
Peritonealt dialysekateter – behov for mer enhetlig kirurgisk praksis

INVITERT KOMMENTAR

EGIL HAFSTAD GLEDITSCH

Egil Hafstad Gleditsch er spesialist i karkirurgi og overlege ved Karkirurgisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus og universitetslektor ved Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

CHRISTIAN BEISLAND

christian.beisland@helse-bergen.no

Christian Beisland er spesialist i urologi og i generell kirurgi. Han er avdelingssjef ved Avdeling for urologi, Haukeland universitetssjukehus og professor i urologi ved Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KRISTIN SÆLE

Kristin Sæle er spesialist i indremedisin, i nyresykdommer og i geriatri. Hun er overlege ved Seksjon for nyresykdommer, Haukeland universitetssjukehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ØYSTEIN EIKREM

Øystein Eikrem er spesialist i nyresykdommer og overlege ved Nyreseksjonen, Haukeland universitetssjukehus. Han er leder for nyreforskningsgruppen ved Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Retrospektive kvalitetsdata gir oss et verdifullt innblikk i praksisen rundt kirurgisk anleggelse av peritonealt dialysekateter. Her trenger vi tydeligere ansvarsfordeling og struktur.

Ruzic og medarbeidere presenterer nå i Tidsskriftet resultatene fra en retrospektiv kvalitetsstudie av kirurgisk anleggelse av peritonealt dialysekateter ved Oslo universitetssykehus i perioden 2017–22 (1). Forfatterne skal ha ros for å dele verdifulle data om komplikasjonsrate, kateterfunksjon og operatørvolum.

Bruken av peritonealdialyse i Norge har variert over tid og mellom helseregionene. I 2012 utgjorde dem som fikk peritonealdialyse om lag 16 % av dialysepasientene på nasjonalt nivå (2). Etter innføringen av nasjonale mål om økt hjemmedialyse i 2017 har andelen gradvis økt, og 24 % av norske dialysepasienter mottok hjemmebehandling i form av peritonealdialyse i 2023 (2). Det finnes imidlertid tydelige regionale forskjeller. Helsedirektoratet rapporterer at i første tertial 2025 fikk 27 % av pasientene hjemmedialyse (inkludert hjemmehemodialyse). Andelen for Helse Midt-Norge, Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest er henholdsvis 20 %, 27 %, 32 % og 15 % (3). Av de 555 pasientene som startet nyreerstattende behandling i løpet av 2023, startet 55 % med hemodialyse, 35 % med peritonealdialyse og 10 % ble transplantert uten forutgående dialyse. Således er fokus på kateteroverlevelse ved peritonealdialyse tidsriktig og viktig i årene som kommer.

Mens det er nefrologene som styrer indikasjonen for peritonealdialyse og oppfølging av behandlingen, så er det en kirurgisk oppgave å operere dialysekateteret på plass i bukhulen. Det er interessant å reflektere over hvordan valg av kirurgisk teknikk ved innlegging av kateteret ser ut til å balansere mellom praktiske hensyn og ønske om best mulig pasientutfall. Laparoskopisk teknikk gir bedre oversikt og presisjon, noe som kan redusere komplikasjoner og sikre korrekt plassering av kateteret. Samtidig er det forståelig at begrensede operasjonsressurser og anestesikapasitet ved mange sykehus påvirker valget av metode.

I denne sammenhengen er det naturlig å spørre seg hvordan kloke valg-prinsippene bør anvendes. Skal de først og fremst bidra til å minimere ressursbruk, eller bør de også utfordre oss til å heve ambisjonsnivået for pasientbehandlingen? Kloke valg handler ikke bare om å gjøre mindre, men om å gjøre det som er riktig – for den enkelte pasient, på rett tidspunkt, med rett metode. Bør en suksessrate på 80 % anses som godt nok? Er det riktig å la organisatoriske begrensninger definere hva som anses som akseptabel behandling? Kanskje vi heller burde spørre oss hva som er best for pasienten og om vi i større grad bør tilstrebe en praksis der 95 % kateteroverlevelse er normen, ikke unntaket. Argumentet om at kortvarig narkose utgjør en betydelig risiko for pasienten, kan også diskuteres. For mange vil et 30–40 minutters laparoskopisk inngrep være fullt forsvarlig – og for noen kanskje det som gir best langtidsresultat.

