

❖ Nefrologisk forum ❖

Nummer 1. Årgang 2.

Mars 1996

Vi takker på vegne av alle kolleger Erling Saltvedt for lang og tro formannstjeneste

Erling har vært vår kjære formann i 6 år og tre måneder. Ingen har hatt så lang fartstid som formann i vår forening. Det blir ingen lett oppgave å følge etter Erling. Hans engasjement og alltid positive holdning er fremtredende egenskaper. Hans utholdenhet og til alle tider tilstedeværelse i foreningens aktiviteter er dessuten unik, og nærmest uforenlig med vanlig aksepterte biologiske prinsipper. Det blir vanskelig å følge etter Erling.

Jeg vil takke for tilliten som ble vist meg ved at jeg ble valgt som ny formann. Jeg har i mer enn to år vært sekretær for Erling og har hatt et meget godt samarbeid med ham i denne tiden, og jeg har lært mye. Samarbeidet vil fortsette selv om Erling nå er gått ut av styret.

Det nye styret med undertegnede som formann vil måtte finne sin egen stil, vi må bygge på egne forutsetninger. Primært vil vi satse på å arbeide med prioriterte oppgaver som arbeids- og utdannings-situasjonen for nefrologer, og for å fremme kvalitet i nefrologens arbeid. I vårt første styremøte over påske vil vi fastlegge arbeidsplaner og målsetninger for det innværende år. Det er mye å ta fatt i. Som dere sikkert vet er styremedlemmene alle opptatte klinikere og mange driver med "forskning på si". Slik er jo sykehuslegenes hverdag. Det er derfor et begrenset antall timeverk styret og formannen kan nedlegge i dette arbeidet. Vi vil derfor arbeide med å iverksette undergrupper av medlemmer som kan arbeide med konkrete spørsmål. Slike undergrupper er ikke noe nytt. Det vi vil forsøke å gjøre er å sette problemer på kartet, delegere oppgaver i noen grad, og sette krav til fremdriftsplan fra våre medarbeidere for å bidra til løsninger. Slike krav vil vi naturligvis også sette til

oss selv.

Som ny formann håper jeg at vi i styret kan bidra til å ivareta intensjonene i lover for norsk forening for nyresykdommer's paragraf 2, "Å fremme nefrologiens stilling i norsk medisin når det gjelder klinikk, utdanning og vitenskap samt å fremme kontaktmulighetene for leger og andre som er interessert i nefrologi og ivareta medlemmenes faglige interesser".

Nefrologisk Forum vil bli et naturlig redskap å bruke i dette arbeidet. Styret's arbeid vil bli presentert i fremtidige utgaver av Nefrologisk Forum. Bladet vil også være egnet til å fange opp tanker og ideer på "grasrotplanet" som kan formidles til alle medlemmene. Det er ikke formannens ønske at alt som presenteres i Forum har utgangspunkt sentralt. Jeg oppfordrer derfor medlemmene til å ta PC'en fatt og bidra med innlegg. Årsmøtet på Bolkesjø ga sin tilslutning til at de ulike helseregionene tok ansvar for stoff til hvert sitt nummer av Forum i 1996. Selvsagt er det i siste instans redaktørens oppgave å utgi bladet, men jeg regner med at Regionene overholder frister for innlevering av bidrag som vil bli meddelt i god tid.

Anders Hartmann

Det nye styret:
Anders Hartmann
Trond Jenssen
Per Tore Lyngdal
Ingrid Os
Einar Svarstad
Knut Aasarød
(vara)
Eyvind Bjørbæk
(vara)

Inne i bladet:

Redaktørens spalter	2
Diabetes og tx.	3
Nefrologiregisteret	3-5
Tuberkulose og tx	6-7
Årsmøtoreferat	8-9
Møtekalender	9

Nefrologisk Forum

Organ for Norsk forening for nyresykdommer.

