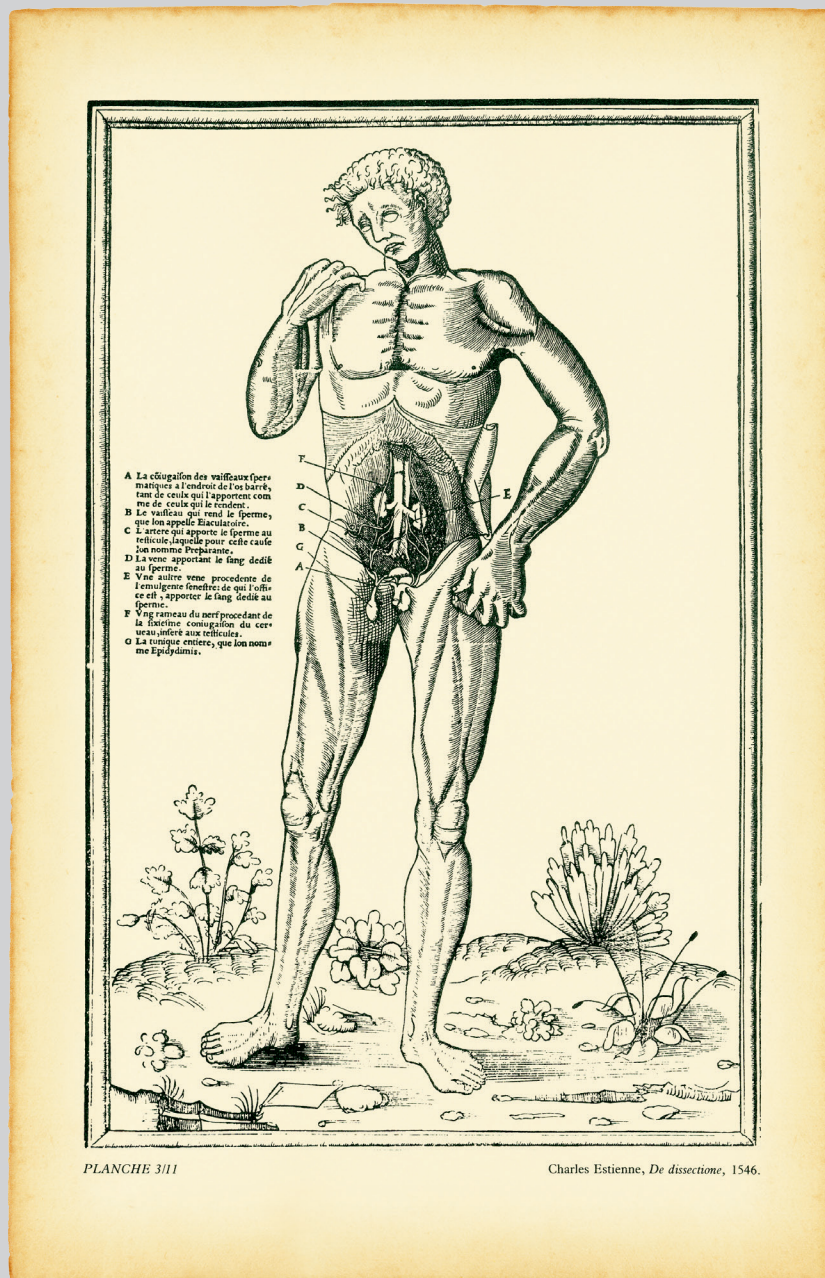


NEFROMEDIA

Vol 10

2022

Nr 2



Blodtrycksfall vid HD ger ökad mortalitet ♦ Dialys eller ej för äldre patienter?
Fysisk aktivitet vid kronisk njursvikt ♦ Hur ska vi sticka i AV-fistlar?
Graviditet efter njurtransplantation ♦ Uremiska toxiner kopplas till symtom

Behandling av hypertoni vid dialys diskuterades på världskongressen

Hur ska hypertoni behandlas hos patienter i dialys? Är PD en bättre dialysform än HD när en patient med kronisk njursvikt måste starta dialys akut? Dessa frågor diskuterades på världskongressen. Problemet med ojämlig tillgänglighet till dialys och transplantation i världen stod dock i fokus.

World Congress of Nephrology (WCN) hölls i februari i Kuala Lumpur i Malaysia. Mötet var även virtuellt och kostnaden blev därför bara kongressavgiften, som vid tidig registrering var cirka SEK 2 500. Det innebär att även njurmedicinare i låg- och medelinkomstländer kunde delta. Många programpunkter handlade om globala aspekter på njursjukvård såsom olika initiativ för att öka möjligheten för patienter i låg- och medelinkomstländer att få tillgång till dialys och njurtransplantation. Vid dialys, såväl HD som PD, används dock stora mängder plast, vilket kan påverka klimatet. *Sustainable kidney care*, dvs hållbar njursjukvård, var därför ett tema på WCN.

Kardiovaskulär sjukdom vid dialys

Hjärt-kärlsjukdom är den vanligaste orsaken till sjuklighet och dödlighet för patienter i dialys och ämnet tas ofta upp på njurmedicinska kongresser. På WCN handlade ett symposium om förebyg-

gande behandling av kardiovaskulär sjukdom hos patienter i dialys.

Hypertoni är en viktig orsak till den höga förekomsten av hjärt-kärlsjukdom hos patienter i dialys och en föredragshållare från Japan talade om handläggning av högt blodtryck. I inledningen påpekades att bakgrunden till hypertoni vid njursvikt är komplex men att den viktigaste faktorn är ansamlingen av vätska.

Ingen definition av hypertoni

Det finns ingen allmänt accepterad definition av hypertoni för patienter i dialys och heller inga prospektiva studier som utvärderat risk och nytta med olika målblodtryck för dialyspatienter. Ett problem är att HD-patientens blodtryck varierar beroende på om det mäts före, efter eller mellan dialysbehandlingarna. Blodtryck mätt före och efter dialys anses ha dålig förmåga att förutsäga patientens prognos och föredragshållaren rekommenderade att patienter i dialys mäter blodtrycket i hemmet.

Det finns således inga studier om vilket blodtryck som ger bäst prognos för patienter i dialys. Det avspeglas i att de senaste riktlinjerna från KDIGO om behandling av hypertoni vid njursjukdom inte ger några rekommendationer beträffande patienter i dialys (se referat i Nefromedia 2021 vol 9 nr 6 sid 8 på www.freseniusmedicalcare.se). Trots bristen på dokumentation rekommenderade ERA-EDTA 2017 att blodtrycket i hemmet bör vara 135/85 mm Hg eller lägre och/eller att ambulatoriskt blodtryck mätt under 24 timmar bör vara 130/80 mm Hg eller lägre.

Övervätskning ska korrigeras

De flesta riktlinjer poängterar att den viktigaste åtgärden vid hypertoni hos patienter i dialys är att korrigera övervätskning. För patienter med stora

viktuppgångar mellan dialyserna kan detta kräva längre och/eller mer frekventa dialyser. Även saltfattig kost rekommenderas vid hypertoni och vid stora viktuppgångar mellan dialyserna. Många patienter som påbörjar dialys behandlas med loop-diuretika och talaren föreslog att denna behandling bibehålls även efter start av dialys.

Beträffande behandling med antihypertensiva läkemedel för patienter i dialys nämnde föredragshållaren att välgjorda studier saknas.

PD eller HD vid akut start av dialys?

