

Njurvårdsrapport 2020

Regionala skillnader och njursjukas rätt till
mesta möjliga frihet



Njurförbundet

Begrepp och förkortningar

NEB

Njurersättande behandling (synonymt med aktiv uremivård, AUV)

CKD

Kronisk njursjukdom

HD

Bloddialys

HHD

Hemhemodialys, bloddialys som utförs självständigt i hemmet eller med stöd av närstående alternativt med annan person.

PD

Peritonealdialys, bukhinnedialys som utförs självständigt i bostaden eller som assisterad PD med stöd av vårdpersonal.

SHD

Självhemodialys, bloddialys som utförs helt självständigt vid en dialysmottagning utan stöd av sjukvårdspersonal.

SHDLC

Självhemodialys på mottagning med visst stöd av sjukvårdspersonal.

HRQoL – Hälsorelaterad livskvalitet

AV-fistel/graft – Arteriovenös fistel, en artär och ven sammankopplas vid en operation för att uppnå ett högt blodflöde, alternativ för access till blodbanan vid dialys.

CDK – Central dialyskateter, alternativ för att få access till blodbanan.

Innehåll

Förord	4
Kapitel 1 – Kronisk njursjukdom	6
Kapitel 2 – Behandling vid kronisk njursjukdom	12
Kapitel 3 – Stora regionala skillnader inom njurvården	26
Kapitel 4 – Vinster med egenvård vid dialys	46
Slutsats	52

Förord

Det kallas den tysta sjukdomen. När njurarnas funktion börjar svikta syns det inte utanpå. Symtomen kommer smygande, och det kan ta lång tid innan det märks. Samtidigt påverkar kronisk njursjukdom i allra högsta grad vår livskvalitet. Då kroppens reningsverk sätts ur spel samlas slaggprodukter och gifter i kroppen och vi drabbas av extrem trötthet, högt blodtryck, blodbrist och illamående. På sikt är det ett livshotande tillstånd, som kräver livsuppehållande njurersättande behandling.

I dag är vi 10 000 personer i Sverige som lever med njurersättande behandling (NEB) i form av dialys eller en transplanterad njure. De flesta av oss har bra liv, tack vare god vård. Många som har fått en ny njure tycker att livet återgår till det normala, och känner sig friska. En njurtransplantation är dock inte möjligt för alla.

För fyra av fem dialyspatienter är det av olika skäl inte ett alternativ. Dialysbehandlingen har utvecklats över tid. Positivt är att den numera finns tillgänglig för alla som behöver, och den har blivit skonsammare vilket gör att vi lever längre. Det är ett steg mot Njurförbundets vision – att alla med njursjukdom ska kunna leva ett rikt och långt liv.

Men förutsättningarna för ett så rikt liv som möjligt, med mesta möjliga frihet, skiljer sig åt beroende på var i landet vi bor. Det framkommer i denna rapport som bygger på data från Svenskt Njurregister (SNR), ett kvalitetsregister för personer med kronisk njursjukdom i Sverige, drivet av Svensk Njurmedicinsk Förening och Svensk Transplantationsförening. Syftet med registret är att följa patienter med kronisk njursjukdom, dialysbehandling och transplanterad njure.

Tack vare den personal vid klinikerna som kontinuerligt rapporterar data, och alla patienter som givit sitt medgivande, har registret hög täckningsgrad och är ett viktigt instrument för att säkerställa att riktlinjer för omhändertagande och behandling av dessa patienter följs i möjligaste mån. Här presenteras siffror över antal personer med njursjukdom, olika behandlingsformer, resultat och variationer över landet.

I denna rapport har vi satt fokus på regionala skillnader gällande njurersättande behandling. En betydande skillnad som särskilt uppmärksammas

är möjligheten till egenvård vid dialys, det vill säga att självständigt sköta sin behandling – i hemmet eller på en mottagning. För de som kan sköta sin dialys själva innebär det större frihet, större möjlighet att vara yrkesverksam och en behandling som bidrar till mindre sjuklighet och längre liv.

Trots att egenvård minskar kostnaden för hälso- och sjukvården är denna behandlingsform underutnyttjad i stora delar av landet.

Håkan Hedman
Förbundsordförande, Njurförbundet



1. Kronisk njursjukdom

Kronisk njursjukdom är ett allvarligt tillstånd och en stor riskfaktor för bland annat utveckling av hjärt-kärlsjukdom. Njursvikt är ofta behandlingsbar om den upptäcks i tid, men de flesta är omedvetna om sin sjukdom eftersom de i tidigt stadium inte har några märkbara symtom. Det finns med andra ord ett stort mörkertal och så många som var tionde person eller omkring en miljon människor i Sverige beräknas ha nedsatt njurfunktion.

Av dem är det någon procent som drabbas så svårt att njurarna helt upphör att fungera. De behöver få sitt blod renat genom dialys eller få en transplantation genomförd med en njure från en donator. Varje år drabbas cirka 1 100 personer i Sverige av njursvikt som kräver sådan behandling. Drygt 4 000 personer har dialys och cirka 6 000 lever med en transplanterad njure.

Bakomliggande orsaker till njursjukdom

Njurarna kan drabbas av ett stort antal olika sjukdomar som kan delas in i kirurgiska och medicinska. Vanliga kirurgiska njursjukdomar är njursten och njurcancer – tillstånd som kan gå att operera och bota. Vanliga medicinska njursjukdomar är till exempel diabetisk njursjukdom, njurinflammation och cystnjurar.

De medicinska njursjukdomarna kan indelas i primära och sekundära. Primära medicinska njursjukdomar drabbar framför allt njurarna, inte resten av kroppen. Exempel är njurinflammationer och cystnjurar. Sekundära medicinska njursjukdomar, till exempel diabetes eller högt blod-

tryck, innebär att njurarna påverkas av en sjukdom som drabbar flera av kroppens organ.

Orsakerna till njursvikt fördelar sig enligt figur 1 räknat på de personer som stadigvarande har njurersättande behandling. Njurinflammation är den vanligaste orsaken i den här gruppen.

Om man däremot räknar alla som startar första gången i NEB är diabetes vanligaste orsaken. Det har sett ungefär likadant ut de senaste tio åren. Men utvecklingen går mot att diabetes, framför allt typ 1, minskar som orsak i Sverige på grund av utmärkt diabetesvård.

I dag lever 10 000 personer i Sverige med njurersättande behandling (NEB) i form av dialys eller en transplanterad njure.

Njurinflammation (glomerulonefrit)
Njurarnas blodkärl inflammeras på grund av förändrat immunförsvar. Det kan vara svårt att ställa en diagnos tidigt eftersom det inte uppstår symtom.

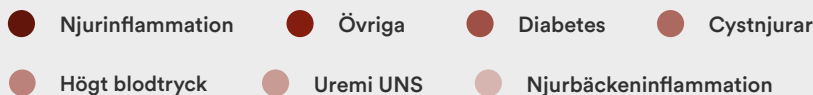
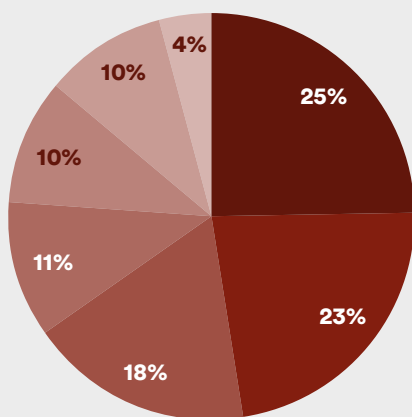
Diabetes är en sjukdom där förhöjda blodsockernivåer på sikt kan påverka de små blodkärlen i njurarna och därmed försämra njurfunktionen.

Cystnjurar (polycystisk njursjukdom) är en ärftlig åkomma där njurvävnaden omvandlas av blåsbildningar (cystor). I takt med att cystorna växer hindrar de den normala njurfunktionen.

Högt blodtryck (hypertoni) skadar på sikt bland annat njurens blodkärl och minskar blodflödet i njurarna.

Uremi UNS är njursvikt utan specificerad orsak, alltså oklar eller svårbedömd orsak.

Njurbäckeninflammation (pyelonefrit) är en infektion i njuren, orsakad av till exempel missbildning i urinvägarna, som om den upprepas kan ge ärrbildning och bli kronisk.



Figur 1: Sjukdom som orsakar njursvikt

Samtliga patienter i njurersättande behandling i procent 2018.

Personer med njursjukdom har lägre livskvalitet

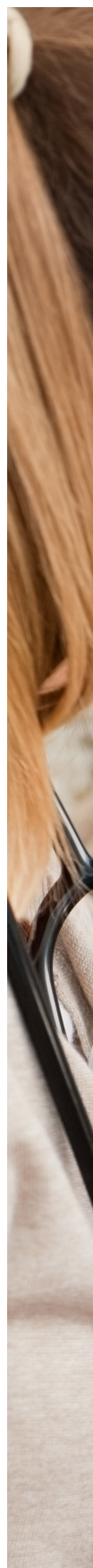
Sedan en tid finns ett nytt instrument för att mäta så kallad hälsorelaterad livskvalitet (HRQoL). Genom enkäter får patienter frågor om välbefinnande och funktion. Svaren fångar hur patienter skattar sin allmänna hälsa och vitalitet. Såväl fysisk hälsa som förmåga att klara saker på egen hand, grad av handikapp och smärta samt mental hälsa som begränsningar i arbete, på fritiden eller kopplat till familj.

Svenskt Njurregister (SNR) har sedan 2018 tagit med resultatet av mätningarna i rapporten. Av dem framkommer att patienterna med kronisk njursjukdom och som behandlas med NEB i enkäten

har skattat sin hälsa lägre jämfört med befolkningen i övrigt. Detta framför allt gällande fysiska funktioner och begränsningar samt skattning av den allmänna hälsan.

Kort sagt – att vara njursjuk innebär en särskild påfrestning. Därför är det av största vikt att personer med njursjukdom genom god kvalitet i vården ges samma möjlighet som andra att leva ett fullgott liv i den utsträckning det är möjligt.

”
Patienterna med kronisk njursjukdom och som behandlas med njurersättande behandling (NEB) skattar sin hälsa lägre jämfört med befolkningen i övrigt.





