

## Mål för njurmedicinsk vård

### Förhindra njursvikt

Prevention

Diagnostik

Tidig behandling

Förbereda för aktiv  
uremivård (dialys  
och/eller  
transplantation

Ge liv!

Förhindra  
komplikationer

Sträva att ge  
patienter god  
livskvalitet och ett  
självständigt liv

➤ Njurtransplantation

GE

## Tidig behandling av predialyspatient

- Tidig remittering till njurmedicinsk specialist
- Patienterna förs in i predialysregister för kvalitetsuppföljning
- Kvalitetsparametrar följs kontinuerligt
- Kontakt kontinuerligt med uremikoordinator + njurspecialist
- Kontakt med dietist, sjukgymnast

### Mål:

- Förbättra livskvaliteten
- Uppskjuta starten för dialys
- Förbättra överlevnaden
- Minska kostnader för tidig dialys

GE

## **Uremikoordinator - predialyssköterska**

- Förbereda patienter för egenvård, utbildning och informationsprogram
- Öka förståelsen för egenvård och möjlighet för patienten att påverka sin prognos
- Kontinuerlig uppföljning av predialysregistret för noggrann uppföljning av samtliga patienter

GE

## **Hem-hemodialys - självdialys**

- Samtliga möjliga patienter erbjuds hem-/självdialys (10-15 %)
- Daglig dialys – alternativt 4 – 5 gånger/vecka

### **Betydelse:**

- ✓ Bättre livskvalitet
- ✓ Mera dialys – bättre överlevnad
- ✓ Kraftig kostnadsreduktion för hem-HD/självdialys

GE

## Självdialys

- Samtliga patienter erbjuds träning för egenvård efter egen förmåga

### Betydelse:

- ✓ Egenvården gör patienten medveten om sin behandling
- ✓ Mera dialys kan ges (flexibla scheman)
- ✓ Mindre personalkrävande
- ✓ Vissa patienter går vidare till hem-HD

GE

## Positiva faktorer

- Ökningstakten till terminal njursvikt minskar i SLL (<3,5%)
- Dödligheten sänkt jämfört med 80-talet
- Egenvård förbättrar
  - patientens hälsoläge
  - bättre status
  - mindre vårdkrävande

GE

## Hot i framtiden

- Diabetes ökar kraftigt, gravt överviktiga, hjärt- och kärlsjuka patienter ökar i dialys
- Tx ej möjlig för vissa pat p g a övervikt, hjärt-kärlkomplikationer
- Pat med "uppskjuten dialysstart" kommer senare, för gamla för tx
- Äldre patienter ökar och risken för njursvikt ökar
- Bättre dialysmetoder – överlevnad längre i dialys
- Kraftiga besparingar – patienterna remitteras för sent
- 30-40% okända för njurmedicin vid start

GE

## Framtida behov och satsningar

- God predialysvård med tidigt omhändertagande av specialist
- Möjlighet till
  - ökat antal dialyser/vecka i hemmet
  - självdialys på institution
  - flexibelt dialysprogram

