



Sağlık, Eğitim, Araştırma
Merkezi

FIYATI: 15 TL

Anadolu Böbrek Vakfı Yayın Organı

Renaliz

45

ISSN 1305 - 8011

Yıl 13, Sayı:45, 1 Nisan - 1 Eylül 2012

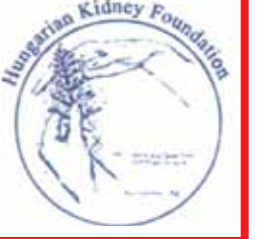
Yaşamın güzel, yaşatabilmenin ise ondan daha güzel bir duygu olduğuna inanıyoruz.



IFKF'NİN 13. YILLIK TOPLANTISI

Uluslararası Böbrek Vakıfları Federasyonu

22-25 Ağustos 2012
Budapeşte, Macaristan
Gerbeaud House



IFKF 13. TOPLANTISI 22-25 AĞUSTOS 2012 TARİHLERİ ARASINDA MACARİSTAN'IN BAŞKENTİ BUDAPEŞTE'DE DÜZENLENMİŞTİR

IFKF'nin (Uluslararası Böbrek Vakıfları Federasyonu) 13. Yıllık Toplantısı Macar Böbrek Vakfı'nın ev sahipliğinde 22-25 Ağustos 2012 tarihlerinde Macaristan'ın başkenti Budapeşte'de bulunan Gerbeaud House'ta düzenlenmiştir. IFKF Başkanı Timur Erk ve Uluslararası program komitesi başkanı Guillermo Garcia Garcia (Meksika) tarafından gerçekleştirilen toplantı çok başarılı geçmiştir.

Toplantıya 23 ülkeden 69 katılımcı iştirak etmiştir. (Macaristan (13), Ukrayna (1), ABD (7), Brezilya (2), Hollanda (4), Fas (1), Mısır (1), Türkiye (3), İngiltere (4), Meksika (1), Hindistan (3), Japonya (7), Almanya (2), Kanada (3),

Bulgaristan (3), Fransa (1), Malezya (1), Fiji (2), İran (1), İrlanda (4), İtalya (1), Avustralya (2)).

Budapeşte Semmenweils Üniversitesi öğretim üyeleri ve Da Vita ve KDI-GO gibi kronik böbrek hastalığı (KBH)

alanında uluslararası çalışmalar yapan sivil toplum örgütleri de toplantıya katılmıştır. 2011 yılına kadar NKF'nin ve KDIGO'nun başkanlığını yapan John Davis; şu anda KDIGO'nun Brüksel merkez ofisinde CEO (En üst düzey genel yönetici) olarak görev yapmaktadır. Kendisinin katılımı da dünya çapındaki böbrek vakıflarının temsilcilerini memnun etmiştir.



Ülkemizde Dünden Bugüne Diyalizde V. Kalite Kongresi'nden Özetler



26-29 Nisan 2012
Bafla, KIBRIS

Köşem



Prof. Dr. Ayla SAN

Anadolu Böbrek Vakfı Bşk.
Ufuk Üniv. Tıp Fak. Nefroloji BD Bşk.

Nefroloji Dünyamızda İlk Altı Ayın Ardından

2012 yılı da su gibi akıp giderken yoğun çalışmalarla dolu günler de birbiri ardına geliyor.

Dünya Böbrek Günü çalışmalarımız 8 Mart 2012 tarihinde Ufuk Üniversitesi'nde düzenlediğimiz bilimsel ve Sosyal etkinliklerimizle çok başarılı geçmiştir. Yaptığımız çalışmalar fotoğrafları ile birlikte www.worldkidneyday.org adresinde de yayımlandı. Özellikle Dünya Kadınlar Günü ile aynı tarihe gelmesi sebebiyle Fotoğraf Sanatı Kurumu Derneği ile düzenlediğimiz saydam

gösterimi ve Kadınlarımız konulu karma fotoğraf sergisi toplantımıza ayrı bir güzellik katmıştır.

Ayrıca Kıbrıs'ta düzenlediğimiz Ülkemizde Dünden Bugüne Diyalizde Kalite konulu V. Kalite Kongremizin daha da başarılı geçmesi, herkesin beğenisini kazanması bizi çok memnun etmiştir.

Bu arada Antalya'da gerçekleştirilen Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin Kongresi de oldukça başarılı geçmiştir.

Uluslararası Böbrek Vakıfları Federasyonu'nun 2012 toplantısında dünyadaki böbrek vakıflarının bölgesel ve dünya çapındaki çalışmalarını dile getirilmiştir. Dünya Böbrek Günü için yapılan faaliyetler de değerlendirilmiştir. Vakfımız da 4 poster sunumu ile katılarak 3. lük ödülü almıştır. Ülkemizi başarılı bir şekilde temsil ettiğimizi düşünmekteyim.

Daha nice başarılı günlere ulaşmak dileğimizeyiz.

Beni Türk Hekimlerine Emanet Ediniz.

A. Otatürk



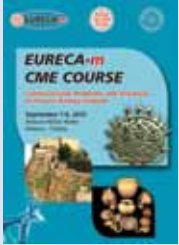
ERA- EDTA CME Kursları 2012



EURECA-m CME Kursu

7-8 Eylül 2012

Ankara



Avrupa Renal Birliği ve Avrupa Diyaliz ve Transplantasyon Derneği (ERA-EDTA) ve Türk Nefroloji Derneği'nin işbirliği ile hazırlanan sürekli tıp eğitimi kursları 7-8 Eylül 2012 tarihleri arasında Hilton Otel, Ankara'da düzenlenecektir. Lokal organizasyon görevi Prof. Dr. Mahmut İlker Yılmaz'a verilmiştir.

Sayın Prof. Dr. Mahmut İlker Yılmaz ve Türk Nefroloji Derneği'ne başarılar dileriz.

Renaliz

Yök Üyeliği



Diyarbakır Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı ve Nefroloji Bilim Dalı öğretim üyelerinden Sayın Prof. Dr. Mehmet Emin YILMAZ Yüksek Öğretim Kurulu üyeliğine atanmıştır.

Değerli arkadaşımızı kutlar, yeni görevinde başarılar dileriz.

Renaliz

Nefroloji Yeterlilik Sınavı

5. Türk Nefroloji Yeterlilik Sınavı 15 Kasım 2012 tarihinde Antalya'da yapılacaktır. Nefroloji uzmanları ile uzmanlık eğitim süresinin 2.5 yılını tamamlamış olan Nefroloji yan dal araştırma görevlilerinin katılabileceği sınav çoktan seçmeli test şeklinde uygulanacaktır. Başvurular 9 Kasım 2012 tarihine kadar yapılabilir. Ayrıntılar için <http://www.tsn.org.tr> adresini ziyaret edebilirsiniz.

Canlı Yayında Böbrek Ameliyatı



Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi'nde yapılan bilimsel toplantıda canlı yayında böbrek ameliyatı yapıldı.

Türk Üroloji Derneği Batı Karadeniz Şubesi'nin aylık toplantısı, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Fakültesi Morfoloji binasında yapıldı. Böbrekle ilgili uzmanların yaptıkları

sunumun ardından 62 yaşındaki bir hastanın kapalı nefrektomi ameliyatı canlı olarak gerçekleştirildi. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden Doç. Dr. Öner Şanlı ve GOÜ Üroloji Anabilim Dalı öğretim üyeleri tarafından ameliyathanede yapılan böbrek ameliyatının görüntüsü, internet aracılığı ile toplantının yapıldığı salona aktarıldı. Ameliyatı yapan doktor ile programa katılanlar, canlı yayında soru ve cevap şeklinde bilgi paylaşımında bulundu. Ameliyathaneden canlı ameliyat görüntüleri izletilerek, değerlendirildi.

Kaynak:

<http://www.medya73.com/canli-yayinda-bobrek-ameliyatı-haberi-969269.html>

<http://www.haber7.com/haber/20050305/Diyaliz-hastalarına-buyuk-mujde.php>

Resertifikasyon Sınavı

18.06.2010 tarih ve 27615 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmeliğin Resertifikasyon Değerlendirmesi başlıklı Dokuzuncu Bölüm hükümlerince her yıl Ocak ve Temmuz aylarında Sağlık Bakanlığınca düzenleme yapılmak kaydıyla iki defa Resertifikasyon Sınavı yapılmaktadır. Resertifikasyon Sınavları için her yılın Nisan ve Ekim aylarında İl Sağlık Müdürlükleri tarafından müracaatlar alınmakta ve takip eden ay içerisinde Bakanlığa liste halinde gönderilmektedir. Yıllardır yapılamayan resertifikasyon sınavlarının artık düzene girmesi memnuniyet vericidir.

Sağlık Bakanlığının bu çalışmalarını kutlamaya değerdir. Kendilerine teşekkürlerimizi sunuyoruz.

Renaliz

5 Türk Nefroloğun ERA-EDTA'daki Başarısı

ERA-EDTA Konseyi, Haziran 2011'de Gültekin Süleymanlar; Ekim 2011'de de Kemal Önen, Kamil Serdengeçti, Ali Başçı ve Cengiz Utaş olmak üzere 5 Türk Nefroloğunu "ERA-EDTA DISTINGUISHED FELLOW (FERA)" (ERA-EDTA SEÇKİN AKADEMİSYENLERİ) olarak Temmuz 2012'de güncelleyerek ERA-EDTA Web sitesinde ilan etmiştir.

(<http://www.era-edta.org/page-3-116-0-116-eraedtadistinguishedfellowfera.html>)

Arkadaşlarımızın bu uluslararası başarısını kutluyoruz.

Renaliz

Dirençli Hipertansiyonda Renal Denervasyon Uygulamaları



20 yıldır dirençli hipertansiyon hastası olan Hüsnüye Önel, dünyada son 1 yıldır ve Türkiye'de 6 aydır başlanan 'Renal Denervasyon' tedavi yöntemi ile sağlığına kavuşacak. Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Uzman Doktorları Zafer Küçüküsu ve Hikmet Hamur tarafından gerçekleştirilen böbrek anjiyosunda, dirençli hipertansiyon hastası Hüsnüye Önel'in, kasığından girilerek böbrek atar damarının etrafındaki sinirler duyarısızlaştırılarak, hasta tedavi ediliyor.

Uzman Dr. Zafer Küçüküsu, "Hastamız yaklaşık 20 yıldır hipertansiyon hastası, düzenli olarak 5 tane ilaç içmesine rağmen tansiyonu bir türlü istediğimiz seviyeye gelmiyor. Son bir yıldır Renal Denervasyon denilen bir işlem var. Kasıktan girerek böbrekteki sinir damarını yakarak böbrek tansiyona karşı duyarısızlaştırılıyor. Biz de hastamıza bu işlemi yapmayı planladık. Yapılan işlemden yaklaşık bir ay sonra hastamızın tansiyonunun normale dönmesini bekliyoruz. Bu işlem Türkiye'de 35 hastaya yapıldı. Bu işlemi yapan 8. merkez olacağız. Kendi bölgemizde bu işlemi yapan ilk merkezi. Bu iş için Doğu Anadolu Bölgesi'nde daha ileri bir merkez olmayı planlıyoruz." dedi.

Böbrek anjiyosu tedavi yöntemi ile hastanın 1 ay içerisinde tansiyonunun dengelenmeye başlayacağını ve 6 ay içinde de hastalığın normale dönebileceğini belirten Uzman Doktor Zafer Küçüküsu, yapılan anjiyonun ardından şunları söyledi: "Kasıktan küçük bir iğne eşliğinde girerek yapılan operasyonla hastamızın böbrek atar damarının etrafındaki sinirleri özel bir katater aracılığı ile radyo frekans enerjisi ile duyarısızlaştırdık. Türkiye'de bu yöntem yeni uygulanmaya başlandı. Buradaki merkezimizde daha sık yapmaya devam edeceğiz."

6 kişilik ekip, anjiyo işlemini yaklaşık 45 dakikada tamamladı.

Erzincan'da ilk olarak yapılan Renal Denervasyon Uygulamaları için arkadaşlarımızı kutluyoruz.

Renaliz

Renaliz

ANADOLU BÖBREK VAKFI adına Sahibi ve Genel Yayın Yönetmeni Prof. Dr. Ayla SAN

Yayının Adı : Renaliz Gazetesi
Yayının Türü : Yerel, Süreli Yayın
Yayın Şekli : 3 Aylık, Türkçe Baskı Tarihi: 17 Eylül 2012

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü : Mutlu GÜRLER
Düzeltilen : Sibel ÖZKAN
Yayın İdare Merkezimiz : Emek 57. Sok. Köşe Apt. 9-1 ANKARA
Telefon : 0312 213 98 80-213 53 85
Faks : 0312 213 79 02
e-mail : aylasan@anadolubv.org.tr, ayla.san@hotmail.com
www.anadolubv.org.tr

Web Sitesi Güncelleştirme : Adnan ŞENEL

Tasarım : Hangar Marka İletişim Reklam Hizmetleri Yayıncılık Ltd. Şti.

Konur 2 Sokak 57/4 Kızılay - Çankaya / ANKARA

Telefon : 0 312 425 07 34

Faks : 0 312 425 07 36

www.hangarreklam.com

Baskı : Öncü Basımevi Basım Yayımlar Tanıtım Ltd. Şti.

Kazım Karabekir Cad. Ali Kabakçı İşhanı

No: 85/2 İskitler / ANKARA

Telefon : 0 312 384 31 20 (pbx)

Faks : 0 312 384 31 19

www.oncubasimevi.com

Gazetemiz Basın İlkelerine Uymayı TAAHHÜT EDER.



Yaptığımız Kalite Kongreleri ve Ülkemizde Diyalizde Kalite Konusunda Neredeyiz?

Prof. Dr. Ayla SAN



I. Türkiye’de Hemodiyaliz ve Kalite Kongresi/ 14 Mayıs 2003, Ankara

Bu vakıf toplantısının gerçekleşmesinde Vakıflar Genel Müdürlüğü’nden gelen bir yazının etkisi olmuştur. Bu yazıda “Vakfınızın yaptığı etkinlikleri, panelleri, kongrelerinizi veya toplantılarınızı Vakıf Haftası’na kaydırabilir misiniz?” önerisi beni çok duygulandırmıştı.



