

❖ Nefrologisk forum ❖

Nummer 4. Årgang 2.

desember 1996

Farvel-norsk forening for nyresykdommer Velkommen-norsk nyremedisinsk forening

Farvel for foreningen er som de fleste vet bare i navnet. Det ble på årsmøtet vedtatt en lovendring som innebærer et navneskifte- foreningens nye navn blir "norsk nyremedisinsk forening". Vedtaket ble gjort med overveldende flertall, langt mer enn de nødvendige 67% som kreves for godkjenning i henhold til regelverket, 29 mot 5 stemmer. Vi har dermed fått et navn tilsvarende "njurmedisinsk forening" i Sverige, mens danskene har sitt "Nefrologiske selskap". Vårt navn internasjonalt vil fortsatt være Norwegian Society of Nephrology. Navnet er ennå ikke "aktivisert", i det det ikke er behandlet sentralt i dnlf. vi regner imidlertid med at foreningens nye navn formelt er i orden i løpet av relativt kort tid. Navnesaken har nå versert i flere år. Jeg er glad for at vi nå endelig får et navn som er kort, enkelt og som ikke kan misforstås.

Vi har fått flere tilbakemeldinger fra medlemmene om et vellykket årsmøte. På årsmøtet deltok også Hans-Petter Aarseth, presidenten i dnlf, vi setter pris på at han fortsatt interesserer seg for nefrologien spesielt og at han også taler sykehuslegenes sak i større sammenheng. Arbeidssituasjonen for nefrologer er vanskelig. Det er for få stillinger i forhold til oppgavene som skal utføres. I tidsskriftet 20. november har dere sikkert lest innlegget fra Knut P. Nordal og medarbeidere som dokumenterer den skjeve utviklingen over de siste 10 år. I en leder i samme nummer av tidsskriftet synes jeg budskapet ble forkludret. Ingen er uenig i at man må prioritere midlene som settes inn i helsevesenet og at behovet kan synes umettelig. Det er nettopp derfor man må dokumentere hvilke arbeidsoppgaver man er satt til å utføre og sammenlikne med de resurser som er tildelt. En dobling av nefrologenes arbeidsomfang de siste 10 år er bare i

meget liten grad fulgt opp med nye stillinger (20% økning). Dette er etter min mening uvanlig godt dokumentert, og jeg synes dette budskapet ble neglisjert i lederen. Jeg håper at man likevel skal få gjennomslag for de nye utdanningsstillinger som vi mener er nødvendige. Det synes som om noe allerede er på gang i og med at RiTø signaliserer ny utdanningsstilling fra 1997, og RiT og Haukeland er også positive til nye utdanningsstillinger i nefrologi. Det gjenstår å se hva som vil skje på Ullevål og Rikshospitalet. Sistnevnte som er statens eget sykehus burde ha et spesielt ansvar for dette idet Departementet har bedt sykehuset å opprette utdanningsstillinger i nefrologi på bakgrunn av vår argumentasjon i møter med fagavdelingen og statssekretæren.

Jeg håper vi får til en løsning som i alle fall sikrer et minimumskrav for norsk nefrologi fremover. Ellers ser jeg for meg engelske forhold hvor flukten fra sykehusene er enda større og truer de offentlige sykehusenes eksistens.

Anders Hartmann

"foreningens nye navn blir "norsk nyremedisinsk forening" Vedtaket ble gjort med overveldende flertall"

Inne i bladet:

Redaktørens spalter	2
RiTø- Nyresviktbehandling	3-4
RiTø-Helsetjenesteforsk.	5-6
RiTø-Forskningslaben	6-7
Nyrer på Internett	7-8
Fra Nefrologiregisteret	9-10
EDTA-Nyhetsbrev	11-12
Årsmøtereferat	13
Styremøtereferat	14-15
Om takhøyde	16
ADA-nytt	17
Møter og kurs	18

Redaktørens spalter

Julen nærmer seg, i skrivende stund håper jeg dette nummeret kommer frem før Julehelgen setter inn.