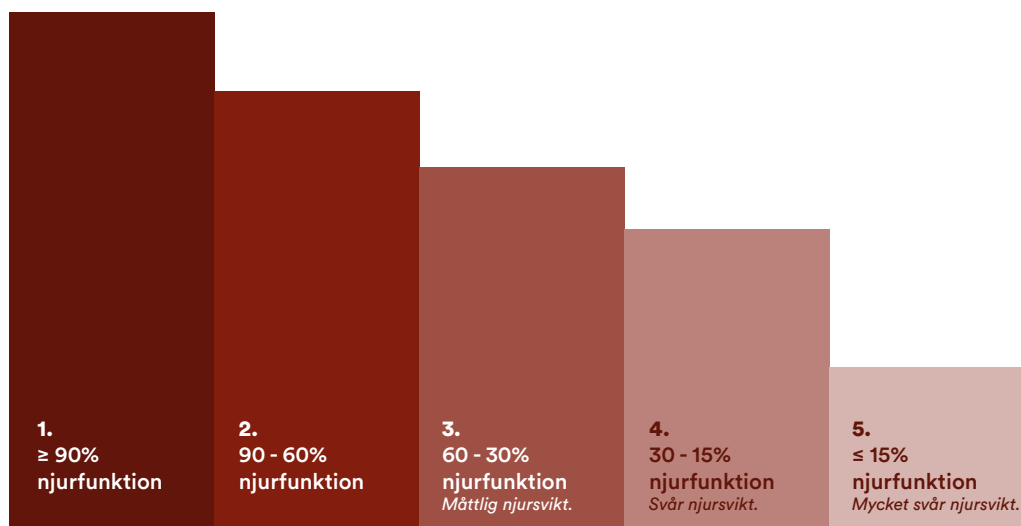




2. Behandling vid kronisk njursjukdom

Njurarna är ”tysta organ” och man brukar inte märka eller känna något om njurarna börjar svikta. Försämringstakten är olika från individ till individ.

Njursvikt delas in i fem stadier beroende på hur mycket njurfunktionen är nedsatt.



Figur 2: De fem stadierna av njursvikt

Stadium 1–2

I stadium 1-2 är njurfunktionen lätt nedsatt och man har oftast inga symtom.

Stadium 3

Vid måttlig njursvikt är ofta även blodtrycket förhöjt.

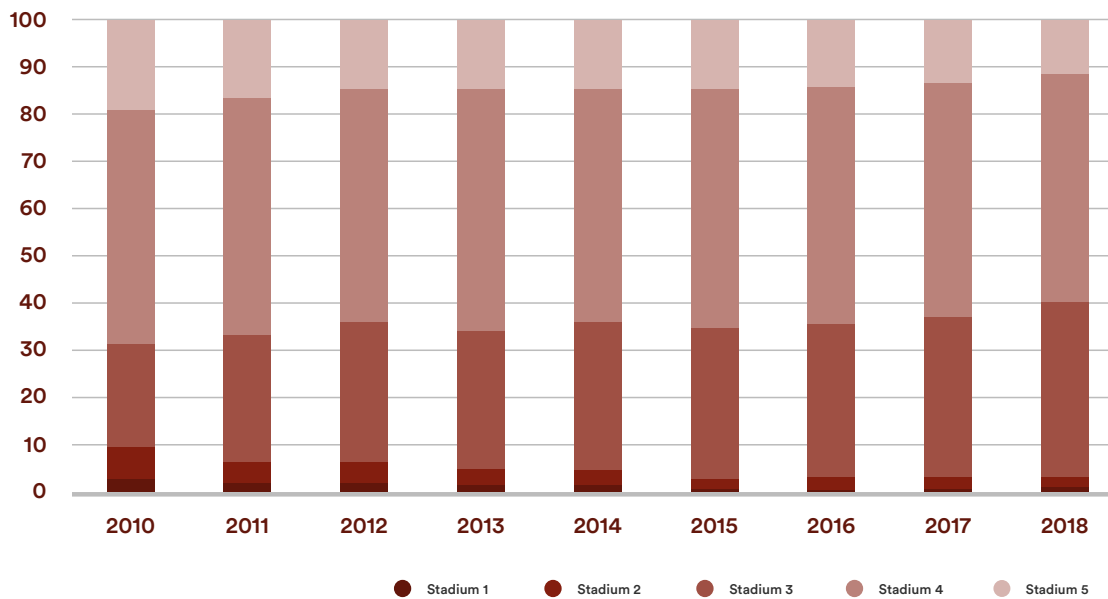
Stadium 4-5

Först i stadium 4–5 får man vanligen symtom. Här behövs ytterligare mediciner för att justera den obalans som kroppen drabbas av vid svårare njurfunktion. När endast 5–10 procent av njurfunktionen återstår brukar behandling med dialys eller transplantation inledas.

Behandling i tidiga stadier

Oftast går det inte att få tillbaka förlorad njurfunktion. Vid kronisk njursjukdom i stadium 1–4 gäller det att försöka bevara den njurfunktion man har kvar. För att bromsa utvecklingen av njursvikt bör man bland annat ha god kontroll på aktuella mediciner enligt ordination, undvika rökning, undvika högt blodtryck, äta en hälsosam kost som minskar risk för diabetes, höga blodfetter och övervikt.

I stadium 3 är det viktigt med tidigt insatt behandling i form av blodtrycks-sänkande mediciner och eventuellt mediciner för kalk/fosfatbalans. Målet med behandlingen är att bromsa



Figur 3: Andel patienter per njursviktsstadium av registrerade patienter i SNR 2010–2018

försämringen av njurfunktionen och att minska risken för hjärt-kärlsjukdom och andra komplikationer. De flesta patienter kända på njurmottagningar befinner sig i stadium 4, men det finns en trend att fler patienter numera även befinner sig i stadium 3, vilket ses i figur 3. Många patienter i tidigare stadier behandlas dock i primärvården, och finns inte med i registret.

Under år 2018 registrerades besök av 16 657 patienter i njurmedicinsk öppenvård. Av dessa var 14 122 personer med kronisk njursjukdom och resten njurtransplanterade. Trots att registret har hög täckningsgrad med 46 av 47 kliniker som deltagit finns många

patienter inte med då de behandlas på allmänmedicinsk mottagning eller i primärvården. Inte heller samtliga njurtransplanterades besök hos specialist finns registrerade här.

Mot bakgrund av att vi lever allt längre och med fler kroniska sjukdomar förväntas andelen njursjuka att stiga fortsatt, vilket ställer allt högre krav på hälso- och sjukvården.

Njurersättande behandlingar

I stadium 5, när njurfunktionen försämrats så pass att mindre än fem procent återstår brukar njurersättande behandling (NEB) med dialys eller transplantation inledas.

Dialys- och transplantationsbehandling vid kronisk njursvikt etablerades på 60-talet och har alltsedan dess utvecklats och förfinats. Från att ha varit tillgänglig enbart för enstaka patienter kan behandling nu erbjudas alla patienter som bedöms ha nytta av den. Njurarna är livsviktiga organ, så när mindre än 5 procent av njurfunktionen återstår överlever man inte utan behandling med dialys eller transplantation.

Dialys

Dialys innebär att blodet på konstgjord väg, befrias från sitt överskott av slaggprodukter, salter och vätska. Behandlingen förekommer i två huvudformer; hemodialys (bloddialys) och peritonealdialys (bukhinnedialys).

Bloddialys (HD)

Drygt tre fjärdedelar av alla som har dialys har bloddialys. Det innebär att blodet renas utanför kroppen genom ett filter i en dialysmaskin. På så vis filtrerar man bort de slaggprodukter som njurarna normalt avlägsnar från blodet. Vid bloddialys tar man även bort eventuellt överskott av vätska. Behandlingen utförs oftast på en dialysmottagning, vanligen tre gånger per vecka, med hjälp av sjukvårdspersonal. Varje dialysbehandlingstillfälle tar ca 4–5 timmar. Av alla dialyspatienter har 70 procent bloddialys på mottagning, varav en liten del sköter vissa moment i behandlingen på egen hand.

Mot bakgrund av att vi lever allt längre och med fler kroniska sjukdomar förväntas andelen njursjuka att stiga fortsatt, vilket ställer allt högre krav på hälso- och sjukvården.

Självhemodialys (SHD)

Bloddialys som utförs helt självständigt vid en dialysmottagning utan stöd av sjukvårdspersonal. I vissa fall kan patienten ha tillgång till lokalerna utanför ordinarie arbetstid.

Idag har knappt 6 procent av alla blod-dialyspatienter självhemodialys vid en dialysmottagning.

Hemhemodialys (HHD)

Bloddialys som utförs självständigt i hemmet eller med stöd av närstående alternativt med annan person.

Patienten får lära sig sköta en dialysapparat som är anpassad till att användas i hemmet. Andelen blod-dialyspatienter som har hemhemodialys är cirka 4 procent.

Peritonealdialys (PD)

PD innebär att bukhinnan (peritoneum) fungerar som ett dialysmembran. Via en kateter fylls buken med dialysvätska som samlar upp slaggprodukter och överskottsvätska och sedan töms.

Behandlingen är mobil och sköts i hemmet eller på den plats där personen befinner sig.

PD kan antingen utföras manuellt 4–5 gånger under dagtid, alternativt med en maskin som under nattetid automatiskt fyller och tömmer dialysvätskan, så kallad maskin-PD, eller automatisk PD (APD). I de fall en person inte själv kan sköta sin dialys kan möjlighet till assisterad PD finnas. Det innebär att behandlingen sköts av särskilt utbildad personal. Knappt en fjärdedel av alla personer som har dialys har PD.

Andelen har varit stabil kring 20–25 procent sedan 1990-talet, men har de senaste åren sjunkit och andelen var 22 procent 2018.

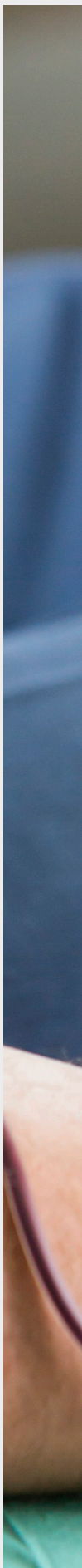
Njurtransplantation

Njurtransplantation innebär att en frisk njure från en donator opereras in hos en person vars njurfunktion har upphört. Omkring en tredjedel av alla njurtransplantationer sker med en njure från levande donator och två tredjedelar med njure från en avliden donator.

Antalet njursjuka som behöver bli transplanterade ökar samtidigt som tillgången på njurar från avlidna är för liten. Transplantation är dock inte alltid en slutgiltig lösning och det kan tillstå komplikationer.

Årligen förlorar cirka 2 procent sina transplantat. Antalet förlorade transplantat 2018 var 124, vilket var i nivå med tidigare år. Någon tendens till ökning av detta antal har inte kunnat konstateras trots att det totala antalet patienter med fungerande njurtransplantat ökar från år till år.