GE

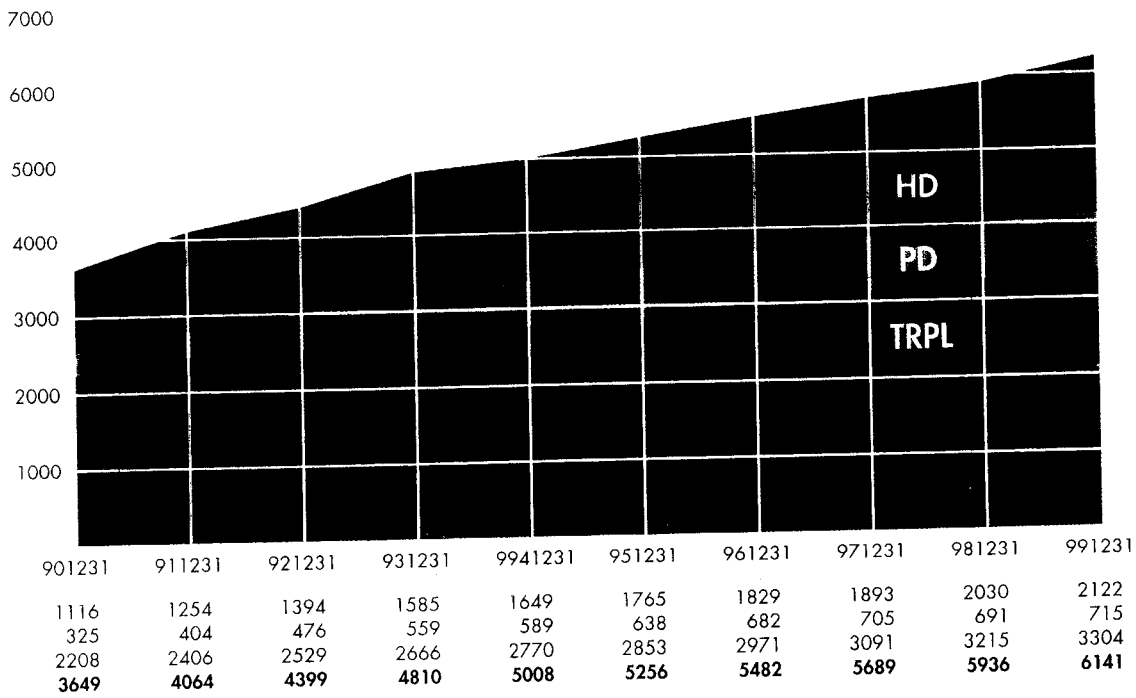
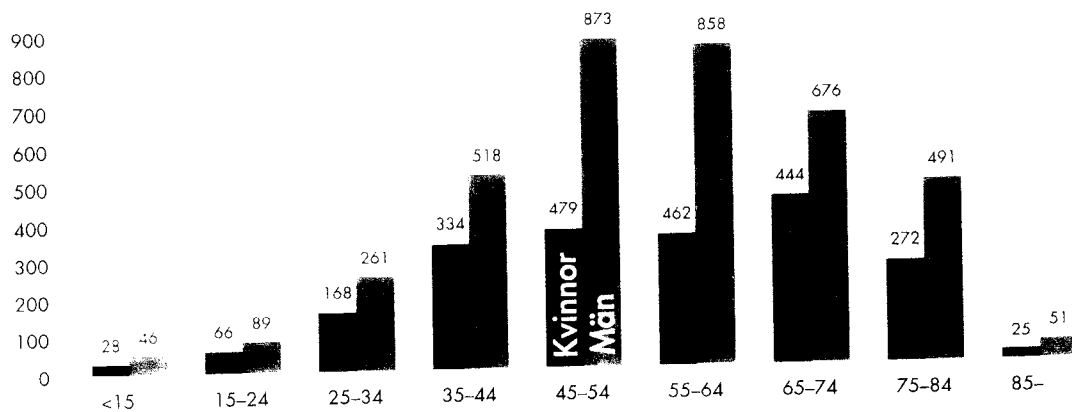