I Redaksjonen:

*Anders Hartmann
Redaktør
Tlf 22868322
Fax 22868303*

*Hallvard Holdaas
Ass.redaktør
Tlf 22868310
Fax 22868324*

*Produksjon:
Egen PC
Microsoft publisher.*

*Opplag: 200
kopierte eksemplarer*

*Distribusjon:
MSD Norge til
alle medlemmer av
Norsk nefrologisk
forening.*

*Postadresse:
Nefrologisk Forum
v. Anders Hartmann
Med. avd. B
Rikshospitalet
0027 Oslo*

Redaktørens spalter

Jeg er glad for at det var såpass bra stemning for Nefrologisk Forum at årsmøtet besluttet å la meg være redaktør for ytterligere ett års drift av bladet. Det kan bli interessant dersom stoffbidraget øker betydelig. Det er hensikten at RIT som leder for sin region skal medvirke til stofftilgang til sommernummeret. Haukeland står for tur til høsten, og RiTø for årets siste nummer. Selvsagt kan og skal individuelle initiativ også få plass i disse numrene. I tillegg blir det rapporter fra styret, og vi er også så heldige at Torbjørn Leivestad vil benytte Forum som et presentasjonssted for nefrologiregisteret.

Årsmøtet på Bolkesjø

I dette nummer av Forum har vi ikke så mye stoff. Det har vært en hektisk tid i forbindelse med og etter årsmøtet samt en del ting å planlegge og iverksette etter årsmøtet. Referatet fra årsmøtet er presentert i dette nummeret av Forum. I tillegg til årsmøtet var det etter min mening et meget godt faglig møte vi hadde på Bolkesjø. Det nye styret vil ta stilling til "vintermøtet's videre skejbn".

Diabetes etter tx

Jøran Hjelmæsæth gir i dette nummeret en kort rapport om arbeidet med diabetes og glukoseintoleranse hos de nyre transplanterte. Det er et viktig arbeid som alle oppfordres til å støtte. Det har så langt vært en meget positiv stemning blant nefrologene. Jøran skal tilbake til "sitt" Sentralsykehus i Vestfold, og jeg synes det er fint at han får med seg et vesentlig vitenskapelig arbeid i den tiden han har vært på RH.

Nefrologiregisteret

Ett av to hovedbidrag i dette nummer av Forum er fra Torbjørn Leivestad som presenterer data for 1995, både tekstlig, ved figurer og i tabelloversikt. Dette er nok interessant og nyttig stoff for de fleste av oss. Jeg er glad for å kunne presentere dette bidraget

for dere i bladet vårt.

Tuberkulose og tx

Anne Nålsund som er verlege ved lungeavdelingen har et viktig og instruktivt innlegg om tuberkulose og hvordan man skal forholde seg til gjennomgått tuberkulose sykdom i forbindelse med nyretransplantasjon. Dette tror jeg er svært nyttig i praksis, jeg har tidligere personlig fått mange henvendelser om dette spørsmålet. Tar du vare på dette bladet har du retningslinjene liggende neste gang problemet dukker opp.

Anders Hartmann

Neste nummer av Forum kommer i juni 1994 et sommernummer. Frist for bidrag er 20.mai.

Skriv da vel.

Tekst/grafikk på diskett mottas med takk. Skrevet tekst mottas selvsagt med velvilje, men det medfører merarbeid.

GOD PÅSKE!

Glukoseintoleranse hos uremikere og nyretransplanterte

Takket være velvillig hjelp fra lokale nefrologer er nå mellom 150 og 200 uremikere glukosebelastet i ventetiden for transplantasjon. To av tre hadde normal glukosetoleranse i denne gruppen.

Av over 100 nyretransplanterte som hittil er glukosebelastet 10 uker etter transplantasjonen, hadde 22% diabetes mellitus, 35% nedsatt glukosetoleranse og 43% normal glukosetoleranse.

Posttransplantasjonsdiabetes synes å være assosiert med høyere dose av prednisolon; Pasientene med normal glukosetoleranse brukte gj.sn. 13 mg/d, de med nedsatt glukosetoleranse 16 mg/d og de med posttransplantasjonsdiabetes 18 mg/d.

Dersom prednisolondosen virkelig er en viktig etiologisk faktor er det sannsynlig at flere av pasientene har fått bedre glukosetoleranse etter nedtrapping til vedlikeholdsdose. Vi ønsker derfor å evaluere ca. 100 pasienter ett år etter transplantasjon med ny glukosebelastning lokalt og håper på fortsatt hjelp og velvillighet fra våre kolleger. Det sendes i disse dager ut brev med nærmere informasjon om dette og hvilke pasienter det gjelder.

