

Riktlinjer för dialysbehandling

Mål

Alla personer i dialys skall få individuellt anpassad behandling av god kvalitet som minimerar komplikationer och förhindrar för tidig död.

Krav peritonealdialys (PD):

1. Kateterinläggning skall ske i god tid före dialysstart.
2. Alla skall ha rätt att få individanpassad dialysbehandling med möjlighet till APD eller CAPD enligt behov och önskemål. Ekonomiska faktorer får ej styra val av metod eller material.
3. Alla dialyserande skall ha ett tillfredsställande hemoglobinvärde (Hb) och få den medicinering som krävs för att uppnå detta.
4. Den som har PD ska kunna nå ansvarig njurmedicinsk personal när som helst under dygnet.
5. Alla hjälpmedel och förbrukningsmateriel, inklusive leveranser, som behövs för behandlingen skall vara kostnadsfria för patienten. Detta gäller även den utrustning som krävs i samband med resor.
6. Vid PD ska kommunen alternativt sjukvårdshuvudmannen, utan kostnad för patienten, ombesörja omhändertagande av tomemballage och övrigt avfall.
7. Vid behov ska hemsjukvården i kommunen utbildas för att assistera patienten med PD-behandlingen.
8. Kontakt med sjukgymnast och dietist ska erbjudas och uppmuntras. Vid behov skall man få remiss till kurator.
9. Rutinmässigt skall hembesök göras hos patienten i samband med att PD-behandlingen påbörjas.

Krav hemodialys (HD):

1. Permanent tillgång till blodbanan (access) skall anläggas minst tre månader före dialysstart.
2. Antal dialysbehandlingar per vecka, behandlingstidens längd, material vid dialysbehandlingen och medicinteknisk säkerhet skall erbjudas patienten utifrån senaste forskning och medicinska rön i förhållande till individens behov och får ej styras av ekonomiska villkor.
3. Alla dialyserande skall ha ett tillfredsställande hemoglobinvärde (Hb) och få den medicinerings som krävs för att uppnå detta.
4. Återkommande huvudvärk, illamående, blodtrycksfall och trötthet under och efter dialys skall innebära en förändring av dialysregimen till dess att symptomen upphör.
5. Målsättningen skall vara att alla erbjuds flexibelt dialysschema anpassat efter individens behov i arbete, studier och fritid.
6. Patienten skall uppmuntras att ta aktiv del i sin dialys. Alla som vill, och har förutsättningar, skall ha möjlighet till självdialys på klinik eller i hemmet.
7. Patienten skall ha möjlighet till regelbundna samtal i enskildhet med sin dialysläkare.
8. Regelbunden kontakt med sjukgymnast och dietist ska erbjudas och uppmuntras. Måltider i samband med dialys ska ses som en del i behandlingen, vara sammansatt av dietist och kostnadsfria för patienten.
9. Kommunen skall bistå en person med hemhemodialys (Hem-HD) med assistent/handräckare.
10. Varje sjukvårdshuvudman skall kunna erbjuda utbildning inför Hem-HD.
11. Den som har Hem-HD ska kunna nå ansvarig njurmedicinsk personal när som helst under dygnet.
12. Alla resor till och från dialysavdelning skall vara kostnadsfria och anordnas så att tröttande tidspillen på grund av samåkning inte uppkommer. Den som dialyserar, och som vistas tillfälligt på annan adress än hemadressen, skall ha rätt till resor till och från sin dialysavdelning.

Bakgrund

Dialysbehandling bedrivs vid ett 70-tal kliniker i Sverige. Det sker en kontinuerlig utbyggnad av dialysverksamheten och ett viktigt mål är att reseavståndet till dialyskliniken ska vara så kort som det är möjligt att åstadkomma.

Medelåldern bland dialyserande ligger mellan 62 – 65 år. Mer än två tredjedelar av cirka 3 300 patienter har hemodialys (HD). Andelen patienter som väljer att sköta sin HD-behandling hemma har ökat något under de senaste åren och ligger för närvarande på cirka tre procent. Den årliga ökningen av nya dialyspatienter är tre till fem procent.