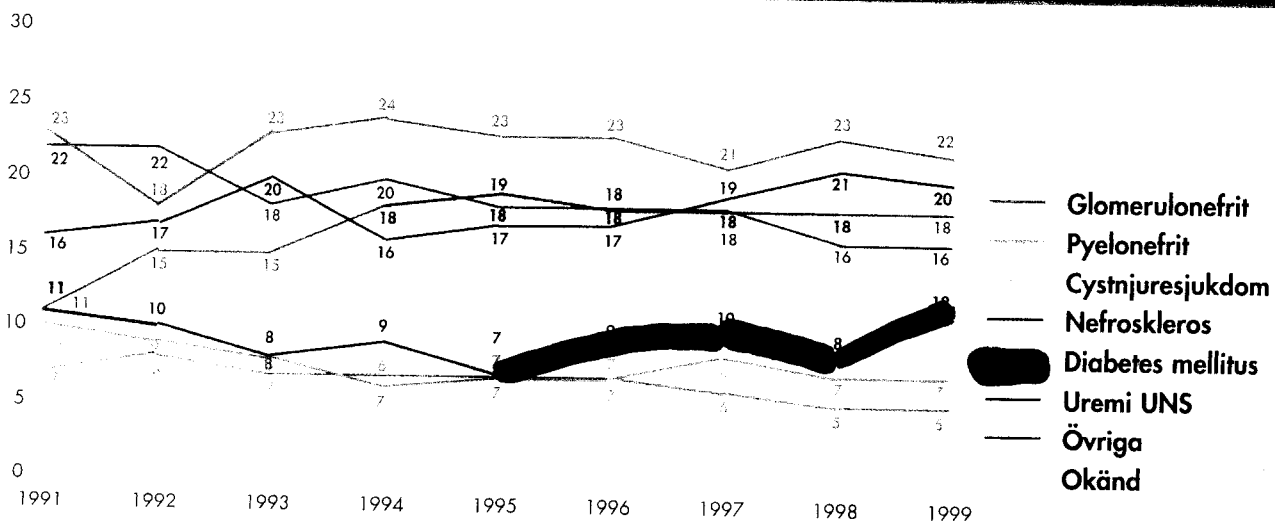
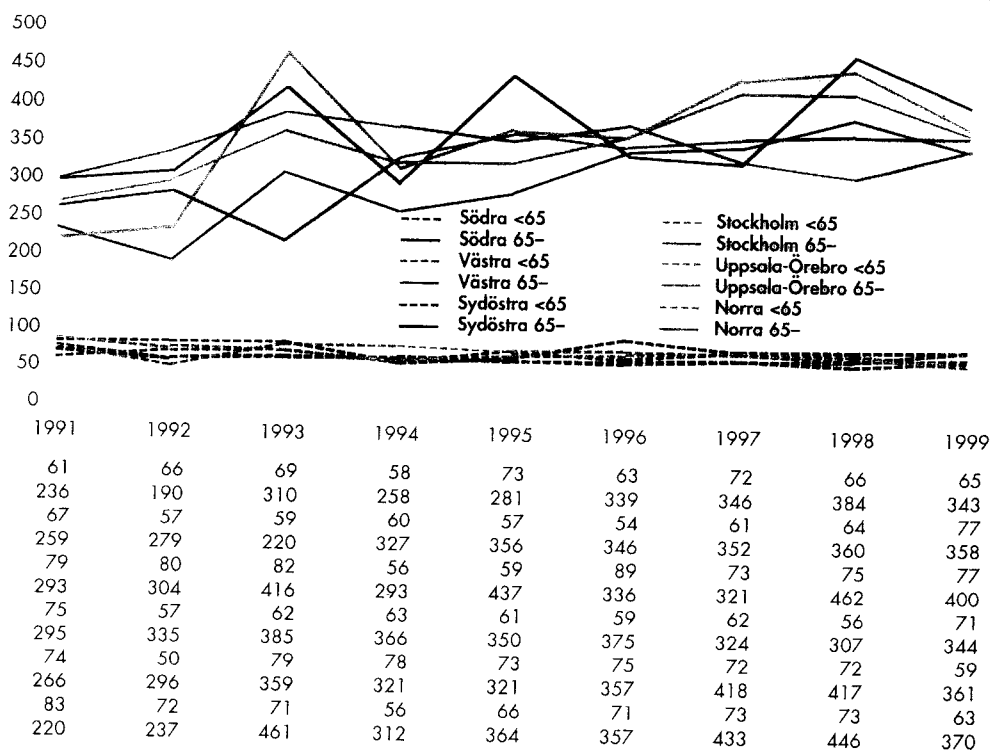


