

Referat styremøte Norsk nyremedisinsk forening, telefonmøte 25.02.11

Tilstede: Cecilia M. Øien, Aud-E- Stenehjem, Anne Kristine Fagerheim, Marius Altern Øvrehus.

Forfall: Rune Bjørneklett

Sak 7/11 Forslag til Handlingsplan for kroniske nyresykdommer

Det er kommet brev fra Helsedirektoratet og Legeforeningen der man ber om høringsuttalelse på den foreslått handlingsplanen. Handlingsplanen diskuteres.

Vedtak: Det utarbeides høringsnotat ut fra diskusjonen i styret. Vedlegg 1.



Helsedirektoratet
v/Unni Ånstad

Deres ref.:

Vår ref.:
dokument1

Dato: 28.02.2010

Høringsuttalelse IS-1884 Handlingsplan for kroniske nyresykdommer

Viser til høringsbrev fra Helsedirektoratet datert 14.1.2011. Norsk nyremedisinsk avdeling er svært fornøyde med at det utarbeides en nasjonal handlingsplan for kronisk nyresykdom og vil innledningsvis berømme det arbeidet som er gjort.

Kronisk nyresykdom som folkehelseproblem

Som det fremgår av handlingsplanen er det godt dokumentert gjennom store befolkningsundersøkelser at prevalensen av kronisk nyresykdom er ca 10 % i den norske befolkning. Det er også godt dokumentert at selv om kun nærmere 10 % av disse får alvorlig nyresvikt, er kronisk nyresvikt en betydelig risikoaktor for økt sykkelighet og dødelighet. For Norsk nyremedisinsk forening synes det udiskutabelt at kronisk nyresykdom utgjør et stort folkehelseproblem.

Stadieinndeling av kronisk nyresykdom

Det klassifikasjonssystem for kronisk nyresykdom som presenteres i handlingsplanen er godt kjent og innarbeidet i det nyremedisinske miljøet i Norge. Etter hvert som man har opparbeidet seg erfaring med dette klassifikasjonssystemet, er det imidlertid blitt klart at det nok vil bli behov for en modifisering. Endringer som muligens kan forventes er at stadium 3 deles opp i 3A (GFR 59-45) og 3B (GFR 44-30), samt at man angir om det foreligger proteinuri eller ikke. En slik endring vil kunne gjøre klassifikasjonssystemet bedre egnet til å plukke ut de med kronisk nyresykdom som vil utvikle alvorlig nyresykdom.

Valg av hovedmål og innsatsområder

Handlingsplanen har fokus på forebygging og epidemiologisk forskning. Vi savner et større fokus også på klinisk forskning.

Kommentarer til de enkelte innsatsområder

Innsatsområde I: Forebygging og tidlig intervensjon ved kronisk nyresykdom
Dette området synes godt ivaretatt i handlingsplanen.

Innsatsområde II: Behandling og oppfølging av pasienter med kronisk nyresykdom

Norsk nyremedisinsk forening støtter at det må utarbeides nasjonale faglige retningslinjer for behandling av kronisk nyresykdom.

Vi støtter at Norsk nefrologiregister bør utvides til å omfatte pasienter med kronisk nyresvikt i tidligere stadier, men dersom registeret skal utvides til å omfatte alle stadier av kronisk nyresykdom, vil dette omfatte 10 % av den norske befolkningen. Vi mener dette er for ambisiøst og vil bli uoverkommelig. Vi anbefaler derfor at man inkluderer pasienter kun fra stadium 3B (GFR 44-30), 4 og 5.

Innsatsområde III: Organisering og samhandling i helsetjenestetilbudet til pasienter med kronisk nyresykdom

Mens man i tiltakslisten har anbefalt at kapasiteten i allmennlegetjenesten styrkes, har man ikke sagt tilsvarende om spesialisthelsetjenesten. Med økt fokus på og kunnskap om kronisk nyresykdom også i tidlige stadier som risikofaktor for økt sykkelighet og dødelighet i primærhelsetjenesten, må man forvente at flere pasienter med kronisk nyresykdom i tidlige stadier henvises til spesialisthelsetjenesten. Dette sammenholdt med den forventede økning i antall pasienter i dialyse, gjør at det av tiltaksplanen også klart må fremgå at antall nyreleger i spesialisthelsetjenesten må økes. Et viktig incitament for arbeid i tverrfaglige team og at mer av nyreomsorgen kan ivaretas av nyresykepleiere, vil være å innføre DRG-refusjon for sykepleiepoliklinikk. Nasjonale standarder for omsorg krever også nasjonale standarder for organisering og bemanning av nyreenhetene. På tiltakslisten bør det fremgå en bemanningsnorm for antall nyreleger og nyresykepleiere på nyremedisinske avdelinger.

Innsatsområde IV: Kapasitet og kvalitet i nyreerstattende behandling

I målbeskrivelsen for innsatsområde 4 bør det også tas med at målet for antall transplantasjoner med nyre fra levende giver er 40 %.