«Det må antas at Oslo universitetssykehus ikke har vært fornøyd med resultatene, ettersom sykehuset allerede har gjort forandringer med hensyn til organiseringen av kirurgien»

Internasjonale retningslinjer for peritonealdialyse anbefaler at 30-dagersinsidensen for både infeksjon ved kateterutgangen og peritonitt skal være under 5 % (4). I dette materialet fant man infeksjon ved kateterutgangen hos 11 % og peritonitt hos 4 % av pasientene. Som forfatterne diskuterer, er det vanskelig å skille mellom klinisk sikker infeksjon og kolonisering eller lett rubor ved kateterutgangen. Infeksjoner ved kateterutgangen utgjør en viktig risikofaktor for peritonitt og katetersvikt, og disse bør følges opp med lav terskel for intervensjon for å sikre kateterfunksjon og unngå avslutning av peritonealdialyse (4). De nyeste internasjonale retningslinjene har tydeliggjort kriterier for og monitorering av kateterrelaterte infeksjoner samt skjerpet anbefaling om tiltak som kan redusere tidlig kateterrelatert infeksjon (5, 6).

Anleggelse av peritonealt dialysekateter hører ikke naturlig inn under noen av de kirurgiske hovedspesialitetene. Hvem som utfører den kirurgiske prosedyren, varierer fra sykehus til sykehus. I studien utførte totalt 78 operatører 172 inngrep. Blant de 16 ansvarlige operatørene hadde minst fire gjort kun én prosedyre hver i løpet av studieperioden. Over halvparten av dem hadde gjort mindre enn to inngrep per år gjennom studieperioden. Selv om diskusjoner om kirurgiske volum er vanskelige, er det nok ønskelig med færre operatører enn rapportert her. Det må antas at Oslo universitetssykehus ikke har vært fornøyd med resultatene, ettersom sykehuset allerede har gjort forandringer med hensyn til organiseringen av kirurgien (1). Dessverre er det liten grunn til å tro at forholdene er annerledes ved landets øvrige kirurgiske avdelinger. Denne studien bør være en anledning for alle kirurgiske avdelinger som utfører prosedyren, til å reflektere over egen praksis.

LITTERATUR

1. Ruzic A, Larsen KK, Søvik TT et al. Peritonealt dialysekateter ved nyresvikt – en retrospektiv studie. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0059. [CrossRef]
2. The Norwegian Renal Registry. Annual report 2023. https://nyreregister.no/rapporter/AARSRAPPORT_NNR_2023.pdf Lest 30.10.2025.
3. Helsedirektoratet. Nyresvikt – dialysepasienter som får hjemmedialyse». Nasjonale kvalitetsindikatorer innen sykdom og overlevelse. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/behandling-av-sykdom-og-overlevelse/andel-dialysepasienter-som-har-hjemmedialyse> Lest 30.10.2025.
4. Crabtree JH, Shrestha BM, Chow KM et al. Creating and Maintaining Optimal Peritoneal Dialysis Access in the Adult Patient: 2019 Update. Perit Dial Int 2019; 39: 414–36. [PubMed][CrossRef]

5. Chow KM, Li PK, Cho Y et al. ISPD Catheter-related Infection Recommendations: 2023 Update. *Perit Dial Int* 2023; 43: 201–19. [PubMed] [CrossRef]
 6. Li PK-T, Chow KM, Cho Y et al. ISPD peritonitis guideline recommendations: 2022 update on prevention and treatment. *Perit Dial Int* 2022; 42: 110–53. [PubMed][CrossRef]
-

Publisert: 24. november 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0672
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 23. juni 2026.