Fig 2.400. Antalet personer i HD, PD och TRPL åldersgrupper.





Glomerulonefrit 29,2

Pyelonefrit 9,5

Cystnjuresjukdom 12,6

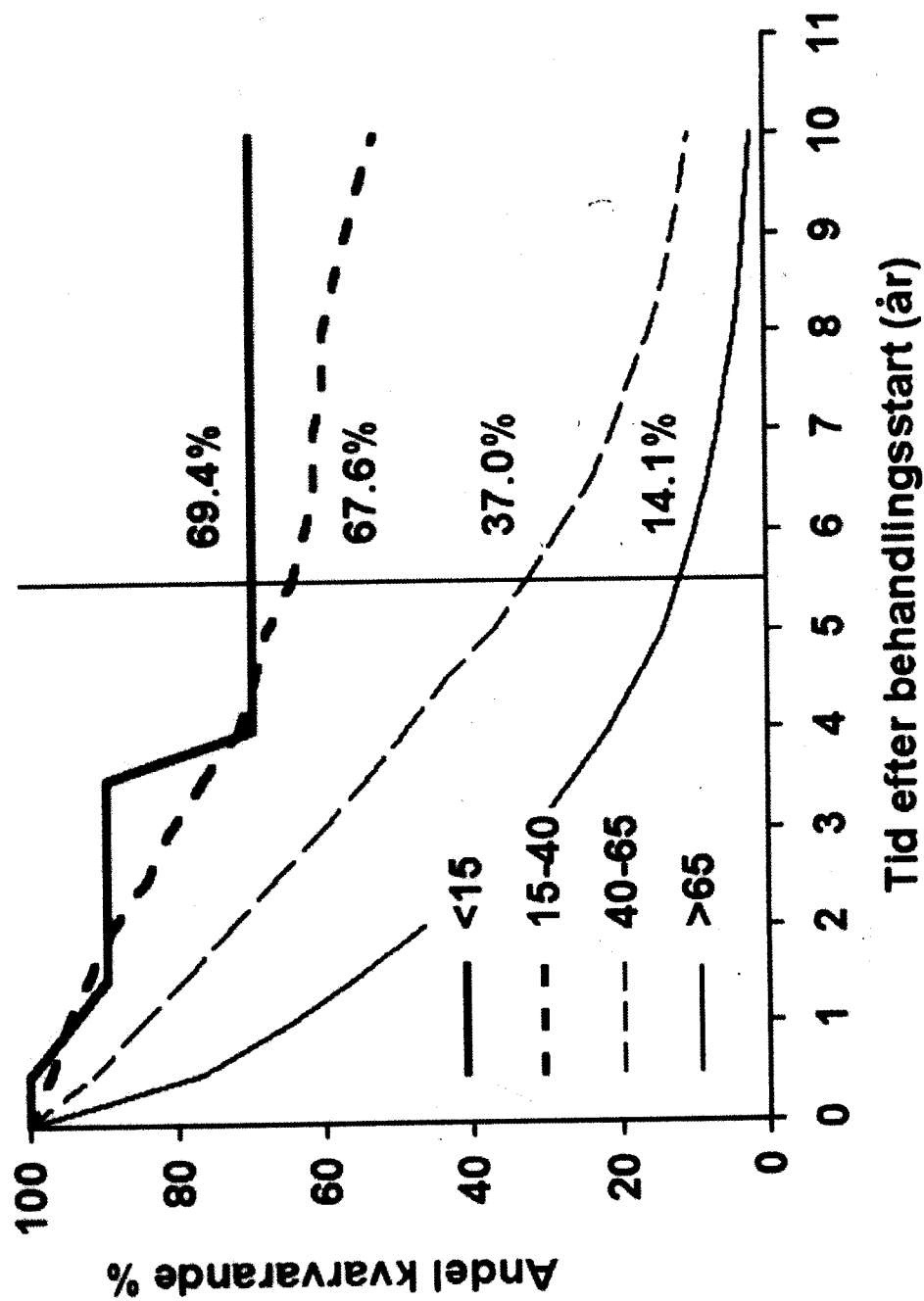
Nefroskleros 9,4

Diabetes mellitus 17,8

Uremi UNS 5,7

Övriga 15,6

**FIG 25. PATIENTÖVERLEVNAD HEMODIALYS OCH PERITONEALDIALYS, ÅLDERSFÖRDELAD.**





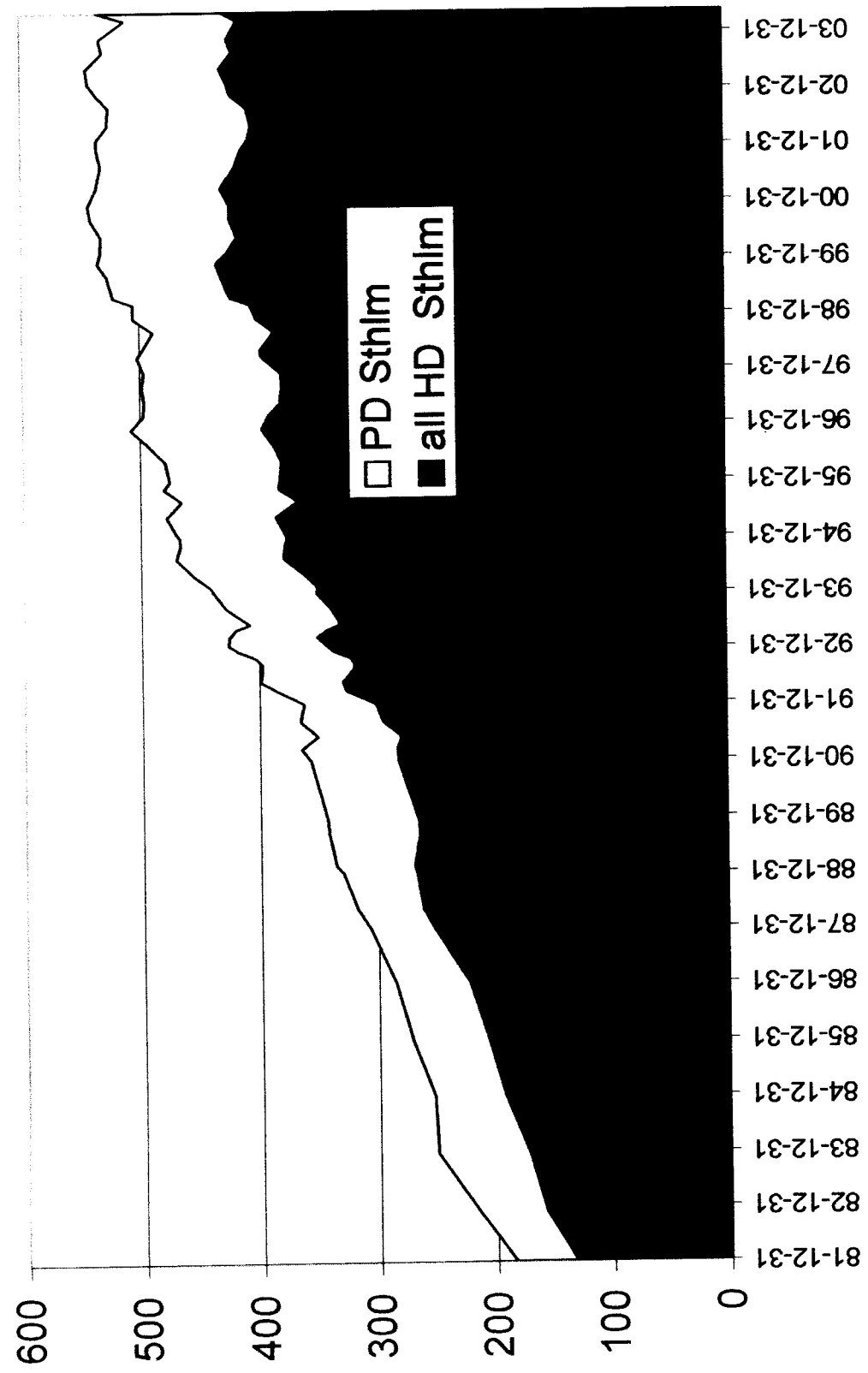
**TABELL V. NYUPPTAGNA PATIENTER MED DIABETESNEFROPATI 1991-2001. FÖRDELADE PÅ DIABETESTYP (I OCH II) OCH STARTÅR.**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Samtals	133	136	129	123	121	134	116	120	118	117
Typ I	71	103	101	115	119	94	141	119	173	161
Typ II	62	33	28	8	2	40	1	1	45	56
Samtals	161	239	230	238	246	228	257	239	291	278

**TABELL VI. ANTAL PATIENTER MED DIABETES SOM RISKFAKTOR VID BEHANDLINGSSTART, MEN MED ANNAN REGISTRERAD UREMORSAKANDE SJKKDOM, OCH PATIENTERNAS FÖRDELNING PÅ UREMORSAKANDE SJKKDOM.**