Patienter som förlorar transplantatfunktionen får påbörja eller återgå i dialys. Cirka 6 000 personer lever med en transplanterad njure.





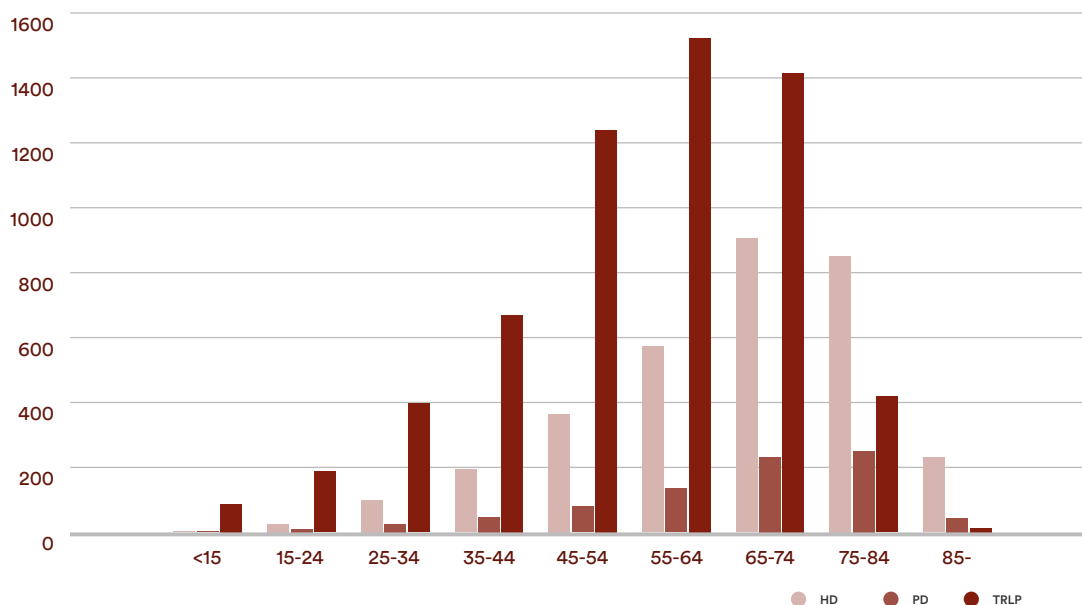
Fördelning av patienter i dialys respektive transplantation

Vid utgången av 2018 behandlades 10 025 patienter i NEB i Sverige, alltså cirka 0,1 procent av befolkningen. I tabell 1 presenteras data på länsnivå där man kan se hur många som behandlas i NEB uppdelat på dialys och transplantation.

Det har länge funnits en ojämn könsfördelning av patienter i NEB, vid utgången av 2018 var 65 procent män och 35 procent kvinnor. Medelåldern för patienter i NEB ökar fortfarande för båda könen, och är något högre för män än för kvinnor; 60,54 år för

männen och 59,12 år för kvinnorna. Kronisk njursvikt är en åldersrelaterad sjukdom och bland behandlingsformer dominerar transplantation i alla grupper under 75 år, medan det för äldre personer är vanligast med bloddialys.

Numera finns det dock en betydande andel äldre som levt länge med sina transplanterade eller som blir transplanterade i hög ålder. År 2018 levde 432 personer över 75 år med ett fungerande njurtransplantat. I figur 4 ses antal patienter i njurersättande behandling fördelat på behandlingsform och ålder.



Figur 4: Antal patienter i njurersättande behandling

Fördelat på behandlingsform och ålder 2018

Bostadslän	HD & PD	TRPL	Total
Blekinge län	73	93	166
Dalarnas län	142	194	226
Gotlands län	34	38	72
Gävleborgs län	117	206	323
Hallands län	125	170	295
Jämtlands län	60	80	140
Jönköpings län	151	226	337
Kalmar län	136	157	293
Kronobergs län	75	112	187
Norrbottnens län	110	140	250
Skåne län	630	755	1385
Stockholms län	667	1214	1881
Södermanlands län	113	203	316
Uppsala län	116	206	322
Värmlands län	150	197	347
Västerbottens län	101	159	260
Västernorrlands län	138	188	326
Västmanlands län	121	178	299
Västra Götalands län	684	990	1674
Örebro län	136	213	349
Östergötlands län	195	232	427
Sverige	4074	5951	10025

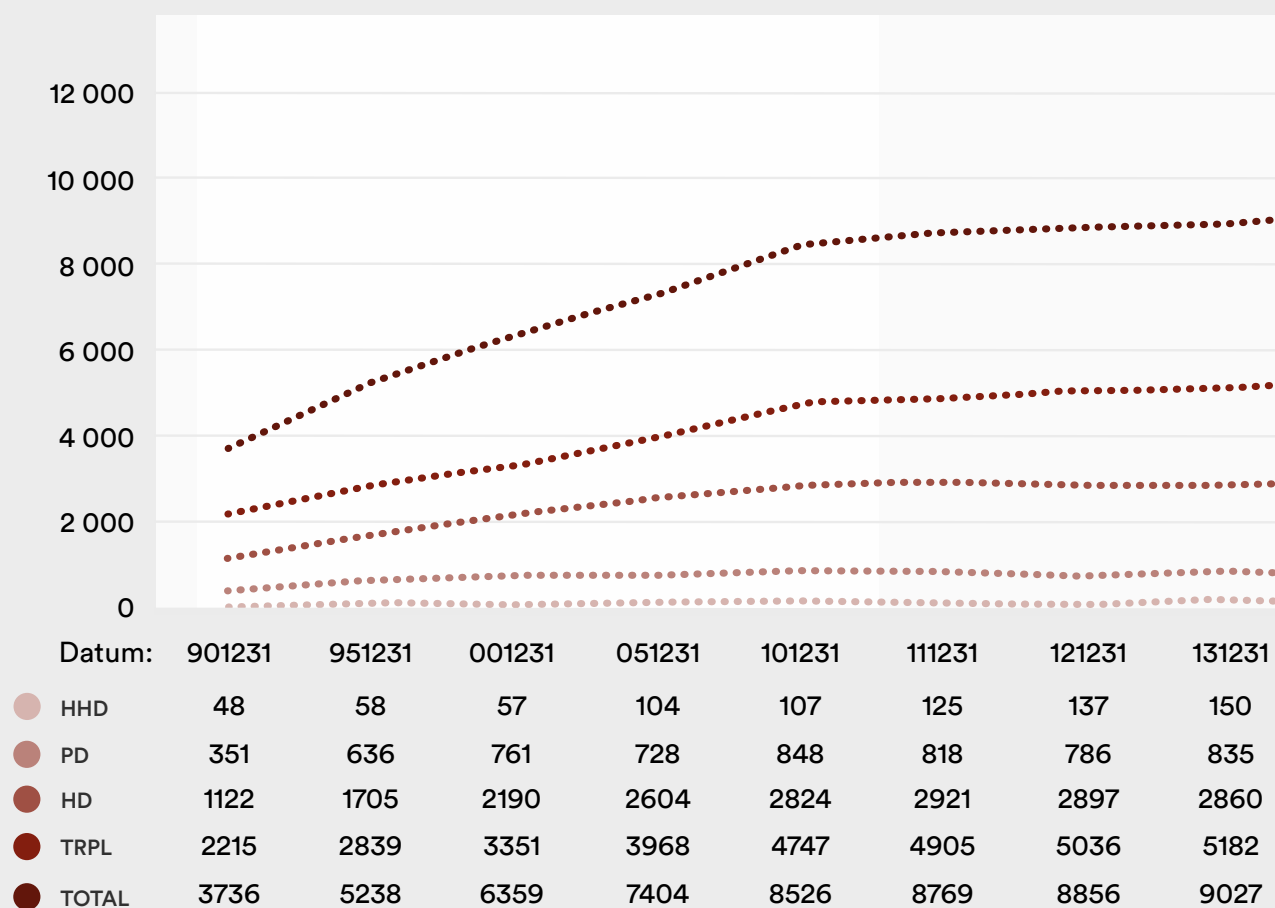
Tabell 1: Antal patienter i njurersättande behandling

Länsvís 2018

Njurersättande behandlingens utveckling över tid

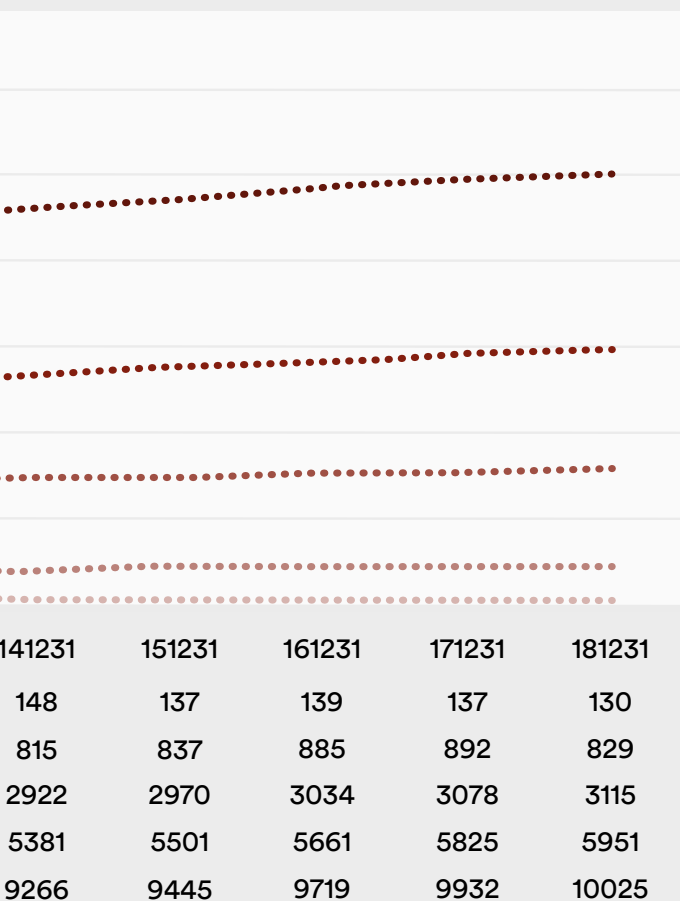
Den största expansionen av NEB skedde på 90-talet i takt med att dialysresurser utökades, och vi ser numera endast en diskret årlig ökning av antalet patienter. Under 2018 var tillväxten 0,94 procent. Det innebär dock fortfarande att antalet dialyspatienter har ökat med 42 procent bara under 2000-talet, medan de transplanterade har ökat med 82 procent under samma tid. Antal dialyspatienter stiger i takt med

befolkningsökningen, medan antal transplanterade också stiger räknat per miljon invånare, det vill säga andelen ökar. De transplanterade utgör majoriteten av patienterna i NEB. Under 2018 ökade gruppen med 126 till 5 951 personer och utgör därmed 59 procent av hela behandlingsgruppen, vilket ses i figur 5. Det årliga antalet njurtransplantationer fortsätter med en positiv trend.