Zaten Türkiye’de Hemodiyaliz ve Kalite konusunda endişelerimiz vardı. Bu düşüncelerden esinlenerek bu toplantıyı düzenlemeye çalıştım. Böylelikle Diyalizde Kalite kelimesi tarafımızdan gündeme gelmiş oldu. Bu konuda hizmet verenlerin katılmış oldukları ve kalite yönünden önemli konuların konuşulduğu, arzu edilen bir toplantı olmuştur; Kronik Hemodiyaliz Uygulamalarında Önemli Noktalara Güncel Bakışlar, Kronik Hemodiyaliz Yeterlilik Kılavuzları, Üre

Kinetik Model Hesaplamalarının Önemi, Ülkemizde Diyaliz Merkezlerinin Artışının Getirdiği Sorunlar, Çözüm Önerileri ve Kalite Yönünden Değerlendirmeler. Dönemin Türk Nefroloji Derneği Başkanı Sayın Prof. Dr. Kamil Serdengeçti yaptığı konuşmasını şu sözlerle bitirmişti: “1985 yılında Türkiye’nin ilk ulusal Nefroloji kongrelerinden birini Erzurum’da tek başına düzenlemiştir. Yine hepimiz çok iyi biliyoruz Türk Nefroloji’sinin gerçek anlamıyla tarihini yazmıştır. Renaliz dergisi ile Nefroloji ailesinin kaynaşması ve bir arada tutulması açısından en büyük hizmetlerden birini vermiştir ve vermeyi de sürdürmektedir. Bugün de yine Türkiye’de Hemodiyaliz ve Kaliteyi ele alan çok önemli ve medikososyal açılımlı bu toplantı içinde bizleri bir araya getirmiştir. Kendisini huzurlarınızda Türk Nefroloji Derneği yani hepimizin adına kutluyor ve hepimize saygılar sunuyor.”



Kinetik Model Hesaplamalarının Önemi, Ülkemizde Diyaliz Merkezlerinin Artışının Getirdiği Sorunlar, Çözüm Önerileri ve Kalite Yönünden Değerlendirmeler. Dönemin Türk Nefroloji Derneği Başkanı Sayın Prof. Dr. Kamil Serdengeçti yaptığı konuşmasını şu sözlerle bitirmişti: “1985 yılında Türkiye’nin ilk ulusal Nefroloji kongrelerinden birini Erzurum’da tek başına düzenlemiştir. Yine hepimiz çok iyi biliyoruz Türk Nefroloji’sinin gerçek anlamıyla tarihini yazmıştır. Renaliz dergisi ile Nefroloji ailesinin kaynaşması ve bir arada tutulması açısından en büyük hizmetlerden birini vermiştir ve vermeyi de sürdürmektedir. Bugün de yine Türkiye’de Hemodiyaliz ve Kaliteyi ele alan çok önemli ve medikososyal açılımlı bu toplantı içinde bizleri bir araya getirmiştir. Kendisini huzurlarınızda Türk Nefroloji Derneği yani hepimizin adına kutluyor ve hepimize saygılar sunuyor.”

Kinetik Model Hesaplamalarının Önemi, Ülkemizde Diyaliz Merkezlerinin Artışının Getirdiği Sorunlar, Çözüm Önerileri ve Kalite Yönünden Değerlendirmeler. Dönemin Türk Nefroloji Derneği Başkanı Sayın Prof. Dr. Kamil Serdengeçti yaptığı konuşmasını şu sözlerle bitirmişti: “1985 yılında Türkiye’nin ilk ulusal Nefroloji kongrelerinden birini Erzurum’da tek başına düzenlemiştir. Yine hepimiz çok iyi biliyoruz Türk Nefroloji’sinin gerçek anlamıyla tarihini yazmıştır. Renaliz dergisi ile Nefroloji ailesinin kaynaşması ve bir arada tutulması açısından en büyük hizmetlerden birini vermiştir ve vermeyi de sürdürmektedir. Bugün de yine Türkiye’de Hemodiyaliz ve Kaliteyi ele alan çok önemli ve medikososyal açılımlı bu toplantı içinde bizleri bir araya getirmiştir. Kendisini huzurlarınızda Türk Nefroloji Derneği yani hepimizin adına kutluyor ve hepimize saygılar sunuyor.”



Kinetik Model Hesaplamalarının Önemi, Ülkemizde Diyaliz Merkezlerinin Artışının Getirdiği Sorunlar, Çözüm Önerileri ve Kalite Yönünden Değerlendirmeler. Dönemin Türk Nefroloji Derneği Başkanı Sayın Prof. Dr. Kamil Serdengeçti yaptığı konuşmasını şu sözlerle bitirmişti: “1985 yılında Türkiye’nin ilk ulusal Nefroloji kongrelerinden birini Erzurum’da tek başına düzenlemiştir. Yine hepimiz çok iyi biliyoruz Türk Nefroloji’sinin gerçek anlamıyla tarihini yazmıştır. Renaliz dergisi ile Nefroloji ailesinin kaynaşması ve bir arada tutulması açısından en büyük hizmetlerden birini vermiştir ve vermeyi de sürdürmektedir. Bugün de yine Türkiye’de Hemodiyaliz ve Kaliteyi ele alan çok önemli ve medikososyal açılımlı bu toplantı içinde bizleri bir araya getirmiştir. Kendisini huzurlarınızda Türk Nefroloji Derneği yani hepimizin adına kutluyor ve hepimize saygılar sunuyor.”

II. Türkiye’de Hemodiyaliz ve Kalite Kongresi/ 1-3 Temmuz 2004, Trabzon

Yapmış olduğumuz bir önceki “Türkiye’de Hemodiyaliz ve Kalite” toplantısının verimli olması ve kitabını çıkartmış olmamız bize bu göreve devam etme yükümlülüğünü tekrar vermişti. Hemodiyalizde kalitenin üzerinde ısrarla durmamız gerekmekteydi. 2004 yılı itibarı ile 500’e yakın merkez 30.000’e yakın hasta ile kaliteyi yakalayabilmek için diyaliz öncülerinden olan bizler ister istemez bu görevi yüklenmek zorundaydık ve genç nesillere bize devredilen mirası kaliteye ulaştırarak iletmemiz gerektiğini bili-



Yapmış olduğumuz bir önceki “Türkiye’de Hemodiyaliz ve Kalite” toplantısının verimli olması ve kitabını çıkartmış olmamız bize bu göreve devam etme yükümlülüğünü tekrar vermişti. Hemodiyalizde kalitenin üzerinde ısrarla durmamız gerekmekteydi. 2004 yılı itibarı ile 500’e yakın merkez 30.000’e yakın hasta ile kaliteyi yakalayabilmek için diyaliz öncülerinden olan bizler ister istemez bu görevi yüklenmek zorundaydık ve genç nesillere bize devredilen mirası kaliteye ulaştırarak iletmemiz gerektiğini bili-



yorduk. Tarihsel Gelişim İçinde Hemodiyalizde Alınan Mesafeler ve Bugünkü Durum, Diyaliz Tipi ve Hasta Seçimi, Membran Çeşitleri, Seçimi ve Biyoyumluluk, Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Kalite Göstergeleri, Hepatitler ve Diğer Enfeksiyonlar, Hemodiyaliz Makine Sterilizasyonu ve Su Arıtma Güvenirliliği, Renal Anemi Tedavisinde Yaşanan Tıbbi ve Ekonomik sorunlar, Hemodiyaliz Tedavisinde Maliyet konuları işlenmiş, yapılan Reuse konulu panelde Membranların Yeniden Kullanılması ve Kaliteye Getirdikleri konuları ilk kez detaylarıyla ele alınmıştı.

III. Türkiye’de Hemodiyaliz ve Kalite Kongresi/ 24-26 Mart 2005, Bolu

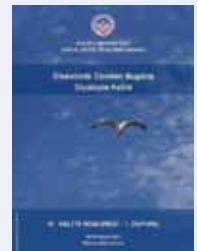
Hemodiyalizde kaliteyi getirmek Nefroloji’de eksikliği hissedilen konuların hâlâ başında gelmekteydi. Çünkü çok hızlanan bir biçimde hemodiyaliz merkezleri açılmakta bunun yanında “Acaba kaliteyi yakalıyor muyuz?” endişesi devam etmekteydi. İlkini Ankara’da, ikincisini Trabzon’da, üçüncüsünü ise Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi’nde yapmıştık. Sağlık Bakanlığı’nın Hemodiyaliz Merkezlerine Bakış Açısı, Hemodiyalizde Kalite ve Standart, Hemodiyaliz Eğitiminde Kalite ve Standart, Eğitimde Kalite Kontrolü ve Tıbbi Denetim, Resertifikasyon, Eğitilenlerin Yeterliliği ve Eğitilenlerin Niteliği, Özel Diyaliz Merkezlerinin Eğitim Sorunları ve Çözüm Önerileri, Su Arıtma Sisteminde Kalite ve Stan-



Hemodiyalizde kaliteyi getirmek Nefroloji’de eksikliği hissedilen konuların hâlâ başında gelmekteydi. Çünkü çok hızlanan bir biçimde hemodiyaliz merkezleri açılmakta bunun yanında “Acaba kaliteyi yakalıyor muyuz?” endişesi devam etmekteydi. İlkini Ankara’da, ikincisini Trabzon’da, üçüncüsünü ise Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi’nde yapmıştık. Sağlık Bakanlığı’nın Hemodiyaliz Merkezlerine Bakış Açısı, Hemodiyalizde Kalite ve Standart, Hemodiyaliz Eğitiminde Kalite ve Standart, Eğitimde Kalite Kontrolü ve Tıbbi Denetim, Resertifikasyon, Eğitilenlerin Yeterliliği ve Eğitilenlerin Niteliği, Özel Diyaliz Merkezlerinin Eğitim Sorunları ve Çözüm Önerileri, Su Arıtma Sisteminde Kalite ve Stan-



dart, Su Arıtma Sisteminde Klasik Yöntem, Denetim, Kontrol, Dezenfeksiyon gibi konular konusunun uzmanı konuşmacılar tarafından ilk kez detaylı bir şekilde ele alınmıştı.



IV. Ülkemizde Düünden Bugüne Diyalizde Kalite Kongresi /28-30 Nisan 2011, Ankara

6 yıl gibi uzunca bir aradan sonra diyaliz alanında çalışmaların oldukça

hızlandığını, merkezlerin sayılarının arttığını gördük. Günümüzde ise yönetmeliklerdeki değişiklikler ve ekonomik durumun düzelmemesi, diyaliz tedavi yöntemlerinin fiyatlarında artışlar olmaması sektör haline gelmiş olan diyaliz işlemlerinde bazı sorunların çıkmasına yol açmıştır. Bu



durumda Kalite konusunun tekrar gündeme gelmesine karar verdik ve bu toplantıyı düzenledik. Düünden Bugüne Hemodiyalizde Alınan Mesafeler, Kalite Parametreleri Yönünden Uluslararası Verilerin Karşılaştırılması (TND, USRD ve DOPPS), Hemodiyalizde Kalitenin Tanımı ve Bileşenleri, Hemodiyalizde Eğitimin Kaliteye Etkisi, Hemodiyalizde Yasal Düzenlemelerin, Geri Ödemelerin Kaliteye Etkisi, Hemodiyalizde Beslenmenin Kalite Üzerine Etkisi gibi konuların tartışıldığı güzel bir toplantı olmuştur.

V. Ülkemizde Düünden Bugüne Diyalizde Kalite Kongresi/ 26-29 Nisan 2012, Kıbrıs



Bu toplantımızda daha önceki toplantılarımızda değinmediğimiz konulara da yer verildi: Periton diyalizinde kalite konusunda ülkemizin geldiği nokta ve diyaliz uygulamasının azalma nedenleri üzerinde duruldu. Yoğun bakımdaki diyaliz uygulamalarında kalitenin gerekliliği hissede-

rek Türkiye’de Yoğun Bakım ve Nefroloji Sempozyumunu ilk kez gerçekleştirmiştiğimiz. Bu düşünce ile bugüne kadar yoğun bakımda diyaliz konusunda kat edilen mesafeler, varsa eksiklikler, yapılması gerekenler ortaya kondu. Yoğun bakımda en iyi diyaliz hizmetini verebilmek için izlenecek yollar belirlendi. Diyalizde ülkemizde yeni uygulanmaya başlayan ve günümüzün en ilgi çekici konularından olan ev diyalizi ve yaşam kalitesini artırıcı etkilerine değinildi. Depremde Diyaliz ve Kalite konusu ile böbrek yetmezliği geçiren hastalarımıza daha kaliteli diyaliz hizmetinin nasıl verilebileceği üzerinde duruldu. Herkes tarafından beğenilen güzel bir kongre oldu.



Türkiye'de Kronik Böbrek Hastalığı Haritası



Prof. Dr. Gültekin Süleymanlar
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nefroloji BD, Antalya

ÜLKEMİZDE DÜNDEN BUGÜNE DİYALİZDE KALİTE, V. KALİTE KONGRESİ,
26-28 NİSAN 2012, KIBRIS

SDBY – Ekonomik Yük (Yıllık Maliyet)

ABD } HD: 52,000 \$
• PD : 45,000 \$
• Trans.: 18,000 \$
USRDS 1999,
Xue et al. JASN, 2003

RRT hastaları için harcanan: 1997'de 14,2 milyar \$
RRT hastaları için harcanacak: 2010'da 28,3 milyar \$

TR } • HD: 22,759 \$
• PD : 22,350 \$
• Trans.: 1. yıl: 23,393 \$
2. yıl: 10,028 \$
Erek E. Nephrol 2004

RRT hastaları için harcanan (2004): 830.000.000 \$
RRT hastaları için harcanan (2006): 1.218.650.000 \$
RRT hastaları için harcanacak: 2016'da 2,5-3 milyar \$

TÜRKİYE'DE KBH SORUNU:%15,7

KBH (Evre 1-5) Hasta Sayısı:

7.307.315

KBH (Evre 3-5) Hasta Sayısı:

2.369.059

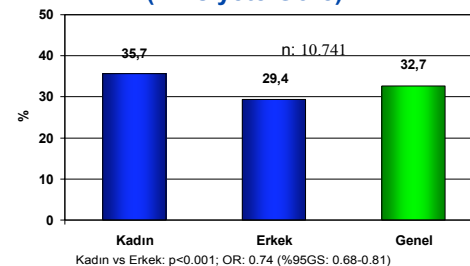
Kronik Böbrek Hastalığı

- Sık görülen (%10),
- Morbiditesi ve mortalitesi yüksek olan,
- Yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen,
- Farkındalığı ve erken tanı olasılığı düşük,
- Büyük sosyoekonomik yük getiren,
- Ancak, önlenilebilir veya ilerlemesi yavaşlatılabilir bir hastalıktır.

