

Minnesanteckningar RMK och chefssamråd Njur 2017-12-06

Hotell Statt Hässleholm

Närvarande (12): Mats Roman (MR), Kronoberg, Anders Christensson (AC), Skåne, Jonas Andersson (JA), Blekinge, Karl Bjurström (KB), Halland, Christer Lindbladh (CL), Skåne, Naomi Clyne (NC), Skåne, Carina Holmesson (CH), Skåne, Eva Karlsson (EK), Skåne, K-G Prütz (KGP), Skåne, Marianne Svensson (MS), Kronoberg, Per Westerlund (PW), Skåne, Gunnar Sterner (GS), Skåne.

Frånvarande (6): Alireza Biglarnia, Skåne, Helena Ancker-Book, Blekinge, Marianne Cedgård, Halland, Daniel Andersson, Skåne, Erik Fjellstedt, Skåne, Gunilla Malm, Skåne.

Ordförande RMK: MR. **Ordförande chefssamråd:** AC. **Mötessekreterare:** KB.

Agenda:

1. Nationell kunskapsstyrning (CL).
2. Finansiering av kvalitetsregister (MR, KGP).
3. Rapport angående situationen vid dialysenheten i Helsingborg (KGP).
4. Rapport från arbetsgruppen för Palliativ nefrologi (CH).
5. Redovisning njurstenssymposiet (NC).
6. Regiondag 2018 (MR).
7. Warfarin till patienter i CKD 5 (GS).
8. Frågor kring njurtransplantation (MR).
9. Nya riktlinjer vid användande av röntgenkontrast och nedsatt njurfunktion inkl gadolinium vid magnetkameraundersökning (GS).
10. Mötesplanering 2018 (MR).

Genomgång av agenda:

1. Genomgång av den nationella strategin för sammanhållen kunskapsstyrning. En revision gjordes 2016 och man tog fram nationella programområden (NPO). De regionala medicinska kunskapsgrupperna (RMK) är underställda styrgruppen för NPO, som också är uppbackad av SKL:s kansli. Representanter för respektive RMK, förslagsvis ordförande, kommer att kunna kallas till styrgruppen för NPO inför bearbetning av kunskapsfrågor på nationell nivå. Statlig myndighet, politiken och styrgruppen för nationella kvalitetsregister kan också samverka direkt med de regionala medicinska kunskapsgrupperna.



Sammanhållen kunskapsstyrning.pdf (Kommandorad)

2. På Svensk Njurmedicinsk förenings årsmöte (SNF) lyftes frågan om finansiering av nationella kvalitetsregister. Bakgrunden är att vi står inför en förändring i finansieringen av kvalitetsregister med uteblivna statsbidrag. Frågor som då väcks är hur en alternativ finansiering skall ske, huruvida deltagaravgifter skall tas ut eller om man skall ha avgift per registrerad patient. RMK njur är oroade över och starkt

kritiska till aktuell utveckling. Farhågor finns kring att kostnader för registrering kommer att belasta enskilda njur- och dialysenheter och att det i förlängningen kan leda till att registerinnehållet tvingas bantas ned. RMK njur anser att beställarna av kvalitetsresultat, dvs landsting och regioner, skall finansiera kostnaderna för den kvalitetsregistrering som sker. Kostnaderna skall inte ligga hos de enskilda enheterna. En skrivelse med protest mot fortsatt bidragsminskning till kvalitetsregister kommer att författas i RMK:s regi.

3. Dialyssituationen i Helsingborg är kritisk. Som led i en multifaktoriell orsakskedja (demografi, befolkningstillväxt, ansträngd personal, dialyssjuksköterskebrist, underdimensionerad dialysavdelning) kommer dialysverksamheten att behöva dras ned på Dialysmottagningen i Helsingborg. Det rör sig om en successiv minskning av dialyssjuksköterskebemanningen som redan vecka 6 2018 kommer att vara 20 % lägre än idag. Detta medför neddragning av 1 dialyskift från samma tid. Upp emot 15 dialyspatienter kommer att vara i behov av utlokalisering till andra enheter inom Skåne, Blekinge, Kronoberg eller Halland. Det behövs en akut plan för hur patienter skall kunna flyttas och en fortsatt plan kring hur dialyskapaciteten skall ökas. Representanter i chefsrådet uppmanas sondera läget på hemmaplan och värdera hur många patienter man kan ta emot (direkt eller genom dominoflyttningar) i nuläget, efter förstärkning och i värsta fall vilka patienter man själv kan flytta. Dialysenheterna generellt har mycket små marginaler men Blekinge har en del kapacitet att kunna hjälpa till. Vid överflyttning av patient är det centralt med längre bindande behandlingskontrakt. Det väcktes också diskussion kring hur den optimala fördelningen avseende undersköterskor och sjuksköterskor kan se ut på en dialysenhet. Kan arbetsuppgifter delegeras till undersköterskor i högre utsträckning än idag?
 4. Kort rapport från mötet mellan arbetsgruppen för palliativ nefrologi, företrädd av CH, och företrädare för specialiserad palliativ vård. En intressant aspekt är att uppbyggnaden av de fyra ingående organisationerna inom Södra sjukvårdsregionen är mycket olika beträffande den palliativa vården men att resultaten för den palliativa vården ändå är likartade.
 5. 2017-11-30 var det ett njurstenssymposium i Lund. RMK utsåg en styrgrupp för kommande uppföljande Njurstensmöte/workshop som kommer att äga rum våren 2018. Till styrgrupp utsågs NC, KB och JA. Nästa workshop planeras till 2018-04-13
- och beräknas omfatta en halv arbetsdag.



