient går till Lund för hem-HD och en patient har långtidskontrakt med annan ort utomlands. Kvar blir 56 patienter i tre-skiftssystem. Således har man hittat en akut lösning på den allra mest överhängande krisen men flera åtgärder måste vidtas för att kunna hantera akut dialysbehov och framtida dialysbehov. Den tidigare lönediskrepans som förelegat på ordinarie anställda har korrigerats, möjlighet för akut dialys är mycket begränsad. IVA är hänvisad till Prisma. Det kan bli aktuellt att skicka patienter till Malmö eller Kristianstad. Dominoförflyttningar är ännu inte genomförda. Sommarplaneringen är oroande. Fortsatt uppdatering vid kommande RMK/chefssamråd.
7. GM rapporterade från det nationella kunskapsstödet. Allmän diskussion kring råd och generella riktlinjer till primärvården gällande njurtransplanterade patienter.
8. Regiondag 2018. Regiondag är tänkt till 2018-04-12. Vid föregående möte utsågs en arbetsgrupp bestående av Mats Roman, Anders Christensson och Eva Karlsson. Förslag till programpunkter kan återfinnas i minnesanteckningarna från 2017-12-06.

Man kommer inom arbetsgruppen att diskutera igenom om det fortfarande är möjligt att åstadkomma en ny regiondag så snart som 12/4. Ifall det är möjligt och lokal finns att tillgå kommer en "Save the date" att skickas ut snarast. I annat fall får vi återkomma med regiondag våren 2019.

- 9.** Nästa möte blir onsdagen 2018-05-16 samma plats.
- 10.** Övriga frågor. AB lyfte frågan om LD-uppföljning. Alla enheter uppmanas gå in i iSMaRT och ta fram sin lista över icke-registrerade LD. Alla LD skall registreras och rapporteras till Scandiatransplant. AB har skickat ut ett separat mailutskick till samtliga enheter med instruktion. Som det ser ut nu kommer den första pancreastransplantation i Malmö att kunna göras före sommaren 2018. Viktigt steg i den konkreta planeringen av detta kommer att tas vecka 7. Sammantaget rapporterar AB om medvind i den efterlängtdade pancreasverksamheten på SUS.
- 11.** En annan övrig punkt som diskuterades inom Chefssamrådet var frågan om fritt vårdsökande för patienter med behov av kronisk hemodialysbehandling. Här var Chefssamrådet helt eniga om att kronisk hemodialysbehandling inte kan jämföras med annan elektiv specialiserad öppenvård såsom traditionell mottagningsverksamhet. Dialyspatienter kan inte sättas på en väntelista då alla i grunden har samma behov av behandling. Fritt vårdsökande i ordets egentliga bemärkelse är svårt att tillämpa inom hemodialyssjukvård därför att tillgänglig utrustning och personalresurs är begränsade. Alla, i södra sjukvårdsregionen, ingående dialyseinheter har en tydligt definierad och begränsad resurs att tillhandahålla dialys. På flera håll är läget mycket ansträngt, allra mest så för närvarande i Helsingborg (v g se ovan). Alla enheter har att förhålla sig till ett prognostiserat inflöde från det egna upptagsområdet och dessutom akut dialysbehov som inte går att styra över. Möjlighet att ta emot gästdialys styrs helt av dessa faktorer. Att kunna ta emot gästdialys för kortare eller längre tid görs i mån av möjlighet. Naturligtvis anser Chefssamrådet att dialyspatienterna skall kunna ha möjlighet till gästdialys för kortare eller längre tid men hänsyn måste tas till ovan nämnda faktorer. Chefssamrådet bedömde i skenet av aktuell dialyssituation inom Södra sjukvårdsregionen och med beaktande av HSL att det inte finns befintliga resurser tillgängliga för att kunna tillmötesgå fritt vårdsökande till fullo. Det juridiska läget behöver klarläggas och i synnerhet begreppet öppenvård. Anders Christensson tillfrågar regionjurist i Region Skåne. Frågan behöver ånyo lyftas vid kommande Chefssamråd.

#### **Vid protokollet:**

Karl Bjurström.

#### **Justeras:**

Mats Roman.