Birincil Amaç

- On sekiz yaşın üstündeki bireylerde **kronik böbrek hastalığı (KBH) prevalansının** Türkiye genelinde aşağıdaki alt gruplarda saptanması:
 - Cinsiyet
 - Yaş grupları
 - Yerleşim yeri (Kent /Kır)
 - Coğrafik bölgeler

Hipertansiyon Sıklığı (%), (Cinsiyete Göre)



Kronik Böbrek Hastalığı (Tanım)

- Üç ay veya daha uzun süren **BÖBREK HASARI**
 - Patolojik (yapısal) anormallikler
 - Böbrek hasar göstergeleri
 - İdrar anormallikleri (proteinüri vs)
 - Kan anormallikleri (renal tübuler sendromlar)
 - Görüntüleme yöntemlerindeki anormallikler
 - Böbrek transplantasyonu
- Üç ay veya daha uzun süren **GFH AZALMASI** (<60 mL/dk/1.73 m²)

(KDIGO KILAVUZU-2004)

İkincil Amaç

- On sekiz yaşın üstündeki bireylerde **KBH'na eşlik eden hastalıklar/durumların sıklığının** saptanması:
 - Hipertansiyon
 - Diyabet
 - Obezite
 - Abdominal obezite
 - Metabolik sendrom
 - Hiperlipidemi
 - Hiperürisemi

CREDIT – KBH Prediktörleri (Lojistik Regresyon Analizi-Sonuç)

- Türkiye'de KBH'nin oluşumunda:
 - Kadın cinsiyet,
 - İlerleyen yaş,
 - Bazı coğrafi bölgelerde yaşama, (Marmara ve Güneydoğu Anadolu)
 - Kırsal yerleşim,
 - Hipertansiyon varlığı,
 - Diabetes mellitus varlığı en önemli risk faktörlerini oluşturmaktadır.

GFH ve Albuminüriye Dayanan Yeniden Düzenlenen KBH Sınıflandırması

GFH Evreleri	GFH(mL/dk/1.73 m ²)	Tanımlar
G1	≥90	Normal veya yüksek
G2	60-89	Hafif azalmış
G3a	45-59	Hafif / orta derecede azalmış
G3b	30-44	Orta / ciddi derecede azalmış
G4	15-29	Ciddi derecede azalmış
G5	<15 (veya diyaliz)	Böbrek yetmezliği (Eğer diyalizle tedavi ediliyorsa D eklenir)
Albuminüri Evreleri	AER (mg/gün)	Tanımlar
A1	<30	Normal / Yüksek normal
A2	30-300	Yüksek
A3	>300	Çok yüksek (non-nefrotik veya nefrotik olarak ayrılabilir)

Yöntem

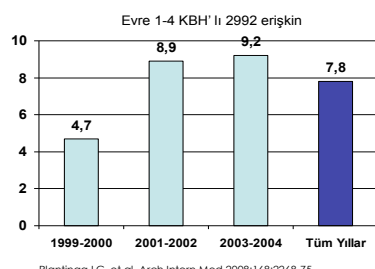
- Bu epidemiyolojik çalışma, "Küme örnekleme yöntemi" ile rastgele seçilmiş 18 yaşın üzerindeki 10748 erişkin birey üzerinde yapılmıştır;
- Çalışma, toplam 23 ilde yürütülmüştür.
- Üç büyük il (İstanbul, Ankara ve İzmir) dışında her bölgeden 2-5 il çalışmaya alınmıştır. Her bölgeyi temsil edecek yeterlilikte örnekleme seçilmiştir.



A population-based survey of Chronic Renal Disease In Turkey—the CREDIT study

Çalışma "Küme Örnekleme" Yöntemiyle "Yaş, Cinsiyet, Yaşam Kalitesi, Böbrek Hastalığı, Kan Basıncı, Diyabet, Obezite, Hipertansiyon, İdrar Anormallikleri, Kan Anormallikleri, Görüntüleme Yöntemlerindeki Anormallikler" gibi birçok parametreyi kapsayan kapsamlı bir çalışmadır. Çalışma sonuçları, Türkiye'de kronik böbrek hastalığının prevalansını ve risk faktörlerini belirlemek için önemlidir.

Kronik Böbrek Hastalığında Farkındalık NHANES Verileri



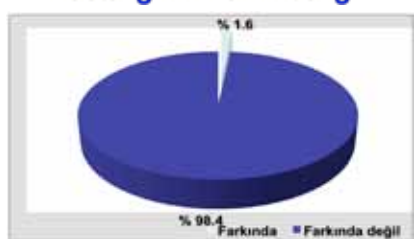
Yöntem; Saha Çalışması Planı

- Ev ziyaretleri ile ulaşılan her bireyden aşağıdaki veriler toplanmıştır:
 - Ayrıntılı tıbbi anket
 - Vücut ağırlığı
 - Boy
 - Bel ve kalça çevresi
 - Kan basıncı ölçümü (iki ölçüm ortalaması)
- Daha sonra bu bireylere tetkik için gerekli koşullar (12 saat açlık gerektiği gibi) anlatılıp randevu verilmiştir.
- Saha teknisyeni, hastadan kan ve idrar örneğini alıp, uygun koşullarda muhafaza ederek, bu çalışma için anlaşması yapılmış olan laboratuvara teslim etmiştir.
- Lab. tetkikleri taranan tüm hastalarda yapılmıştır.

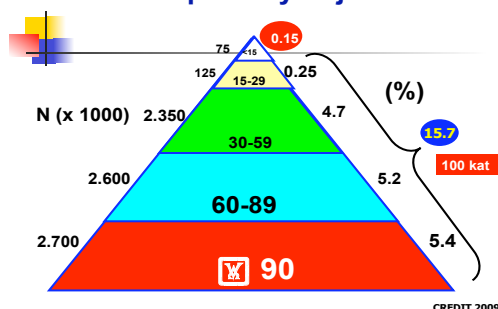
Özet-1

- KBH dünyada epidemik halini almış bir hastalıktır ve KV morbidite ve mortaliteye belirgin şekilde arttırmaktadır.
- Yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, farkındalığı ve erken tanı olasılığı düşük, büyük sosyoekonomik yük getiren, bir hastalıktır.
- Ülkemizde RRT gerektiren SDBY nin insidensin de ve özellikle de prevalansın da artış devam etmektedir. SDBY, hızla büyüyen bir halk sağlığı sorunudur.
- SDBY nedeni olarak, D' nin oranı giderek artmaktadır.
- RRT olarak en sık uygulanan tedavi türü HD' dir;

Türkiye'de Kronik Böbrek Hastalığının Farkındalığı



KBH Epidemiyoloji -TR



Özet-2

- Ülkemizde genel erişkin popülasyondaki KBH oranı **%15,7** dir. Diğer deyişle yaklaşık erişkin 6 kişiden birisinde KBH vardır. Düşük GFH (<60 mL/dk) olan hasta oranı ise %5,2 olup her 18 yetişkinin birisinde kritik düzeyde KBH olduğu saptanmıştır. Kadınlarda ve yaşlılarda risk daha fazladır.
- Böbrek hastalığı açısından risk oluşturan komorbid durumların sıklığı yüksek bulunmuştur. (HT:%32,7, DM:%12,7 vs)
- Komorbid hastalığı veya durumu olanların KBH oranları olmayanlara göre daha yüksektir.
- Bu sonuçlar KBH nin Türkiye de önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir.

DİYALİZDE V. KALİTE KONGRESİNDEN ÖZETLER

HEMODİYALİZDE KALİTE
VS
ÜLKEMİZDE ULAŞILAN HEDEFLER

Prof. Dr. NEVAL DUMAN
Ankara Üniv. Tıp Fak.
Nefroloji B.D. Öğretim üyesi

HD de Kaliteli Tedavi

- Diyaliz Tedavisinin Tıbbi Kalitesi (Bilimsel ve yeterli tedavi)
- Diyaliz Merkezinin Kalitesi (Örgütsel yapı ve işleyiş)

↓
Diyaliz Hastasının Yaşam Kalitesi

İnfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi

- ✓ Ünsel temizlik kurallarına uyulması.
- ✓ Tıbbi atıkların ve diğer çöplerin imhası.
- ✓ Diyaliz makinalarının temizliği, dezenfeksiyonu
- ✓ Su sistemi ve su dağıtım borularının dezenfeksiyonu
- ✓ Gerekli mikrobiyolojik testlerin yapılması.

HD de Kalite

- tedavi yeterliliği ve hasta memnuniyeti,
- hekim ve tedavi ekibinin memnuniyeti ,
- yarar - maliyet dengesinin korunması,
- toplumsal memnuniyet, gibi nicelikler silsilesinin ortaya çıkardığı bir sonuçtur. → **MEMNUNİYET**

KALİTELİ DİYALİZDE ANA UNSURLAR

Hemodiyalizde Teknik Kalite
HD Aletleri ve Membran Seçimi

- HD Aletlerinin ve Teknik Servislerin Nitelikleri?
- HD Aletinin Toplam Kullanım Süresi (Ömrü)?
- Teknik Donanım Özellikleri ve Güncelliği?
- HD Aletlerinin Düzenli Kalibrasyon Kontrolleri?
- Aletin Arıza Sıklığı?
- Yedek Alet olup, olmaması?
- Teknik Hizmetin Hemen Sağlanabilmesi ve Yeterliliği?

Ülkemizde halen kullanımda olan HD Aletlerinin yaklaşık %55-60' ının kullanım süreleri 6-7 yılın üzerindedir.

DİYALİZ YETERLİLİĞİ HEDEFLERİ

- ✓ Hastanın yıllık hali (fiziksel, sosyal ve mental)
- ✓ Beslenme/Malnütrisyon
- ✓ Solüt klirensi (Üre kinetiği yaklaşımı, ÜKM)
- ✓ UF yeterliliği
- ✓ Kan basıncı kontrolü
- ✓ Protein katabolizma hızı (PCR)
- ✓ Anemi, asidoz ve kemik hastalığının kontrolü

Levy J et al. Oxford Handbook of Haemodialysis, 2010

Diyalizde kalite yönetim sisteminin amaçları;

- ⇒ Mevcut yasal düzenlemeler ve kurallar dikkate alınarak diyaliz hastalarının, referans hastahanelerin ve sosyal güvenlik kurumlarının gereksinimlerini karşılayan tedavi hizmetlerini sağlamak,
- ⇒ Hastaların tedavisinde yeterli tedavi kriterlerini hedeflemek ve ulaşmaya çalışmak,
- ⇒ Tedavinin etkili, düzenli ve kolay izlenebilir olmasını sağlamak,
- ⇒ Diyaliz tedavisi ile ilgili olan tüm işlemlerin sürekli iyileştirilmesi ve gelişimini; kalite yönetim sisteminin gelişim ve işletimini sağlamaktır.

HD de KALİTE YETERLİLİK KRİTERLERİ

- ✓ Hastalarla ilgili işlemlerin güvenilirliği, tutulan kayıtların yeterliliği ve saklanması,
- ✓ Sosyal güvenlik kurumları ile iyi ve güvenilir ilişkiler içinde olmalı, yasal kurallara göre hazırlanmış rapor ve dökümanlar zamanında ve düzenli olarak ödeme yapacak kurumlara iletilmeli,
- ✓ Referans hastahanelerle temasın sürdürülmesi,
- ✓ Hasta ile temasın sürdürülmesi,
- ✓ Satın alma (malzeme, ilaç, sarf) ve girdilerin kontrolü özelliklerinin belirlenmesi ve denetimi.

Yeterli Diyaliz Tedavisi;

- Hastanın yıllık halini arttırmalı
- Araya giren hastalıklarla hastahaneye başvuru azaltmalı
- Sosyal bağımsızlık kazandırmalı
- Sağkalımı arttırmalı

Levy J et al. Oxford Handbook of Haemodialysis, 2010

Geri Ödeme Kısıtlamaları

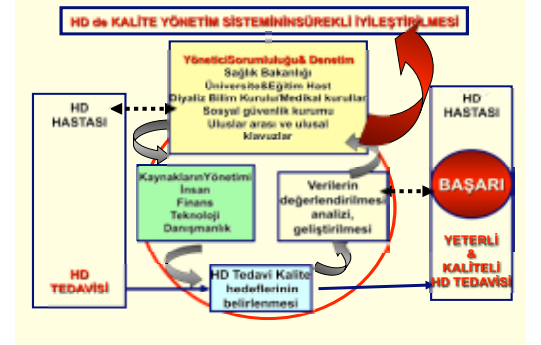
- ✓ Diyaliz tedavisinde kullanılan bazı ilaçlar için uluslararası tedavi kılavuzları ve yurtdışı uygulamalarından farklı olarak lokal kriterler belirlenebilmektedir.
- ✓ İlgili kriterler hastaların ihtiyacı olan tedaviye ulaşmalarında kısıtlamalara neden olabilmekte ve tedaviyi uygulayan hekime karar verme aşamasında zorluklar yaşatabilmektedir.
- ✓ Geri ödeme kriterlerine karar verilirken hastaların uzun dönem tedaviden sağlayacakları yararlar (yaşam kalitesi, sağ-kalımda artış ve KBH ile seyreden morbiditelerde azalma) dikkate alınmalıdır.

Diyaliz Tedavisinde Tıbbi Kalite
(Bilimsel tedavi uygulamaları)

- DOQI
- EBP (Avrupa en iyi klinik uygulama kılavuzları)
- Tıbbi kitaplar ve süreli yayınlar
- Kanıta Dayalı Tıp (Evidence Based Medicine)
- Kişisel deneyim ve bilgiler

DİYALİZ EĞİTİMİ ÖNEMLİDİR !!!