Jøran Hjelmesæth

Jøran Hjelmesæth er i utdanningstilling i nefrologi ved medisinsk avdeling B ved RH og vil fra høsten av være tilbake i arbeid ved Vestfold Sentral-sykehus.

Han gjør et bra og viktig arbeid som vi håper dere fortsatt vil støtte opp om.

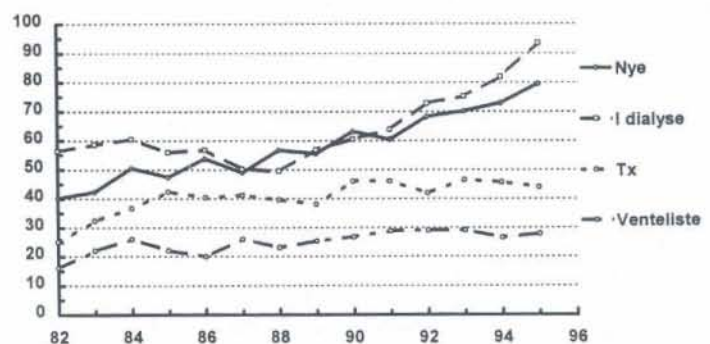
Data fra Nefrologiregisteret - og noen refleksjoner fra arbeidet.

Et årsskifte har passert - det foranlediget en oppdatering av status og genererte som vanlig en masse arbeid både for dere og meg. For tiden strømmer det inn 'Årsskjema95' i store mengder. Pr idag kan jeg ikke si hvor stor rapportprosenten er, men det ser lovende ut! Samtidig gir det grunn til å reflektere over hva registeret er, hva det kan være eller bli, og hva som bør forbedres.

Først noen data. De som var på Bolkesjø fikk se en mengde tall og figurer - og en representant for hvert senter fikk med endel papirkopier hjem. Noen av disse figurene prøver vi nå å trykke her i Forum i fornorsket utgave. Slår det an vil jeg prøve å bidra jevnlig med slike illustrasjoner. Figurene er laget i PowerPoint - og de som har behov for å få datakopi av enkelte figurer, ta kontakt.

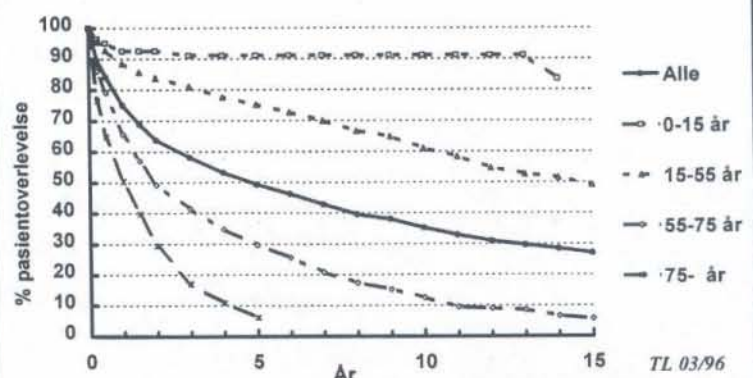
Forfatteren:
Torbjørn
Leivestad
er daglig leder og
styreformann i
norsk
nefrologiregister

Uremibehandling i Norge. Årsskifte-status - pas. pr mill. innbyggere



TL 03/96

Overlevelse i uremibehandling. Alle nye pas. 1980-95, alle behandlingsformer.