En föredragshållare från Malaysia talade om för- och nackdelar med HD respektive PD för patienter med kronisk njursvikt och akut behov av att starta dialys. Akut start kan bli aktuell i två situationer. Dels kan det vara patienter som kommer in akut med en tidigare okänd njursvikt, dels kan det vara patienter som är kända på njursviktsmottagningen men som oväntat utvecklat så snabb progress av uremin att akut start av dialys blir nödvändig. Oftast får dessa patienter en tillfällig CDK och startas i HD. Att i stället anlägga en permanent PD-kateter och starta patienten i PD kan dock vara ett bra alternativ.

Det finns riktlinjer som avråder från att starta PD med nyanlagd PD-kateter. Talaren föreslog att patienter med akut behov av dialys pga hyperkalemi, acidosis och/eller övervätskning, först behandlas med HD via en tillfällig CDK tills en ny PD-kateter kan börja användas.

En nackdel med att välja HD för akut start är att patienten behöver en CDK under längre tid, vilket medför risk för komplikationer såsom sepsis och central venstenos. Å andra sidan finns det data som tyder på att patienter som startar PD akut löper ökad risk att drabbas av komplikationer från PD-katetern i form av läckage och låga flöden vid jämförelse med patienter som har en planerad dialysstart.

• Referatet från WCN 2022 fortsätter på nätet. Se Nefromedia 2022 vol 10 nr 2 sid 8 på: www.freseniusmedicalcare.se

Nefromedia är en tidskrift för information om dialys och njursjukvård, utgiven av Fresenius Medical Care Sverige AB. Refererande artiklar är publicerade i erkända internationella medicinska facktidskrifter. Urvalet av artiklar och referatens utformning har ingen anknytning till Fresenius Medical Care Sveriges kommersiella intressen.

Ansvarig utgivare: VD Fredrik Gustafsson
Redaktör: Dr Nils Grefberg
Redaktion: Prof Stefan H Jacobson
Prof Gregor Guron
Dr Mattias Tejde
Leg. sjuksköterska
Johan Sundholm

Adress: Fresenius Medical Care
Sverige AB
Box 548
S-192 05 Sollentuna

Telefon: 08-594 77 600
Epost: sverige@fmc-ag.com

Hemsida: freseniusmedicalcare.se

ISSN-1652-2710 Med-Red 2022

Fysisk träning viktig för njurpatienter både före och efter start av dialys

Fysisk träning har många positiva effekter för patienter med njursvikt. Flera undersökningar har nyligen publicerats och visat att fysisk aktivitet är viktigt både före och efter start av dialys. Nefromedias redaktör sammanfattar nya undersökningar med tydliga budskap.

I förra numret av Nefromedia refererades flera studier som visade goda effekter av fysisk träning under pågående dialys. Men HD-patienter tillbringar cirka 93 % av all tid utanför dialysmottagningen och det är viktigt att de är fysiskt aktiva även mellan dialyserna. Flera studier har publicerats som visar vikten av fysisk träning vid njursvikt.

Njursvikt leder till mer stillasittande

För den som är sjuk kan det vara svårt att vara fysiskt aktiv och en undersökning har visat att tilltagande njursvikt leder till ett allt mer stillasittande liv.

I en undersökning från Kanada ingick 8 444 individer för vilka man registrerat uppgifter om levnadsvanor och hälsa.¹ Bland annat noterades den tid som tillbringades stillasittande. Deltagarna delades in i fyra grupper där den stillasittande tiden i medeltal varierade från 58 % (minst stillasittande) till 81 % (mest stillasittande). Forskarna fann att högre ålder, diabetes, kardiovaskulär sjukdom, högt BMI och hypertoni hade samband med mer stillasittande.

Forskarna noterade även ett starkt och oberoende samband mellan lägre eGFR och stillasittande tid. Jämfört med individer med normal njurfunktion hade de med eGFR lägre än 45 ml/min mer än fyra gånger högre risk att leva ett stillasittande liv. Slutsatsen blev att det finns ett starkt och oberoende samband mellan lägre njurfunktion och stillasittande.

Fysisk aktivitet och kognitiv försämring

Det finns data som tyder på att fysisk aktivitet motverkar försämring av kognitiv funktion i den allmänna befolkningen. Forskare från USA och Kanada använde data för 3223 deltagare i National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) för att undersöka om sambandet även gäller patienter med kronisk njursvikt.²

Deltagarna var 60 år eller äldre. Den fysiska aktiviteten undersöktes med Global Physical Activity Questionnaire som visade att 51 % hade låg fysisk aktivitet. Deltagarna delades sedan in i fyra grupper; från njurfriska med eGFR över 60 ml/min till svår njursvikt med eGFR lägre än 30 ml/min.

Svår njursvikt förelåg hos 26 % och hade samband med sämre kognitiv funktion. Bland deltagare med låg fysisk aktivitet hade de med svår njursvikt sämre kognitiv funktion vid jämförelse med de njurfriska deltagarna, men för de med hög fysisk aktivitet fanns ingen skillnad vad beträffar kognitiv funktion mellan de med och utan njursvikt.

Studiens slutsats blev att kronisk njursvikt har samband med försämrad kognitiv funktion bland individer med låg fysisk aktivitet men inte bland dem med hög fysisk aktivitet.

Försämrad funktion vid start av dialys

Tidigare undersökningar har visat att den så kallade transitions-fasen, dvs när patienten lämnar njursviktmottagningen och påbörjar dialys, är en kritisk period som ofta leder till försämrad funktion. Att så är fallet bekräftas av en färsk rapport från Kanada.

I undersökningen ingick deltagare i Canadian Frailty Observation and Interventions Trial (CanFIT) med eGFR lägre än 30 ml/min.³ Av 386 deltagare progredierade 162 till terminal njursvikt och startade dialys medan 224 hade stabil njursvikt. Med frågeformulär bedömdes graden av fysisk aktivitet och med tester, t ex gånghastighet och handgreppsstyrka, bedömdes den fysiska funktionen. Under en uppföljningstid på cirka 1,5 år fann man minskad fysisk aktivitet och försämrad gånghastighet i bägge grupperna. Resultatet av en av testerna på fysisk förmåga försämrades

mer i gruppen som startade dialys. Studiens slutsats blev följande: Patienter med svår njursvikt uppvisar en progressiv försämring av fysisk aktivitet och fysisk funktion. Övergång till dialys har samband med accelererad försämring av den fysiska funktionen.

Fysisk aktivitet och mortalitet

DIET-HD är en internationell prospektiv undersökning av vuxna HD-patienter i Australien, Argentina och Europa. Nu har data från DIET-HD använts för att undersöka sambandet mellan fysisk aktivitet och dödlighet.⁴

Av 8 043 deltagare i DIET-HD hade 6 147 rapporterat hur ofta de var fysiskt aktiva. Svaren och den procentuella andelen av patienter fördelade sig på följande sätt:

- Aldrig: 48 %
- Ibland: 32 %
- Ofta: 20 %

Under uppföljningstiden, som var 3,8 år vilket motsvarade 19 677 person-år, inträffade 2 337 dödsfall varav 1 050 orsakades av hjärt-kärlsjukdom. I statistiska modeller där man tog hänsyn till andra faktorer som kunde påverka resultaten fann forskarna att patienter som ibland var fysiskt aktiva hade signifikant lägre risk för total, kardiovaskulär och icke-kardiovaskulär mortalitet vid jämförelse med de som aldrig var fysiskt aktiva. Liknande resultat noterades för deltagare som ofta var fysiskt aktiva, fränsett att denna grupp inte hade lägre icke-kardiovaskulär mortalitet.

Slutsatsen blev att jämfört med rapporterad fysisk inaktivitet hade fysisk aktivitet ibland eller ofta, på ett dos-beroende sätt, samband med lägre kardiovaskulär mortalitet för patienter i HD.