Det er denne gangen nyrøseksjonen på RiTø som presenterer seg for leserne. Det fremgår at arbeidsfanget med dialyse er meget sterkt økende i helseregion 5 og at det nesten har vært en tredobling over de siste 10 år- altså mer enn landsgjennomsnittet. Det er lett å forstå at "stemningen" er preget av mild oppgitthet (også) der nord. Positivt er det i alle fall at man får en ny utdanningsstilling og kanskje også en ny overlegestilling i faget i løpet av neste år, vi får håpe det tilkommer kvalifiserte søkere.

Vi får i to andre innlegg fra RiTø et innblikk i forskningslaboratoriets aktiviteter og dessuten om helsetjenesteforskning ved medisinsk avdeling. Jeg synes det er imponerende hva avdelingen har fått til med et hardt belastet personell.

Det mest originale innlegg denne gang er fra "datafreaken" Markus Rumpfeld som har kartlagt hittil ukjente territorier for internettsøkende nefrologer. De færreste av de etablerte har nok beveget seg utpå her, men det er moro å se at de yngre orienterer seg i denne retning. Jeg er enig i at elektronisk kontakt vil bli viktig og at mulighetene ligger der allerede i dag. Vi har ikke forlatt tanken i Forum heller, det går litt tregt, men vi satser på en ny redaksjon med alle styrerepresentanter som deltakere fra 1997. Det forutsettes elektronisk postkasse hos deltakerne, og dette vil bli etablert som besluttet på årsmøtet i foreningen.

Nefrologiregisteret

Året nærmer seg slutten, og det er tid for å gjøre opp status for våre dialyse- og transplanterte pasienter. Data må innsendes til nefrologiregisteret, en lite lysbetont oppgave oppe i alle travle gjøremål.

Det er imidlertid en positiv utvikling. Etter min mening gjør Torbjørn en "kjempjobb" som leder. Arbeidet for nefrologene er blitt betydelig forenklet i og med at data til EDTA registeret nå overføres fra registeret direkte- og vi får regelmessige og gode tilbakemeldinger fra registeret

Foreningsvirksomhet

Årsmøtet ble avholdt etter samarbeidsmøtet, den 15. november. Årsmøtoreferatet er gjengitt inne i bladet så de som ikke deltok kan se hva som ble besluttet. Det viktigste vedtaket var vel lovendringen som ble vedtatt, navnet på foreningen ble endret til "Norsk nyremedisinsk forening". Styrets aktivitet fremgår av styremøtoreferat inne i bladet.

EDTA-Nyhetsbrev

Professor EB Pedersen i Århus som er nordisk representant i EDTA-Council- og som har vært vår støttespiller når det gjelder mulig EDTA arrangementet i år 2000, presenterer nyhetsbrev fra EDTA for første gang i Forum. Han har velvilligst sendt denne elektronisk (jamfør ovenfor) og jeg synes det er positivt at han dermed forteller våre lesere direkte om aktiviteten i organisasjonen. Det mest spennende denne gangen er kanskje "Training Course" i nefrologi i forkant av kongressen i Jerusalem. Dette er tilkommet på initiativ fra EB Pedersen blant annet etter signaler fra vår forening. Det må være et godt tilbud for våre vordende nefrologer å kunne delta her. Vi vil arbeide for å få dette godkjent som tellende kursvirksomhet i nefrologi og søke finansiell støtte for deltakelse på slike kurs.

Anders Hartmann

Neste nummer av Forum kommer i mars 1997

Frist for bidrag er 20. februar.

Tekst/grafikk på diskett mottas med takk. Tabeller fra Excel er utmerket.

Skrevet tekst mottas selvsagt med velvilje, men det medfører merarbeid.