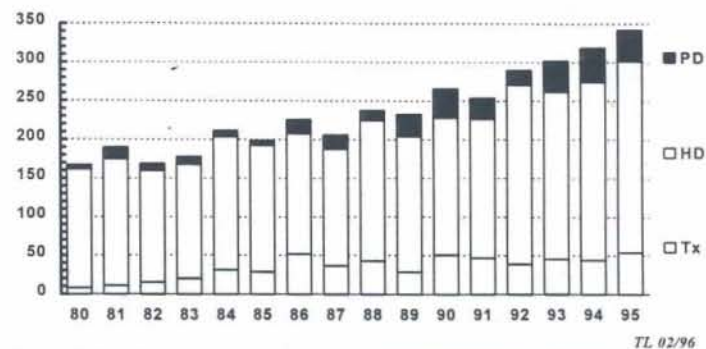


TL 03/96

Tallene viser at antallet nye pasienter som tas i uremibehandling fortsatt øker. Antallet transplantasjoner synes å ha stabilisert seg i underkant av 200 pr år. Dette medfører at antallet pasienter i dialyse er økende. Og av disse oppgis ca 30% ikke å være/bli kandidater for transplantasjon. Men om vi til disse 124 legger til de 120 som var reg. på venteliste ved årsskiftet (og eg. var slett ikke alle 120 i dialyse) har vi maksimalt redegjort for 61% av dialysepasientene. Hva med de resterende 39%? Reflekterer vår venteliste det reelle behov, har dere flere som burde vært på den, eller er det mer enn 30% som ikke vurderes som reelle transplantasjonskandidater?

En figur er ny for anledningen (forrige side)- den viser beregnet overlevelse i uremibehandling innen forskjellige aldersgrupper. Ikke overraskende - det er bedre overlevelsessjansje jo yngre pasientene er. At 50% av de som var over 75 år

Nye pasienter i uremibehandling etter startår og første behandlingsmodus



ved start er døde innen et år forbauser knapt, men at 50% i aldersgruppen 55-75 faller fra innen 2 år var verre. Riktignok er en stor del av norske nefrologer innen denne aldersgruppe, men alle har jo god diurese!

Tabellen under som viser status pr. 1/1-1996 er ajourført så godt jeg er blitt underrettet. Alle sen-

Antall pasienter tatt i nyresviktbehandling 1996					Antall pasienter pr. 1. januar 1996.			
Senter	HD	PD	Predial	Totalt	HD/HF	PD	Graft	Totalt
Tromsø	22	3	5	30	25	5	76	106
Bodø	18	3	3	24	28	5	81	114
Levanger	6	0	1	7	12	0	37	49
Trondheim	19	4	4	27	28	11	126	165
Ålesund	22	0	0	22	36	0	91	127
Førde	2	0	1	3	4	0	26	30
Bergen	19	4	6	29	19	6	154	179
Stavanger	25	2	3	30	26	1	102	129
Kristiansand	4	0	7	11	12	1	68	81
Arendal	4	0	4	8	4	0	27	31
Skien	17	2	3	22	24	3	60	87
Tønsberg	13	0	3	16	19	0	71	90
Drammen	17	2	2	21	12	3	82	97
Lillehammer	8	4	4	16	15	6	68	89
Elverum	7	0	1	8	17	0	40	57
Fredrikstad	16	0	0	16	14	1	92	107
Ullevål	16	15	5	36	29	14	142	185
RH/SiA	13	1	2	16	20	2	224	246
SUM	248	40	54	342	344	58	1567	1969

Senter	HD i 95 Totalt	Døde i 1995		Antall ikke vurdert som aktuelle for transplantasjon						
		Dial.pas	Tx-pas.	Totalt	alder	malign	grunnlid	misl. tx	vil ikke	andre
Tromsø	3086	9	2	6		1	5			
Bodø	3443	6	6	12	1	1			1	10
Levanger	1495	2	4	6	1		5			
Trondheim	4538	15	8	19	7	3	6		3	
Ålesund	4342	9	3	14		1	1		2	10
Førde	815	2	1	1		1				
Bergen	3762	20	3	9			7			2
Stavanger	2491	13	3	11	6	2	2			1
Kristiansand	1640	5	4	8	2		5	1		
Arendal	579	2	3	3			2	1		
Skien	2273	7	6	5	1				1	3
Tønsberg	1950	6	4	4	1	2			1	
Drammen	2395	16	3	3	1		2			
Lillehammer	1832	4	3	6			4		2	
Elverum	2318	2	4	1			1			
Fredrikstad	2292	10	5	5	2		3			
Ullevål	3741	13	7	7	3	1			3	
RH/SiA	3909	10	6	4	1					3
SUM	46901	151	75	124	26	12	43	2	13	29