Studier med tydliga budskap

De refererade undersökningarna har sålunda ett tydligt budskap: Patienter med njursvikt i olika stadier bör uppmuntras att vara fysiskt aktiva. Det är viktigt att en kunnig sjukgymnast ingår i de behandlande teamen – både på njursvikts- och dialysmottagningen.

Källor: Se Nefromedia på nätet.

Kort rapport

Blodtrycksfall under dialys har tydligt samband med högre mortalitet

Att patienter "tappar trycket" kan uppfattas som en vardaglig händelse på en dialysmottagning. Men blodtrycksfall under HD bör tas på stort allvar – en ny undersökning bekräftar nämligen tidigare fynd att blodtrycksfall under pågående dialys har samband med ökad dödlighet.

I en retrospektiv studie från Korea ingick 430 patienter som vid undersökningens start hade behandlats med dialys under kortare tid än ett år. Åldern var 63 år i genomsnitt. Blodtrycket vid start av dialys var i median 142/71 mm Hg och 136/72 mm Hg vid avslutning. I studien följdes deltagarnas blodtryck under dialys i 90 dagar och effektmåttet var mortalitet under de följande tre åren.

För sex patienter sjönk blodtrycket till under 90 mm Hg och för 54 patienter sjönk det till 90–109 mm Hg. Under uppföljningstiden avled 57 patienter. Frekvensen blodtrycksfall var den faktor som tydligast hade samband med mortalitet under de kommande tre åren. Studiens slutsats blev följande: Av de blodtrycksförändringar som sker under HD är frekvensen av systoliskt blodtryck lägre än 100 mm Hg den faktor som mest signifikant har samband med mortalitet.

Man tillägger att det inte finns någon definition av blodtrycksfall under HD och föreslår att gränsen bör sättas vid systoliskt blodtryck lägre än 100 mm Hg.

Kommentar: Sambandet mellan blodtrycksfall och mortalitet kan ha två principiellt olika förklaringar. Den ena är att blodtrycksfall orsakas av patientrelaterade faktorer såsom skörhet, hjärt-kärlsjukdom och hög viktuppgång mellan dialyserna, dvs faktorer som har samband med ökad dödlighet. Den andra förklaringen är att blodtrycksfall i sig leder till ökad mortalitet. Under senare år har flera studier visat att blodtrycksfall under HD leder till försämrad blodcirkulation i vitala organ, t ex hjärnan och hjärtat. Sannolikt kan de båda förklaringarna samverka till att blodtrycksfall har samband med ökad dödlighet. Patienter med frekventa

blodtrycksfall under dialys bör ägnas särskild uppmärksamhet. Byte av dialysform till PD kan övervägas.

Kim K Y et al. *Clin Kidney J* 2021; 14: 2600–2605.

DOI: <https://doi.org/10.1093/ckj/sfab124>

Uremiska toxiner kan kopplas till symtom

Vid svår njursvikt leder ansamlingen av uremiska toxiner till en rad symtom som försämrar livskvaliteten. Trots att detta har varit känt länge är det först nu som en större studie om sambandet mellan enskilda uremiska toxiner och symtom genomförts.

Forskare i USA använde data och blodprover för 695 patienter som ingick i den stora MDRD-studien. I medeltal var deltagarnas ålder 52 år och GFR var 28 ml/min varav 214 deltagare hade GFR lägre än 20 ml/min. Ett symptom-score fastställdes för varje rapporterat symtom genom att svårighetsgraden multiplicerades med antalet dagar symtomet pågick. I blodproverna identifierades 1163 metaboliter och sambandet mellan nivån av dessa och symptom-score analyserades med avancerade statistiska metoder.

Resultaten visade att symtom från magen såsom aptitlöshet, illamående och kräkning hade samband med elva toxiner, bland andra methylsuccinoylcarnitin och hexanoylcarnitin. Neurologiska symtom såsom trötthet, minnesvärigheter och muskelsvaghet hade samband med sju metaboliter, t ex p-cresol-glucuronid.

Forskarna skriver att studien bevisar principen att analys av metaboliter kan möjliggöra ökad förståelse av uremiska symtom.

Kommentar: Studien kan ses som ett första viktigt steg i kartläggningen av hur uremi leder till symtom. Men även om man exempelvis kan visa att hexanoylcarnitin leder till trötthet återstår att visa *hur* – dvs att utforska de bakomliggande mekanismerna. Det kommer således att dröja länge innan denna forskning kommer till resultat som förbättrar livskvaliteten för patienter med njursvikt och dialys.

Hu J-R et al. *Kidney Int* 2022; 101: 369–378.

DOI: [https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538\(21\)01076-0/full-text](https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538(21)01076-0/full-text)

Tre metoder att sticka i AV-fistel jämfördes i studie

Hur ska man sticka i en AV-fistel? Frågan är viktig eftersom sticktekniken har betydelse för AV-fistelns livslängd och komplikationer såsom infektioner, stenoser och aneurysm. De mest studerade metoderna är *rope-ladder*- och *buttonhole*-teknikerna. Rope-ladder innebär att man vid varje dialys sticker nya hål, cirka 5 mm ifrån föregående hål. Hålen "klättrar" upp längs hela fistelvenens längd, därav namnet rope-ladder (repstege). Vid buttonhole-teknik sker punktionen i samma hål med samma vinkel och riktning. Efter cirka tio dialyser har det bildats en kanal och då byter man oftast till att sticka med en trubbig nål.

I en nyligen publicerad portugisisk multicenterstudie jämfördes de två metoderna samt en tredje variant som kallas *multiple single cannulation technique*, en variant på rope-ladder, begränsad till sex stickhål.

Till skillnad från tidigare studier hade alla patienter nyanlagda AV-fistlar. Deltagarna randomiserades till en av de tre stickmetoderna, med cirka 60 patienter i varje grupp, vilket gör studien till en av de största inom området. Uppföljningstiden var ett år.

Behov av kärkirurgisk åtgärd i form av ballongvidgning (PTA) mot låga flöden uppstod hos 40 % av patienterna i buttonhole-gruppen jämfört med hos 25 % av patienterna i de två andra grupperna. Skillnaden var statistiskt signifikant. Studien kunde inte påvisa några skillnader i infektionsrisk. Speciellt med studien, ur svensk synvinkel, var att lokalbedövningskräm inte tilläts, vilket ledde till att flera patienter avbröt studien pga sticksmärta.

Beträffande de ökade flödesproblemen i buttonhole-gruppen hänvisar författarna till att en tidigare studie också visat ökad tendens till stenoser med denna stickteknik.

Kommentar: Flera tidigare jämförelser mellan stickmetoderna har inte visat någon skillnad i behovet av PTA varför denna studie bör tolkas med försiktighet. Däremot har man sett en ökad risk för fistelinfektion och stafylokocksepsis med buttonhole-tekniken, vilket fick KDOQI Guidelines 2019 att ange rope-ladder som förstahandsmetod. Det är lite besvärande för Sveriges del eftersom buttonhole är den helt dominerande

sticktekniken i landet. Men det finns även en studie som inte visade ökad infektionsrisk med buttonhole-tekniken på svenska dialysmottagningar (se Nefromedia 2021 vol 9 nr 6 sid 6).

Peralta R et al. Hemodialysis Int 2022; 26: 4–12.