- KİMLERE? KALİTESİ? YETERLİLİĞİ? SÜRESİ?
- EĞİTİM STANDARTLARI?
- PRATİK UYGULAMA?
- TECRÜBE KAZANMA?
- DEĞERLENDİRME?
- BİLGİNİN GÜNCELLEŞTİRİLMESİ ve GELİŞTİRİLMESİ?
- EĞİTİMİN VE EĞİTİCİNİN DENETİMİ?



Hasta yaşam kalitesi

- Yaşam kalitesi kişiye göre değişir
- Sezgiseldir
- Herkes ayrı beklenti ve tanımlamalar yapar !
- **HASTA YAŞAM KALİTESİ;** (DSÖ Tanımı)
- Kişinin fiziksel, ruhsal ve toplumsal olarak bütünüyle yıllık halidir.
- **Kr. BÖBREK HASTASININ YAŞAM KALİTESİ**
- Böbrek hastalığının varlığında bireyin fiziksel, toplumsal ve ruhsal olarak, olabilecek en üst düzeydeki "iyilik" halidir.

Diyalizde alt yapı ve çalışma alanının kalite kriterleri

- 1-Ortamın temizliği, aydınlatılması, havalandırılması, hastanın kontrol ve emniyetinin sağlanması,
- 2-Diyaliz aletlerinin çalışır durumda olması ve güncelleştirilmesi,
- 3-Diyaliz su sisteminin ve su kalitesinin kontrolü.
- 4-Acil durumlarda gerekli olan ekipman ve ilaçların hazır bulundurulması,
- 5-İlaçların kullanım şekli, süresi ve saklanma koşullarına uyulması,
- 6-Hasta, ziyaretçi, personel ve ünitelere ait olan kaza/olay tutanaklarının tutulması,



HD Hastasını Operasyona Hazırlama



Prof. Dr. Şükrü Ulusoy
KTU Nefroloji Bilim Dalı Trabzon

Hiperkalemi

- KBY insidansı %19-38
- K >5.5 genel anesteziden kaçınılmalı
- Hiperkalemi tedavisinde
 - K bağlayıcı reçineler
 - IV Dextroz+İnsülin
 - IV bikarbonat
 - Hemodiyaliz

American Family Physician 66(8):1475, 2002

•Kan diyalizden hemen sonra alınmamalı

•Ringer solusyonları K ihtiva eder

Trainor D. Seminars in Nephrol. 24(3):314-26.(2011)

Kanama

Diphenhydramine
NSAİD
Chlordiazepoxide
Cimetidine

İntroop Kanamayı Artırır

American Family Physician 66(8):1475, 2002

Düşük MA Heparin kanama riskini artırır

Nonkardiak ve Kardiyak Cerrahi Operasyonlarda

- KBY 'de acil cerrahi yaklaşım
- KBY' de elektif cerrahi değerlendirilmesi

HD Hastasında Kardiyak Mortalite

•10-20 Kat Fazladır
•HD Başlarken CVH Sıklığının Fazla Olması En Önemli Nedendir.

Volüm Dengesi

Kuru ağırlık sağlanmalı !!!

Hipervolemi

Akc ödemi
HT riski
Yara iyileşmesi yetersiz

Hipovolemi

İntroop Hipotansiyon
Vasculer Acces susması
Yara iyileşmesi bozulur
Multi organ etkilenimi

Trainor D. Seminars in Nephrol. 24(3):314-26.(2011)

Kan Basıncı Kontrolü

- Kuru ağırlık optimizasyonu
- Antihipertansif doz ayarlanması
- Oral tedaviler transdermal veya IV'e geçmeli
- Diüretikler 2-3 gün önce kesilmelidir
- Hipoglisemi-HT ilişkisinin oluşturulmaması
- İntrodiyaltik hipotansiyondan kaçınılması

Peralta CA. Et al. Hypertension 50:474-80 (2007)

Kan Şekeri Kontrolü

- Hipoglisemiden kaçınılması
- Periop KŞ < 180 mg/dL
- Glyburide' den kaçınılmalı

Sheehy AM. J Diabetes SCI Technol 3:1261-69,2009

Acil cerrahi

- Hızla risk faktörleri HD ile giderilerek operasyona alınmalı
- Postoperatif sorunlar için yakın takip
- Profilaktik B Bloker

Hemodial Int 2003; 7(3):250-255

Enfeksiyon

- Renal yetmezlikli hastada absorbe olan sutur tercih edilmemelidir
- Yara iyileşme gecikmesi herniye yol açar

Nutrisyonel Durum

- Malnutrisyon
 - Doku tamirini azaltır
 - Yara enfeksiyonu artar
- Elektif operasyonlarda
 - Nutrisyonun düzeltilmesi
 - Diyaliz yeterliliğinin sağlanması

American Family Physician 66(8):1475, 2002

Nonkardiak Elektif Cerrahi

Mortalite morbidite nedenleri var mı?

Kardiyak hastalık klinik göstergesi var mı?

Major klinik gösterge varsa tedavi edilene kadar cerrahi ertelenmeli

Circulation:2007;116:1-82

Anemi

- SDBY ve Hct %20-26 intraop komplik artışı
- Operasyon da kan tx hiperkalemi yapar
- Cerrahi elektif ise epo ile Hct %36 hedeflenir
- Epo tedavisi bazı gruplarda özellikle önemli bir obsiyondur

American Family Physician 66(8):1475, 2002

- Kan transfüzyonundan kaçınılmalıdır !!!
- TX adaylarında immünizasyona yolaçar

KBY' de anestezi seçimi

- Premedikasyon
 - Premedikasyon minimum
 - Kısa etkili anksiyolitik (Midazolam) düşük dozda
 - Atropin ve scopolamine yerine Glycopyrolate verilmeli
 - H2bloker+ metoclopramid aspirasyon riski için verilebilir;
 - Meperidine verilmemelidir!

N Engl J Med 337:1132-1141, 1997.

Nonkardiak Elektif Cerrahi

Orta - minor klinik gösterge varsa fonksiyonel kapasite ve cerrahiye göre karar

Fonksiyonel kapasite düşük ise noninvaziv test

Cerrahinin tipi, süresi ve anestezinin tipi sonucu etkiler

2007;116:1-82

Circulation:

Kanama

- Kanama zamanı 10-15 dk olan hastalarda yüksek hemoraji riski vardır.
- Aspirin ve Dipyridamole cerrahiden 72 saat önce kesilmeli
- Heparinli diyaliz hastalarında invaziv cerrahi işlem 12 saat ertelenmeli

American Family Physician 66(8):1475, 2002

Anestezi başlatılması

- Akut hipotansiyonu önlemek için 250-500mL sıvı verilmeli;
- İV verilen anesteziğin dozu azaltılmalı;
- Ketamin renal yetmezlikte güvenle verilebilir. Acil cerrahide kullanılabilir.

N Engl J Med 337:1132-1141, 1997.

Anestezinin devam ettirilmesi

- Volatil(uçucu) anesteziğin kullanılması uygundur
- Morfin ve meperidin KBY' de kullanılmamalı
- Propofol, Remifentanil ve Cisatracurium kombinasyonu İV anestezi için uygundur.

N Engl J Med 337:1132-1141, 1997.

HD-Cerrahi ve Sorunlar

- Hiperkalemi
- Volüm dengesi
- Kanama riski
- Anemi
- Metabolik durum
- HT ve Kalp yetmezliği
- Renal Tx ilişkisi
- Enfeksiyon
- Pulmoner HT

Kanama

- Yoğun diyaliz
- Desmopressin (DDAVP) 0.3mcg/kg preop
- Cryoprecipitate(İV 30 dk süreyle 10 Ünite)
- Konjuge Östrojenler 0.6mg/kg/gün İV- oral,
- Eritrosit transfüzyonu (hedef Hct%30)

Trainor D. Seminars in Nephrol. 24(3):314-26.(2011)

İntroop HD

- Vital bulguların kontrolü
- Vasküler aksesin korunması
- Sıvı tedavisi – CVP
- İntrooperatif diyaliz
- Hipotermi önlenmesi
- Uzun sürecek operasyon sırasında kan ve sıvı verilecek hastalarda hiperkalemi ve hipervolemiden kaçınmak için
- İntroop HD mortalite ve morbiditeyi azaltır

N Engl J Med 337:1132-1141, 1997.

Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery 3(2004)148-52



DEPREM ve HEMODİYALİZ

Prof. Dr. Mehmet Şükrü Sever
İstanbul Tıp Fakültesi; Nefroloji Bilim Dalı

Ülkemizde Düünden Bugüne Diyalizde Kalite Kongresi
Kıbrıs; 26-29 Nisan - 2012

REPLASMAN TEDAVİLERİ - III

PERİTON DİYALİZİ


Olumlu yönler:

- Sistem basit
- Damar girişi gerekmez
- Solüt ve sıvı klirensinin fizyolojik
- Glukozun beslenmeye katkısı

Olumsuz yönler:

- Klirensi çok düşük
- Abdominal travmada uygulama güçlüğü
- Steril teknik hijyenik ortam gereksinimi
- Lojistik problemler

Collins, Crit Care Clin 1991; Vanholder et al, NDT 2000; Sever et al, Kidney Int 2002



Section V: Prevention and treatment of AKI in crush syndrome victims

Section V.1: Prevention of crush-related AKI
Section V.2: Peritoneal treatment of crush-related AKI during the edematous phase
Section V.3: Hemodialysis treatment of crush-related AKI
Section V.4: Treatment of crush-related AKI during the polyuric phase
Section V.5: Long-term follow-up

V.3.A: Diyaliz ezilme sendromlu hastalarda hayat kurtarıcıdır; bölgede veya bölge dışında hastaları diyalize almak için azami efor sarfetmelidir.

TEMEL BİLGİLER- I

Ezilme sendromu sık görülür !

Table-1: Major earthquakes of the last 20 years with reported statistics in the literature

Location, country (year)	Mortality	Crush syndrome	Dialyzed
Spain, America (1988)	24.000	600	224.588
Northern Iran (1990)	~40.000	?	156
Kobe, Japan (1995)	5.000	372	123
Marmara, Turkey (1999)	~17.000	639	477
Chi-Chi, Taiwan (1999)	2.485	52	32
Gujarat, India (2001)	20.623	55	33
Bourmonde, Algeria (2003)	2.266	2077	1977
Bam, Iran (2003)	26.000	124	96
Kashmir, Pakistan (2005)	~80.000	118	65
Northern, China (2008)	~69.000	9	9
Haiti (2010)	220.000	92	91
TOTAL	~1.500.000	~2.000	~1.300

Sever and Vanholder, The Rambam Maimonides Medical Journal 2011.

ÖNCEKİ DEPREMLERDE EZİLME S.

TANGSHAN (ÇİN) DEPREMİ
Yıl:1976; siddet:8.0; ölü:242.000; yaralı:165.000; crush: ?? (%2-5)

GÜNEY İTALYA DEPREMİ
Yıl:1980; siddet:6.8; ölü:202; crush: 19

ERMENİSTAN DEPREMİ
Yıl:1988; siddet:6.8; ölü:25.000-150.000?; crush: 600

KOBE (JAPONYA) DEPREMİ
Yıl:1995; siddet:6.8; ölü:5530; Crush S: 372; AKI: 202; Diyaliz:129

• Dökümanite edilen ilk "böbrek afeti"

Türkiye bir depremler ülkesidir !



1994 - 1999 yılları arasında Türkiye'de oluşan Magnitudü 5'ten büyük depremler

- 1. derece deprem riskli bölgelerdeki nüfus ~ 40.000.000 kişi
- 2 - 3 yılda bir orta veya büyük bir deprem

TEMEL BİLGİLER- II

Ezilme sendromu sık görülür !

ESTANBUL METROPOLİTAN BELEDİYESİ
Measures for Preventing Disaster

Earthquake Scenarios for Determining the Damage

Potential Earthquake Damages and Post-Event Needs

3000 - 4000 ezilme send. hastası

MARMARA DEPREMİ DENEYİMİ

477 (74.6%) HASTADA REPLASMAN TEDAVİSİ

TEK TİP TEDAVİLER (n:452)

- Hemodiyaliz: 437
- Yavaş süreklili ted.: 11
- Periton diyalizi: 4

KOMBİNE TEDAVİLER (n:25)

- HD+YST: 21
- HD+PD: 2
- HD+PD+YST: 2

IHD: 462, YST: 34, PD: 8

KİTLESEL AFETLERDE

TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ

TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ

TEMEL BİLGİLER- III

KİTLESEL AFETLERDE DİYALİZ HİZMETİ

1. Acil (ek) diyaliz ihtiyacı hızla artar.
Shimazu T et al. J Trauma 1994; Knochel JP. Curr Ther Nephrol 1998
2. Diyaliz merkezleri hasara uğrar.
Knoyan G. Ren Fail 1992; Collins and Bursztein Crit Care Clin 1991; Better O. Kidne Int 1993
3. Altyapı (su, elektrik, ulaşım vb.) aksar.
Naito H. Ren Fail 1997
4. Diyaliz personeli, aileleri, mülkleri zarar görür.
Naito H. Ren Fail 1997

DİYALİZ UYGULAMASI (Marmara Depremi Deneyimi)

En sık diyaliz indikasyonları:

1. Sıvı yüklenmesi
2. Azotemi

En sık vasküler giriş yolu: V. Subclavia kateterleri

En sık antikoagülasyon: kısıtlı heparinizasyon (%67)

En sık intradiyalitik komplikasyonlar:

1. İntradiyalitik hipotansiyon (%61)
2. Diyalizörde pıhtılaşma (%46)

Yörügen et al. EDTNA ERCA J 2001;27: 174-177.