Under 2018 genomfördes 435 njurtransplantationer, 142 från levande donatorer och 293 från avlidna donatorer. Man ser en positiv utveckling vad gäller antalet avlidna donatorer. I figur 5 ses även att år 2018 var det 3 245 personer som behandlades med bloddialys, varav 130 skötte sin behandling i hemmet. Vid årsskiftet 2018 var antalet personer i peritonealdialys 829, vilket innebar ett lägre

antal jämfört med året före då vi såg den högsta siffran som någonsin uppnåtts. Totalt sett har gruppen dialysbehandlade minskat med 33 personer till 4 074. År 2018 var det totala antalet nyupptagna patienter i NEB 1 084. Av dessa transplanterades 79 personer, 349 personer startade i PD och 659 personer startade i HD.



Figur 5: Antal patienter i njurersättande behandling

Mellan årtalen 1991 - 2018

Långtidsöverlevnaden ökar och dödlighet minskar

Överlevnad, eller dess motsats dödlighet, har varit och förblir ett av de viktigaste resultatmått för njurvården.

Överlevnaden i NEB har förbättrats påtagligt och övertygande under den senaste 25-årsperioden. Tabell 2 visar 5-årsöverlevnad från 1992 till 2016 i olika perioder och anger överlevnaden hos patienter som startat NEB i hela landet. Överlevnaden har förbättrats med totalt 36,1 procent. Under det senaste decenniet finns det inte heller några säkerställda skillnader mellan landets vårdgivare.

När det gäller dödligheten för patienter i NEB har denna sjunkit från 13,8 procent år 1991 till 9,6 procent år 2018. Denna förbättring kan till del tillskrivas en

ökande andel transplanterade, men framför allt en förbättrad överlevnad i den dialysbehandlade gruppen.

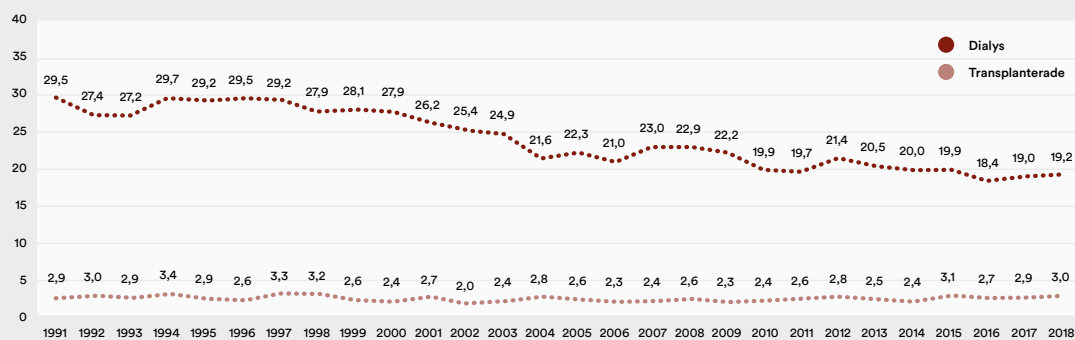
För transplanterade har dödligheten varierat mellan 3,4 och 2,0 procent medan den hos dialysbehandlade under samma tid har sjunkit från knappt 30 procent till knappt 20 procent.

I figur 6 ses 2018 års dödlighetstal som är 3,0 procent för transplanterade respektive 19,2 procent för dialysbehandlade, vilket befäster den förbättrade överlevnaden hos personer i dialys. Detta är bland annat en följd av att den medicinska utvecklingen gått framåt, vilket resulterat i en effektivare och mer skonsam dialysbehandling.

Startperiod	Antal	5-årsöverlevnad (95% KI)
1992-1996	4444	39,6 (38,1 - 41,0)
1997-2001	5001	43,0 (41,6 - 44,4)
2020-2006	5125	46,9 (45,5 - 48,3)
2007-2011	5307	50,3 (49,0 - 51,6)
2012-2016	5339	53,9 (52,3 - 55,5)

Tabell 2: Förändring i 5-årsöverlevnad

Över perioden 1992 - 2016 i hela Sverige



Figur 6: Dödlighet hos njurtransplanterade respektive dialysbehandlade patienter årligen

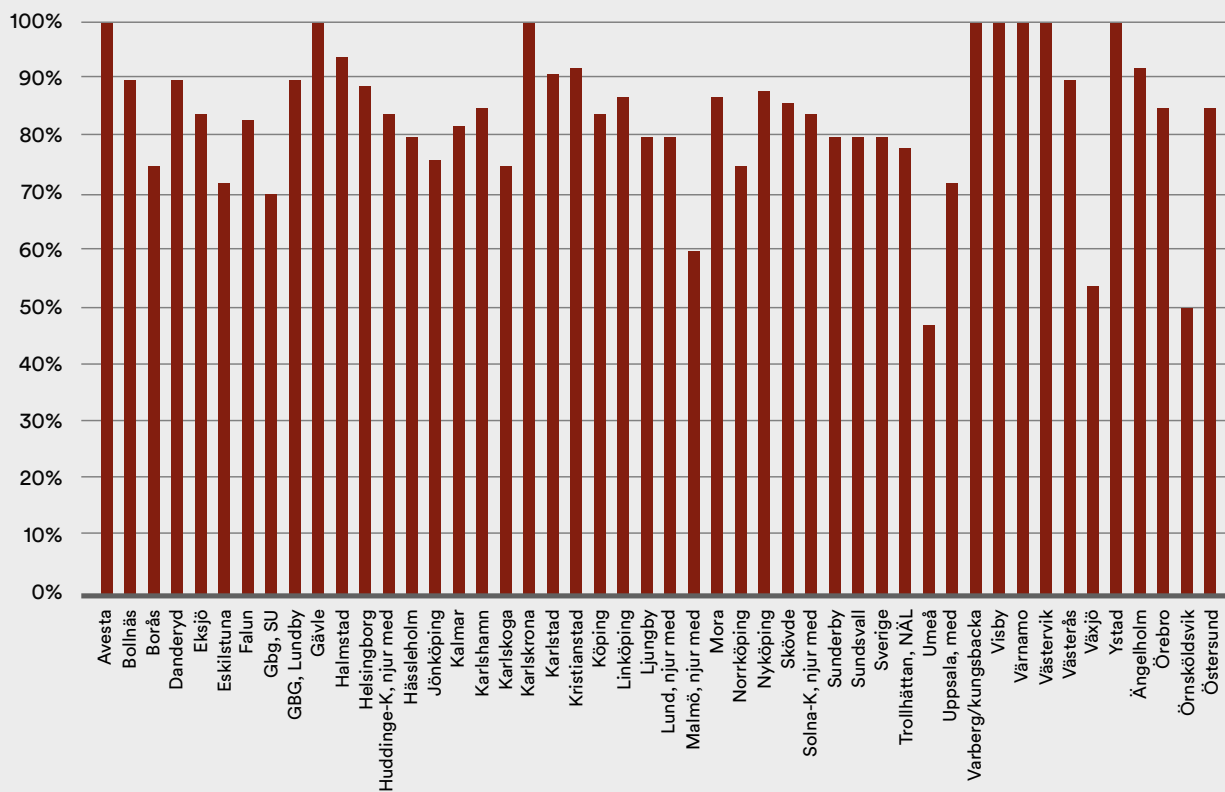
Över perioden 1991-2018



3. Stora regionala skillnader inom njurvården

Trots att vi i Sverige generellt har en väl fungerande vård avseende njur-ersättande behandling (NEB) finns det skillnader över landet och mellan vårdgivare.

I kommande kapitel redogörs för ett urval av dessa som är särskilt viktiga för att åstadkomma en effektiv och jämlik NEB.



Figur 7: Andel patienter som är kända på njurmedicinsk mottagning innan start i njurersättande behandling

Fördelning per klinik 2018

Stora regionala skillnader i andel kända patienter

Tidig upptäckt av njursjukdom är av största vikt då det ökar chansen att bevara den njurfunktion som finns kvar. Ett mått på detta är hur stor andel av patienterna som startar NEB som är kända på mottagningen sedan innan. Tidig kontakt med njurspecialist har visats kunna bromsa försämringen av njurfunktionen. Att patienten är känd är också en förutsättning för att kunna planera så bra som möjligt för dialys eller transplantation.

Andel kända patienter på njurmottagning 2018 var 80,6 procent. Detta är den högsta siffran någonsin, men fortfarande var alltså nästan 20 procent av patienterna inte kända innan start i NEB. Dock är 100 procent ett realistiskt mål då somliga patienter får akut njursvikt, och alltså har varit njurfriska eller endast haft lindrig njursvikt innan behandling blir nödvändig.

Andelen kända patienter skiljer sig också avsevärt åt mellan klinikerna i landet, visat i figur 7. På vissa mindre kliniker var 100 procent av patienterna kända innan start i NEB, exempelvis i Avesta och Visby, medan andra låg

runt 50 procent till exempel Växjö och Örnsköldsvik. En viss del av dessa skillnader kan förklaras av att njurmottagningarna registrerar patienter i olika hög utsträckning, men det är ett grovt mått på regionala skillnader i tillgänglighet och möjlighet att bli remitterad till njurmedicinsk enhet.

Skillnaderna kan till viss del förklaras av att somliga regioner och kliniker har en sammanhållen vårdkedja, medan det är vanligt att andra tar emot vissa patienter först i samband med dialysstart. Mindre kliniker kan också få ganska kraftigt varierande tal beroende på att enstaka patienter kommer in sent.

Tal som ligger under 80 procent under flera år bör leda till att regionerna ser över orsakerna, om det exempelvis är bristande samarbete med primärvården eller en resursbrist i njursjukvården.

Oavsett gäller att ju förr en patient blir känd av njurmottagningen, desto mer information och kunskap hinner denna ta till sig som grund för att välja behandlingsform och förberedas på lämpligt sätt.