tra fikk oversikt over hvor mange dialysepasienter, og i hvilke behandlingsformer, registeret hadde oversikt over. Samtidig ba jeg om senterets egne tall. Hos noen stemte tallene, hos andre ikke. Der de ikke stemte har vi gått inn mer konkret, med navnelister for å finne ut av feilene. Likevel hender det, etter at vi tilsynelatende er blitt enige om både tallene og navnene, at det dukker opp rapporter om pasienter som var tatt i dialyse (både HD og PD!) i god tid før årsskiftet og likevel ikke figurerte i tellingen eller i navnelisten. Og på Bolkesjø fortalte en firmarepresentant at de pr 1/12.95 leverte PDvæsker til 70 personer - og ikke har hele markedet - mens registerets tall på PDpasienter pr 1/1.96 var 58.

Derfor stiller jeg spørsmålet: Drives det "skapdialyse" noen steder i landet? At CAPD-pasienter i atskillig grad lever et eget og selvstendig liv som medfører at de faller utenom endel rutiner har vi også forstått ved ITI - vi får sjelden serum fra dem når de står på ventelisten! At noen da blir glemt registrert kan sikkert forklares - men knapt forsvares! Men hvordan noen kan overse HD-pasienter når de teller opp pr 1/1 er mer enn jeg begriper.

Hvilken plass har Nefrologiregisteret i nefrologenes hverdag og bevissthet? Mener alle at det er viktig og nødvendig å kontinuerlig samle data for å ha oversikt over behandlingsomfang og resultater (slik jeg mener)? I såfall, samler vi de riktige data

- hva mer og evt hva mindre burde vi registrere? Bør innsamlingen organiseres på et annet vis enn idag - herfra - eller internt i ditt eget senter? Og hva med tilbakerapporteringer? Hva ønskes - og i hvilken form? Har du (eller noen hos deg) behov for tilleggsopplysninger, spesialanalyser osv. ? Kunne du (eller noen hos deg) ha ønske om å bruke registerdata som forskningsgrunnlag? Min ambisjon er å opprettholde et register med god datakvalitet. Skal dataene være verd å samle må det være verd å gjøre jobben ordentlig - både fra deres og min side. Ambisjonen strekker også til å lage årlige statusoppdateringer i rimelig omfang, og da tror jeg Forum er et egnet sted å offentliggjøre slike enkle data. Men de data vi har ville sikkert kunne gi grunnlag for flere artikler i fagtidsskriftene - og der er registeret avhengig av eksterne krefter!

Gi lyd - kom frem!

Torbjørn Leivestad

Dødsårsakene fremgår ikke av innlegget, men vi lærte på Bolkesjø at 75% av dødsfallene blant våre nyretransplanterte er kardiovaskulære dødsfall. Det er trolig ikke særlig annerledes blant dialysepasientene, kanskje kan Torbjørn fremvise disse data i et senere nummer?

Red.

Tuberkulose og nyretransplantasjon

Overføring av tuberkuløs smitte skjer ved luftbåret dråpesmitte. Bare hos ca. 5 % av alle infiserte individer, er vertens immunforsvar ikke sterkt nok, eller basillepopulasjonen så overveldende at sykdom utvikles. Dette skjer i regelen innen ett år etter smittetidspunktet. Hos ytterligere 5 % skjer en reaktivering av en latent infeksjon på et senere tidspunkt i livet - under tiden mange år etter primærinfeksjonen. Det er dermed bare 10 % av smittede individer som utvikler klinisk sykdom i løpet av levetiden.

Hensikten med forebyggende behandling er å hindre at en latent infeksjon progredierer til aktiv sykdom. I visse grupper er risikoen for å utvikle tuberkuløs sykdom i forløpet av en infeksjon høyere enn i befolkningen generelt. Dette gjelder f.eks. immunkompromitterte pasienter, inklusive pasienter med terminal nyresykdom som dialyseres, og pasienter som transplanteres. Sykdommen er dessuten hos disse forbundet med atypiske kliniske og røntgenologiske presentasjonsformer, et ofte rapid forløp og høy mortalitet.

Indikasjoner for kjemoprofylaktisk / steriliserende behandling for pasienter som planlegges transplantert har likevel variert fra land til land, og råd om slik behandling baserer seg på små materialer. I Norge anvendes i dag følgende

Hvem skal behandles før nyretransplantasjon?