NDT

Disaster relief: from theory to practice
Mehmet Şükrü Sever^{1,2,3}, Norbert Lincze⁴ and Raymond Vanholder^{2,3}

MEASURES

- Defining status of local hospital buildings
- Defining and giving instructions on the action plan
- Coordinating with other disaster relief coordinators
- Getting information on how many nephrologists/dialysis nurses can reach the disaster area
- Getting information on how many crush patients can be hospitalized in the hospitals in other regions
- Coordinating with chairman of RDTF on dialysis material and personnel support

REPLASMAN TEDAVİLERİ - I (İNTERMITTAN HEMODİYALİZ)

Olumlu yönler:

- Klirensi yüksek
- Antikoagülasyonsuz uygulama
- Bir diyaliz makinesinde pek çok hastaya tedavi
- Arteriyel kanülasyon gerekmez

Olumsuz yönler:

- Deneyimli personel gereksinimi
- Sistem komplekse; kurulması gecikebilir
- Altyapı hasarında uygulanamaz
- Diyaliz dengesizlik sendromu

Collins, Crit Care Clin 1991; Vanholder et al, NDT 2000; Sever et al, Kidney Int 2002

SONUÇLAR

Yıkıcı depremler hemodiyaliz altyapısında önemli hasara yol açar

- Hemodiyaliz seans sayıları ve hasta sayıları depremden hemen sonra hızla azalır, haftada 1 diyalize giren hasta sayısı ise artar
- Haftalık hemodiyaliz seans sayısındaki azalmaya rağmen, interdiyalitik kilo alımı ve kan basıncı sabit kalır

KRONİK DİYALİZ HASTALARI FELAKET ŞARTLARINA UYUM GÖSTERİR

PERSONEL TEMİNİ ve HASTALARIN NAKLİ

I. Ulusal

II. Uluslararası

- 88 diyaliz merkezi
- Fazladan alacağı diyaliz hastası: 6200
- Bölgeye gönderebileceği Dr: 75
- Bölgeye gönderebileceği hemşire: 155
- 56 diyaliz merkezi
- Fazladan alacağı diyaliz hastası: 3300
- Bölgeye gönderebileceği Dr: 54
- Bölgeye gönderebileceği hemşire: 98

REPLASMAN TEDAVİLERİ - II

SÜREKLİ YAVAŞ TEDAVİLER (Arteriyovenöz-venüvenöz / hemodiyaliz -hemo(diy)filtrasyon)

Olumlu yönler:

- Solüt klirensi fizyolojik
- Hızlı uygulama
- Eğitimi kolay

Olumsuz yönler:

- Sürekli antikoagülasyon
- Yakın takip
- Elektrik enerjisi, fazla miktarda sıvı gereği
- Klirens düşük
- Hasta immobilizasyonu; emboli, dekubitus..

Collins, Crit Care Clin 1991; Vanholder et al, NDT 2000; Sever et al, Kidney Int 2002

Diyaliz hastaları yardım alamama ihtimaline karşı eğitilmeli !

Kendi başınıza makineden kurtulabilirsiniz !

Makinenin açma-kapama düğmesinin yerini öğreniniz

MAKAS'ın yerine dikkat ediniz

SONUÇLAR

- Kitlesele afetler ardından ortaya çıkan ezilme sendromu önemli bir ölüm sebebidir. Diyaliz hayat kurtarıcıdır.
- Bu hastaların tedavisinde tüm diyaliz yöntemlerinin kendine özgü iyi ve kötü tarafları vardır. IHD en uygun tedavi yöntemidir.
- Afetler ertesinde diyaliz için ihtiyaç hızla artarken, diyaliz sunu imkanı azalır.
- Afetlere yönelik senaryolar hazırlamak, ulusal ve uluslararası yardım kampanyaları düzenlemek lojistik sorunların çözümüne katkıda bulunabilir.

DİYALİZDE V. KALİTE KONGRESİNDEN ÖZETLER

HEMODİYALİZ YÖNETİMİ
HEMŞİRE GÖZÜYLE

Işıl İNANOĞLU
Başkent Üniversitesi Hastanesi
Hemodiyaliz Ünitesi

Hemodiyalizde Kalite Takip

- Organizasyon şeması
- Görev tanımları
- Hasta çalışan eğitim dökümanı
- Düzeltici önleyici, iyileştirici faaliyet
- Çalışan performans ölçümleri
- Hasta şikayet – öneri
- Hedefler
- Enf izlem kayıtları
- Kalibrasyon takipleri
- Cihaz dezenfeksiyon takipleri
- Muayene deneyler
- Fiziksel iyileştirmeler

HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE KALİTE

- Hemodiyaliz personelinin iş analizi yapılmalı,
- İş tanımları oluşturulmalı ,
- Performans değerlendirme standartları oluşturulmalı,
- Sürekli değerlendirme ve iyileştirmeler yapılmalı,

Hemodiyaliz Hemşiresinin Özellikleri-1

- HD hemşiresi sorumluluk sahibi olmalı, tedaviye inanmalı ve tedavi kalitesini geliştirmek için çalışmalı
- HD Hemşiresinin hasta ve onun ailesi ile olan ilişkilerini hasta yararına, yardım amaçlı ilişki şeklinde kurmalı ve iletişimini bu çerçevede yürütmeli
- Nefroloji hemşireliği deneyiminin yanında dahiliye ve cerrahi hemşireliği ile ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalı HD eğitimi özel beceri gerektirir.
- Hemşire, öz bakım hakkında yeterli bilgiye sahip olmalı

Hasta Bakımı;

- Ekip içerisinde iletişim
- Hasta ailesi ile iletişim
- Enfeksiyon kontrolü
- Komplikeasyonların tanınması ve tedavisi



Yönetim;

- Hemşirelik hizmetlerinin organizasyonu
- Multidisipliner ekip toplantılarına katılım
- Veri toplanması
- Sosyal aktivitelerin planlanması

Eğitim;

- Eğitim programlarının oluşturulması
- Hasta eğitim programlarının oluşturulması ve uygulanması
- Sürekli eğitim ve hizmet içi eğitim programlarının oluşturulması



Araştırma;

- HD ile ilgili yayın hazırlanması
- Profesyonel organizasyonlara katılımın sağlanması
- Hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesine katkıda bulunulmasıdır.

HASTA BEKLENTİLERİ VE
SORUNLAR

- Yiyecek-içecek ikramından memnun olmama
- Hasta taşıma servisi ile ilgili memnuniyetsizlik
- Hemodiyaliz personeli ile tartışma
- Kurallara uymama
- Rapor, reçete işlerinin halledilmesi
- Her türlü sağlık sorununun halledilmesi
- Yakınlarının sağlık sorunlarının halledilmesi
- Hasta ve yakınları tarafından anlaşılama

Hemodiyaliz Hemşiresinin Özellikleri-2

- Hemşire; eğitim sırasında sabırlı, tutarlı, esnek ve esprituell olmalı
- Hastalara karşı olumlu yaklaşımda bulunmalı ve cesaretlendirmeli
- Hasta eğitimi planlı yapılmalı ve her hasta bireysel olarak değerlendirilmeli
- Yaşadığı toplumun yapısını bilmeli, toplumdaki değişimleri izlemeli ve bu değişimlere göre kendini geliştirmeli.
- Bu rollerinin birçoğunu aynı anda yapacağı için, HD hemşiresinin karar verme yeteneği olmalıdır.

Sağlıkta Kalite ;

- Yangını söndürmek değil, yangının çıkmamasını sağlamaktır.
- Hata olduktan sonra düzeltmek değil, hata yapmamayı hedeflemektir.
- Hatalardan ders çıkararak tekrarlanmalarını önlemektir.
- Hizmet alan ve sunanların ihtiyaç ve beklentilerini karşılama, mümkünse daha fazlasını yapabilme becerisidir.

Hemodiyalizde Kalite Geliştirme Alanları

- Diyaliz yeterliliği
- Diyaliz prosedür ve protokolleri
- Kayıtlar
- Sıvı dengesi ve KB kontrolü
- Diyalizden kaynaklanan nedenlerle hospitalizasyon
- Enfeksiyon kontrol çalışması
- Beslenme durumu
- Hasta memnuniyeti



Sağlıkta Kalite Standartları ve Diyaliz Hizmetlerinde Kalite

Dr. Abdullah ÖZTÜRK
(Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Bşk.)



19 Mart 2012'de Bakanlık Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü çatısı altında "Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı" kurulmuştur. Sağlık hizmetlerinde kalite standartlarının geliştirilmesi, kurumalarda uygulanması, uygulama düzeyinin değerlendirilmesi, hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ve sağlık kurumlarının akreditasyonu alanlarında çalışmalarını yürütecek olan "Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı" bu yeni dönemde, çalışmalarına hız vermiş ve öncelikle; Daire Başkanlığı belirlenen amaçlarına ulaşabilmek için sağlıkta kalite standartları geliştirmeyi ve kalitenin iyileştirilmesinde temel araç olarak ele almayı ilke edinmiştir.

Sağlıkta Kalite Standartlarının Gelişim Süreci

Sağlıkta Dönüşüm Programının ana hedeflerinden biri de sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirme faaliyetlerinin sürekliliğini sağlamak ve kaliteyi geliştirmektir.

Sağlıkta Kalite Standartları pek çok uzman tarafından ulusal ve uluslararası kaynaklar incelenerek, farklı kurumsal yapılanmalar, sağlıkta iyileştirmeye açık alanlar ve ülke koşulları dikkate alınarak hazırlanmıştır. HKS, değerlendiricilerin, kalite yö-

netim direktörlerinin, farklı sağlık mesleklerinden uzmanların geri bildirimleri, görüş ve önerileri değerlendirilerek ve nihayetinde Başkanlık ekibinin bugüne kadar edindiği bilgi ve tecrübe birikimi de kullanılarak son derece titiz bir çalışma sonucunda sağlık kurum ve kuruluşlarımız için tüm süreçlere ışık tutan bir değerlendirme aracına dönüşmüştür.

Ayrıca niteliksel olarak hasta ve çalışan güvenliği eksenine odaklanmakla birlikte ısrarı önleyen, maliyet-etkin, verimliliği ve memnuniyeti önceleyen bir kavramsal bakış açısıyla standartların hazırlanması esas alınmıştır.

Diyaliz Kalite Standartları (DKS)

Sağlıkta kalite standartları kapsamında, diyaliz hizmetlerinde kalitenin iyileştirilmesi adına da önemli çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmalarda diyaliz hizmetlerinde hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması, diyaliz hastalarında mortalite ve morbiditenin düşürülmesi, enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi, diyalizde klinik etkinliğin artırılması, diyaliz hastalarının yaşam kalitesinin artırılması, tüm merkezlerde standartizasyonun getirilmesi ve diyaliz merkezlerinin güvenliğinin sağlanması konuları esas alınmıştır.

Diyaliz Kalite Standartlarının ve Hedefleri

Diyaliz Kalite Standartları oluşturulur



ken Sağlık Bakanlığının temel kalite anlayışı esas alınmıştır. Söz konusu kalite anlayışı etkinlik, hasta güvenliği ve memnuniyet temel kavramlarını içermektedir.

• Güvenlik:

Önce zarar vermeme prensibinden hareketle hazırlanan standartlar, tanı, tedavi ve hasta bakım süreçlerinin de güvenilirliğini sağlamayı amaçlayan bir bakış açısıyla hazırlanmıştır.

• Memnuniyet:

Hasta ve çalışan memnuniyeti, sağlık hizmeti sunumunun temel hedeflerinden birisidir. Memnuniyet kavramları, hasta ve çalışanların beklenti ve gereksinimlerinin hangi ölçüde karşılanabildiğini ifade etmektedir.

• Etkinlik:

Belirlenen hedeflere ulaşabilmek için kaynakların ne şekilde kullanıldığını ve bunun sonuçlara etkilerini ve verilen hizmetten sağlık göstergelerinin nasıl etkilendiğini de ifade etmektedir.

Diyaliz Kalitesinin Ölçülmesi

Uygulanan diyalizin kalitesinin ölçülmesi ile ilgili olarak eşlik eden hastalıklar ve diyaliz komplikasyonları da göz önünde bulundurularak çok sayıda ölçüm parametresi belirlememiz mümkündür. Bu ölçüm parametrelerine diyaliz kalite göstergeleri de diyebiliriz. Göstergelerin bir ya da birkaçının bir arada değerlendirilmesiyle uygulanan diyalizin kalitesi ve etkinliği hakkında bilgi sahibi olabiliriz.

Diyalizde Kalitenin Değerlendirilmesi

Yukarıda bahsedilen genel değerlendirme il-



keleri de göz önünde bulundurularak diyaliz değerlendirilmelerinde belirlenmiş bir algoritmanın takip edilmesi gerekmektedir. Diyaliz uygulaması yapan sağlık kurum ve kuruluşlarında klinikten doğru ve güvenilir veri girişi yapılması esastır. Ulusal veri bankasında toplanan bu veriler bilim kurulu tarafından incelenerek diyaliz merkezlerinin veya ünitelerinin verdikleri hizmetin kalitesini ve etkinliğini belirleyebilirler. Hali hazırda belli göstergeler üzerinden Bakanlığımızca veri toplama işlemleri yapılmakta ise de toplanan klinik göstergeler üzerinden kurumların klinik başarı düzeylerinin değerlendirilmesi ve iyileştirme faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi çalışmaları devam etmektedir.

Değerlendirme sonucunda diyaliz hizmeti veren diyaliz merkezlerine veya ünitelerine teşvik ve yaptırımlar öngörülebilir.

Sonuç olarak sağlık alanındaki tüm kalite çalışmalarındaki temel amaç; hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hasta memnuniyeti, çalışan memnuniyeti klinik kalite ve etkinliği artırmak suretiyle hasta ve çalışanlarımızı ödüllendirmektir. Bu duygularla tüm hastalarımıza acil şifalar, tüm halkımıza da esenlikler dilerim.

EV HEMODİYALİZİ



Prof. Dr. Ercan OK



Uzm. Dr. Cenk DEMİRCİ

Dünyada hemodiyaliz (HD) tedavisinin ilk başladığı 1960'lı yıllarda, HD tedavileri evde ya da merkezde haftada 20-40 saat olarak uygulanmıştır. Bugün sıkça gördüğümüz hiperfosfatemi, anemi, hipertansiyon, intradiyalitik hipotansiyon, malnütrisyon gibi sorunlar o yıllarda çok nadir bildirilmiştir (1). İzleyen yıllarda, daha yüksek kan ve diyalizat akım hızı uygulanarak, her bir seansın etkinliği artırılarak, haftalık HD süresinin kısaltılabileceği, bu yaklaşımla benzer sonuçların elde edilebileceği ileri sürülmüş ve giderek tüm dünyada haftada üç kez, 4 saat HD uygulaması standart tedavi olmuştur (2). Ancak, haftalık HD süresinin 12 saate indirilmesi bugün yaşanan pek çok sorunu da beraberinde getirmiştir.