DOI: <https://doi.org/10.1111/hdi.12962>

Graviditet är en påfrestning för en transplanterad njure

Att få bli mamma är en stark önskan hos många kvinnor – även bland njurtransplanterade. Graviditet anses inte kontraindicerad vid välfungerande transplantat och om tillräckligt lång tid förflutit sedan ingreppet, så att den immunhämmande behandlingen kunnat sänkas till en låg nivå. Nu visar dock en ny undersökning att graviditet påverkar funktionen i den nya njuren.

I en studie från USA ingick 816 njurtransplanterade kvinnor med ålder mellan 18 och 44 år. Av dessa hade 37 varit gravida längre än 20 veckor. Funktionen i den transplanterade njuren följdes regelbundet med eGFR baserat på serum-kreatinin. I studien användes eGFR fyra månader efter förlossningen som utgångsvärde för de som varit gravida.

Under en uppföljningstid på fyra år var nedgången per år i eGFR 2,4 ml/min bland dem som varit gravida jämfört med 1,9 ml/min bland de 779 övriga patienterna. Skillnaden var statistiskt signifikant. Graviditet ökade inte risken för försämring av njurfunktionen med mer än 50 % eller risken för förlust av funktionen i transplantatet.

Så kallade protokoll-biopsier av transplantatet gjordes efter fyra månader samt 1, 2, 5 och 10 år efter operationen. Biopsierna visade att graviditet hade samband med ökad påverkan på den transplanterade njurens blodkärl.

Kommentar: En intressant studie som väcker många frågor: Kvarstår skillnaden i förlust av njurfunktion även under längre tid än fyra år? Kan förändrad immunhämning eller medicinsk behandling bromsa nedgången? Bör transplanterade kvinnor avrådas från att bli gravida?

Kattah A et al. Kidney Int Rep 2022; 7: 28–35.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2021.10.010>

Kost med mindre salt och mer kalium är gynnsam vid njursvikt

I förra numret av Nefromedia refererades en studie som visade att en kost med högt intag av salt (NaCl) och lågt intag av kalium hade samband med ökad risk för kardiovaskulär sjukdom. Nu visar en färsk rapport att samma förhållande gäller för förlust av njurfunktionen för patienter med kronisk njursvikt.

I en retrospektiv undersökning från Japan ingick 240 patienter med kronisk njursvikt stadium 3–5. I median var åldern 72 år och uppföljningstiden 2,9 år. För att beräkna kostens innehåll av natrium och kalium hade alla deltagare samlat urin under 24 timmar vid flera tillfällen. Effektmåttet var den årliga försämringen av njurfunktionen.

I en rad statistiska analyser kunde forskarna visa att ett högt intag av natrium och ett lågt intag av kalium hade samband med snabbare förlust av njurfunktionen. Exempelvis hade gruppen med högst utsöndring av natrium och lägst utsöndring av kalium 16 % högre årlig förlust av njurfunktionen vid jämförelse med deltagare med lägst utsöndring av natrium och högst utsöndring av kalium. Sambanden kvarstod även efter det att forskarna tagit hänsyn till en rad andra faktorer som kan påverka progresstakten vid kronisk njursvikt.

Forskarna påpekar att nya studier behövs för att belysa frågan om huruvida ett förändrat intag av natrium och kalium kan påverka progressen vid njursvikt. I diskussionen nämner författarna att ett högt intag av salt bland annat kan leda till hypertoni och till överskott på vätska, vilket skulle kunna vara en del av förklaringen till sambandet mellan högt intag av salt och snabbare försämring av njurfunktionen.

Beträffande sambandet mellan högre intag av kalium och långsammare progress av njursvikten nämner man att det finns undersökningar som tyder på att kalium har blodtryckssänkande effekt.

Forskarna rekommenderar ett lågt intag av salt via kosten. Beträffande kalium anser man att det ännu inte finns tillräckliga kunskaper för att ge rekommendationer.

Ogata S et al. Kidney Int 2022; 101: 164–173.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.kint.2021.07.024>

Bedömning av torrsvikt med ultraljud av lunga minskade inte mortaliteten

Vid EDTA:s kongress i Paris 2012 lanserades ultraljud (UL) av lunga som en ny metod för att upptäcka övervätskning hos patienter i dialys. Bakgrunden är att bindväven i lungorna svullnar om lungorna innehåller för mycket vätska. Svullnaden syns på UL lunga där bilden liknar en kometsvans. Preliminära studier visade att en sänkning av torrsvikten ledde till en normalisering av bilden vid UL lunga. Förespråkarna spekulerade i att UL lunga utförd av dialysjuksköterskor skulle bli rutin på alla dialysmottagningar. Så blir det inte – en stor undersökning visar nämligen att torrsviktsbestämning styrd av UL lunga inte förbättrar prognos eller livskvalitet för patienter i dialys.

I en randomiserad och dubbel-blind multicenterstudie ingick patienter i HD med hög risk för kardiovaskulär sjukdom. Samtliga deltagare genomgick regelbunden undersökning med UL lunga före dialys. För 183 deltagare i den aktiva gruppen styrdes inställningen av torrsvikten av UL lunga. I kontrollgruppen, med 180 patienter, hölls resultatet av UL lunga hemligt och torrsvikten ställdes in på sedvanligt sätt. Det sammansatta primära effektmåttet bestod av död oavsett orsak, hjärtinfarkt och svår hjärtsvikt. De sekundära måtten var livskvalitet och vänsterkammarmassa.

Under uppföljningstiden på 1,5 år visade UL lunga regress av övervätskning hos 78 % av deltagarna i den aktiva gruppen jämfört med 56 % i kontrollgruppen. Denna skillnad var statistiskt signifikant. Däremot noterades inga skillnader i de primära eller sekundära effektmåtten mellan grupperna. Studiens slutsats blev att behandling styrd av UL lunga var effektiv för att korrigera vätskeöverskott i lungorna men var inte mer effektivt än standardbehandling för att förbättra de primära och sekundära effektmåtten.

Zoccali C et al. Kidney Int 2021; 100: 1325–1333.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.kint.2021.07.024>

• Är radiofrekvens-ablation av förstörade bisköldkörtlar ett bra alternativ till kirurgisk paratyreoidektomi vid hyperparatyroidism? Se Kort rapport Extra i Nefromedia 2022 vol 10 nr 2 sid 8 på: www.freseniusmedicalcare.se

Aktiv konservativ uremivård för äldre multisjuka patienter med njursvikt

Är dialys den bästa behandlingsformen för åldriga och multisjuka patienter med kronisk njursvikt – eller leder välplanerad konservativ vård till en bättre livskvalitet? Prof Stefan Jacobson sammanfattar aktuell litteratur om en fråga som väcker allt större intresse.

Under de senaste decennierna har allt fler äldre och multisjuka patienter med komplexa sjukdomstillstånd påbörjat behandling med PD eller HD. Generellt sett har behandlingsresultaten i de flesta fall varit goda och många patienter har trots hög ålder och många andra sjukdomar kunnat få god symtomlindring, bra livskvalitet och ett förlängt liv. Samtidigt har man på många håll i världen diskuterat de uppostringar dessa multisjuka patienter tvingats göra i samband med dialysbehandling såsom upprepade långa resor med hög tidsåtgång samtidigt som nya symtom som är relaterade till dialysbehandlingen kan tillstöta, t ex blodtrycksfall, hjärtpåverkan, infektioner och problem med PD-kateter eller käraccess för HD. Komplikationerna kan leda till återkommande sjukhusvård, vilket starkt begränsar dialyspatienternas livskvalitet.

Komplikationer påverkar anhöriga

Alla omständigheter kring dialys och dess komplikationer påverkar också livet med anhöriga och även de anhörigas dagliga rutiner och livskvalitet.