1. Pasienter som har hatt pulmonal eller ekstrapulmonal tuberkulose i den pre-kjemoterapeutiske æra, skal ha gjennomgått standardbehandling med tuberkulostatika før transplantasjonen.
2. Hos pasienter der nyresvikten skyldes urogenital tuberkulose er det i tillegg utført bilateral nefrectomi, enten tre måneder før - eller i forbindelse med selve transplantasjonen.
3. Pasienter som har fått adekvat antituberkuløs behandling før transplantasjon, skal ikke senere ha kjemoprofylakse.
4. Recipienter der eneste manifestasjon på tuberkuløs smitte har vært utvikling av positiv

tuberkulintest, evt. med kalkflekk i lunge eller hilus, skal ikke ha kjemoprofylakse. Samme strategi anvendes overfor pasienter med pleuraforandringer. Er det derimot grunn til å anta at recipienten er omslagent i løpet av de siste to år, bør vedkommende få standard-behandling.

5. Pasienter som på røntgen thorax har sequele etter en lungeaffeksjon som sannsynligvis har vært tuberkuløs, skal behandles. Eksempler: Fibrøse toppforandringer med eller uten kalk eller pleuraforandringer, lungeinfiltrasjon og kalk, lungeinfiltrasjon og pleuraforandringer. I slike tilfeller bør man kontakte Statens Helseundersøkelser som ofte kan ha informasjon om disse pasientenes tuberkulinreaksjon / tbc-status. Det er viktig å være klar over at ca. 40 % av pasienter med nyresvikt i dialyse, er anerge, og tuberkulintest mister derfor noe av sin diagnostiske verdi.

6. Dersom det foreligger nyresykdom med forhøyet serum kreatinin der det er sannsynlig at sykdommen progredierer til uremi, bør anti-tuberkuløs behandling starte straks. Disse pasientene bør ikke få etambutol som elimineres via nyrene.

7. Dersom infiserte pasienter med indikasjon for antituberkuløs behandling først påtreffes i tilknytning til transplantasjon, bør problemet diskuteres med lungelege. Det kan være aktuelt å behandle med antituberkuløse midler i en tid under dialysebehandling dersom transplantasjon kan utsettes. På grunn av medikamentell interaksjon mellom Rifampicin og Sandimmun, kan behandlingen være vanskelig å styre postoperativt.

Adekvat medikamentell standardbehandling

Det finnes idag to likeverdige behandlingsopplegg.

Seks måneders behandling

Seks måneders terapi med Isoniazid (INH) og Rifampicin (R) forutsatt at Pyrazinamid gis som tillegg de første 2 måneder av behandlingen.

Forts. neste side

Forfatteren Anne Naalsund er overlege ved lungeavdelingen på RH og er spesielt engasjert i problemet omkring tuberkulose og transplantasjon

Ni måneders behandling

Et likeverdig regime er 9 måneders kur med INH og R forutsatt sannsynlig bakteriell følsomhet for begge medikamenter. Hos den norskfødte del av befolkningen er resistens et meget lite problem, (< 5%), og to medikamenter kan derfor trygt anvendes.

Hva med tidligere gjennomført medikamentell antituberkuløs behandling?

Minimum 18 måneders behandling med Isoniazid (INH) og Para-amino-salicylsyre (PAS) forutsatt at Streptomycin ble gitt i første 1-2 måneder, kan aksepteres som adekvat behandling. Denne behandlingen ble benyttet som standard behandling inntil Rifampicin kom på markedet på slutten av sekstitallet.

Spesielle forhold- innvandring

Hos innvandrere fra høyinsidensland er resistens et langt større problem, og til disse bør steriliserende behandling bestå av minimum tre medikamenter. Ideelt sett bør et slikt behandlingsregime inneholde Etambutol som er et effektivt middel mot utvikling av resistens. Dette lar seg i praksis ikke gjennomføre fordi Etambutol elimineres via nyrene, og derfor bør anvendes med stor forsiktighet til pasienter med nyresvikt. Heller ikke Pyrazinamid er ideelt i en slik situasjon fordi medikamentet ikke forebygger utvikling av resistens i vesentlig grad. Behandling av denne lille pasientgruppen bør derfor drøftes særskilt med spesialist i lungesykdommer. Standardbehandling hos disse vil ofte omfatte 4 medikamenter de første 2 måneder, og deretter Rifampicin og INH i 4 måneder.