Son yıllarda yapılan çalışmalar, çözümün sık ve/veya uzun HD olduğunu göstermektedir (3, 4). Haftada üç gün 4 saat ve 8 saat noktürnal HD'in karşılaştırıldığı prospektif, kontrollü bir çalışmada, 8 saat grubunda hospitalizasyon oranlarında %73, intradiyalitik hipotansiyon epizotlarında %68, fosfat bağlayıcı gereksiniminde %73, eritropoetin gereksiniminde %56 azalma olduğu gösterilmiştir (4). Bir meta-analiz, uzun HD ile sistolik kan basıncında yaklaşık 15 mmHg düşüş, anti-hipertansif ilaç kullanımında azalma ve sol ventrikül kitle indeksinde 31.2 g/m² gerileme olduğunu göstermiştir (5).

Doğal olarak, daha uzun HD en iyi evde yapılabilir. Evde HD, ilk olarak 1960 başlarında Seattle, Boston ve Londra'da başlamıştır. Avustralya ve Yeni Zelanda'da uygulama 40 yıldır yaygın olarak sürmektedir. Bu ülkelerde en sık uygulama günün gece 8 saatken, Kanada'da haftada altı gece 8 saat, ABD'de ise günlük 2-3 saat HD şeklinde yapılmaktadır.

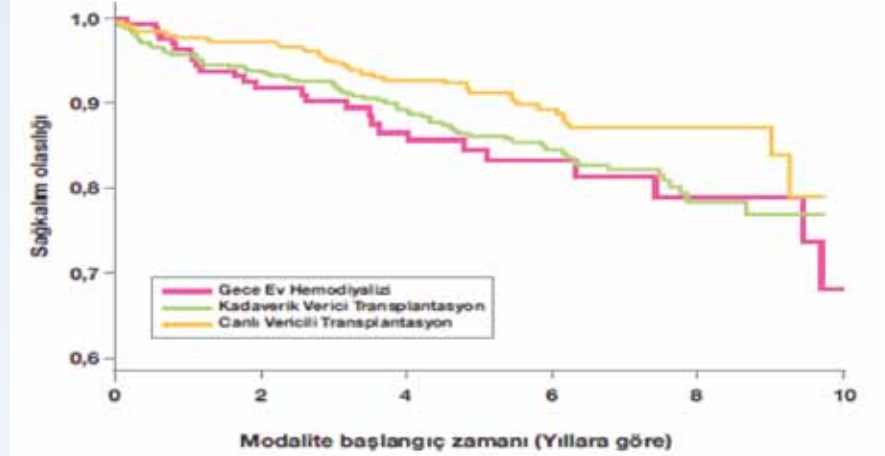
Evde uzun HD, standart HD'ye göre daha iyi kan basıncı kontrolü, sol ventrikül hipertrofinde azalma, arteriyel kompliansta düzelme, daha iyi fosfat kontrolü, anemi sıklığında azalma, uyku apnesinde azalma, üreme fonksiyonunda iyileşme, yaşam kalitesinde ve kognitif fonksiyonlarda düzelme sağlamaktadır (6). Hemen tüm HD hastalarının yaşadığı diyaliz seansı sonrası halsizlik-bitkinlik, gece hemodiyalizine geçildiğinde hemen hiç görülmemektedir (7).

Yeni yapılan bir çalışmada, noktürnal ev hemodiyalizi uygulaması ile hasta sağkalımının kadaverik transplantasyona eşdeğer olduğu gösterilmiştir (Şekil) (8). ANZDATA verilerine göre yaklaşık 26.000 HD hastasının 10 yıllık takibinde, ev hemodiyalizinin konvansiyonel merkez hemodiyalizine göre mortalite riskinde yaklaşık %50 azalma sağladığı bulunmuştur (9).

Tüm hastaların en az %11-14'ünün ev hemodiyalizi için uygun olabileceği düşünülmektedir. Yaş, diyabet, düşük eğitim düzeyi ve



Evde gece hemodiyalizi ile kadaverik böbrek naklindekine benzer hasta sağkalımı*



*Pauly R P et al. Nephrol. Dial. Transplant. 2009;24:2915-2919

Şekil: Evde gece hemodiyalizi, kadaverik transplantasyon ve canlı vericili transplantasyonda hasta sağ kalımı (Referans -8)

sosyokültürel durum bir engel oluşturmamaktadır. İstekli olmak ve damara giriş yapabilmek ana gerekliliktir.

Ev hemodiyalizi, daha iyi klinik sonuçlar yanı sıra, esnek diyaliz planlaması, daha iyi sosyal yaşam, daha gevşek diyet, çok daha az intradiyalitik sorun, daha az makine alarmı, daha uzun damar yolu ömrü gibi ek yararlar sağlamaktadır.

İğne çıkması ve kan sızıntısı, korku kaynağı olan bir komplikasyon olmasına karşın, pratikte son derece enderdir (10). Üstelik buna önlem olarak alarm sistemleri de kullanılmaktadır (nem-sıvı ya da renk algılayan dedektörler). Yapılan çalışmalarda majör komplikasyonların yok denecek kadar az ve sonuçta uygulamanın oldukça güvenli olduğu saptanmıştır. Örneğin, ev hemodiyalizinin dünyada ilk başladığı yerlerden olan Seattle'da bugüne dek yaklaşık 7 milyon seans ev hemodiyalizi yapılmış, seans sırasında hiçbir hasta hayatını kaybetmemiştir.

Ev hemodiyalizinin maliyet açısından değerlendirildiği çalışmalarda, ilaç kullanımı ve hospitalizasyonda ciddi azalma olması nedeniyle toplam maliyet önemli oranda düşük olmaktadır. Buna göre Kanada'da merkez hemodiyalizinde devlete yıllık toplam maliyet 51.252 USD iken, ev hemodiyalizinde ise 29.961 USD kadardır (11).

Ev hemodiyalizi hasta eğitimi genellikle 4-8 hafta sürmektedir. Bu süreçte hastalar damara iğne yerleştirme, diyaliz cihazını kullanma, setleri hazırlama, diyalizi başlatma ve sonlandırma, izotonik sodyum klorür ve heparin verme, vital bulguları ölçme, alarm ve acil durumlarda nasıl davranılacağı gibi konularda eğitilmektedir. Daha sonra 3-6 seans merkezde kendi kendine yardımsız; daha sonra da evde hemşire eşliğinde birkaç seans HD yapmaktadırlar. Ardından, hasta kendi kendine evde HD tedavisine başlar. Hasta veya hasta yakınının acil durumlarda telefonla 24 saat erişebileceği ev hemodiyalizi ekibi bulunmaktadır. Hastalar ayda bir ünite nefroloji uzmanı tarafından değerlendirilirler. Üç ayda bir de hemşire ve teknisyen tarafından evde ziyaret edilerek kontrol edilirler.

Ülkemizde Ev Hemodiyalizi

Ülkemizde ev hemodiyalizi ilk defa 2006 yılında, İzmir'de 4 hasta ile başlamıştır. Bu hastaların yaklaşık 4 yıl boyunca sorunsuz tedavisi sonrasında, Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu'nun gerekli düzenlemeleri yapmasını takiben son 2 yıl içinde ülkemizde ev hemodiyalizi uygulaması yaygınlaşmıştır. Ağustos ayı sonu itibarı ile, Türkiye'de ev hemodiyalizi yapan hasta sayısı 126 olup, eğitimi tamamlanmış ve eve çıkmayı bekleyen 37 hasta bulunmaktadır. Eğitimi süren 70'i aşkın hasta vardır. Bu tabloya göre yıl sonunda evde HD yapan hasta sayısının 200 civarında olması tahmin edilmektedir.

Devamı 11. Sayfada

EV HEMODİYALİZİ KONUSUNDA İZLENİMLERİM



Sayın Prof. Dr. Ercan Ok'un daveti üzerine ev hemodiyalizi yapan hastaları yerinde görmek için 23 Haziran 2012 tarihinde İzmir'i ziyaret ettim. Bildiğiniz gibi Prof. Dr. Ercan Ok ev hemodiyalizinin ülkemizde uygulanması konusunda çok emek verdi. Ben de Diyaliz Bilimsel Danışma Kurulu Üyesi olarak Ev Hemodiyalizi Genelgesi'nin hazırlanmasında görev almıştım ve gerçekten merak ediyordum.

Prof. Dr. Zeki TONBUL

Aynı gün 5 hastanın evine gittik. Hastalarla sohbet edip, sorunlarını ve düşüncelerini dinledik. Makine ve su sistemlerini gördük. Hastanın makineyi ve setleri hazırlayıp kendisini diyalize aldığına şahit olduk. İğnelerini kendisi girip, bandajını kendisi yaptı.



Görüştiğimiz tüm hastalar durumlarından çok memnundular. Ev hemodiyalizine başlamadan önce merkezlerinde eğitim almışlar, bir süre merkezde diyalizlerini kendileri yapmış ve kendilerini yeterli hissedince de evde diyalize başlamışlar. Ev hemodiyalizine geçtikten sonra klinik durumlarının çok düzeldiğini, iştahlarının arttığını, ilaç kullanımlarının azaldığını, diyaliz sırasında daha önce yaşadıkları tansiyon düşmesi, kramp ve diyaliz sonrası halsizlik gibi sorunlarla hiç karşılaşmadıklarını ifade ettiler. Hastalardan çok etkilendim.

Genel olarak diyaliz makinesi hastaların yatak odalarına, su arıtma cihazı ise banyoya yerleştirilmiş. Hastaların önemli bir kısmı gündüz işinde çalışıyor.

Hepsi haftada 3 gün gece 8 saat diyaliz uygulanıyor. Ziyaret ettiğim tüm hastalar diyalizini yardımcı olmadan kendisi yapıyordu. Ayda 1 kez merkezlerine gidip, kan veriyor ve nefroloğa muayene oluyorlarmış. Sarf malzemeleri aylık olarak bağlı oldukları merkez tarafından evlerine bırakılıyormuş. Tıbbi atıklar özel ambalajlarda haftalık olarak toplanıyor ve bazı yerlerde belediye tarafından, bazı yerlerde ise diyaliz merkezi tarafından hastanın evinden alınıyormuş. Üç ayda bir hastaların evlerini hemşire ve teknisyenler ziyaret ediyorlarmış.



İğne giriş yerlerinden uykuda kanama, iğne çıkması gibi sorunlar hiç olmamış. İlk haftalarda bazı alarmlar için telefonla hemşireyi aramışlar ancak, 1-2 aydan sonra hiç kimseyi arama ihtiyacı hissetmemişler. Hiçbiri fosfor bağlayıcı kullanmıyordu, çoğu tansiyon ilaçlarını bırakmışlar. Ziyaret ettiğim 5 hastadan sadece biri eritropoetin kullanıyordu. Hepsinin sosyal yaşamı düzelmiş, çalışmaya başlamışlar. Israrla tüm diyaliz hastalarına tavsiye ediyorlar.

İlk ev hemodiyalizi uygulaması 2006 yılında İzmir'de başlamış. **İlk hasta olan Cengiz Yeleğen;** Buca'da yaşıyor. 45 yaşında, 19 yıldır hemodiyalize giriyor, son 6.5 yıldır ev hemodiyalizi yapıyor. Hepatit B+C pozitif. Kendisi çalışıyor, hiçbir sorunu yok ve hiçbir ilaç kullanmıyor.

Diğer hasta Serhat Baysal; 35 yaşında, evli. Toplam 6 yıldır hemodiyalize giriyor, son 1.5 yıldır evde hemodiyaliz yapıyor. Gün aşırı 8 saat fistülden butonhole tekniği ile hemodiyaliz yapıyor. Epo ve fosfor bağlayıcı kullanmıyor, oral D vitamini ve ayda 1 İV demir yapıyormuş. Hiçbir şikayeti yok, gayet sağlıklı görünüyor.

Şikayet olarak sadece bazı bölgelerde bazen diyaliz sırasında elektrik kesintisi oluyor; gelene kadar diyaliz kısmen sekteye uğruyormuş. "Elektrik gecikirse ve 3-4 saati tamamlamışsam sonlandırıyorum, değilse kanımı verip, setlere serum doldurup bir sürse dönmeye alıyorum (makinenin aküsü bitene kadar)" diyor.

Şu an ev hemodiyalizi programında olan 97 hasta olduğunu, 50 kadar hastanın ise eğitimlerini tamamladıklarını ve komisyondan (Sağlık Müdürlüğü) izin belediklerini söylediler. Adana, Ankara, Antalya, Konya gibi illerde de ev hemodiyalizi uygulaması başladığını, giderek yaygınlaştığını, 2012 sonunda tahminen 200 hastaya çıkacağını ifade ettiler.