Stora regionala skillnader i egenvård vid dialys

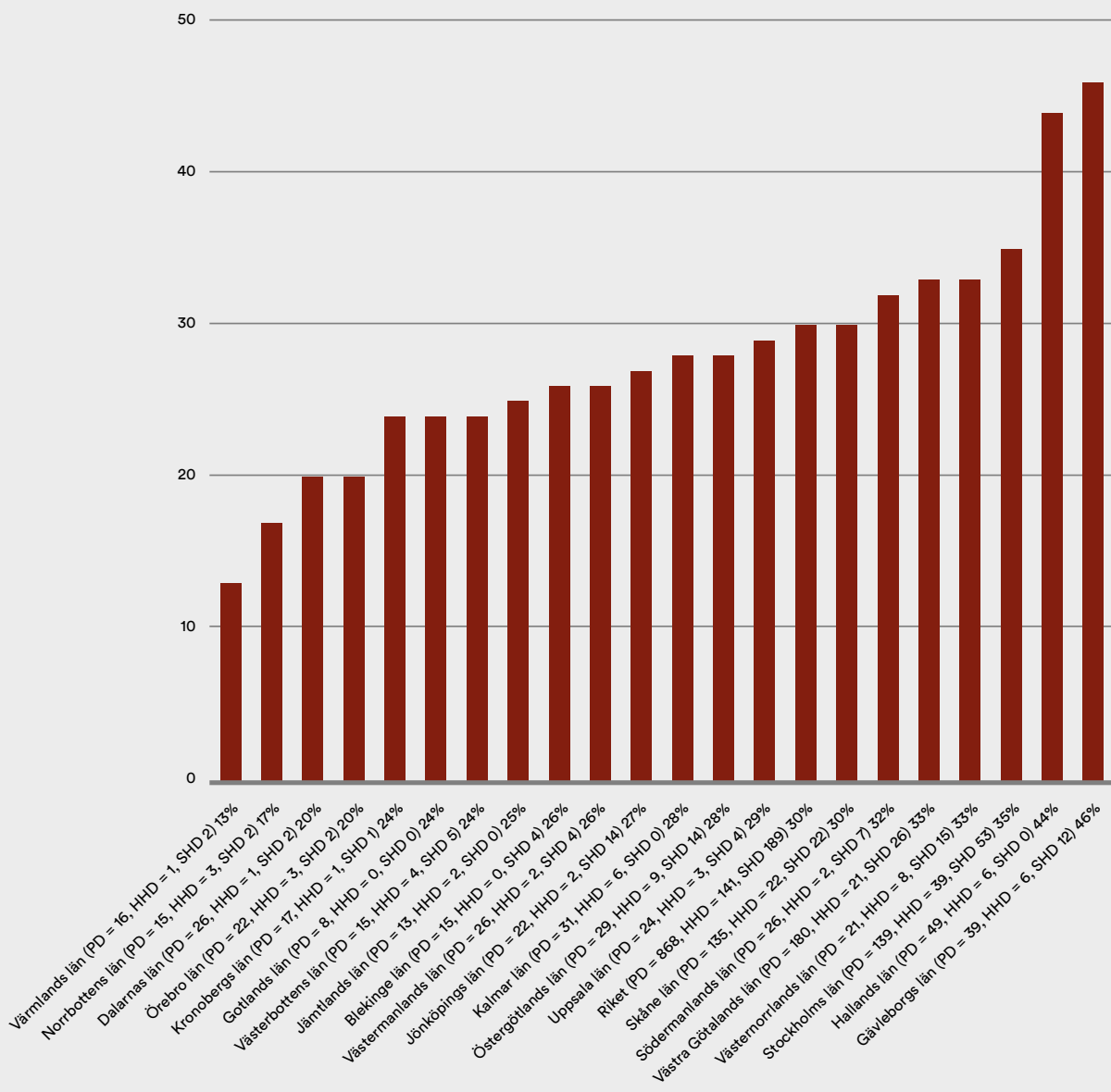
Det finns idag flera olika typer av dialys som patienten genom egenvård självständigt kan bedriva i hemmet eller på mottagning. Det finns en stor potential i att patienter självständigt kan sköta sin behandling då det både ökar patienternas välmående och självständighet och i många fall innebär en skonsammare behandling samt långsiktigt minskar belastningen på hälso- och sjukvården.

De egenvårdsformer av dialys som vi tar upp här är peritonealdialys (PD), hemhemodialys (HHD) och självhemodialys (SHD).

I figur 8 redovisas andel och antal patienter i egenvård vid dialys (PD, HHD och SHD). Av tabellen framgår att det är stora skillnader mellan länen, där den lägsta andelen finns i Värmlands län med endast 13 procent av patienterna i egenvård, och högst andel i Gävleborgs län med 46 procent egenvård.

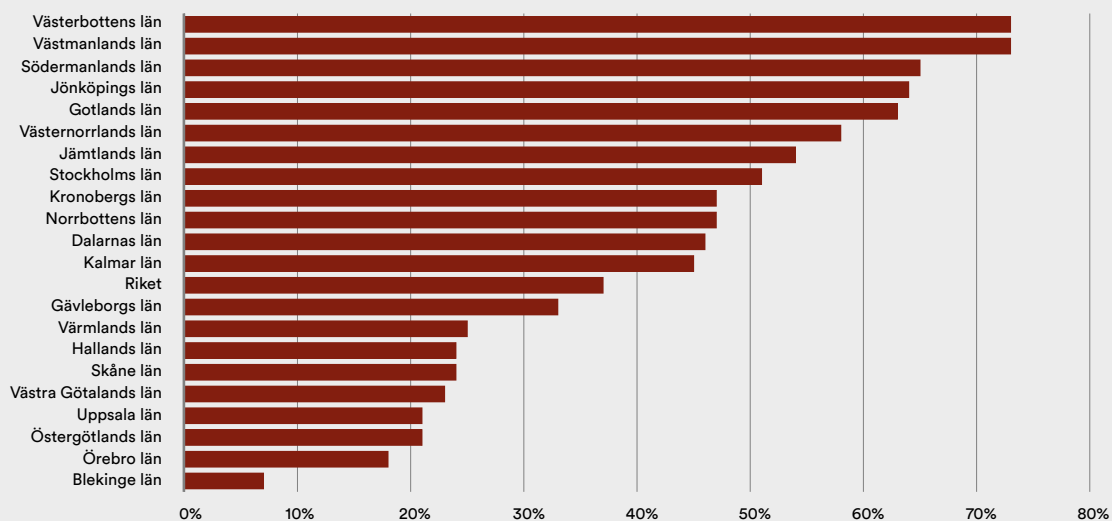


Trots att vi i Sverige generellt har en väl fungerande vård avseende NEB finns det skillnader över landet och mellan vårdgivare, särskilt avseende egenvård vid dialys.



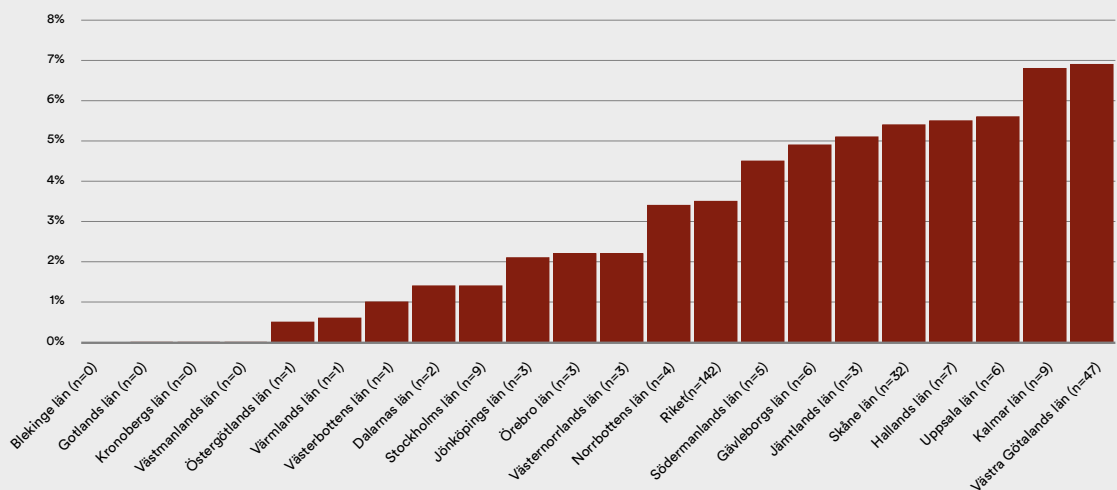
Figur 8: Patienter i olika typer av egenvård i antal och andel av totalt behandlade i dialys (sept 2018)

HHD patienterna fördelas per bostadslän. Övriga dialysmodaliteter fördelas per kliniklän.



Figur 9: Andel patienter med maskin-PD av alla patienter med PD

Per län 2018



Figur 10: Andel patienter i assisterad PD av alla patienter i dialys

Antal patienter i assisterad PD anges inom parentes.

PD en underutnyttjad dialysform

Tre fjärdedelar av de personer som sköter sin dialys själva genom egenvård har valt PD. Det är dock underutnyttjat och skillnaden i andel PD är betydande mellan olika län. Lägst andel har Värmlands län med 11 procent och högst andel har Hallands län med 39 procent.

Maskin-PD (APD) kan vara ett sätt att öka användningen av PD, både av praktiska skäl då dialysen kan ske nattetid med hjälp av maskinen och för en del patienter av medicinska skäl genom bättre blodrening eller vätskeborttagning.

Av alla PD-patienter i hela landet har andelen som behandlats med APD ökat sedan början av 2000-talet, men de senaste åren stabiliserats mellan 35 och 40 procent. År 2018 var andelen 37 procent.

Skillnaderna är även för denna dialystyp mycket stora mellan länen, vilket ses i figur 9. Västerbottens och Västmanlands län har högst andel patienter med APD, över 70 procent. I Blekinge län har knappt 10 procent av patienterna APD, vilket är lägst i landet.

Assisterad PD ett alternativ för vissa

Möjligheten till assisterad PD skiljer väsentligt mellan regionerna, där fyra inte har en enda patient i behandlingsformen: Blekinge, Gotland, Kronoberg och Västmanland. Andelen varierar mellan 0 och 7 procent av alla dialyspatienter. Högst andel patienter i assisterad-PD har Västra Götaland och Kalmar. Figur 10 visar andel med assisterad PD av alla patienter i dialys.

Sett över hela landet har andelen assisterad PD ökat från 11 procent av alla i dialys 2010 till 17 procent 2017, men minskade 2018 till 16 procent. Då assisterad PD förutsätter medverkan från hemsjukvård vilken i de flesta regioner organisatoriskt tillhör kommunerna, ligger inte hela ansvaret för frågan hos regionerna.