Isoniazid, Rifampicin og Pyrazinamid, interaksjoner

Isoniazid: Absorpsjonen av INH minker ved samtidig inntak av antacida. Antacida bør derfor inntas minst 1 time før eller etter INH. INH hemmer metabolismen av antiepileptika (fenytoin, karbamazepin, primidon)

Rifampicin : Metabolismen av Rifampicin i lever fører til induksjon av en rekke legemiddelmetaboliserende enzymer, slik at nedbrytningen av flere legemidler etterhvert går raskere. Ny "steady-state" oppnås etter 2-3 uker. Ved seponering av Rifampicin skjer det motsatte.

Endret dosering ved Rifampicin

Medikament	Doseendring
Kortikosteroider	2-3x normaldose
Antikoagulantia (Warfarin)	2-3x normaldose
Perorale antidiabetika	Økt dose (blodsukkerregulert)
Digitoxin	Økt dose Evt. gi digoxin
Betablokkere	Økt dose
Verapamil	økt dose

Anne Naalsund

Litteratur:

- Higgins RSD, Kusne S, Reyes J, Yousem S, Gordon R, Van Thiel R, Simmons RL, Starzl T. Mycobacterium tuberculosis after liver transplantation: Management and guidelines for prevention. Clin Transplantation 1992;6: 81-90
- Higgins RM, Cahn AP, Porter D, Richardson AJ, Mitchell RG, Hopkin JM, Morris PJ. Mycobacterial Infection After Renal Transplantation, Quarterly Journal of Medicine, New Series 78, No. 286, pp 145-153, February 1991
- Jordan, TJ, Lewit, EM, Montgomery RL, Reichman LB. Isoniazid as Preventive Therapy in HIV-Infected Intravenous Drug Abusers
A Decision Analysis. JAMA 1991;265: 2987-2991
- Qunibi WY, Badawi A-S, Saadi T, Harder E, De Vol E, Al Furayh O, Ginn H E. Mycobacterial Infection After Renal Transplantation- Report of 14 Cases and Review of the Literature, Quarterly Journal of Medicine, New Series 77, No. 282, pp 1039-1060, October 1990
- Edit., Isoniazid Prevention of Tuberculosis, The Lancet, February 19, 1983
- Lloveras, J, Peterson, PK, Simmons RL; Najarian, JS, Mycobacterial Infections in Renal Transplant Recipients Seven Cases and a Review of the Literature Arch Intern Med-Vol 142, p. 882- 892 May 1982
- MCWhinney N, Khan O, Williams G Tuberculosis in patients undergoing maintenance haemodialysis and renal transplantation Br. J. Surg. Vol. 68 (1981) 408-411
- Sahn SA, Lakshminarayan S, Tuberculosis after Corticosteroid Therapy Br. J. Dis. Chest (1976) 70, 195-205
- Millar J.W, Horne NW Tuberculosis in immunosuppressed patients The Lancet, June 2, 1979, 1176-1178
- Chemoprophylaxis for the prevention of tuberculosis in the immunosuppressed renal allograft recipient (Letter) Transplantation Vol. 20, No. 1, July 1975, p. 76-77
- Cook, GC Immunosuppression and Mycobacterium sp. Infection Quarterly Journal of Medicine, New Series 78, No. 286, pp. 97-99, February 1991
- Riska H, Grønhaugen-Riska C, Ahonen J. Tuberculosis and Renal Allograft Transplantation Transplantation Proceedings, Vol. XIX, No 5, (October) 1987: pp. 4096-4097

Referat fra årsmøtet i norsk forening for nyresykdommer.

Arsmøtet i norsk forening for nyresykdommer ble avholdt på Bolkesjø turisthotell lørdag 9. mars 1996 kl. 1700-1900.

Det ble registrert 44 medlemmer som deltok på møtet.

1. Godkjennelse av dagsorden.

Dagsorden ble godkjent, det ble bemerket at post 17: "Eventuelt" ikke formelt skulle være en post på årsmøteprogrammet, det ble likevel vedtatt at punktene under 17 som var oppført av sekretæren skulle fremlegges og diskuteres på møtet.