KAYNAKLAR

1. Pendras JP, Erickson RV. Hemodialysis: a successful therapy for chronic uremia. Ann Intern Med 1966; 64: 293-311.
2. Rotellar E, Martinez E, Samsó JM, Barrios J, et al. Why dialyze more than 6 hours a week? Trans Am Soc Artif Intern Organs 1985; 31: 538-45.
3. FHN Trial Group, Chertow GM, Levin NW, Beck GJ, et al. In-center hemodialysis six times per week versus three times per week. N Engl J Med 2010; 363: 2287-300.
4. Ok E, Duman S, Asci G, et al. Comparison of 4- and 8-h dialysis sessions in thrice-weekly in-centre haemodialysis: A prospective, case-controlled study. Nephrol Dial Transplant 2010; 26: 1287-96.
5. Susantitaphong P, Koulouridis I, Balk EM, et al. Effect of frequent or extended hemodialysis on cardiovascular parameters: a meta-analysis. Am J Kidney Dis 2012; 59: 689-99.
6. Perl J, Chan CT. Home hemodialysis, daily hemodialysis, and nocturnal hemodialysis: Core Curriculum 2009. Am J Kidney Dis 2009; 54: 1171-84.
7. Lindsay RM, Heidenheim PA, Nesrallah G, Garg AX, Suri R; Daily Hemodialysis Study Group London Health Sciences Centre. Minutes to recovery after a hemodialysis session: a simple health-related quality of life question that is reliable, valid, and sensitive to change. Clin J Am Soc Nephrol 2006; 1: 952-9.
8. Pauly RP, Gill JS, Rose CL, Asad RA, Chery A, Pierratos A, Chan CT. Survival among nocturnal home haemodialysis patients compared to kidney transplant recipients. Nephrol Dial Transplant 2009; 24: 2915-9.
9. Marshall MR, Hawley CM, Kerr PG, et al. Home hemodialysis and mortality risk in Australian and New Zealand populations. Am J Kidney Dis 2011; 58: 782-93.
10. Kerr PG, Agar JW, Hawley CM. Alternate night nocturnal hemodialysis: the Australian experience. Semin Dial 2011; 24: 664-7.
11. Lee H, Manns B, Taub K, et al. Cost analysis of ongoing care of patients with end-stage renal disease: the impact of dialysis modality and dialysis access. Am J Kidney Dis 2002; 40: 611-22.

Hemodiyaliz Hemşiresi Gözü ile: Nefroloji ve Hemodiyaliz Hemşiresi Nasıl Olmalı?

1987 yılı Eylül ayında Başkent Üniversite Hastanesi'nde göreve başladığımda hemodiyaliz hemşireliği ile ilgili fazla bilgim yoktu. Yıllar içerisinde hemodiyaliz hemşireliğinin özel bir dal olduğunun farkına vardım. Yaşamlarını hemodiyaliz cihazına bağlı olarak geçirmek zorunda olan bir gruba sağlık hizmeti sunmak çalışan ekibi de özel kılmaktadır. Sosyal, ekonomik, kültürel yönden hayatı sarsılan, ne yapacağını bilemeyen hasta grubuna sabırla güler yüzle hizmet vermenin önemini gördüm. Kronik hastaların çalışan ekipten beklentisi sabır ve güler yüzüdür. 25 yıllık meslek hayatımda gördüğüm kadarıyla hemodiyaliz hastalarının sorumluluğunu üstlenebilmek, işin gerekliliklerini en iyi şekilde yerine getirmek ve hasta memnuniyetini sağlamak için her şeyden önce insanları ve mesleği sevmek gerekir. Ömür boyu yenilikleri takip etmemiz, değişime açık olmamız gerekir ki kaliteli hizmet verelim ve hasta beklentilerini karşılayabilelim. Hizmet kalitesini arttırmak için önce inanacaksınız, sonra fikir üreteceksiniz ve uygulamaya koyacaksınız. Bütün bunları yapabilmemiz için çalışana destek olacak, önümüzü açacak, çalışan ekibin fikirlerini önemseyip uygulamaya koyacak kurumsal kültüre sahip çalışma alanına ihtiyaç vardır.

"Nefroloji ve hemodiyaliz hemşiresi nasıl olmalı, kriterleri nelerdir?" diye sorulduğunda; bana göre en



az iki yıl klinik deneyimi olan, yeniliklere açık, kendini sürekli geliştiren, yayıncı yapan, iletişimi iyi olan, sorumluluk sahibi bireyler olmalıdır.

Klinikte çalışan hemşire diyaliz komplikasyonlarını iyi bilmeli, hastayı bireysel olarak değerlendirmeli ve müdahalesini ona göre yapmalıdır. Sorumlu hemşire organizasyonunu iyi yapmalı, çalışan ekip ve hastala-

Hemşire Kösesi

rın problemleri dinlenmeli, ekibin çözüm önerilerini de dikkate alınarak sorunlar çözümlenmelidir.

Çalıştığım yıllar süresince diyaliz hasta profilinde farklılıklar gözlemledim. İlk yıllarımda diyaliz hastaları verilen tedaviye uyumsuzken zaman içerisinde sorgulayan, meraklı, bilinçli ve uyumlu hasta grubunun oluştuğunu gördüm.

Diyaliz hastaları haftanın üç günü bir merkeze bağlı olarak yaşamlarını idame ettirdikleri için kaliteli hizmet beklentilerinin karşılanmasını istemektedirler. Beklentileri karşılanırken etik olmayan davranışlardan kaçınılmalı, hastanın kendisini ticari bir meta olarak görmemesi sağlanmalıdır. Etik kurallardan kesinlikle ödün verilmemelidir.

Sonuç olarak; kronik hastalar zor bir hasta grubudur. Nefroloji ve hemodiyaliz hemşireleri fedakar, sabırlı, hoşgörülü ve güler yüzlü olmalıdır.

Mesleğini ve insanları seven bir ekip olarak hasta bakımında kaliteli hizmet verdiğimiz ve hasta memnuniyetini sağladığımızı düşünüyorum.

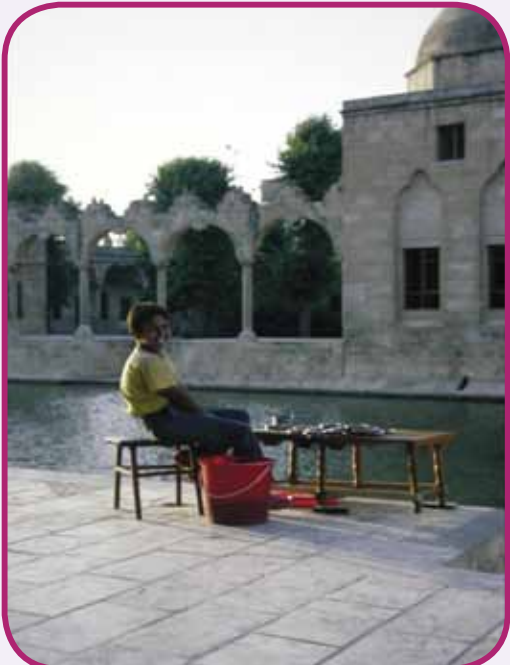
Hemşire Işlay İNANOĞLU
Başkent Üniversitesi
Tıp Fakültesi Hastanesi
Hemodiyaliz Ünitesi Başhemşiresi



Uzungöl - Doğanın Dili,
Ayla San



Denize düşen kızıllık, Gültekin Süleymanlar



Mutluluk, Taner Çamsarı



Açılan Sevgi, Ayla San



Alinteri, Taner Çamsarı



Ümidin Bittiği An Yapılan Çabalar...

Ben Selim Gündüz 11 yıllık diyaliz hastasıyım. 3 çocuğum var. Biri daha bir yaşında. 2001 Ağustos ayında Numune Hastanesi'nde diyalize başladım, hiç nakil olmadım. Allah'a şükür böbrek yetmezliğimden başka hastalığım da yok. 2006 yılının 11. ayında Ankara Diyaliz Hastaları Derneği'ni arkadaşlarla birlikte kurduk, halen devam ettirmekteyim. Yüksekokul muhasebe bölümü mezunuyum. Malulen emekliyim. Eşim hemşire, mutlu bir şekilde hayatımı devam ettiriyorum.

Hasta Kösesi

Böbrek yetmezliği hastalığıma o kadar çok alıştım ki diyalize sanki işimin mesaisine gider gibi gidiyorum. Bu kadar çok alışmama sebep galiba diyaliz hastaları ile iç içe olmam. Çünkü bu hastalığın acısını çeken o kadar çok kardeşimiz var ki onların derdiyle ilgilenmek insana kendi acı ve sorunlarını unutturuyor. Diyalize giren arkadaşlarımıza hizmet etmek benim için bir onur oldu. Onların herhangi bir derdine çözüm bulduğum zaman o kadar mutlu oluyorum ki. Onların hayır duaları bana şevk veriyor.

Ankara Diyaliz Hastaları Derneği olarak dört aydır 'Ümidin Bittiği An Diyaliz' isimli aylık gazete çıkararak hizmet vermeye gayret gösteriyorum. Nasip olursa hayatımın sonuna kadar doğru olanları alkışlamaya yanlış olanların karşısında olmaya niyetliyim.

Ben diyaliz tedavisi gören bir hasta olarak, Prof. Dr. Ayla San'a ilmini, enerjisini, bilgisini, kıymetli zamanını ortaya koyarak yaşamımıza katkılarından ötürü minnet duygularımı bildirir, başarılarınızın devamını dilerim. Saygılarımla;

Selim GÜNDÜZ

Ankara Diyaliz Hastaları Yönetim

Kurulu Başkanı

"Lütfen Türkçemize Daha Fazla Yazık Etmeyelim!"

- **Play-Off** sistemi futbolda yeni tartışmalar yarattı.
- Yarışa **start** verildi.
- Normotansif **Nondipper** Olgularda Ortalama **Platelet** Hacmi ve Plazma Aterojenik İndeksinin **Dipper** Bireyler ile Karşılaştırılması
- Gece SKB ve DKB'da azalma %10'dan fazla olan hastalar **dipper**, %10'dan daha az düşenler non-dipper ve gece KB yükselenler **riser** olarak sınıflandırıldı.
- **"Nefro Kons"** isteyelim? (Bir tıbbi makaleden, 2011)
- FMC'nin geliştirdiği **"Cardioprotective Haemodialysis"** konsepti ise çeşitli tedavi izleme yöntemleri ve tedavi **modaliteleri** sunulmaktadır.
- Dört haftanın sonunda intrakardiyak ponksiyon ile kan alınarak **sakrifiye** edildi. (Deneysel Orijinal Araştırma Makalesi, 2009)
- **Reel** Sonuçlar
- Beğendiğiniz kişileri takip edin, **tweet** atın, gündemden kopmayın.



-Okey

-Hadi Bye Bye...

THY hacklendi

■ ULUSLARARASI hacker grubu Anonymous'un Türkiye kolu, işten atılan THY çalışanlarına destek için THY'nin internet sitesini hackledi. Grup, "THY mağduru çalışanlar işe alınmadığı sürece THY'ye nefes aldurmamak istemiyoruz" açıklaması yaptı. ■ Murat ÇAKIR/DHA



IV. ÇAPA NEFROLOJİ GÜNLERİ

3-6 MAYIS 2012
KLASSIS RESORT HOTEL, İSTANBUL



İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
NEFROLOJİ BİLİM DALI

İlk üç toplantının büyük beğeni kazanması ve bu toplantıların sürekli olması konusundaki olumlu görüş ve öneriler üzerine dördüncü toplantının da düzenlenmesine karar verilmiştir. Bu yılın toplantısı 3-6 Mayıs 2012 tarihleri arasında, Silivri'de Klassis Hotel'de yapılmıştır. Geçen yıllarda olduğu gibi bu yılın programı da geniş bir hekim yelpazesi ile (pratisyenler, aile hekimleri, diyaliz hekimleri, iç hastalıkları uzmanları, nefrologlar) süslenmiştir. Bu nedenle, bir yandan temel konuları gözden geçiren, diğer yandan nefrolojinin güncel konularına değinen oturumlar yapılmış ve literatür özetlerine yer verilmiştir.

Toplantının ağırlıklı konusunu Genel Klinik Nefroloji oluşturmuştur. Temel bilgileri tazelemek amacıyla böbrek fonksiyon testleri, mikroalbüminüri ve asemptomatik üriner anomalilere yer verilmiştir. Sistemik lupus eritematozus, multipl miyelom ve amiloidozdaki nefrolojik sorunların anlatıldığı "Sistemik Hastalıklar ve Böbrek" oturumu ile IgA nefropatisi, fokal segmental glomeruloskleroz ve membranöz nefropatinin tedavilerinin anlatıldığı "Primer Glomerüler Hastalıklar" oturumu çok eğitici olmuştur. Programa

ayrıca günlük pratikte sık karşılaşılan sorunlar olan üriner infeksiyonlar, yaşlılarda böbrek ve dirençli hipertansiyon konuları da eklenmiştir. Bunlara ek olarak böbrek hastalıklarında antikoagülan ve antiagregan kullanımı ile ilgili bir oturuma ve "Kronik böbrek yetersizliği olan hastalarda ilaç kullanımı" ve "Terapötik aferez" konulu iki ayrı konferansa da yer verilmiştir. Daha önceki toplantılarda dinleyicilerin büyük ilgisini çeken "Ödüllü Vaka Tartışması" bu toplantıda da çok yararlı olmuştur. Ayrıca değişik olguların interaktif olarak tartışıldığı "Olgu örnekleri ile asit-baz dengesi bozuklukları" oturumu da ilgi ile takip edilmiştir.

Her toplantıda gecenin geç saatlerinde yaptığımız ve çok ilgi çeken "Meraklısı için" oturumu bu yıl da tekrarlanmıştır. Konu: "Hekimlik uygulamalarında malpraktis ve diğer hukuki sorunlar" idi, bu ilginç konu interaktif bir şekilde işlenmiştir.

İstanbul Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı kökenli konuşmacılar yanında, değişik bilim dallarından ve değişik merkezlerden pek çok deneyimli meslektaşlarımız da toplantıya katılmıştır.