Ett allvarligt problem är den höga dödligheten bland dialyserande som uppgår till nära 30 procent årligen. Till viss del är den orsakad av att många äldre ingår i patientgruppen. Nya erfarenheter visar att man kan minska riskerna för komplikationer och för tidig död genom att förbättra dialyskvaliteten. Fler dialystillfällen per vecka är en ny erfarenhet som på sikt kan minska komplikationer och förlänga överlevnaden. Dialysverksamhet måste därför tillförsäkras ökade resurser så att den kan bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Peritonealdialys (PD)

Vid PD används bukhinnan (peritoneum) för att avlägsna slaggprodukter och överskottsvätska ur kroppen. Dialysvätska tappas från en plastpåse in i bukhålan via en tunn slang, så kallad PD-kateter (access). Dialysvätskan, som innehåller vatten, salter och socker, kommer i kontakt med bukhinnan som fungerar som dialysfilter. Slaggämnen och vatten kommer att passera genom bukhinnans fina blodkärl in i dialysvätskan som efter en tid töms ut.

PD-katetern opereras in i bukhålan under narkos eller lokalbedövning. Operationen bör ske i god tid, cirka två månader, innan patienten beräknas starta dialysbehandling.

Den som har PD-kateter ska få program för bukmuskelträning och lyftteknik för att undvika komplikationer i buken.

Det finns två former av PD

CAPD (kontinuerlig ambulatorisk peritonealdialys) innebär att man gör vätskebyten manuellt. Mängden vätska som tappas in och antalet påsbyten per dygn styrs av det individuella dialysbehovet. Metoden innebär att man har dialysvätska i buken under hela dygnet.

APD (automatisk peritonealdialys), ”nattmaskin”, innebär att en maskin byter dialysvätskan flera gånger under natten medan man sover. Även om man oftast behöver göra ett vätskebyte under dagen ger APD större frihet än vid CAPD.



Anders föredrar PD som ger möjlighet att röra sig fritt.

Eftersom dialysen pågår ständigt ligger nivån ”slaggämnen” på en jämn nivå vid PD och det är liten risk att man samlar på sig för mycket vätska. Med PD kan möjligen den resterande njurfunktionen bevaras längre än den gör med HD. Att ha kvar en viss urinproduktion innebär mindre inskränkning av dryck vilket har betydelse för livskvaliteten. Kaliumvärdena i blod ligger i allmänhet normalt. Detta gör att man har mindre restriktioner när det gäller mat och dryck vid PD än med HD.

Med PD har man aldrig dialysfria dagar som man kan ha vid HD och med manuell PD ska man byta påse fyra gånger om dagen vilket kräver god planering. Å andra sidan kan man sköta sitt arbete eftersom man inte är bunden till en speciell dialysplats. Det är även lättare att resa inom och utom landet eftersom det går att få påsar till de hotell eller andra vistelseplatser man besöker. Detta gäller även utomlands.

Med PD skjuter man upp tidpunkten för eventuell anläggning av kärldaccess. På så sätt kan blodkärnen sparas längre. Vidare skapar PD mindre tendens till blodbrist. Bukhinnan klarar dock inte dialysen för mer än i genomsnitt några år. Den fungerar bäst om man fortfarande har urinproduktion och om denna upphör kan det för många bli nödvändigt att gå över till HD. Risken för peritonit, (bukhinneinflammation) vid PD ska vägas mot risken för sepsis (blodförgiftning) vid HD.

Vem kan inte ha PD?

PD bör vara den första behandlingsformen för de flesta patienter förutsatt att det inte finns medicinska kontraindikationer eller andra skäl som talar emot. En kontraindikation är till exempel aktiv inflammatorisk tarmsjukdom eftersom den innebär en ökad risk för inflammationer i den känsliga bukhinnan. Bråck är en annan kontraindikation som emellertid kan åtgärdas med en operation i samband med att PD-katetern sätts in. För storvuxna personer kan det vara svårt att få tillräcklig dialyseffekt. Andra mer ovanliga kontraindikationer finns också.

Kontakt med läkare/sjuksköterska.

Den som tar ansvar och sköter sin behandling själv ska kunna känna sig säker på att per telefon kunna nå njurmedicinläkare dygnet runt. Kontakt med PD-sköterska kan vara tillräcklig i många fall.