2. Utdeling av Janssen-Cilag Nefrologi-stipend
Det var 4 stipendsøkere. Fordelingen av stipend ble som følger i følge styrevedtak i samarbeid med Janssen-Cilag:

Anna Reisæter ITI, RH, kr 3670-
Jøran Hjelmæsæth med B, RH: kr 10500-
Knut-Jan Andersen kr , Bergen: kr 10500-
Witold Karwinski Kir. B, RH: kr.5000-

3 Foreningens reisefond

Det er ca 275000- til disposisjon på kontoen. Sekretæren fortalte at den årlig innbetaling til fondet er ca. 30000. Renter kan forventes å ligge omkring 12000. Etter forslag fra sekretæren ble det besluttet at fondet skulle tas i bruk i 1996,. Utbetalingen (inntil 40000- årlig) skal etter forslag fra Lars Westlie ikke være så store at egenkapitalen ikke holder tritt med inflasjonen. Følgende forslag til statutter ble godkjent: "Bidrag gis til medlemmer av foreningen til reiser til relevante møter og studieopphold innen nefrologifaget og nefrologisk forskning". Fondsstyret skal bestå av foreningens formann og to representanter utpekt av foreningens styre hvorav en skal være utdanningskandidat i nyremedisin.

4 Årsberetning

Årsberetningen ble opplest av formannen, det var ingen kommentarer til denne.

5 Regnskap

Regnskapet var godkjent av revisorene og det var ingen innvendinger mot dette. Sekretæren fikk medhold i et forslag om å sette regnskapet bort til et regnskapsfirma for fremtiden.

6 Medlemskontingent

Det ble vedtatt å oppretteholde kontingenten på kr 150- årlig

7 Valg

Et forslag om nytt æresmedlem foreslått av Ivar K. Eide ble trukket fra realitetsvurdering.

Valgkomiteens formann, Helge Jansen fremsatte følgende forslag til nytt styre:

Formann Anders Hartmann
Medlem Per Tore Lyngdal
Medlem Trond Jenssen
Medlem Ingrid Os
Medlem Einar Svarstad
Varamedlem Knut Aasarød
Varamedlem Eyvind Bjørbæk

Det nye styret ble valgt ved akklamasjon som foreslått ovenfor. Komiteen forutsatte at styret selv valgte sin nestformann og sekretær.

8 "Utdannelsesutvalget"-rapport

Knut. P. Nordal hadde ledet et utvalg bestående av ham og Jøran Hjelmæsæth og Hans Petter Aarseth. Dette arbeidet ble kort redegjort for og senere presentert i sin helhet på fagmøtet dagen etter årsmøtet. Konklusjonen går i korthet ut på at utdanningskapasiteten for nefrologer må utvides og at dette gjøres ved å arbeide for 1 ny utdanningsstilling ved Regionsykehusene (Haukeland, Ullevål, RIT og RiTØ) samt en 2-årsstilling ved Rikshospitalet. Dr. Nordal ble pålagt å avlevere en rapport til styret ved formannen i løpet av kort tid, og formannen skulle deretter samarbeide med Knut P. Nordal for å få politisk gjennomslag for forslaget.

9 Utdanningsplan for nefrologer

Det ble en kort diskusjon om dette temaet, det har vært mange forespørsler til styret vedrørende utdanningsplaner i og med de nye reglene som er trådt i kraft. Knut P. Nordal, formann i spesialitetskomiteen fremla noen synspunkter omkring dette, men fremdriften i arbeidet ble ikke behandlet. Styret avventer foreløpig et utspill fra spesialitetskomiteen. Inntil videre vil styret fortsatt anbefale MKSAP som et anvendelig element i den teoretiske utdanningen.

10 Nefrologiregisteret-rapport

Lederen for registeret, Torbjørn Leivestad, ga en generell orientering om aktiviten og rapporteringen til registeret. Han etterlyste også kolleger som ville bruke registeret i forskningsøyemed.

Torbjørn Leivestad ble enstemmig valgt til

"Det ble registrert 44 medlemmer som deltok på møtet."