Låg andel patienter med HHD

Från millennieskiftet fram till 2010 skedde en ökning av andelen patienter som sköter sin bloddialys i hemmet, från 3 till 4 procent av alla personer med dialys i hela landet. Därefter har andelen inte fortsatt öka utan snarare minskat.

I figur 11 redovisas per bostadslän andel HHD av alla patienter i bloddialys. Den varierar mellan 0 och 8 procent, vilket i sammanhanget är stora skillnader.

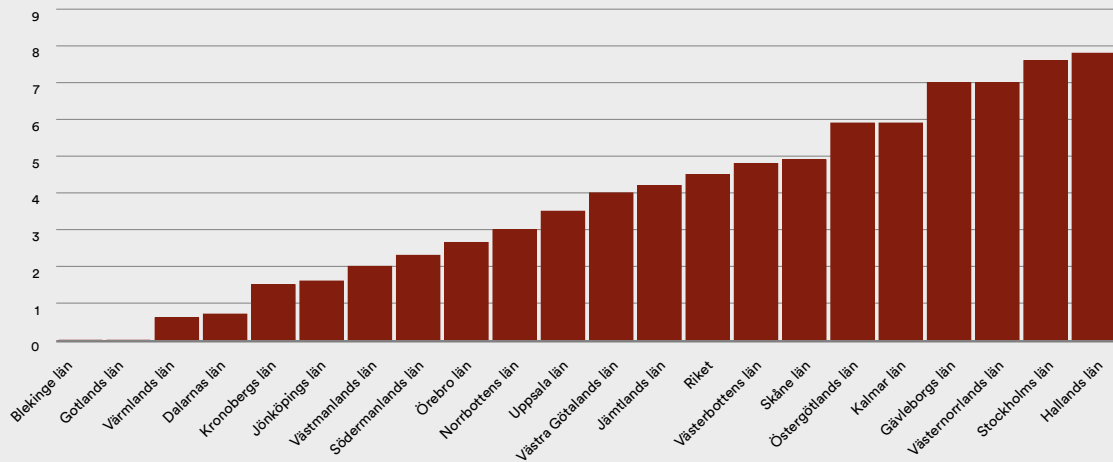
I Blekinge och Gotlands län har ingen av patienterna HHD. I Hallands och Stockholms län har störst andel HHD, där nästan 8 procent av alla med bloddialys sköter den i hemmet.

Stora skillnader i SHD

Andelen patienter som sköter sin bloddialys självständigt på en mottagning, SHD, skiljer mellan 2 och 14 procent i olika kliniklän. Värmlands, Kronobergs, Dalarnas och Örebro län har under 2 procent patienter med SHD av alla

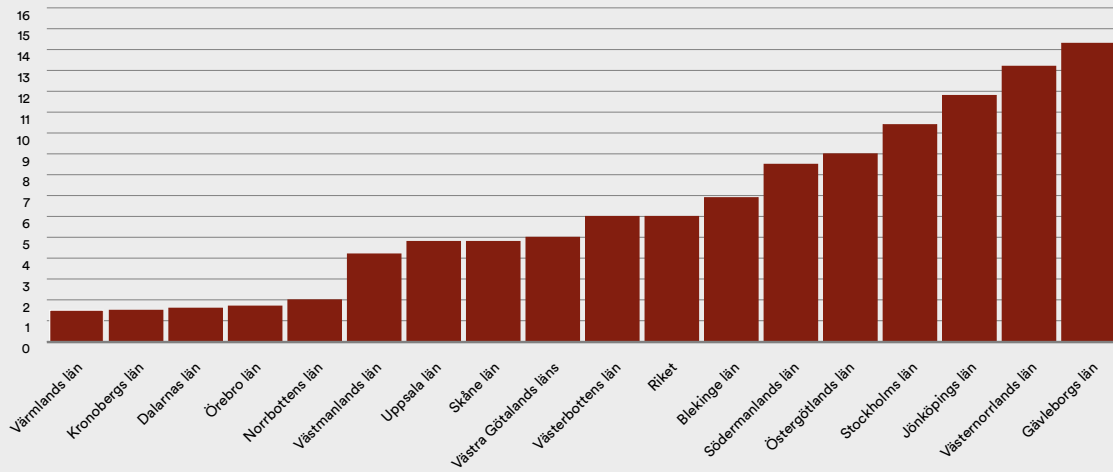
bloddialyspatienter. Gävleborgs och Västernorrlands län har högst andel med 14 respektive 13 procent.

”
Det finns en stor potential i att patienter självständigt kan sköta sin behandling då det ökar välmående och minskar belastningen på hälso- och sjukvården.



Figur 11: Andel patienter i HHD av alla HD-patienter

Per bostadslän 2018



Figur 12: Andel patienter i SHD av alla HD-patienter

Per kliniklän 2018

Regionala skillnader i dialysdos

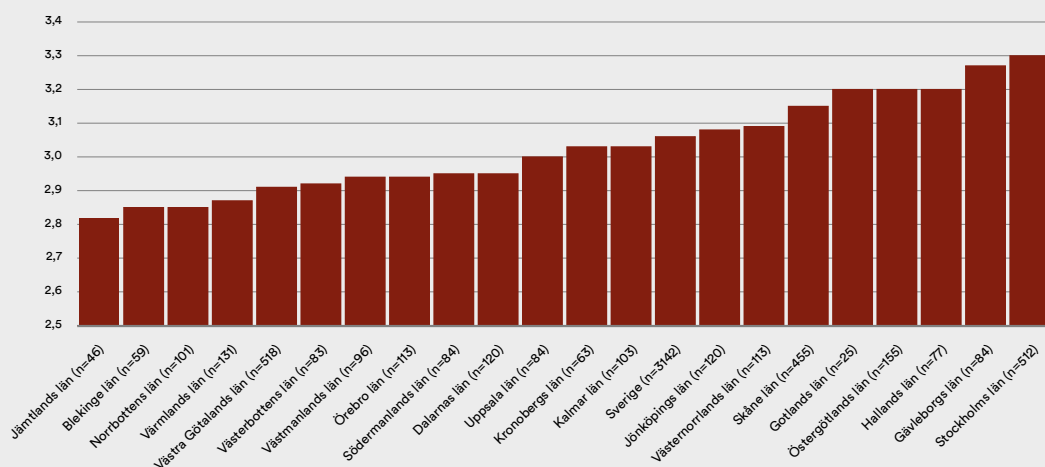
Hur ofta patienter kan få dialys och mängden dialys har betydelse för behandlingens kvalitet och patientens välmående. Antalet dialysbehandlingar som ges till patienter per vecka har ökat något sedan början av 2000-talet, men de senaste åren har frekvensen minskat.

År 2003 fick patienterna i genomsnitt 2,95 dialyser per vecka jämfört med 3,21 år 2013 och 3,06 år 2018. Skillnaden mellan länen kan ses i figur 13. Lägst antal ordinerade dialyser per vecka har Jämtlands län med ett medel på 2,8 dialystillfällen. Högst antal har Stockholms län med ett medel på 3,3 ordinerade dialyser per vecka.

Den vanligaste dialysfrekvensen, 3 gånger per vecka, ges till 71 procent av landets HD-patienter. 13 procent dialyserar mindre frekvent än så, varav enbart ett fåtal av dessa har annan frekvens än 2 per vecka. Mer frekvent dialys ges 3,5 gånger per vecka (varannan dag) för 2 procent, 4 gånger per vecka för 11 procent och 4,5–7 gånger per vecka för 3 procent av patienterna.

Vid varje dialystillfälle kan patienter få olika lång dialystid. Den vanligaste totala veckodialystiden är 12 timmar, vilket 29 procent av patienterna är ordinerade. 25 procent av patienterna har lägre veckodialystid än detta. I tabell 3 ses medelveckodialystid per län.

Lägst medelveckodialystid har Norrbottens län med 10,8 timmar och högst har Västernorrlands län med 14,5 timmar.



Figur 13: Antal ordinerade dialyser (medel)

Per vecka och län 2018

Län	Veckodialystid medel (h)
Norrbottens län	10,8
Västerbottens län	11,2
Värmlands län	11,5
Västra Götalands län	11,6
Södermanlands län	11,9
Västmanlands län	11,9
Östergötlands län	11,9
Dalarnas län	12
Örebro län	12
Riket	12,2
Blekinge län	12,4
Hallands län	12,4
Jämtlands län	12,4
Kalmar län	12,6
Jönköpings län	12,8
Skåne län	12,8
Stockholms län	12,9
Uppsala län	12,9
Gotlands län	13,6
Kronobergs län	13,6
Gävleborgs län	13,7
Västernorrlands län	14,5

Tabell 3: Medelveckodialystid

Per län 2018

Transplantationsvården skiljer sig delvis mellan bostadslän

En njurtransplantation är för många det bästa alternativet eftersom man efteråt inte är beroende av dialysbehandling och i de flesta fall mår bättre. Det är dock bara drygt en fjärde-

del av alla patienter som behöver NEB som någonsin blir transplanterade och många kan behöva dialys efter det att den första transplanterade njuren upphört att fungera.

Resultat efter transplantation likvärdig över landet

Tabell 4 visar data för samtliga njurtransplantationer utförda på patienter bosatta i Sverige under åren 2009–2018. Resultaten visas som 5-årsöverlevnad av transplantatet, det vill säga hur stor andel som ännu fem år efter transplantationen hade en fungerande njure. Analyserna visar sammanfattningsvis att det inte finns några skillnader i

transplantatöverlevnad vare sig mellan landets regioner eller mellan de transplantationskirurgiska enheter där operationerna görs. Kort sagt är resultaten avseende njurtransplantation i Sverige jämlika under den studerade tioårsperioden, oavsett var man bor eller blir transplanterad.

Möjligheten att bli transplanterad skiljer sig beroende på var i landet patienten bor.