MA171130_njursten_R
MK.docx

6. Regiondag 2018. Planeras till 2018-04-12. Det finns ett tydligt förslag till programpunkter. Förslag på tillägg från RMK är frågan om antikoagulantia vid avancerad njursvikt och EBP-guidelines kring "The Frail Elderly". Till



Förslag till
Regiondag.2018.b.doc
programkommitté utsågs AC, MR och EK.

7. Mot bakgrund av avsaknad av effekt på ischemiska stroke, ökad risk för allvarliga blödningar och risk för att utveckla kalcifylaxi bör warfarin inte rekommenderas till dialyspatienter med nytillkommet förmaksflimmer. Diskussion kring Läkemedelsverkets rekommendationer om att använda warfarin vid "allvarlig nedsatt njurfunktion" behöver ses över. Komorbiditeten är mycket viktig att värdera innan man avstår insättning av Waran till dialyspatient. Ifall klaffsjukdom (valvulärt förmaksflimmer, klaffprotes) eller venös tromboembolism finns indikation för warfarin till dialyspatient. Ifall förmaksflimmer, ischemisk stroke i anamnésen, känd embolisering eller förmakstromb finns också indikation för warfarin till dialyspatient. Däremot rekommenderas inte warfarin till dialyspatient som primärprofylax vid förmaksflimmer. Frågan om NOAK till dialyspatient behöver ytterligare bearbetas. Några NOAK är godkända av FDA för användning till dialyspatient. Ännu har dock inte EMA givit sitt godkännande.
8. Frågor kring njurtransplantation. Belatacept (Nulojix) kan ges som del i immunosuppression till njurtransplanterad patient. Syftet är då att minska CNI-relaterad njurtoxicitet. Det finns en multicenter fas III-studie (Benefit) som jämför belataceptbaserad immunosuppression med CyA-protokoll. AB har tagit fram ett utkast till PM för Nulojix-protokoll vid njurtransplantation. RMK anser att detta PM behöver gå på remiss till vederbörande transplantationsnefrologer vid SUS. Vad gäller frågan kring njurtransplantation av asylsökande så är det ok att gå vidare med njurtransplantation av patient som har fått uppehållstillstånd (om än tidsbegränsat) så länge patienten då har sina 4 sista siffror i personnumret. Med papperslösa flyktingar kvarstår ännu osäkerhet kring möjlighet till njurtransplantation och besked inväntas framgent från berörda myndigheter. 2018-01-11 är det LD-videokonferensmöte föranlett av den sjunkande LD-trenden regionalt och nationellt. Alla enheter uppmanas se över sin logistik kring hur man upplyser patienter och potentiella LD. Patient skall inte stå på väntelista för AD ifall potentiell LD är under utredning.
9. Det har tagits fram nya nationella riktlinjer vid användande av röntgenkontrastmedel. Dessa riktlinjer återfinns på SNF:s hemsida. GS har varit adjungerad och engagerad i framtagandet av dessa riktlinjer. IV-kontrastmedel är "inte" nefrotoxiska vid

anpassade doser, väl förberedda patienter och noggrann uppföljning efter användning. Dock är det en realitet med kontrastinducerad nefropati (CIN). Före administration av kontrast skall man värdera risk/nytta, checklista, est absolut GFR, risk GFR<45 el. multipla riskfaktorer, dehydrering, anpassa dos och ordna med kreatinin-kontroll 2-3 dgr post röntgen. Vad gäller Metformin så betonas att laktatacidos sekundär till CIN är extremt ovanligt. Metformin skall utsättas vid GFR<45 och återinsättas efter krea-koll. Metformin skall också utsättas vid andra tillstånd med risk för laktatacidos. Vad gäller frågan om magnetkameraundersökning (MRI) och gadoliniumkontrast kontra risk för nefrogen systemisk fibros (NSF) så säger man att ifall patient är i prevalent HD-behandling, ge HD post gadolinium. Patienter i prevalent HD och utan restfunktion bör inte få gadolinium. Ifall nödvändigt skall HD ges i anslutning samt påföljande dag. Vid prevalent HD och kvarvarande restfunktion skall dialys ges i anslutning men extra dialys behöver inte ges. Hos patient i prevalent PD skall APD ges påföljande dygn efter gadolinium eller enstaka HD. Pat med GFR<30, stabil och utan prevalent dialys behöver inte dialyseras efter gadolinium.

10. Mötesplanering våren 2018. RMK och chefssamråd Njur planeras till 2018-02-07 och 2018-05-16.

Vid protokollet:

Karl Bjurström.