Nefrologisk Forum

Organ for Norsk nyremedisinsk forening

I Redaksjonen:

Anders Hartmann
Redaktør
Tlf 22868322
Fax 22868303

Hallvard Holdaas
Ass.redaktør
Tlf 22868310
Fax 22868324

Produksjon:
Egen PC
Microsoft publsher.

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

Nyresviktbehandling RiTø-helseregion 5

Kronisk nyresvikt

Hemodialyse har vært utført i Helseregion 5 siden 1973. I Troms har RiTø hatt dialyseavdeling - fra 1984 også Harstad. Det har i perioder vært hemodialysetilbud i Finnmark, men ikke kontinuerlig. Vi har primært satsset på å opprettholde tilbud i Øst-Finnmark, dvs ved Kirkenes Sykehus. Vest-Finnmark har gjennomgående god flykommunikasjon med Tromsø, og de fleste HD-pasientene i vestfylket kan reise fram og tilbake på dagen. Lang reisetid er våre pasienter vant til, og det er ikke uvanlig at vi har HD-pasienter som er ukependlere. I Nord-Norge angis ofte avstand i kjøretid, ikke i km!

For tiden etableres HD-tilbud i Alta som er Finnmarks største kommune i folketall (ca. 17.000 innb.). Dette tilbudet kommer i gang takket være en HD-pasient som er tidligere lokalpolitiker, og befolkningen har hatt innsamlingsaksjon for å skaffe dialysemaskin.

Finnmark har aldri hatt nefrolog. HD i Finnmark fungerer som "satellittdialyse" der RiTø har det medisinske faglige ansvar. Det er noe problematisk å forholde seg til et annet fylke der vi kan gi råd, men har liten innflytelse på praktisk adm. planlegging og organisering av uremionsorgen.

Det kan heller ikke stikkes under en stol at etablering av små satellitter gjør HD dyr. Lønnsutgiftene for dialysesykepleier blir urimelig stor når en "satellitt" har 1 - 2 pasienter. For fylkeskommunen hjelper det lite at totalutgift for et pasientår blir mindre når det er Staten som sparer penger ved at reisekostnader reduseres.

Et forhold som er tankevekkende er den lave insidens og prevalens av kronisk nyresvikt i Finnmark. Finnmark med ca. 75.000 innbyggere har ca 2 - 5 dialysepasienter til enhver tid. Til sammenlikning har Harstad Sykehus med et pasientgrunnlag på ca. 50.000 innbyggere 4 - 8 dialysepasienter til enhver tid. For tiden har vi 14 nyretransplanterte pasienter i Finnmark, mens overlege Ulrichsen i Harstad har 18 nyretransplanterte pasienter i sin poliklinikk.

Hva som er grunnlaget for denne forskjellen, er aldri undersøkt. Det synes usannsynlig at forekomsten av kronisk nyresykdom og uremi i Finnmark skulle være

lavere enn i Helseregion 5 for øvrig. Min hypotese er at uremipasientene i Finnmark finnes, men at pasientene ikke får samme behandlingstilbud som befolkningen for øvrig. Det er uvanlig at pasienter takker nei når de tilbys behandling. Manglende henvisning til nefrolog kan skyldes at pasientene ikke ønsker behandling eller at kommunelege/lokalsykehus ikke vurderer aktiv nyresviktbehandling som meningsfull.

I utredning for Det Regionale Helse- og Sosialutvalg har vi foreslått at nefrologene ved RiTø og Nordland Sentralsykehus bør ha ambulerende poliklinikk ved regionens lokalsykehus.

Peritoneal dialyse

Et logisk alternativ er å ha et godt PD-tilbud. Dessverre er så ikke tilfelle. Vi har så langt ikke greid å etablere noen god PD-virksomhet. Det vil vi prøve å gjøre noe med.