Den årliga mortaliteten med olika former av dialys är cirka 15–20 % och i gruppen multisjuka över 75 år med komplexa sjukdomar är den årliga mortaliteten långt högre. Andelen patienter som avslutar sin dialysbehandling varierar mellan olika regioner i världen, men på många håll väljer cirka 15 % av patienter med dialys att avsluta sin behandling på grund av komplikationer, upprepade sjukhusvård, kronisk smärta och kraftigt negativ påverkan på livskvaliteten.

Artiklar belyser frågeställningarna

Under senare år har intresset för dessa frågor ökat och arbetsgrupper inom såväl KDIGO som European Renal

Association (ERA) har publicerat artiklar som belyser dessa frågeställningar, som gränsar till vård i livets slutskede, ett palliativt omhändertagande och etiska aspekter kring målet med vården för den enskilde multisjuka patienten. Frågor som berör livslängd i relation till livskvalitet och antal dagar med ett gott liv har belysts.

Comprehensive Conservative Management

Tidigare har vård av äldre multisjuka patienter som rekommenderats eller själva valt att inte påbörja dialys, haft en palliativ inriktning, men på senare år har begrepp som *Comprehensive Conservative Management* introducerats såväl i Europa som i USA och Australien. Fritt översatt skulle det kunna tolkas som en mångsidig innehållsrik konservativ uremivård med aktiv inriktning, där den palliativa delen av vården är underordnad, åtminstone i det initiala skedet. Ett annat begrepp som använts relativt ofta är *supportive care*, ett begrepp som ofta föredras framför palliativ vård, av såväl vårdgivare som patienter.

KDIGO föreslår att den konservativa vården med aktiv inriktning bör fokusera på olika medicinska åtgärder för att fördröja progressen av kronisk njursvikt och därmed också minska risken för komplikationer och följdverkningar av uremi och dess medicinska behandling. I denna vård ingår regelbundna samtal med patient och anhöriga om den fortsatta vårdens planering, så att välgrundade beslut kring vårdens mål, inriktning och aktivitetsgrad gemensamt kan fattas. I begreppet ingår också att på alla tillgängliga sätt minimera patientens symtom och stödja patienten psykologiskt och socialt. Utöver patienten är också familjen i fokus.

Andra faktorer som bidrar i bedömningen kan vara av kulturell eller filosofisk karaktär.

Inriktningen bör vara känd av alla medarbetare

Diskussioner om vårdens inriktning bör vara livaktig på klinikerna och innehållet välbekant för alla medarbetare. Lokala, regionala eller nationella vårdprogram bör upprättas om ett värdefullt kompletterande behandlingsalternativ för patienter som av olika skäl sannolikt inte kommer att ha nytta av att starta med dialys, vare sig pga. symtom, livskvalitet eller förväntad livslängd.

Sjuksköterskor med specialistkompetens

I det multiprofessionella teamet bör sjuksköterskor med specialistkompetens inom njursviktsvård ingå tillsammans med läkare som är specialister inom medicinsk njursjukvård, kuratorer, psykologer, dietister och andra professioner som kan bidra till god vård och omvårdnad. I teamet kring patienten kan också patientens husläkare och vårdcentral bidra med kompetens. I slutskedet av vården bör också olika yrkesgrupper bidra med specialiserad kompetens inom den palliativa vården, inklusive hospice.

I KDIGO:s dokument understryker man behovet av nationella och internationella riktlinjer kring definition och terminologi om vad konservativ uremivård med aktiv inriktning egentligen innebär. Man påtalar också behovet av studier som belyser patienternas symtom, kliniska status, livskvalitet, vårdtillfällen, överlevnad och de anhörigas upplevelser.

I den sammanfattande analysen ska också medicinsk effektivitet och kostnadseffektivitet kunna bedömas. För att uppnå dessa högt uppställda mål ska vården av patienter med allvarlig kronisk njursvikt ha denna inriktning även tidigt i förloppet. Det är viktigt att identifiera de patienter som har störst behov av ovan nämnda interventioner och att tidigt informera och utbilda

patienterna kring de olika behandlingsmöjligheter som är tillgängliga – såväl dialys som fortsatt "aktiv konservativ" uremivård. Detta innebär inte en palliativ inriktning av vården utan en god vård som syftar till bra livskvalitet med få symtom även utan dialys.

Europeiska njurregistret

I en nyligen publicerad artikel från det europeiska njurregistret tillfrågades 587 nefrologer från 33 länder om hur vanligt det var med Comprehensive Conservative Management, dvs det som ovan beskrivits som "aktiv konservativ" uremivård, som ett alternativ till dialys. Andelen patienter som föreslogs denna behandlingsform varierade påtagligt mellan länderna i Europa. I Finland föreslogs detta alternativ till 20 % (median av alla enheter) av patienterna. I Sverige och flera andra europeiska länder föreslogs behandlingsinriktningen för 10 % av patienterna, medan t ex endast 5 % av patienter i Danmark, Tyskland och Frankrike erbjöds denna behandling.

Andelen patienter som sedan fick behandlingsformen varierade också mellan olika länder. I Ungern fick 15 % av patienterna denna behandlingsform och i Sverige, Spanien, Polen, Italien, Holland, Tyskland och Finland fick 10 % av patienterna behandling med denna inriktning. I Danmark och Frankrike var motsvarande siffra 5 %.

Sammanfattningsvis menade man att denna behandlingsinriktning till stor del är okänd i de olika europeiska länderna. I England är denna behandlingsinriktning väl känd sedan många år och tillgänglig på i stort sett alla enheter, dock med en avsevärd variation mellan olika centra. På vissa centra i Spanien, erbjuds ett sådant behandlingsalternativ till nära 40 % av patienterna.

Anledningen till de stora skillnaderna i inriktning är oklar, men faktorer som kan bidra är t ex hur sjukvården är organiserad, närheten till njurmedicinsk specialistkompetens och hur olika utbildningsinsatser med vårdgivare och patienter genomförs. Utbildning kostar pengar och i frånvaro av ekonomiskt stöd till utbildning av patienter och njurmedicinsk personal begränsas tillgängligheten.

Andra faktorer som kan bidra till de stora skillnaderna är den enskilda sjuksköterskans och den enskilda doktors uppfattning om vad som är bäst vård

för patienter med allvarlig njursvikt. Många rekommenderar dialys till äldre multisjuka patienter av andra, och kanske rent personliga skäl, än de som är strikt relaterade till patientens symtom och livskvalitet.

England är ett föredöme

I England har man länge diskuterat dessa frågor och också skapat en organisation och genomfört studier i vilka man jämfört överlevnad och livskvalitet hos äldre patienter som valt att starta eller inte starta med dialys. I en studie inkluderades 202 patienter över 70 år med allvarlig kronisk njursvikt varav 173 startade med dialys och 29 fick *maximum conservative management*. Överlevnaden var drygt tre år i gruppen som startade med dialys jämfört med drygt ett år hos de som valde konservativ vård. Patienter med dialysbehandling hade mer sjukhusvård, fler sjukhusdagar och mindre sannolikhet att få avlida hemma eller på hospice jämfört med de som valde att inte starta dialys.

I en undersökning från Australien om patienter över 80 år fann man att faktorer som hade samband med ökad risk för död var ålder, lågt serumalbumin och konservativ vård jämfört med dialysvård. Patienter som startade med dialys hade lägre möjlighet att få palliativ vård och de avled också oftare på sjukhus jämfört med de som fick aktiv konservativ vård.