Då PD ska påbörjas ska patienten få kontakt med en specialutbildad sjuksköterska som ansvarar för utbildning, träning och uppföljning. Patienten ska gå på regelbundna kontroller hos njurmedicinläkare. Om patienten så önskar ska närstående få vara med. Vid behov ska man kunna träffa en kurator. Hembesök av PD-sköterskan bör ske för att få hjälp med att anpassa bostaden för behandlingen. Vissa delar av utbildningen kan även förläggas till hemmet.

Kost och motion

Fysisk träning som förbättrar konditionen och ökar muskelstyrkan är mycket viktig för dialyspatienter, liksom rätt kost. Alla dialyserande ska uppmanas att ha kontakt med både sjukgymnast och dietist.

Handräckare

Ensamma och personer med speciella behov, som väljer PD och bedöms klara av behandlingen ska kunna få assistans genom kommunens försorg. Hög ålder eller funktionshinder får i sig inte utgöra hinder för PD. Det finns till exempel gravt synskadade som klarar PD utan problem.

Hemodialys, HD

Kärlaccess – tillgång till blodbanan.

Vid hemodialys, HD, renas blodet med hjälp av ett dialysfilter som är kopplat till blodbanan. Man behöver då tillgång till denna genom en kärlaccess. Det är nödvändigt med tillgång till ett stort och bra blodkärl. Eftersom de vanliga blodådrorna inte är kraftiga nog så kopplas oftast en artär och en ven samman vid ena handleden till en så kallad AV-fistel (artero-venös fistel).

Vid dialysbehandlingen sticks vanligtvis två nålar in i det grova blodkärl som bildats genom AV-fisteln. Blodet leds via den ena nålen till dialysfiltret där det renas. Därefter leds blodet tillbaka in i kroppen via den andra nålen. När en AV-fistel inte är användbar eller möjligt att anlägga kan en konstgjord kärlaccess (graft) användas.

En annan möjlighet är att en central dialyskateter, CDK, anläggs i en ven (oftast på halsen) och används som kärlaccess. Denna typ av kärlaccess används när det av medicinska skäl är svårt att anlägga en AV-fistel, då dialysstart sker akut och då man inte hunnit anlägga en AV-fistel i tid på grund av resursbrist. En CDK bör oftast ses som en tillfällig lösning på grund av den ökade infektionsrisken. Målet skall vara att patienten har en välfungerande AV-fistel vid dialysstart om det finns medicinska förutsättningar.

AV-fisteln bör anläggas cirka tre månader i förväg så att den hinner mogna, det vill säga att venerna i armen hinner bli grova och tjockväggiga och användbara för dialys. Det är välkänt att patienten besparas mycket lidande och att vården slipper merkostnader för ytterligare operationer när fisteln anläggs av en kirurg med vana vid denna operation.

För att en fistel ska fungera väl behöver den njursjuka instruktioner om hur fistelarmen ska skötas. Man får till exempel inte ta blodtryck, blodprov eller ge injektioner i fistelarmen.



*Pågående dialys
via AV-fistel.*

Sjukgymnastik

När AV-fisteln har opererats ska sjukgymnasten ge tydliga direktiv om när det är lämpligt att börja muskelträna. Patienten ska få information hur mycket man kan arbeta och träna utan att skada fisteln. Målet ska vara att bygga upp muskelstyrkan

Riktlinjer för individanpassad hemodialysbehandling:

Dialysbehandlingen ska vara individanpassad och ge patienten så hög livskvalitet

VAD GÖR DIN MAMMA ?

ÄSCH, HON LÄSER...



som möjligt med minimerad risk för akuta eller långsiktiga komplikationer. Detta uppnås bland annat med rätt medicinering, tillskott av viktiga näringsämnen, optimal dialys och med individanpassat dialysfilter (biokompatibelt).

Den kunskap man har idag om värdet av täta dialystillfällen, mer än tre gånger per vecka, bör delges patienterna som sedan själva väljer dialysfrekvens.

För att minimera riskerna för senkomplikationer skall alla dialyserande ha rätt till dialysbehandling minst tre gånger per vecka. Varje dialysenhet skall ha resurser att kunna erbjuda daglig dialysbehandling till de patienter som önskar och behöver detta. I de fall patienten bedöms ha tillräcklig restfunktion kan två dialystillfällen per vecka accepteras under en kort period.