	1996	1999	2000	2001
Samtals	12	12	20	14
Typ I	6	3	4	4
Typ II	6	9	16	10
Samtals	15	21	35	24
Typ I	5	7	7	6
Typ II	10	14	28	18
Samtals	10	19	25	13
Typ I	5	7	7	5
Typ II	5	12	18	8
Samtals	98	105	178	110

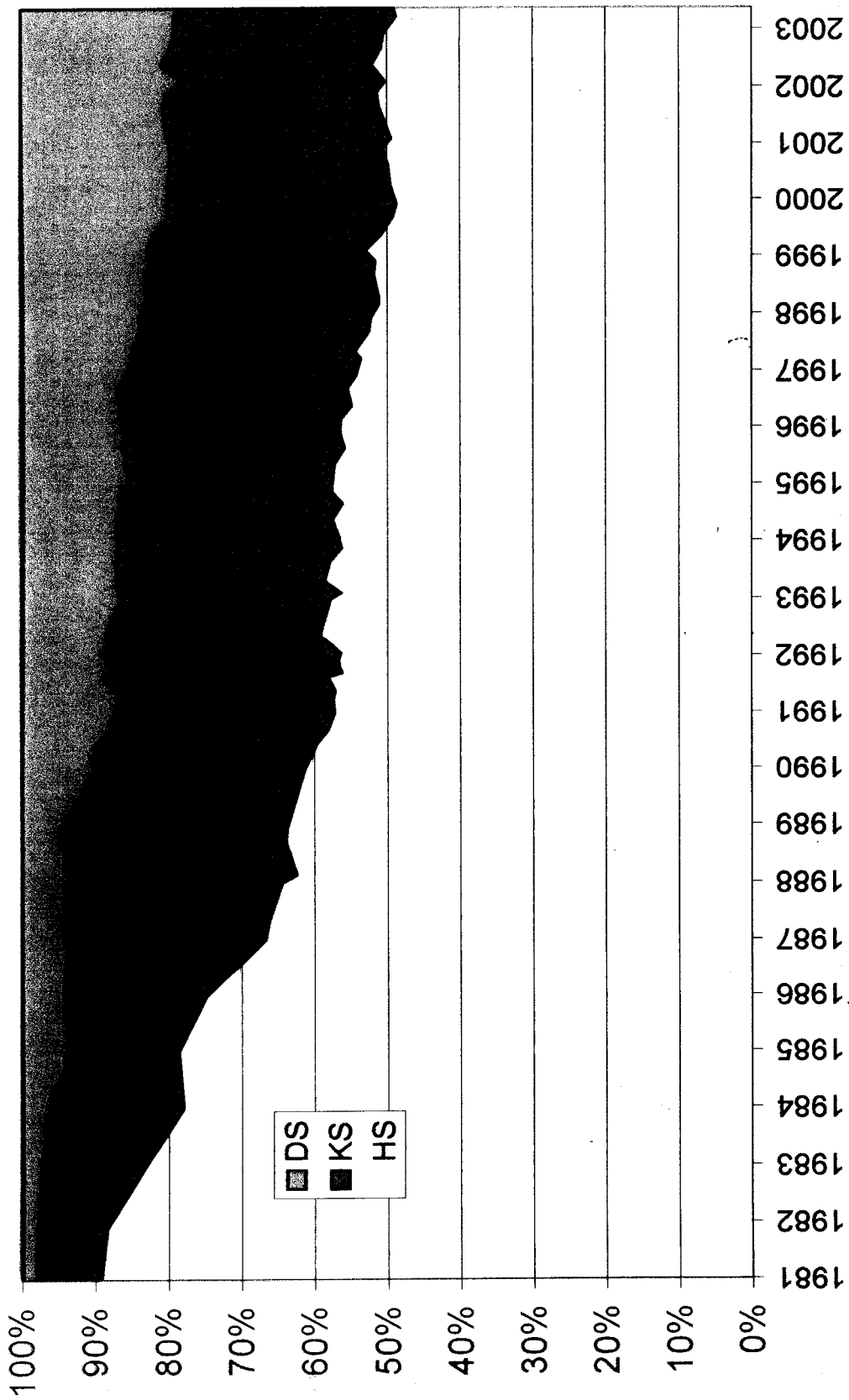