Bilimsel Program: Böbrek fonksiyon testleri: Dr. Aydın Türkmen, Mikroalbüminüri ve önemi: Dr. Tevfik Ecdar, Asemptomatik üriner anomaliler: Dr. Mehmet Şükrü Sever, Tubulointerstisyel nefropatiler: Dr. Aydın Türkmen, Sistemik lupus eritematozus ve böbrek: Dr. Alaattin Yıldız, Multipl miyelom ve böbrek: Dr. Zeki Tonbul, Amiloidoz: Dr. Berna Yelken, Kronik böbrek yetersizliği olan hastalarda ilaç kullanımı: Dr. Savaş Öztürk, Klinik nefroloji ve hipertansiyon ile ilgili literatür güncellemesi: Dr. Berna Yelken, Diyaliz ile ilgili literatür güncellemesi Transplantasyon ile ilgili literatür güncellemesi: Dr. Sevgi Şahin, Hekimlik uygulamalarında "malpraktis" ve diğer hukuki sorunlar: Dr. Ümit Naci Gündoğmuş, IgA nefropatisi tedavisi: Dr. Mustafa Güllül, Fokal segmental glomeruloskleroz tedavisi: Dr. Numan Görgülü, Membranöz nefropati tedavisi: Dr. Halil Yazıcı, Üriner infeksiyonlar: Dr. Halil Özsüt, Yaşlılarda böbrek: Dr. Rümeyza Kazancıoğlu, Dirençli hipertansiyon: Dr. Gülizar Şahin, Kronik Böbrek Yetersizliğinde Mineral Metabolizması Bozuklukları: Dr. Mehmet Kanbay, Koagülasyon ve antikoagülasyon mekanizması: Dr. Reyhan Küçükkaya, Böbrek hastalıklarında antikoagülan ve antiagregan kullanımı: Dr. Kenan Ateş, Terapötik aferez: Dr. Sevgi Beşişik, Olgu örnekleri ile asit-baz dengesi bozuklukları: Dr. Tevfik Ecdar.

büminin Rolü: Dr. Soner Duman, 18 Mayıs 2012: Salt Debate: Dr. Vecihi Batuman, Policy Options to Reduce Population Salt Intake: Dr. Francesco Cappuccio, Management of HT in Older Adults: Dr. Matthew Weir, Hipertansiyonda Hedef Organ Hasarı Nasıl Değerlendirilmeli: Dr. Nurol Arık, Targeting Risk Factors to Prevent CKD- Related Cardiovascular Disease- Dr. Lee L.



Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği 14. Ulusal Kongresi 16-20 Mayıs 2012 tarihleri arasında Gloria Golf Resort Otel, Antalya'da gerçekleştirilmiştir. Önceki yıllarda olduğu gibi, hipertansiyon, böbrek hastalıkları ve diyaliz tedavileri ana konularında çok yararlı bir güncelleme sağlanmıştır. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği tarafından bugüne kadar yapılmış olan ulusal ölçekli çalışmalar hipertansiyon ve böbrek hastalıkları konusunda ülkemizin bilimsel verilerinin saptanmasını ve dünya tıbbının ve bilimin hizmetine sunulmasını sağlamıştır. Bu yıl beşincisini gerçekleştirdikleri 'Türkiye'nin Tansiyonunu Ölçüyoruz' projesi kapsamında Türkiye'nin değişik yörelerinde 100.000'den fazla yurttaşımızın kan basıncı ölçülerek, halkımız, sağlık çalışanları ve sağlık otoritelerinin bu konudaki farkındalığının artırılması sağlanmıştır. Ayrıca her ay Ankara'da ve yılda iki kez de ülkemizin farklı illerinde gerçekleştirilen bölgesel bilimsel toplantılar yolu ile de hekimlerimizin sürekli eğitimi ve bilgi güncellemesine katkı sağlanmıştır. Yılda bir düzenledikleri Ulusal Kongreleri ise, ilk düzenlendiği yıldaki heyecanını sürdürerek, bilgi birikimi, deneyim ve etkinliklerimizin paylaşılacak ortam haline gelmiştir.

Her yıl olduğu gibi bu yıl da Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği tarafından kongre boyunca Gazete Tansiyon yayınlanmıştır.

Bilimsel Program: 17 Mayıs 2012: SALT: Historical, Clinical and Evolutionary Aspects: Dr. Vecihi Batuman, Optimal Treatment Strategies for Patients with hypertension and Diabetes: Dr. Matthew Weir, Privotal Role of the Kidney in Hypertension: Dr. Lee L. Hamm, Teknoloji ve Kan Basıncı Ölçümü: Dr. Tekin Akpolat, Uzun ve Kısa Dönem Kan Basıncı Değişkenliği: Dr. Şükrü Ulusoy, Kan Basıncı Kontrolünü İyileştirmenin Yolları: Dr. Başol Canbakan, Düşük Proteinli Diyet: Dr. Siren Sezer, Katyonlar ve Kan Basıncı: Dr. Kadriye Altok, KBH'de Beslenme Belirteci Olarak Al-

len bölgesel bilimsel toplantılar yolu ile de hekimlerimizin sürekli eğitimi ve bilgi güncellemesine katkı sağlanmıştır. Yılda bir düzenledikleri Ulusal Kongreleri ise, ilk düzenlendiği yıldaki heyecanını sürdürerek, bilgi birikimi, deneyim ve etkinliklerimizin paylaşılacak ortam haline gelmiştir.

- GENÇ VE NORMAL KÜLLÜ OLMAK BİLE HİPERTANSİYONDAN KORUNMA YETMİYOR
- HİPERTANSİYON KIZILGİÇLİ OLAN SİĞİRCİLERİN ANA ENERJİ HİPERTANSİYONDAN FARKINDA DEĞİL
- TOPLUM OLARAK AĞIR TUZ TÜKETİYORUZ, EN ÖNEMLİ KANADI YEMEKLERİNDEN BİRİNDİR TUZ
- AĞIR TUZ TÜKETİMİ KOLESTEROLÜ NEDEN İZLİYOR





1 Eylül 2012'den Sonra Yapılacak Toplantılar

1. ERA-EDTA EURECA-m CME Course, Cardiovascular Problems and Solutions in Chronic Kidney Disease, 7-8 September 2012, Ankara Hilton Hotel, Ankara- Turkey.
2. 14th Congress of the International Society for Peritoneal Dialysis, 9th-12th September 2012, Kuala Lumpur Convention Centre, Malaysia.
3. September 15-18, 2012, 41st EDTNA/ERCA International Conference, Convention Centre, Strasbourg, France
4. Türkiye Organ Nakli Kuruluşları Koordinasyon Derneği 9. Kongresi, 26-29 Eylül 2012, Bursa.
5. Çocuk Nefroloji Derneği 7. Ulusal Çocuk Nefrolojisi Kongresi, 3-6 Ekim 2012, Kaya Otel ve Kongre Merkezi, İzmir
6. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi, 14-18 Kasım 2012, Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya
7. October 30-November 4, American Society of Nephrology (ASN) Kidney Week 2012, San Diego Convention Center, San Diego

Hamm, Serum Kreatinin Düzeyi Nasıl Değerlendirilmeli?: Dr. Yakup Ekmekçi, Proteinüri: Kimde, Nasıl Bakılmalı, Nasıl Değerlendirilmeli?: Dr. İhsan Ergün, Acil Serviste Hipertansif Hasta: Dr. Gülizar Manga Şahin, Nöroloji Kliniğinde Hipertansif Hasta: Dr. Sinan Aydoğdu, Perioperatif Hipertansif Hasta: Dr. Yasemin Erten, Koroner Arter Hastalığı: Dr. Alaattin Yıldız, Konjestif Kalp Yetersizliği: Dr. Galip Güz, Aritmiler ve Ani Kardiyak Ölüm: Dr. Mehmet Tuğrul Sezer, 19 Mayıs 2012: IgA Nefropatisi, Membranöz Nefropati: Dr. Sedat Üstündağ, MCD, FSGS: Dr. Dilek Torun, Lupus Nefriti: Dr. Aykut Sifil, ANCA Pozitif Vaskülitler: Dr. Ülkem Yakupoğlu, Nefroloji ve Nanoteknoloji: Dr. Emre Tural, Fruktöz, Ürik Asit ve Vasküler Etkileri: Dr. Belda Dursun, Hipertansiyon Tedavisinde Renal Denervasyon ve Baroreflaks Stimülasyonu: Dr. Ülver Derici, Atipik HUS'da Güncel Tedavi Yaklaşımı: Dr. Oğuz Söylemezoğlu, Periton Diyalizinin Kullanımının Yaygınlaşmasının Önündeki Engellerle Nasıl Mücadele Edelim?: Dr. Kenan Ateş, Kardiyovasküler Renal Belirteç Olarak Albüminüri: Dr. Kenan Ke-



ven, Kılavuzların Güçlü ve Zayıf Yönleri: Dr. Gökhan Nergizoğlu, Güncel Hipertansiyon Kılavuzları: Dr. Bülent Tokgöz, Hemodiyaliz Hastasında Damar Erişim Yolu Sorunları ve Çözümleri: Dr. Acar Tüzüner, Diyaliz Hastasında Enfeksiyonlar ve Bağışıklama: Dr. Alpay Azap, Diyabetik Diyaliz Hastasında Kan Şekerini Ayarlaması: Dr. Caner Çavdar, Genç Erişkinde Hipertan-

siyon ve Tedavisi: Dr. Harun Akar, Obez Bireyde Hipertansiyon ve Tedavisi: Dr. Hülya Taşkapan, Gebelerde Hipertansiyon ve Tedavisi: Dr. Rahmi Yılmaz, Diyaliz Hastasında Hipervoleminin Tanı ve Tedavisi: Dr. Ali İhsan Güna, Diyaliz Hastasında Mineral Kemik Bozuklukları Yönetimi: Dr. Gülçin Kantarcı, Diyaliz Hastasında Anemi Tedavisi: Dr. Mehmet Koç.



ZEMPLAR[®]
PARİKALSİTOL IV





IFKF'NİN 13. YILLIK TOPLANTISI

Uluslararası Böbrek Vakıfları Federasyonu

22-25 Ağustos 2012
Budapeşte, Macaristan
Gerbeaud House



1. sayfanın Devamı

Toplantıda, ulusal böbrek vakıflarının günümüze kadar yapmış oldukları çalışmalar, bu çalışmaların önemi ve gelecekteki etkinlikleri, ekonomik kriz dönemlerinde gelir elde etmek için neler yapılması gerektiği,, bölgesel anlamda yapılacak işbirliklerinin önemi ve bu

konuda planlanabilecek girişimler, organ bağışının artırılması konusunda İran ve İspanya modelleri, AB ülkeleri arasındaki organ nakil sistemi ve işleyişi gibi konular geniş kapsamlı olarak ele alınmıştır.

IFKF Genel Kurul Toplantısı'nda, gelecek dönem başkanlığına Meksika'dan Nefrolog Prof. Dr. Guillermo Garcia-Garcia seçilmiştir. Ayrıca IFKF'nin 14. Kongresinin Meksika'da düzenlenmesine karar verilmiştir.

Toplantının son günü düzenlenen yuvarlak masa oturumunda, katılımcılar genel olarak yorumlarda ve önerilerde bulunurken, düzenlenen basın toplantısı ile oturumların kapanışı yapıldı. Sosyal program olarak da Tuna Nehri'nde tekne gezintisi ve Mátyás Pincét adlı 108 yıllık lokantada geleneksel halk dansları gösterileri eşliğinde akşam yemeği düzenlendi.

Her sene düzenlenen poster sunumu yarışmasının "Dünya Böbrek Günü Etkinlikleri" kategorisinde Anadolu Böbrek Vakfı 3. olmuştur.

23 Ağustos 2012 tarihinde gerçekleştirilen Araştırmalarda Böbrek Vakıflarının Rolü konulu oturum en ilgi çeken konu olmuştur. Bu oturumun başkanlığını Prof. Dr. Ayla San ve Paul Shay üstlenmiştir. Charles Kernahan'ın İngiltere'de Böbrek Üzerine Yapılan Araştırmalar konulu konuşması büyük beğeni kazanmıştır. Ayrıca Hollanda Böbrek Vakfı'ndan Tom Oostrom ve Jasper Boomker'in Minyatürize Suni Böbrek Projesi konulu konuşmaları çok büyük ilgi ile izlenmiştir.



V. Ülkemizde Düünden Bugüne Diyalizde Kalite Kongresi'nden Özetler



26-29
Nisan 2012
Bafra, KIBRIS



26-29 Nisan 2012 tarihleri arasında KKTC, Bafra'da bulunan Kaya Artemis Otel'de düzenlediğimiz Ülkemizde Diyalizde Kalite konulu V. Kalite Kongremiz coşku içinde ve çok başarılı geçmiştir.

Kongre programımızda yer alan konular ve konuşmacılar şu şekilde idi: "Yaptığımız Kalite Kongreleri ve Ülkemizde Diyalizde Kalite Konusunda Neredeyiz?", "Türkiye'de Kronik Re-

nal Yetmezlik Haritası"-Dr. Gültekin Süleymanlar, "Renal Replasman Tedavilerine Toplu Bakış ve Yaşam Kalitesi"- Dr. Hakkı Arıkan, "Hemodiyalizde Kalite Ne Anlama Gelir?"-Dr. Neval Duman, "Kronik Renal Yetmezlikte Hemodiyalize Ne Zaman Karar Verelim?"- Dr.Neslihan Seyrek, "Diyabetik Nefropati ve Renal Koruma"-Dr. Celalettin Usalan, "Hemodiyaliz Hastalarında Beslenmenin Kalite Üzerine Etkisi"-Dr. Siren Sezer, "Hemodiyaliz Hastalarında Anemi Tedavisi ve Yaşam Kalitesine Etkisi"- Dr. Rahmi Yılmaz, "Hemodiyaliz Hastalarında Hipertansiyon Tedavisi"- Dr. Şule Şengül, "Hemodiyaliz Hastalarında Kemik Hastalığı"-Dr. Kenan Ateş, "Çocuklarda Diyaliz Seçenekleri"- Dr.Selçuk Yüksel, "Hemodiyaliz Hastasını Operasyona Hazırlama"- Dr. Şükrü Ulusoy, "Hipertansiyon Tedavisi Temel Ülkeleri"-Dr. Şükrü Sindel, "Periton Diyalizi mi? Hemodiyaliz mi?"- Dr.Zerrin Bicik, "Hemodiyaliz Hastalarında Etiyolojiye Uygun Tedavi"- Dr.Ülver Derici, "Yoğun Bakım Hastala-

rında Diyaliz Modeliteleri"- Dr.Gülbin Aygencel, "Deprem ve Hemodiyaliz"- Dr.M. Şükrü Sever, "Ev Hemodiyalizi"-Dr.Ercan Ok, Diyalizde Kalite Paneli: "Yönetici Gözüyle Diyalizde Kalite"-Dr. Canbulat Onuş, "Hemşire Gözüyle Diyalizde Kalite"- Hemşire Işıl İnanoğlu, "Doktor Gözüyle Diyalizde Kalite"- Dr.Canbulat Onuş, "HKS Uygulamalarında Kaliteli Diyalizin Yeri"- Dr. Abdullah Öztürk (Sağlık Bakanlığı).