Hovedproblemene er kateterfunksjon/infeksjoner. Vi har ambisjoner om å gå gjennom PD-virksomheten og komme fram til bedre løsninger. Vi har fått gjennomslag for å opprette egen PD-sykepleierstilling fra -97. Vi har valgt å la HD-sykepleierne ha hovedansvaret også for PD. Begrunnelsen er kontinuitet og kompetanse. Vi har de siste årene hatt store problemer med å opprettholde kontinuitet blant pleiepersonalet i nefrologisk sengepost.

Det er tankevekkende at i Vesterbotten len i Sverige (Universitetssykehuset i Umeå) starter mer enn halvparten av alle uremikere i PD. De kan noe som ikke vi kan.

For tiden har vi ved RiTø 20 HD-pasienter, 4 PD-pasienter og en pasient behandles med en kombinasjon av HD og PD. I tillegg 2 HD-pasienter i Kirkenes. Harstad sykehus har for tiden 6 HD-pasienter og har ikke etablert PD-tilbud.

Utvikling over tid

Vi ser en dramatisk økning i antall dialyser og dialysepasienter over de siste årene (Se figuren på neste side) Denne økningen er større enn i Nordland og i landet som gjennomsnitt. Vi har fra 1/10-96 for første gang tatt i bruk lørdag som fast dialyседag, og bemanningen ved dialyseavdelingen fordobles i løpet av ett år. Dialysepersonalet har valgt å prøve ut lørdagsdialyse framfor å kjøre dobbelt skift. Det legges til at både to skift og lørdagsdialyse medfører en del

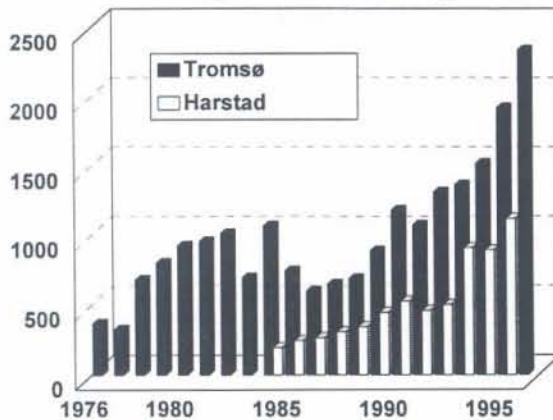
Forfatteren:

Joar Julsrud er seksjonsoverlege i nefrologi og leder av nyreseksjonen ved Regionsykehuset i Tromsø.

"I Nord-Norge angis ofte avstand i kjøretid, ikke i km!"

praktiske problemer for pasientene. Dels på grunn av lang reisetid, dels på grunn av kommunikasjonsmidlene.

Antall dialyser utført årlig



Bemanning

Legebemanningen er økt fra 2 til 3 nefrologer fra 1/10-96, og seksjonen er prioritert for nok en overlegestilling. Fra -97 får vi 2 B-grenstillinger mot tidligere 1. Dette er et ledd i planen for å øke utdanningskapasiteten, men også en kompensasjon for at assistentlegene er stadig mindre tilstede på seksjonen. For utdanningens del er det tankevekkende hvor mye av assistentlegenes tid som går bort for å dekke avdelingens vaktssystem og fravær i forbindelse med avspasering, ferie og kurs. Sjansen for å få søkere til en ny overlegestilling er neppe stor og det er skuffende liten interesse for utdanningsstillingerne.

Akutt nyresvikt

I kirurgisk intensivavdeling tas de fleste pasientene hånd om av anestesivdelingen. I mange år har hovedmetoden vært CAVH. Det siste året har kontinuerlig veno-venøs behandling med maskin blitt rutinebehandling både i form av CVVHF og CVVHDF.

Anestesiavdelingen har blitt mer og mer selvstendig både hva gjelder indikasjonsstilling og gjennomføring av behandlingen.

PD på akuttpasienter forekommer nesten aldri og HD i intensivavdelingen utføres som regel når det er tekniske problemer eller manglende kapasitet for å kjøre kontinuerlig veno-venøs behandling.

