

Gjør kloke valg vedtatt av årsmøtet for Norsk Nyremedisinsk Forening 27.11.25:

1. Unngå å starte dialyse på skrøpelige eldre pasienter uten først å ha vurdert om medikamentell behandling er tilstrekkelig for å lindre pasientens plager.

Følgetekst: Oppstart av kronisk dialysebehandling krever en god samvalgsprosess. Skrøpelige eldre pasienter vil ikke oppnå bedre livskvalitet eller lengre overlevelse med dialysebehandling. Leger må derfor tidlig kartlegge hva som er reelle alternativer for nyreerstattende behandling, spørre om hva som er viktig for pasienten, hvilken behandlingsintensitet som ønskes, og tørre å ta de vanskelige samtalene med pasienten.

Kilder:

Brown MA, Collett GK, Josland EA, Foote C, Li Q, Brennan FP. CKD in elderly patients managed without dialysis: survival, symptoms, and quality of life. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2015 Feb 6;10(2):260-268.

Buur LE, Madsen JK, Eidemak I, Krarup E, Lauridsen TG, Taasti LH, Funderup J. Does conservative kidney management offer a quantity or quality of life benefit compared to dialysis? A systematic review. *BMC Nephrol*. 2021 Sep 11;22(1):307.

2. Unngå å starte senterbasert hemodialysebehandling for pasienter som er egnet for peritonealdialyse, alternativt hjemme hemodialyse, med mindre pasienten foretrekker dette.

Følgetekst: Peritonealdialyse utføres hjemme og gir i) besparelser mht. transport, ii) besparelser mht. sykepleierressurser, legerressurser, renhold, lager, lokale og mat, iii) nedsatt bruk av kostbare medikamenter iv) lavere smitterisiko og ikke minst v) en økt frihet og fleksibilitet for pasienten. Selv om dokumentasjon mangler er det erfaring for en reduksjon i antall biokjemiske, mikrobiologiske og radiologiske undersøkelser med valg av denne dialyseform. Med god opplæring vil mange i målgruppen være i stand til å gjennomføre peritonealdialyse.

Kilde:

Tattersall J, Dekker F, Heimbürger O, Jäger KJ, Lameire N, Lindley E, Van Biesen W, Vanholder R, Zoccali C. When to start dialysis: updated guidance following publication of the Initiating Dialysis Early and Late (IDEAL) study. *Nephrol Dial Transplant* 2011 Jul; 26(7): 2082-2086.

3. Unngå å melde pasienter til transplantasjon med avdød giver uten å ha undersøkt om det finnes aktuelle levende givere.

Følgetekst: Transplantasjon med nyre fra levende giver gir bedre resultater enn bruk av nyre fra avdød giver. Hver pasient som får nyre fra en levende giver, vil være med på å redusere ventelisten. Det er viktig å avklare om det finnes potensielle levende givere før påmelding til transplantasjon med avdød giver. Det kan imidlertid til enhver tid gjøres nye vurderinger hvis en potensiell levende giver blir tilgjengelig. Enhver potensiell levende giver gjennomgår en omfattende utredning og vurdering for å sikre at en eventuell nyredonasjon er både medisinsk og sosioøkonomisk forsvarlig.

Kilde:

Murray J, Luke A, Wallace D, Callaghan C, Sharples LD. Comparison of outcomes after living and deceased donor kidney transplantation: UK national cohort study. *Br J Surg*. 2025 Aug 1;112(8).

4. Unngå rutinemessig rekvirering av «pakker» av biokjemiske paneler uten spesifikke kliniske indikasjoner.

Følgetekst: Unødvendig prøvetaking ved månedskontroll av pasienter i dialyse kan unngås ved å kun rekvirere prøver og undersøkelser som får klinisk konsekvens. Unødvendig prøvetaking ved polikliniske kontroller kan bedres noe ved å bestille små «pakker» som utvides med nøye utvalgte ekstra blodprøver heller enn store «pakker».

Kilder:

McAlister S, Barratt AL, Bell KJ, McGain F. The carbon footprint of pathology testing. *Med J Aust.* 2020 May;212(8):377-382.

Barracough KA, Agar JWM. Green nephrology. *Nat Rev Nephrol.* 2020 May;16(5):257-268.

Forslagene er utarbeidet av:

- 1) Helga Skaare og Renathe Rismo
- 2) Stig Arne Kjellevoid
- 3) Kristian Heldal
- 4) Ruth Strømmen

Forslagene er utformet og gjennomgått av de nasjonale faggruppene og styret og vedtatt av årsmøtet. De meldes inn til Legeforeningens Gjør kloke valg kampanje.