Län/region	Antal	5-års överlevnad (95% KI)
Östergötlands län	137	89,6 (82,2-97,0)
Gävleborgs län	159	90,2 (84,4-96,0)
Västerbottens län	90	90,5 (82,2-98,7)
Örebro län	165	90,6 (85,5-95,6)
Jönköpings län	168	91,2 (86,0-96,3)
Kronobergs län	67	91,3 (81,3-100)
Norrbottnens län	88	92,1 (85,3-98,9)
Västra Götalands län	678	92,3 (90,0-94,6)
Gotlands län	30	93,1 (83,9-100)
Riket	4186	93,2 (92,3-94,1)
Södermanlands län	158	93,3 (88,6-98,0)
Skåne län	547	93,4 (90,8-96,0)
Kalmar län	117	93,6 (89,0-98,2)
Västmanlands län	128	93,9 (89,0-98,8)
Jämtlands län	45	94,4 (86,6-100)
Hallands län	114	94,4 (89,5-99,3)
Stockholms län	862	94,5 (92,7-96,3)
Dalarnas län	147	94,6 (90,3-98,9)
Värmlands län	141	95,1 (90,2-99,9)
Uppsala län	159	95,1 (91,0-99,1)
Blekinge län	73	95,3 (90,1-100)
Västernorrlands län	113	96,5 (92,6-100)

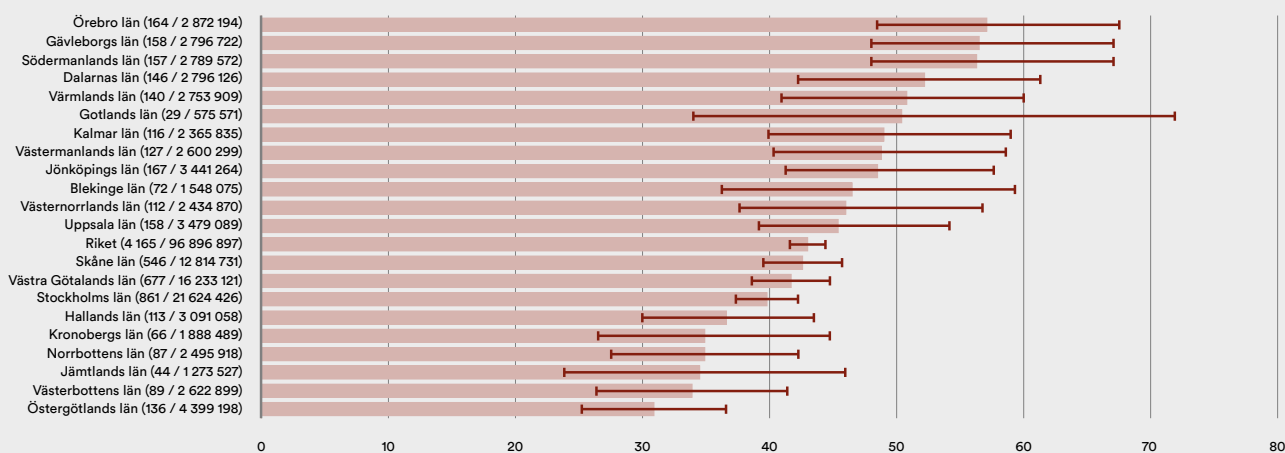
Tabell 4: Andel fungerande transplanterade fem år efter transplantationen

Under perioden 2009–2018 (icke transplanteringsrelaterad dödsorsak borträknad).

Alla har inte samma möjlighet till transplantation

Möjligheten att bli transplanterad skiljer sig dock beroende på var i landet patienten bor, vilket illustreras i figur 14. Till viss del kan skillnaderna förklaras av demografi, men inte fullt. Statistiskt säkerställt är att boende i vissa regioner har större chans att bli transplanterade än i övriga landet; Örebro, Gävleborgs och Söderman-

lands län. Endast i en region är det statistiskt säkerställt att chansen till transplantation är mindre och det är Östergötland. Det finns uppenbarligen olikheter i vården idag som gör att det är skillnader på regional nivå, och där vissa regioner har större framgång än andra gällande transplantationsaktiviteten.



Figur 14: Antalet transplantationer per miljoner invånare och år

Under perioden 2009–2018.

Varierande väntetid mellan transplantationsenheter

Nationellt ses en positiv utveckling om än långsam, mot kortare väntetid samtidigt som väntetiderna vid de olika enheterna fortsatt varierar och i olika riktningar. I tabell 5 ses mediantiden till transplantation fördelat på landets fyra transplantationsenheter mellan åren 2010–2018. Väntetiden i Uppsala har årligen minskat och enheten hade 2018

den lägsta mediantiden i landet med 6,4 månader. Även i Malmö har väntetiden minskat sedan år 2010. I Stockholm har väntetiderna istället ökat drastiskt sedan år 2010, från 5,5 månader år 2010 till 12,3 månader år 2018. Göteborg hade fortfarande de längsta väntetiderna i landet med en mediantid på 16,6 månader.

Period	Riket	Göteborg	Malmö	Stockholm	Uppsala
2010-2011	15,3	17,3	22,2	5,5	16,2
2011-2012	14,9	20,1	20,8	6,6	14,2
2012-2013	14,7	18,2	24,6	10,3	12,3
2013-2014	14,0	16,7	20,3	11,0	12,1
2014-2015	13,7	16,1	16,6	12,6	8,6
2015-2016	13,3	16,1	17,8	12,0	7,0
2016-2017	12,5	16,4	16,9	11,4	5,6
2017-2018	12,2	16,6	12,5	12,3	6,4

Tabell 5: Medianväntetid till transplantation för vuxna

Högimmunerade patienter ej medräknade

Sverige långt under internationella mål för kärlaccess

Att i god tid få kärlaccess till blodbanen är mycket viktig för de patienter som planeras att starta bloddialys. Denna ska helst ske i form av en fistel alternativt ett konstgjort kärl, så kallad graft, som läggs in under huden i armen. De patienter som inte hinner få operation för fistel eller graft får istället en kateter (CDK) inlagd nedanför nyckelbenet. Den kan bidra till ökad risk för allvarliga infektioner.

Trots internationella mål att 65 procent ska ha en fungerande fistel eller graft vid behandlingsstart hade 71 procent av de nystartade patienterna i bloddialys 2018 en CDK som första access. Det har inte förbättrats under de senaste fyra åren. Detta trots att cirka 80 procent av patienterna är kända på njur-

mottagningen före dialysstart och det därmed borde finnas god tid för planering av anläggning av en fistel. Det kan finnas flera bakomliggande orsaker till detta, till exempel bristande planering och/eller resursallokering.

Andel patienter som startar bloddialys med en fistel/graft varierar också mellan olika regioner samt även inom olika enheter i länet. Så var man är bosatt kan med andra ord avgöra vilken typ av access man får tillgång till. Endast ett län, Värmland, klarade mål enligt de internationella riktlinjerna 2018. Och i två län, Kronoberg och Gotland, startades samtliga patienter med en CDK, det vill säga inte en enda patient fick en fistel/graft, vilket ses i tabell 6.

Bostadsort har betydelse för genomförd njurbiopsi

Njurbiopsi är essentiellt för att kunna ställa en snabb och säker diagnos vid njursjukdom och därigenom ge förutsättning för lämplig behandling. Jämförelse mellan länen visar på stora regionala skillnader vad gäller njur-

biopsiverksamheten. Bostadsorten har betydelse både för om man får en biopsi genomförd eller inte, vid olika indikationer, och betydelse för chansen att biopsin ger ett användbart resultat utan att ge komplikationer.

Län	Antal patienter som startat hemodialys under 2018	Andel fistel %	Enheter med högre andel än länet
Blekinge län	5	20	
Dalarnas län	29	17	
Gotlands län	2	0	
Gävleborgs län	21	48	
Hallands län	10	30	
Jämtlands län	5	40	
Jönköpings län	27	41	Eksjö 75%
Kalmar län	22	9	
Kronobergs län	10	0	
Norrbottnens län	20	35	
Skåne län	93	18	Ystad 55%
Stockholms län	100	37	
Södermanlands län	25	32	
Uppsala län	26	12	
Värmlands län	40	65	
Västerbottens län	16	19	
Västernorrlands län	33	39	
Västmanlands län	17	23	
Västra Götalands län	101	25	Mölnadal 88%
Örebro län	39	36	Karlskoga 57%
Östergötlands län	32	22	

Tabell 6: Antal patienter som startat hemodialys under 2018 och andel patienter med en fistel/graft

Sammanfattning av regionala skillnader

Detta kapitel har belyst de regionala skillnader som finns i Sverige gällande njurersättande behandling avseende dialysform, dialysfrekvens, dialysveckotid, möjligheten och väntetid för transplantation, genomförande av njurbiopsi och tillgång till kärlaccess vid dialysstart.

Ett speciellt fokus har varit att lyfta fram de stora regionala skillnaderna inom egenvård vid dialys. Andelen patienter som självständigt sköter sin dialys i hemmet är idag mycket låg och sett till hela landet har ingen tydligt ökande trend kunnat ses under senare år. Det finns även stora regionala skillnader gällande användningen av PD, HHD och SHD. Njurförbundet ser en underutnyttjad potential med dessa dialysformer vid egenvård och således

finns stort utrymme för förbättring för att säkerställa en jämlik hälso- och sjukvård för njursjuka i hela Sverige. Det är viktigt att patientens behov tas in i val av behandling och att patienter får vara medskapare i sin egen vård.

Även när det gäller möjligheten till transplantation skiljer det sig åt mellan regionerna idag där det finns en större sannolikhet i vissa regioner att bli remitterad till utredning för transplantation. Det finns stort utrymme för förbättringar av detta samt att utjämna och minska väntetiderna för transplantation. I dagsläget finns inte någon nationell samordning av donationer och fördelning av organ, vilket skulle innebära ett viktigt steg mot mera jämlika väntetider.

Möjligheten att få en fistel eller graft som första access vid dialys skiljer sig också åt mellan regionerna.

De patienter som istället får en CDK blir sämre förberedda för dialys.

Planering i god tid inför dialys ökar möjligheten till fistel/graft och på sikt möjligheten för patienter att självständigt sköta sin dialys.

Dialysfrekvensen och dialysdosen varierar också över landet. Ju mer självständigt patienter sköter sin dialys, desto större inflytande har de på behandlingen och ökade möjligheter att styra både hur ofta och hur mycket dialys som ska ske.



4. Vinster med egenvård vid dialys

Det finns betydande vinster och kostnadsbesparingar med egenvård där patienter självständigt sköter sin dialys. Egenvård innebär enligt Socialstyrelsens definition när legitimerad personal inom hälso- och sjukvården har bedömt att en person själv eller med hjälp av någon annan kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd.

Inom dialysverksamheten har egenvård förekommit sedan slutet av 1960-talet då de första patienterna tog hem sin dialys. Självdialys med stöd av sjukvårdspersonal, så kallad "limited care", var mycket vanligt fram till början av 1980-talet för att senare minska.

Under 2000-talet har självdialys med varierande grad av stöd från vårdpersonal åter blivit vanligare. Vid flera dialysmottagningar finns självdialysenheter där patienter har möjlighet att sköta sin behandling helt självständigt, utan medverkan av sjukvårdspersonal (SHD).