I medisinsk intensivavdeling har nyreseksjonen ansvar for all dialysebehandling, og pasientene behandles med ordinær HD.

Nefrologenes fravær fra kirurgisk intensivavdeling er betenkelig både utfra faglig medisinsk vurdering og i utdanningsøyemed.

RiTØ har ikke etablert seksjonert vaktssystem i med.avd. Fram til -93 hadde vi generell beredskap, fra 1993 har vi hatt beredskap etter plan (BP) og dekket denne kontinuerlig 3-delt. I praksis gir dette en binding som fungerer nærmest som vaktssystem, men med en forlenget frammøtetid (inntil 6 timer). Honoreringen har fra 1995 vært 400 t-trinn. BP har dekket all nefrologisk beredskap utover vanlig arbeidstid innbefattet planlagt dialyse i høytider og på helligdager. I tillegg har nefrologene inngått i en halvert ordinær bakvakt, for tiden 28-delt.

Joar Julsrud

“Nefrologenes fravær fra kirurgisk intensivavdeling er betenkelig både utfra faglig medisinsk vurdering og i utdanningsøyemed.”

Det er en imponerende økning i arbeidsomfang som avdekkes i innlegget. Jeg aner et snev av oppgitthet, det er åpenbart at arbeidsmengden øker mer enn tilgjengelig arbeidskapasitet. Vi må med optimisme og med persistens arbeide for å bedre våre arbeidsforhold og stimulere våre yngre kolleger til interesse for faget-anestesilegene kan ikke overta alt!

Red.

Helsetjenesteforskning ved nyreseksjonen på RiTø

Ved Regionsykehuset i Tromsø har noen nefrologer interessert seg for andre typer forskning enn den som angår nyrefaget direkte. Som sjefslege ved RiTø tok Jan Fr. Pape initiativet til en undersøkelse av det helsemessige utbyttet av innleggelser på medisinsk avdeling. I debatten om kostnadsekspløsjonen i helsevesenet, økende ventelister etc. er det sjelden snakk om forholdet mellom ressursbruk og helseeffekter. Ofte får man inntrykk av at en lovmessig sammenheng mellom økt resurstilgang og økt helseutbytte tas for gitt. Klinikere flest vil imidlertid neppe være fremmed for at diagnostiske og terapeutiske intervensjoner i mange tilfelle har små eller ingen positive helseeffekter. Problemet er å skille de pasientene som vil ha nytte et helsetiltak fra dem som ikke vil ha det.

Vårt konkrete prosjekt

I den ovennevnte undersøkelsen vil vi forsøke å belyse "helsegevinst" ved å se på forholdene ved en indremedisinsk avdeling. Opplegget er utarbeidet av en arbeidsgruppe med deltakere fra medisinsk avdeling ved RiTø, Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø og SIFF. Metodeproblemene ved et slikt prosjekt er store. Dels er de knyttet til vanskeligheter med å lage en meningsfull definisjon av "helsegevinst", dels til problemer med å anslå disse gevinstene. En del av de behandlingsformene vi bruker i indremedisinen baserer seg på resultatene av kontrollerte kliniske forsøk der gevinstene er klart definerte endepunkter som mortalitet, morbiditet o.s.v. For mange behandlingsformer fins det imidlertid ikke slike empiriske data. Dessuten er resultatene i kontrollerte studier ofte bedre enn dem som oppnås i rutinemessig klinisk praksis. Det er derfor ikke mulig å anslå helsegevinster av fortløpende innleggelser på en indremedisinsk avdeling direkte på grunnlag av harde empiriske data.

Metodevalg

Som den nest beste metoden valgte vi å la to ekspertgrupper bestående av erfarne klinikere anslå helsegevinster. Hver ekspertgruppe bestod av en indremedisiner, en kirurg og en allmennpraktiker som først vurderte gevinstene hver for seg og deretter møttes for

å diskutere de innleggelsene det var uenighet om. Ekspertgruppene vurderte gevinst m.h.t. levetid og livskvalitet. Livskvalitet ble anslått med den såkalte time trade-off-metoden.