I en senare prospektiv studie ingick patienter från England och Australien och i denna analys fokuserade man på livskvalitet och välmående. Medianåldern bland patienterna var 81 år och cirka två tredjedelar hade dialys och en tredjedel hade konservativ vård. När man justerade för behandlingsform och olika sociala och demografiska variabler, fann man vid mätning av livskvalitet, att fysisk och mental livskvalitet upplevdes vara sämre hos patienter som hade dialys jämfört med de som fick konservativ vård. Livskvaliteten var på grund av sjukdomsburda, symtom och effekt av njursjukdomen också lägre hos de som hade dialys jämfört med de som fick aktiv konservativ behandling. Slutsatsen blev att äldre patienter med dialys har en signifikant högre sjukdomsburda än de som får aktiv konservativ behandling.

Faktorer som livskvalitet och allmänt välmående bör ingå i de gemensamma beslut som fattas mellan den äldre mul-

tisjuka patienten och vårdgivaren för att nå bästa möjliga personcentrerade och individuella vård.

Vanligt att byta behandlingsform

Det är relativt vanligt att patienter som väljer den ena vårdformen byter till den andra, dvs att den som startat i dialys väljer att avbryta behandlingen och fortsätta med konservativ vård eller att den som valt konservativ vård beslutar sig för att börja med dialys. Det senare kan bero på symtom som endast kan hävas med dialys.

Det är inte känt hur vanligt det är att patienter byter från den ena till den andra behandlingsformen. Detta har nyligen undersökts i en metaanalys i vilken sju observationsstudier ingick.

Som vid många metaanalyser var problemet även i denna att populationerna var heterogena och därmed svåra att jämföra. Vanliga orsaker till att byta från dialys till konservativ vård var patientens personliga preferenser eller försämrat allmäntillstånd. Skäl att byta från konservativ vård till dialys var främst olika fysiska besvär relaterade till snabb förlust av njurfunktion eller annan akut tillkommande sjukdom som medförde behov av snar start av dialys.

Man fann att äldre patienter i större omfattning valde att byta från dialys till konservativ vård än det motsatta. Detta var oberoende av om den initiala behandlingsformen var HD eller PD.

Patientmaterialet var heterogent

Eftersom patientmaterialet var heterogent var det också svårt att bedöma om typ av sjukdom eller förekomst av multisjuklighet påverkade valet av byte i endera riktningen. Patienter som valde att lämna dialys och övergå till aktiv konservativ vård var mer välinformerade om sin behandling och vården hade också diskuterats mer med det medicinska teamet och patientens anhöriga jämfört med patienter som bytte från konservativ vård till dialys.

Tidigare studier har visat att en del patienter som startar med dialys kan ångra sitt val av behandlingsform, men att detta kan minskas genom att patienten får utbildning och information om de olika behandlingsalternativen.

• Artikeln fortsätter på nätet. Se Nefromedia 2022 vol 10 nr 2 sid 9 på: www.freseniusmedicalcare.se

Kort rapport

Extra

Nytt alternativ till operation vid hyperparatyreoidism

Rubbingar i kalk-fosfatomsättningen leder till att alla patienter med kronisk njursvikt utvecklar sekundär hyperparatyreoidism. Om de förstörade bisköldkörtlarna blir autonoma och inte längre svarar på medicinsk behandling väcks frågan om operation.

Kirurgisk paratyreoidektomi är ett ingrepp som kan bli komplicerat, bland annat kan larynx-nerven skadas och det kan även vara svårt att hitta alla körtlar. Ur patientens perspektiv vore det en fördel att slippa bli opererad och få ett ärr på halsen. Ultraljudsledd radiofrekvens-ablation är ett alternativ till öppen kirurgi och nu har forskare i Kina jämfört de två metoderna.

I en retrospektiv undersökning ingick 60 patienter med kronisk njursvikt och hyperparatyreoidism varav 30 genomgått kirurgisk paratyreoidektomi med autotransplantation av körtelvävnad och 30 hade behandlats med ultraljudsledd radiofrekvens-ablation av körtlarna.

Efter ingreppet sjönk serum-nivåerna av PTH, kalk och fosfat för samtliga patienter, men nedgången dagen efter ingreppet var större i gruppen som opererats jämfört med de som genomgått radiofrekvens-ablation. I den senare gruppen drabbades 20 % av svår hypokalcemi efter ingreppet jämfört med 47 % i gruppen med öppen kirurgi, en skillnad som var statistiskt signifikant.

Vårdtiden på sjukhus efter radiofrekvens-ablation var i genomsnitt 7,5 dagar jämfört med 12 dagar efter kirurgiskt ingrepp. Risken för påverkan på larynx-nerven var något högre med radiofrekvens-ablation. Efter sex månader förelåg recidiv av hyperparatyreoidism hos sju patienter som behandlats med radiofrekvens-ablation och nio patienter som genomgått kirurgisk paratyreoidektomi.

Slutsatsen blev att radiofrekvens-ablation kan behandla sekundär hyperparatyreoidism lika effektivt som kirurgi men med snabbare återhämtning och lägre risk för svår postoperativ hypokalcemi.

Zhang D-L et al. *Kidney Int Rep* 2022; 7: 282–288.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2021.11.038>

• Fortsättning: WCN 2022

En metaanalys publicerad 2021 omfattade sju observationsstudier som jämförde akut start av dialys med PD respektive HD. Den visade att PD hade samband med lägre risk för sepsis. Metaanalysen kunde inte påvisa någon skillnad i mortalitet mellan akut start av PD respektive HD.

Att välja PD vid akut start av dialys kan öka användningen av denna dialysform eftersom patienter ogärna vill byta metod. En klinik i Brasilien valde att starta alla akuta patienter i PD, vilket resulterade i att antalet patienter i PD på kliniken fördubblades.

Om patienter som startat akut i PD även fortsätter med PD uppstår inget behov av att anlägga en AV-fistel. Det finns studier som visat att akut start av dialys i form av PD leder till lägre kostnader än akut start av HD. Skillnaden berodde till stor del på lägre kostnad för anläggning av access.

PD-maskin som bytte låga volymer

På föredragshållarens klinik i Malaysia används PD ofta vid akut start av dialys för patienter med kronisk njursvikt. Man börjar gärna behandlingen med en PD-maskin som bytte låga volymer dialysvätska dagtid.

Talaren sammanfattade att PD är en bra form av dialys för patienter med kronisk njursvikt som måste starta dialys akut. Det finns inget som tyder på skillnader i mortalitet mellan patienter som startar akut med HD respektive PD.

Globala aspekter på njursjukvård

Under ett symposium om globala aspekter på njursjukvård talade en läkare från Indien. Varje år utvecklar 10 miljoner människor kronisk njursvikt med behov av dialys, men bara 2,5 miljoner påbörjar behandling – resten avlider. Resurserna för dialys är ojämnt fördelade över världen; bara 7 % av alla dialyspatienter bor i låginkomstländer. I Afrika söder om Sahara startas patienter i dialys, men bara 1 % är i livet med behandling ett år efter starten.

I länder med välfungerande sjukvård förebyggs många fall av kronisk njur-

svikt genom att t ex hypertoni och diabetes upptäcks och behandlas. Det finns data som visar att de största behoven av dialys finns i de fattigaste länderna.

På listan över dödsorsaker i världen återfinns kronisk njursvikt idag på plats 16, men prognoser tyder på att njursvikt kommer att vara den 5:e vanligaste dödsorsaken i världen år 2040.

Eftersom vård vid kronisk njursvikt är mycket kostsam har det internationella njurmedicinska sällskapet ISN nyligen startat ett program för att öka de förebyggande insatserna mot njursjukdom i världen.