# Antalet dialyspat inom SLL



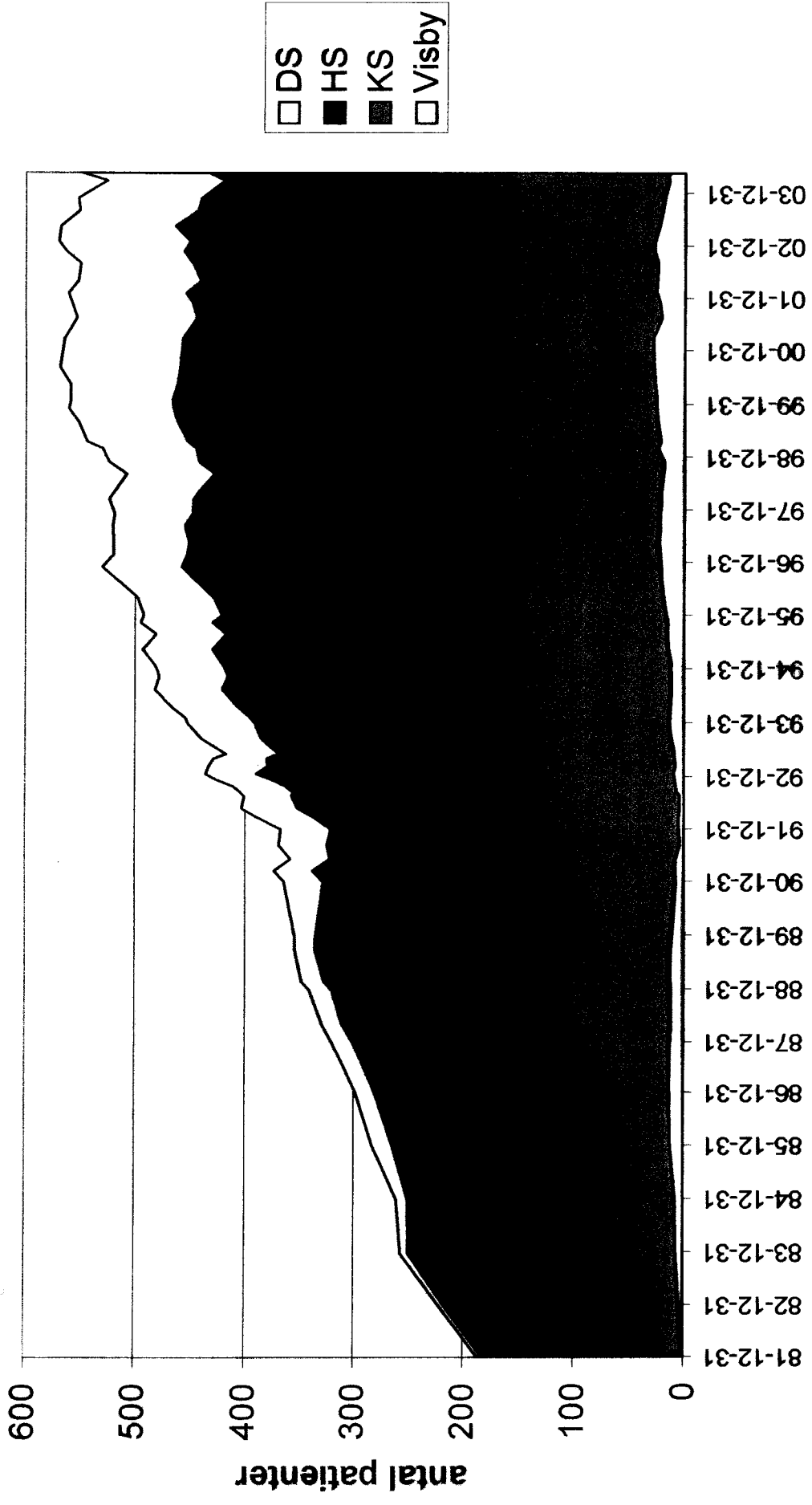
Elinder

SPESAK

# Fördelning av dialysvård inom SLL mellan HS, KS & DS



# Antalet dialyspatienter inom SLL & på Gotland



Elinder

SPESAK

# andel PD (%) av all dialys inom SLL & Gotland