Vedr. pkt. 7.4 Utviklingen i behov for nyreerstattende behandling

Her beskrives hvordan antall pasienter i dialyse er omtrent fordoblet fra 2000 til 2009 og at man forventer 10 % årlig økning de neste 5 årene, fra 2015 sannsynligvis en større årlig økning pga den forventede økningen i befolkningens alder. Dette er nødt til å få betydning for behovet for antall nyreleger de kommende årene. Innen indremedisin er spesialiteten nyresykdommer en av de spesialitetene der man forventer størst økning i etterspørsel etter nye spesialister i perioden frem til 2016 ifølge Den Norske Legeforeningens rapport om Spesialistutdanningen av leger (2009). En forventer at det trengs en økning av antall spesialister innen nyremedisin på 75% frem til 2016. Da det tar minimum 6 år å utdanne en spesialist i nyresykdommer, må man allerede nå styrke utdanningskapasiteten. Norsk nyremedisinsk forening foreslår et nytt kulepunkt på tiltakslisten;

* Utdanningskapasiteten innenfor spesialiteten nyresykdommer må økes, spesielt antall B-grenshjemler på gruppe 1- avdelingene. Det må opprettes flere hjemler for nyreleger i alle de regionale helseforetakene.

Vedr. pkt 7.8.1 Dialysevirksomhet i Norge

Norsk nyremedisinsk forening stiller seg spørrende til at man har slått fast at en nyremedisinsk avdeling kan være administrativt og fagmedisinsk ansvarlig ved dialysesatellitt på et annet sykehus, spesielt når en slik dialysesatellitt i tillegg kan ligge innenfor et annet helseforetak. Dette må avklares juridisk og det må på tiltakslisten tas med at det må utarbeides ansvarsbeskrivelse også for dialyse på sykehussatellitter.

Vedr. pkt 7.8.5.3 Satellittdialyse

Her omtales dialyse på satellitter utenfor sykehus. I siste avsnitt skriver man at "*Den fremste*

ulempen med satellitt-HD er at den medfører at man gir avkall på noen av de stordriftsfordeler som samling av pasienter i et stort senter gir (...).”

Norsk nyremedisinsk forening vil påpeke at dialyse på satellitt utenfor sykehus kun er å anbefale når reisevegen til nærmeste nyremedisinske avdeling blir så lang og/eller besværlig at det oppveier de fordelene som det er å motta behandling på en avdeling der man har daglig tilstedeværelse og oppfølging av leger og nyresykepleiere, god vannkvalitet med sentralt vannrenseanlegg og mulighet til HDF, samt tilstedeværelse av andre spesialister og helsepersonell hvis akutte komplikasjoner oppstår. Dette er den største ulempen med satellitt-HD. En utstrakt utbygging av satellitter vil dessuten kunne medføre at fagmiljøet (først og fremst på sykepleiersiden) ved det nyremedisinske sentret blir svekket og man kan i mindre grad serve og betjene satellittene. Små dialysesatellitter er sårbare ved fravær, og det nyremedisinske senteret må ha kapasitet til å ivareta pasientene i slike perioder. Ved dialyse utenfor sykehus bør peritoenal dialyse være første valg så fremt det ikke finnes kontraindikasjoner.

Vedr. pkt 7.8.9.1 Kompetanse

I andre avsnitt står det. *”Ved nyreenheter godkjent som Gruppe 1 utdanningsinstitusjon i nyresykdom er det krav om regelmessig undervisning for leger i grenspesialisering”*. Dette er om ikke feil, så i alle fall unøyaktig. Alle avdelinger som er godkjent som utdanningsinstitusjon innen for nyresykdommer, også gruppe 2 avdelinger, har krav til regelmessig undervisning for leger i grenspesialisering.

Vedr. pkt. 7.8.10 Rom- og maskinforhold

Norsk nyremedisinsk avdeling savner omtale av vannkvalitet og vannrenseanlegg. Norsk nyremedisinsk forening nedsatte en arbeidsgruppe for en del år tilbake som utarbeidet et forslag til Nasjonale retningslinjer for vannkvalitet i dialyse. Etter at det noe overraskende ble fastslått av SLV at vann var å regne som medisinsk utstyr og ikke som legemiddel (selv om det infunderes direkte i pasientene), ble forslaget oversendt Helsedirektoratet for behandling i 2008. Norsk nyremedisinsk forening har ikke mottatt noen tilbakemelding etter dette. Til sammenligning har man i Sverige svært omfattende retningslinjer for vannkvalitet og mangelen på tilsvarende retningslinjer i Norge er bekymringsfull.

På tiltakslisten må det komme inn et nytt punkt som sier at det må utarbeides nasjonale retningslinjer om krav til vannkvalitet eller at det tidligere utarbeidete forslaget må behandles i Helsedirektoratet.

Innsatsområde V: Palliativ behandling og omsorg i livets slutfase ved kronisk nyresykdom
Synes godt ivaretatt. Norsk nyremedisinsk forening vil understreke behovet for opplæring i kommunikasjon med pasienter og pårørende. En veileder vil nødvendigvis måtte bli nokså generell og en god samtale ut fra den individuelle pasients situasjon vil være det viktigste.

Innsatsområde VI: Kvalitetsutvikling og forskning

Norsk nyremedisinsk forening støtter at Norsk nefrologiregister og Norsk nyrebiopsiregister får status som nasjonalt medisinsk kvalitetsregister. Norsk nyremedisinsk forening støtter utvidelse av Norsk nefrologiregister, jfr. Kommentarene til innsatsområde II.

Implementering og oppfølging av planen, prioritering av tiltak og tidsplan

Den foreslått tidsplanen synes ikke realistisk. Selv om man for eksempel begrenser Norsk nefrologiregister til kun å omfattet pasienter med nyresykdom stadium 3B ,4 og 5, vil det kreve betydelig tilrettelegging av og investering i elektroniske hjelpemidler, noe som vil være helt nødvendig dersom man skal rapportere et så stort omfang av pasienter. Tidsplanen bør

revideres.

Vennlig hilsen

Cecilia Montgomery Øien

Leder

Norsk nyremedisinsk forening

Med hilsen

Norsk nyremedisinsk forening