Föredragshållaren påpekade att det är nödvändigt att ransonera tillgången till dialys i fattiga länder. Urvalet av patienter som erbjuds dialys måste ske på ett öppet sätt och besluten måste vara baserade på allmänt accepterade etiska principer.

Affordable Dialysis Project

Den typ av högteknologisk dialysbehandling som finns i världens rika länder passar inte för låginkomstländer med begränsade ekonomiska resurser och dåligt utbyggd infrastruktur. Initiativet *Affordable Dialysis Project* har som mål att skapa en enkel och hållbar dialysbehandling till överkomliga kostnader. En PD-maskin med vattenrenare som drivs av solceller har utvecklats. Den är nu i produktion och kliniska prövningar planeras starta senare i år.

Njurtransplantation är ojämnt fördelad

En föreläsare från Indien talade om aktuella aspekter på njurtransplantation i världen. En enkät som besvarades av 155 länder visade att transplantation var tillgänglig i 23 % av de låginkomstländer som besvarade enkäten medan motsvarande siffra för höginkomstländer var 89 %. Register över utförda njurtransplantationer saknades i låginkomstländerna men fanns i 91 % av höginkomstländerna.

Talaren visade data från en undersökning om faktorer som påverkar möjligheten att bli njurtransplanterad. Lägre sannolikhet för transplantation förelåg vid:

- Svart ras
- Hög ålder
- Låg inkomst
- Förekomst av andra sjukdomar
- Hög grad av religiositet
- Låg utbildning
- Låg kunskap om transplantation

Flest transplantationer med njure från levande donator sker i USA, Indien, Turkiet, Kina och Japan. Beträffande donation av njure från avlidna donator intar USA en ledande position med 55 donerade njurar per miljon invånare (pmp) följt av Spanien med 52 pmp medan t ex Indien bara har 0,4 avlidna donatorer per miljon invånare.

Flest njurtransplantationer i USA

Det totala antalet njurtransplantationer (levande + avlidna donatorer) per miljon invånare är högst i USA med 71 pmp följt av Spanien med 57 pmp och Brasilien med 22 pmp.

I Indien utförs cirka 2 000 njurtransplantationer per år och 85 % av njurarna kommer från levande donatorer. Bara 20 % av de som får en ny njure är kvinnor men kvinnor utgör över hälften av donatorerna. I Indien är det vanligt att en kvinna donerar en njure till sitt barn eller sin make.

• Fortsättning: Konservativ uremivård

I många nationella och internationella riktlinjer ingår att aktiv konservativ vård ska erbjudas som ett alternativ till dialys för äldre patienter med multipla sjukdomar. I vården ingår både farmakologisk behandling av symtom och diskussion om livsstilsfaktorer som kan fördröja progress till terminal njursvikt och minska risken för komplikationer.

Generellt sett anses den aktiva konservativa vården vara mer fokuserad på att bibehålla en god livskvalitet men med mindre fokus på hur länge patienten överlever. Det är svårt att jämföra de olika behandlingsformerna eftersom patienter med konservativ vård oftare är äldre och har fler sjukdomar och därmed har sämre prognos. Definitionen av "aktiv konservativ vård" är också oklar och inte alls lika entydig som för dialys, vilket kan försvåra jämförelser och bedömningen av resultaten.

I studier av patienter över 80 års ålder var patientantalet ofta begränsat och det var därför få studier som kunde inkluderas i analysen. De flesta studier rapporterade lägre mortalitet för patienter över 80 år som startade med dialys, men skillnaden var inte statistiskt signifikant efter justering för påverkande faktorer. I den ojusterade överlevnadsanalysen fann man en lägre risk för mortalitet för patienter med dialys jämfört med de som fick konservativ vård.

Två metaanalyser

Två metaanalyser har nyligen presenterats, den ena belyser överlevnad med dialys jämfört med konservativ vård och i den andra var fokus på livskvalitet och symtom hos patienter med konservativ vård jämfört med de som fick dialys.

I åtta studier analyserades patienter med många samtidiga sjukdomstillstånd, dvs multisjuklighet. Överlevnadsfördelen med dialys minskar ju fler komorbiditeter patienten har och en fördel kvarstod endast i ojusterade analyser. Man framhöll att framtida studier som jämför överlevnad för äldre multisjuka patienter som får aktiv konservativ vård eller dialys, bör tydliggöra definitionen av aktiv konservativ vård, liksom vid vilken grad av allvarlig njursvikt som jämförelsen påbörjas.

En randomiserad studie pågår: *The three pair for kidney care study: prepare for renal dialysis versus comprehensive management in advanced chronic kidney disease*. Problemet med randomiserade studier är att inkluderade patienter ofta är selekterade och inte alltid helt jämförbara med hela dialyspopulationen. Även observationsstudier har stort värde, men resultaten från olika jämförelser behöver då justeras för en lång rad olika variabler som kan påverka utfallet.

Författarna sammanfattade att äldre multisjuka patienter som startar i dialys har en lägre risk för mortalitet jämfört med patienter som får olika former av aktiv konservativ vård, men att studierna har en så hög grad av heterogenitet att detta inte helt säkert kan fastställas. Ett personcentrerat individuellt förhållningssätt till den multisjuka äldre patienten kan sannolikt bidra till god vård, även om detta är svårt att visa i kliniska studier.

Livskvalitet och symtom jämfördes

I en annan metaanalys jämfördes livskvalitet och symtom hos patienter med konservativ vård med patienter som påbörjade dialys. I den analysen ingick totalt drygt 1700 patienter. I ingen av studierna var patienterna randomiserade till endera behandlingen. Även här var det hög grad av heterogenitet i patientgrupperna vilket försvårar bedömningen av resultaten.

Patienter som startade med aktiv konservativ vård var äldre och hade fler sjukdomar och sämre fysiskt status än

de som började med dialys. Före start av dialys hade patienter som valt aktiv konservativ vård lägre fysisk förmåga och mer symtom jämfört med patienter som valt dialys. Skillnaden upphörde dock när de som valt dialys startade med denna behandling. Fysisk livskvalitet och symtom var då lika mellan de som hade konservativ vård och de som hade dialys. Den mentala livskvaliteten var densamma i de båda grupperna, både före och efter det att de som valt dialys startat med denna behandling. Dialyspatienterna hade högre grad av sjuklighet och mer påverkan på det dagliga livet, jämfört med de som valde konservativ vård.

Konservativ vård – samma livskvalitet

Man sammanfattade att konservativ vård kan ge äldre patienter samma livskvalitet och symtom som de som påbörjar dialys. Prospektiva studier krävs dock för att klarlägga att så är fallet.

I en artikel som kommer att publiceras i ERA:s tidskrift har man studerat olika hinder för konservativ vård utifrån patientens och njurläkarens perspektiv. Data har extraherats ur den stora CKD-REIN-studien i Frankrike. *Comprehensive conservative care* ska enligt deras riktlinjer vara en möjlig behandlingsform för äldre sköra, multisjuka patienter med kronisk njursjukdom som närmar sig terminal njursvikt och där dialys inte anses vara sig förbättra livskvaliteten eller förlänga livet.

Trots att konservativ vård skulle kunna var lämplig för en stor grupp patienter visar tidigare studier att njurmedicinare sällan föreslår den och att skillnaderna är stora mellan olika länder i Europa. Anledningarna kan vara många och också innefatta läkarens professionella ansvar. Beslutet bör vila på en förtroendefull och rak kommunikation med patienten och de närstående. Studier av njurläkarens perspektiv på konservativ vård är få och undersökningar av patientens upplevelser är sällsynta.

Konservativ vård eller vård i livets slutskede?