Alle innleggelser ved avdelingen i løpet av en seksukers periode ble inkludert. Den ene ekspertgruppen vurderte forventet helsegevinst ved innleggelse, den andre oppnådd helsegevinst ved utskrivelse. I tillegg ble et tilfeldig utvalg på 10% vurdert av begge for å teste reliabiliteten av vurderingene. Denne ble funnet å være tilfredsstillende (kappa-verdier fra 0,43 til 0,75) (1). Ved å sammenligne vurderingene ved innleggelse og utskrivelse kan man finne ut i hvilken grad det er mulig å forutsi hvilke pasienter som vil ha nytte av sykehusoppholdet. Vi har også registrert alle supplerende undersøkelser og større terapeutiske tiltak for å sammenholde disse resultatene med ressursbruk.

Resultatene av undersøkelsen foreligger ikke, men det er publisert en artikkel der metoden er beskrevet nærmere (1).

Referanse:

1. Eriksen BO, Almdahl SM, Hensrud A, Jæger S, Kristiansen IS, Mürer FA, et al. Assessing health benefit from hospitalization: Agreement between expert panels. *Int J Technol Assess Health Care* 1996; 12:126-135.

Bjørn Odvar Eriksen

*Forfatteren:
Bjørn Odvar
Eriksen er
fungerende
overlege ved
nyreseksjonen på
RiTø*

Nyreseksjonen i Tromsø driver forskning på flere områder
På neste side kan du lese om aktiviteten ved forskningslaboratoriet.

Forskningslaboratoriet ved nyreseksjonen i Tromsø

Forskningsaktiviteten ved laboratoriet har opprinnelig utgangspunkt i underteignedes tidligere aktivitet ved Gastroenterologisk laboratorium på 80-tallet. Aktiviteten i dette laboratoriet hadde sin opprinnelse rundt mage-tarmkanalens rolle som endokrint organ. Metodikken den gang omfattet blant annet radioimmunoassay-metoder for måling av en rekke hormoner som produseres i gastrointestinaltraktus og pancreas, for eksempel insulin, somatostatinn, vasoaktivt intestinale polypeptid, pankreatisk polypeptid, motilin, gastrisk inhibitorisk polypeptid. I dag utnytter vi kun noen av disse analysene, såsom insulin- og glukagon-målinger, i tillegg til at vi har utviklet metoder for måling av C-peptid og proinsulin.

Siden 1991 har forskningslaboratoriet vært utskilt som egen administrativ enhet under navnet Metabolsk forskningslaboratorium. Laboratoriet har 3 bioingeniøreransatt i full stilling. I dag er 4 forskningsstipendiater i gang med sitt doktorgradsstudium. Prosjektene omfatter metabolske endringer ved katabol sykdom, diabetes mellitus, hypertensjon, nyrefysiologiske parametre ved tilsvarende tilstander, samt endringer i cellulære funksjoner, spesielt immunsystemet, ved diabetes mellitus. Sistnevnte gir opprinnelse til et større prosjekt som undersøker metoder for bedret sårtilheling ved diabetes mellitus.

Metabolisme ved diabetes mellitus

Helt siden 1991 har laboratoriet hatt prosjekter som ved hjelp av H³- eller C¹⁴-merkede substrater (glukose, laktat, aminosyrer) undersøker endringer i henholdsvis glykogenolyse og glukoneogenese som årsak til fastende hyperglykemi hos type II diabetikere. Det er etterhvert ganske godt dokumentert at økt glukoneogenese i lever, og sannsynligvis også nyre, er viktigste årsak til pasientenes fastende hyperglykemi. Et referansearbeid fra vårt laboratorium viser at glukoneogenesen hos ikke-diabetikere nedreguleres når tilførselen av substrater, såsom laktat, øker. Type II diabetikere har økte nivå av sirkulerende laktat, og har trolig

en defekt i nedreguleringen av glukoneogenesen.