En del patienter sköter också sin dialysbehandling själva i hemmet. Men andelen patienter som valt att ta hem sin dialys antingen som bloddialys (HHD) eller peritonealdialys (PD) har stagnerat och till och med minskat under en 20-årsperiod.

Egenvård ger ökad självständighet och livskvalitet

Egenvård vid dialys kan för många innebära stora fördelar som ökad flexibilitet och självständighet.

En person som planeras för dialys kan på flera olika sätt aktivt involveras i sin egen behandling och därigenom få bättre kunskap och förståelse för sin sjukdom.

Ett stegvis lärande och involvering genom att slutligen själv få all kontroll av dialysbehandlingen höjer självkänslan och minskar beroendet av sjukvårdspersonalen. Arbetar man utifrån ett personcentrerat förhållningssätt så att den som har dialys ses som en partner skapas ökad livskvalitet och fler kommer att välja att sköta sig självständigt eller välja att ta hem sin behandling. Det ökar individens självständighet och minskar beroendet av sjukvårdens resurser. Ett utnyttjande av modern digital teknik för kommunikation och kontroller kan medverka till att allt fler individer kan sköta sin behandling självständigt.

Att sköta sin dialys i hemmet minskar dessutom antalet timmar personen behöver vara borta från jobb eller hemmet samt minskar restider till och från sjukhus eller mottagning. Det blir även mindre slitage på kärlen då

dialysen med fördel kan ges under natten, vilket innebär större dialysdos och i längden bättre behandling. Egenvård innebär mer tid för socialt liv och aktivitet samt möjlighet att planera arbete och fritid, vilket resulterar i en högre livskvalitet. Forskning har visat att man hos njursjuka sett samband mellan hälsorelaterad livskvalitet och faktorer som exempelvis symtombörda, hjärt-kärlsjukdom, diabetes, depression, dialysform, kognitiv funktion och motionsvanor. Det finns därför starka skäl för att öka andelen patienter som får egenvård vid dialys.

En avhandling från Lunds universitet visar också att patienter med HHD har bättre långtidsprognos, längre överlevnad, större chans att bli transplanterade och mindre behov av sjukhusvård, jämfört med patienter som startat bloddialys på mottagning eller PD. Resultaten utgör starka motiv från ett samhällsperspektiv för en ökad användning av HHD. Njurförbundet vill primärt arbeta för att öka användningen av tre olika egenvårdsformer inom dialysområdet: PD, HHD och SHD.

Vården och samhället vinner på egenvård vid dialys

Det finns många fördelar för vården, och i längden skattebetalarna, med egenvård vid dialys. Det framkommer av en hälsoekonomisk studie från Lunds universitet som undersökte effekten av HHD och PD jämfört med blod-dialys på mottagning för personer i arbetsför ålder.

Studien kom fram till slutsatsen att egenvård med HHD eller PD skapar positiva effekter på sysselsättnings-

grad och förvärvsinkomst – fler i behandlingsformerna arbetar. Därtill sänks hälso- och sjukvårdskostnaderna.

Visserligen ökar läkemedelskostnaderna med båda hemdialysbehandlingarna, men den kostnadsökningen är betydligt lägre än besparingen det samtidigt innebär för hälso- och sjukvården. Detta borde utgöra tydliga incitament för ökade satsningar på egenvård vid dialys.

”Patienter som har hemhemodialys (HHD) har bättre långtidsprognos, längre överlevnad, större chans att bli transplanterade och mindre behov av sjukhusvård.

Nationellt vårdprogram för egenvård vid dialys

Egenvård har visat sig vara en av de viktigaste komponenterna för att patienterna ska må bra i sin njursjukdom och vård.

Därför har Njurförbundet tillsammans med Svensk Njurmedicinsk förening, SNF och Svensk Njurmedicinsk Sjuksköterskeförening, SNSF tagit fram ett nationellt vårdprogram för egenvård vid dialys. Vårdprogrammet har till syfte att vända den nedåtgående trenden av patienter som sköter sin dialys i hemmet, så att fler som behöver dialys får möjlighet att välja egenvård. Ett annat syfte är att vårdprogrammet ska utgöra nationella riktlinjer för all egenvård vid dialysbehandling och

ersätta lokala och regionala vårdprogram för att vården ska vara jämlik oberoende av bostadsort. Det blir extra tydligt att detta behövs i och med de regionala skillnader på flera områden som lyfts fram i denna rapport.

Uttalade mål i vårdprogrammet är att andelen patienter i egenvård vid dialys ska öka från dagens knappt 30 procent till 50 procent, enligt följande:

PD: 30 procent

HHD: 10 procent

SHD: 10 procent

Förutsättningar för egenvård vid dialys

I Nationellt vårdprogram för egenvård vid dialys identifieras förutsättningar för att personer ska kunna sköta sin dialys självständigt samt hinder för utvecklingen mot att fler ska få möjligheten:

- Patienten bör i god tid innan dialysstart få stöd och information från njursviktskoordinator om hur man som patient kan vara delaktig och sköta sin dialys självständigt hemma eller vid en självdialysmottagning.
- Egenvård bör framhållas som ett alternativ som ger goda förutsättningar att uppnå behandlingsmål och välbefinnande. För majoriteten av patienterna blir dialys den första och enda typen av behandling.
- PD bör övervägas som ett förstahandsval i de fall där det medicinskt bedöms gå att genomföra och då patienten själv anser sig ha förutsättningar att klara av att sköta behandlingen. PD är den dialysform som ger bäst rörelsefrihet och den kontinuerliga behandlingen skapar ett jämt utbyte av slaggprodukter och överskottsvätska vilket motiverar PD som ett förstahandsval.
- Patienter som planeras att sköta sin peritonealdialys eller hemodialys själva bör påbörja utbildning innan dialysbehovet är absolut.
- Vid akutstart av dialys bör patienten så snart som möjligt ges stöd och information fördelarna med SHD, PD och HHD. Patienten ska tillsammans med närstående i god tid innan dialysstart få information om de olika behandlingsalternativ som står till buds.
- Ersättning för merkostnader då hemdialysbehandlingen inleds efter 65 års ålder är inte klarlagt och endast ett fåtal sjukvårdshuvudmän har ett regelverk som möjliggör att äldre patienter ersätts för merkostnader som är relaterade till dialysbehandlingen.
- Ansvarsfördelningen mellan kommun och sjukvårdshuvudman vid assisterad PD är ett problem som i vissa fall innebär att patienter som behöver hjälp av hemsjukvården kan tvingas avstå från PD.

Slutsats

Med den demografiska utvecklingen som innebär att en större andel av befolkningen blir äldre och lever längre, kommer fler människor även att leva med kroniska sjukdomar, däribland njursjukdomar.

Detta kommer innebära en belastning på hälso- och sjukvården eftersom fler patienter kommer behöva njursjukvård.

Med Njurvårdsrapport 2020 vill Njurförbundet uppmärksamma de skillnader som finns på flera områden inom njurersättande behandling, NEB, såsom skillnader i första kärl-access inför dialys; att få en njurbiopsi för diagnosticering och start i behandling; ojämnt antal dagar av dialysfrekvens och timmar av dialysveckotid; möjligheten att få en njurtransplantation och även skillnader i väntetider till transplantation samt framförallt de stora regionala skillnaderna i tillgång till egenvård vid dialys avseende PD, HHD och SHD.

Att bostadsort i många fall ska avgöra kvaliteten på vården är varken rimligt eller rättvist för den njursjuka. För att en effektiv och jämlik vård ska komma till stånd måste därför dessa skillnader undanröjas på sikt.

Med rapporten vill vi också lyfta det ökade behovet av egenvård vid dialys. Dialys är den behandling som blir aktuell för tre fjärdedelar av alla patienter som behöver NEB och andelen patienter som sköter sin dialys självständigt, antingen hemma eller som självdialys vid en dialysmottagning, har legat konstant eller till och med minskat under många år. Njurförbundet vill att en ökad andel patienter får möjligheten till egenvård vid dialys, från dagens knappt 30 procent till 50 procent.

Studier visar dock tydligt att egenvård vid dialys ger en ökad livskvalitet för patienter, skapar positiva effekter på sysselsättningsgrad samt ger minskade

kostnader för hälso- och sjukvården och positiva effekter för samhället i stort. Detta borde utgöra tydliga incitament för ökade satsningar på egenvård vid dialys.

Ett nationellt vårdprogram för egenvård vid dialys har därför tagits fram av Njurförbundet tillsammans med Svensk Njurmedicinsk förening, SNF och Svensk Njurmedicinsk Sjuksköterskeförening, SNSF. Syftet är att ersätta alla de regionala och lokala vårdprogram som finns idag med nationella riktlinjer, där målet är att erbjuda en jämlik vård för alla njursjuka i Sverige, oavsett var i landet man bor.

Ett tillämpat nationellt vårdprogram tillvaratar patientens behov och önskemål samt skapar förutsättningar för ett ökat partnerskap. Njurförbundet vill att vårdprogrammet ska tillämpas i alla Sveriges regioner och skapa dialog

med patienter för att tillsammans kunna förbättra framtida njurvård, där egenvård kommer spela en allt viktigare roll framför.

Njurförbundets mål är att förbättra kvaliteten i njursjukvården och minska de skillnader som idag finns mellan regionerna. En uppmaning till politiskt- och administrativt ansvariga för sjukvården är därför att undersöka orsakerna till dessa skillnader för att kunna förbättra vården för landets njursjuka framöver.

Referenser

Svenskt Njurregister Årsrapport 2019

www.snronline.se

Bilder och grafer är hämtade ut Svenskt Njurregister Årsrapport 2019

Nationellt vårdprogram för egenvård vid dialys

www.dialys.nu

Hemodialys i Sverige och effekter på arbets- marknadsutfall och hälso- och sjukvårdskostnader

Johan Jarl, Zartashia Ghani, Hälsoekonomi,
Institutionen för kliniska vetenskaper, Malmö,
Lunds universitet

www.dialys.nu

Long-term prognosis with home hemodialysis. A comparison with other renal replacement therapies.

Avhandling Helena Rydell: [https://portal.research.lu.se/portal/sv/publications/longterm-prognosis-with-home-hemodialysis-a-comparison-with-other-renal-replacement-therapies\(ecaa374e-ad3d-46ea-9bcf-ff175eb65c2d\).html](https://portal.research.lu.se/portal/sv/publications/longterm-prognosis-with-home-hemodialysis-a-comparison-with-other-renal-replacement-therapies(ecaa374e-ad3d-46ea-9bcf-ff175eb65c2d).html)

Njurdagboken

www.njurdagboken.se

Njurförbundet.se

www.njurforbundet.se