En väl sammansatt och näringsriktig kost skall vara en del av den medicinska behandlingen. Därför skall näringsriktiga måltider alltid erbjudas i samband med dialysen.

Alla dialyserande skall erbjudas en bedömning av sjukgymnast om behov av fysisk träning som ökar muskelstyrka och kondition. Sjukgymnasten skall ge förslag till individuella träningsprogram.

Flexibilitet när det gäller val av tider för dialys bör erbjudas så långt det är möjligt. Detta är viktigt för att patienten ska kunna upprätthålla sitt yrkesliv, sina studier och sitt sociala liv.

Läkaren ska informera om medicinering, vad medicinen är bra för, när den ska tas och vilka de vanligaste biverkningarna är.

Självdialys på klinik

Dialyspatienter bör uppmuntras till att efter förmåga och egen vilja ta ansvar för sin behandling. Den som sköter sin dialys själv har större möjligheter att kunna öka antal dialystillfällen med de medicinska fördelar som det innebär. Fler så kallade självdialyskliniker bör därför inrättas i landet. Om man sticker sig själv håller kärlen bättre och om man sköter maskinen själv lär man sig att anpassa behandlingen till individuellt behov. En utbyggd självdialysverksamhet gör det möjligt att dialysera oftare och närmare patientens hemort.

Hemhemodialys (HHD)

Om det finns individuella förutsättningar är hem-HD ett bra sätt att uppnå individanpassad dialys. Hem-HD skapar möjlighet till daglig dialys, ökad frihet, minskat behov av sluten sjukhusvård och bruk av läkemedel, bland annat blodtrycksmedicin. Detta ger sammantaget en högre livskvalitet.

För närvarande finns få sjukhus med speciell organisation för hem-HD. Verksamheten bör utvecklas så att fler sjukhus inrättar sådana enheter. Många dialyserande kan sköta sin behandling helt utan assistans. Den som väljer att dialysera

utan assistans ska ha ett larm inkopplat som en extra trygghet. Alla som väljer hem-HD skall ha möjlighet att få en assistent eller handräckare som tränas under en del av utbildningen. Dessa kan antingen vara en kommunalt anställd person eller närstående. Den som har hem-HD skall när som helst under dygnet kunna nå en njurmedicinläkare.

Miljö på dialysavdelning

En trivsam miljö är viktig för både patienter och personal på en dialysavdelning. Ljud, ljus och temperatur ska anpassas efter patienternas behov och det ska finnas tillgång till telefon, radio, TV och video. För den som önskar ska arbetsterapeut ge stöd för olika former av sysselsättning under dialysen. Psykosociala aspekter ska beaktas och personalen ska vara lyhörd för hur patienter trivs tillsammans. Åldersaspekter bör beaktas. God hygien skall vara en självklarhet och patienterna skall vara väl skyddade mot smittspridning. Avstånden mellan dialysplatserna ska vara väl tilltagna, bland annat för att skydda patienternas integritet. Dialyserande skall ha tillgång till omklädningsrum med skilda utrymmen för män och kvinnor. Tillgång ska finnas till dusch.

Dialys på entreprenad

Då sjukvårdshuvudmannen valt att lägga ut sin dialysverksamhet på entreprenad har detta oftast föregåtts av en offentlig upphandling. Det är i dessa sammanhang väsentligt att det finns en tydlig kravspecifikation som utgår från patienternas behov av god omvårdnad och kontinuitet. Samråd bör alltid ske med den regionala njurföreningen. För att tillgodose patienternas behov av trygghet i samband med byte av entreprenör bör sjukvårdshuvudmannen tillhandahålla dialyslokaler.

Enskilt samtal

I anslutning till dialysen måste det skapas möjligheter för patienten till regelbundna enskilda samtal i ostörd miljö med sin läkare eller andra personer i vårdteamet.

Besök

Patienter är individer med olika behov. Där en kräver integritet och avskildhet under dialysen vill en annan ha sina närmaste omkring sig. Andra vill att besök av utomstående ska begränsas. Föräldrar vill ofta att barnen ska få tillfälle att se hur dialys går till. Uppstår intressekonflikter måste vårdpersonalen skapa rutiner och sätta gränser.