Metabolisme ved hypertensjon

Et doktorgradsarbeid som i disse dager ferdigstilles, viser at insulinresistens ikke er et gjennomgående fenomen ved hypertensjon som sådan, såfremt ikke økning i vekt og kroppsfett opptrer. I muskelbiopsier finner vi at endring i muskelfibrenes morfologi samt muskelens relative sammensetning av forskjellige fibertyper er viktige determinanter for utvikling av insulinresistens hos enkelte. Disse endringene i muskelfibrene korrelerer også til manglende suppresjon av frie fettsyrer og triglyserider, som er typisk for insulinresistente personer.

Metabolisme ved katabole sykdommer

Vi samarbeider her med Kirurgisk forskningslaboratorium som er spesielt interessert i ernæring/ katabolisme i forbindelse med traume, for eksempel kirurgiske inngrep. Spesielt har vi utviklet en kvantitativ isotop-basert metode for å bestemme omsetningen av aminosyren glutamin in vivo. Glutamin er kvantitativt den viktigste aminosyren i kroppen, og utgjør hovedmassen av aminosyrer i muskelproteinene. Glutamin er også det viktigste substratet for forbrenning i visse raskt delende cellelinjer, såsom i tarmepitelet og i immuncellene. Under stress strømmer store mengder glutamin fra muskulatur og forbrukes blant annet i tarm, lever og nyre. Til dette formål bruker vi en modell på "multikateterisert" gris. I en behandlingsstudie på pasienter med kirurgiske inngrep undersøker vi effekten av glutamintilførsel og/ eller veksthormon i den parenterale ernæring.

Endringer i cellulære funksjoner ved diabetes mellitus

I preliminnære studier på diabetiske (db/db) mus, som har en type II diabetes-lignende tilstand, viser det seg at makrofagfunksjonen er nedsatt opptil 80%, vurdert ut fra makrofagenes evne til å friggi cytokiner og

"Laboratoriet har 3 bioingeniører ansatt i full stilling. I dag er 4 forskningsstipendiater i gang med sitt doktorgradsstudium"

vekstfaktorer. Makrofagfunksjonen er trolig viktig for å kunne stimulere til sårtilheling. I samarbeid med professor Rolf Seljelid, Avdeling for Eksperimentell Patologi, har vi påvist at visse polyglukoseforbindelser stimulerer sårtilhelingen signifikant hos diabetiske dyr til tross for at en betydelig hyperglykemi foreligger. Disse polyglukoseforbindelsene er kjent som potente stimulatorer for makrofagfunksjonen. Sårtilhelingen hos diabetiske dyr som får polyglukoseforbindelser applisert lokalt i såret er bedre enn hos dyr som holdes euglykemisk ved hjelp av insulin. Vi undersøker nå andre "behandlingsarmer", samt effekten av polyglukoseforbindelsene på sårtilheling hos dyr med nyresvikt. I parallelle in vitro-studier ser vi mer detaljert betydningen av blant annet glukose og fettsyrer for makrofag- og monocytffunksjonen hos dyr og mennesker.

Tromsø-studien

Studien er tidligere presentert i norsk nefrologisk miljø. I et representativt utvalg (7.000 mennesker) hentet fra Tromsø kommunes befolkning undersøker vi albuminutskillelsen i urinen registrert som albumin/kreatinin ratio i morgenurin. I samme prøver er det også utført NAG-målinger. Vi måler også serum insulin, proinsulin og C-peptid hos disse personene. Vi ønsker å se på sammenhenger mellom albuminuri og blodtrykk, "glukoseparametre", insulin, HbA1C og lipider. De foreløpige data tyder på at ikke bare blodtrykk, men også metabolske parametre såsom HbA1C og lipider er viktige faktorer som predikerer økning i albuminutskillelsen, selv hos den ikke-diabetiske befolkning.