I nuläget har man inte tydligt klarlagt skillnaden mellan konservativ vård och vård i livets slutskede. Prevalensen av dialys hos patienter över 75 år är högre i Frankrike än i England, trots många andra likheter mellan länderna. Detta skulle kunna bero på skillnader i omhändertagande där konservativ vård oftare erbjuds i England än i Frankrike.

CKD-REIN-studien är en prospektiv undersökning i vilken 40 representativa njurmedicinska enheter i Frankrike ingår. I studien ingick 1206 patienter som fyllde i ett frågeformulär om den information de fått och om den behandlingsform de skulle föredra om njurfunktionen försämrades. Även 137 nefrologer deltog och rapporterade om klinikernas resurser och om det fanns vårdprogram för konservativ vård. Nefrologerna fick följande frågor: Hur bekväm är du med att diskutera palliativ eller konservativ vård med dina patienter? Vilken terminologi använder du för vården av patienter som inte startar med dialys? Diskuterar du möjligheten till aktiv konservativ vård med alla patienter som har njursvikt stadium 5 och som är över 75 år?

Klinikcheferna svarade också på frågor såsom: Erbjuds konservativ vård rutinmässigt vid er enhet? Finns skrivna riktlinjer och protokoll över vården av patienter som väljer aktiv konservativ vård? Vilar ansvaret på en enskild person eller på ett interprofessionellt team som är ansvarigt för den konservativa vården?

Demografisk information

De data som samlades in från patienterna innehöll också demografisk information samt uppgifter ur patientjournaler och intervjuer. Man bedömde också patienternas kognitiva funktion. Det var 1 206 patienter som fyllde i enkäten och de fick också en fråga om hur ofta de behövde hjälp med att förstå ett skrivet dokument från läkare eller apotekare. De fyllde också i formulär om livskvalitet samt om fysisk och mental förmåga.

Av de enheter som ingick i studien var 42 % universitetssjukhus, 29 % inte universitetssjukhus och 29 % privata kliniker. Alla kliniker rapporterade att de hade kapacitet att rutinmässigt erbjuda aktiv konservativ vård. Vid patientutbildning deltog nefrolog i 95 %, njursviktssköterska i 61 %, dietist i 39 %, kurator i 29 % och psykolog i 18 % av enheterna. De flesta kliniker erbjöd grupputbildning och en minoritet hade ett specialiserat multidisciplinärt team.

Cirka hälften av universitetssjukhusen och en fjärdedel av övriga enheter hade riktlinjer och protokoll för aktiv konservativ vård. Den benämning man hade för konservativ vård var "konservativt omhändertagande" i 65 % och "icke dialysvård" i 10 %.

Diskutera aktiv konservativ vård

Även om 85 % av nefrologerna ansåg sig bekväma med att diskutera aktiv konservativ vård var det endast 29 % som diskuterade möjligheten till aktiv konservativ vård med alla patienter över 75 års ålder. Av nefrologerna diskuterade 37 % sällan eller aldrig aktiv konservativ vård med patienter över 75 år. Bland de läkare som ansåg sig väldigt bekväma med att diskutera konservativ vård var det endast 40 % som faktiskt föreslog den behandlingsformen. Av nefrologerna uppskattade 84 % att 10 % eller färre av deras äldre patienter med eGFR lägre än 10 ml/min och uremisymtom inte startade med dialys. Oftast var orsaken att dialys var svår att genomföra.

Av 1206 patienter som svarade på enkäten uppgav 45 % att de hade deltagit i utbildning om olika behandlingsalternativ tillsammans med sin doktor. Procentsatsen ökade ju mer nedsatt njurfunktionen var, men minskade med ökande ålder. Endast 5 % av patienterna rapporterade att deras läkare hade informerat dem om behandlingsformen "ej dialys" och 2 % av patienterna skulle välja den behandlingsformen om njurfunktionen minskade. Av de 547 patienter som hade deltagit i utbildning rapporterade 10 % att de hade blivit informerade om aktiv konservativ vård. Denna procentsats ökade med ökande ålder och minskade med sjunkande eGFR.

Man sammanfattade studiens tre viktigaste fynd: Det är stora skillnader i vården av njursjuka patienter på de olika enheterna i Frankrike vad gäller samtal om aktiv konservativ vård. Det är stor skillnad mellan den information läkaren upplevde sig ha givit till sina patienter och vad patienterna faktiskt förstod. Studien visar att det inte finns tydliga riktlinjer och att det ofta saknas personal för att ge god aktiv konservativ vård till fler patienter i Frankrike.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis förefaller det som att äldre multisjuka patienter som påbörjar dialysbehandling har en överlevnadsfördel jämfört med de patienter som erbjuds konservativ behandling. Dock är jämförelsen svår att göra eftersom de som erbjuds konservativ behandling ofta är äldre och har en högre grad av sjuklighet än de som erbjuds dialys.

Symtom och livskvalitet förefaller vara lika för de patienter som väljer konservativ vård och de som väljer att starta med dialys. Dock innebär dialys ett större försämring av livskvaliteten beroende på tidsåtgången för dialys, komplikationer till själva behandlingen, fler infektioner och ökat behov av sjukhusvård jämfört med aktiv konservativ vård.

Definitionen är inte enhetlig

Definitionen av aktiv konservativ vård är inte enhetlig, till skillnad från start av dialys, vilket försvårar studier och jämförelser av behandlingsresultat. Troligen kan vården för denna stora patientgrupp förbättras med tydligare lokala och nationella riktlinjer för aktiv konservativ behandling, där behandlingsresultaten också skulle kunna följas i nationella register. Det förefaller som om professionens uppfattning om utbildning och möjligheter till god konservativ vård inte helt överensstämmer med patientens upplevelser och erfarenhet. Uppenbarligen finns en stor förbättringspotential inom detta område.

Källor:

Davison S N et al. *Kidney Int* 2015; 88: 447–459. DOI: <https://doi.org/10.1038/ki.2015.110>

Stel V S et al. *Kidney Int* 2021; 100: 182–195. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.kint.2020.12.010>

Verberne W et al. *Nephrol Dial Transplant* 2021; 36: 1418–1433. DOI: <https://doi.org/10.1093/ndt/gfaa078>

Hamroun A et al. *Nephrol Dial transplant* 2022, in press.

Källor: Fysisk aktivitet

1. Glavinovic T et al. *Am J Kidney Dis* 2018; 72: 529–537. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2018.03.031>

2. Chu N M et al. *Nephrol Dial Transplant ePubl.* DOI: <https://doi.org/10.1093/ndt/gfab338>

3. Rampersad C et al. *CJASN* 2021; 16: 1805–1812. DOI: <https://doi.org/10.2215/CJN.07050521>

4. Bernier-Jean A et al. *Kidney Int Rep* 2021; 6: 3014–3025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2021.09.002>



Välkommen hem!

Vid kronisk njursjukdom finns det inte en perfekt behandling. Det handlar mer om att välja rätt behandling vid rätt tidpunkt och plats. Med vår portfölj för peritonealdialys och hemhemodialys erbjuder vi mer än en modern behandling. Vi erbjuder också stöd i beslutsprocesser, utbildningslösningar vid behandlingsstart och vid daglig hantering av dialys. Vi är här för att stötta er vid varje steg på patientens resa!

Nu introducerar vi NxStage® System One™ i vårt utbud för hemhemodialys.

- En behandling utformad med tanke på patientens behov med en blodkassett för enklare hantering
- Då maskinen är portabel har patienten frihet att dialysera i hemmets alla rum
- Möjlighet till val av två olika varianter av dialysat: påsar och framställning av dialysat på plats med PureFlow™ SL