Trond Jenssen

Han Trond kjenner vel nå alle norske nefrologer- deltakende som han er i alle fora.

Det er et imponerende laboratorium, og en forskningsaktivitet som et hvert diabetes- eller nefrologisk senter ville ha god grunn til å være stolt av.

Red.

Nyrer på Internett

Så var det året 1996 hvor også denne husstand i det høye og mørke nord ble tilkoblet til den stor verden.

Internett er navnet på dette "fine" leketøy. Etter mange timer med av og på installeringer, innkobling av alle kjente og ukjente venner lyste etterhvert første gang Homepagen min opp....

Først "surfer" man litt fra her til der, men etter en liten stund er man jo allerede spent om man finner "nokka nytt" i faget sitt.

Og så begynner man etterhvert å finne stien opp langs urinveiene til nyrene...

Nyrenettet er et ganske omfangs- og fargerikt tubulussystem.

Man kan ta utgangspunkt i noen Homepages som man bruker til å hoppe til andre interessante links.

Fra følgende adresser kan man starte reisen:

<http://synapse.uah.ualberta.ca/isn/000i0000.htm>

<http://fester.his.path.cam.ac.uk/big/synapse/000i0000.htm>

Dette er den offisielle siden av ISN og den har informasjon om aktiviteter rundt omkring. Samtidig får man links til en del interessante steder. God og oversiktlig strukturert.

Via NEPHROL (innskrivning via e-mail) kan man delta i en diskusjonsgruppe for nefrologer.

(Begge adresser er like. Sistnevnte er beregnet på tilgang fra Europa, men den er ofte litt tregere)



"etter en liten stund er man jo allerede spent om man finner "nokka nytt" i faget sitt".

Markus Rumpsfeld er utdanningskandidat i nyresykdommer ved medisinsk avdeling på RiTø. Han har lastet ned bildet som er vist via Internett, men dessverre er gjengivelsen her dårlig. Men elektronikken fungerer!

<http://web.cc.emory.edu/RENAL/home.html>

<http://www.gen.emory.edu/medweb/medweb.nephrology.html>

Dette er på mange måter to interessante sider fra Emory University. På den første siden finner man alle links til alt som er interessant for den surfende nefrologiske tidsskrifter, diskusjonsgrupper og mye annet rart. En liten "lekkertbisk" er tre forelesninger med slides som man kan overføre. Det er i tillegg en teknisk utfordring å få installert dette programmet og belønningen er jo rimelig når man kan lytte til den udefinierbare "slangen" som kommer mumlende ut av din datamaskin.

<http://ns.gamewood.net//renalnet.html>

To ting som er interessante her: På denne siden har Norge kommet på kartet ! Dialyseplass i Norge får man nemlig kun hos dr. Apeland i Stavanger.

Det andre var at man også kan koble seg til værstatellittene og se hva slags vær man får på kongressen neste helg.

<http://www.stannet.com/stannet/nephro/welcome.html>

De påstår å være Internet's #1 for nefrologer. Search roboter skal se etter alt nytt.(?)

<http://www.transweb.org/>
Nytt om transplantasjon etc.

<http://www.nephron.com/>
Også omfangsrik adresse med interessante links

<http://www.medtext.com/hdcn.htm#welcome>
Dette er et elektronisk tidsskrift som også har noen forelesninger og en del artikler om blodtrykk, dialyse etc.

<http://www.usc.edu/hsc/med-sch/images/images.html>
Mange bilder av nyreparenchym og andre organer

<http://www.ispd.org/>
Peritonealdialysen's Homepage. Med "Ask the expert"

<http://www.healthgate.com/>

<http://www.infotrieve.com/medscape/cgi-bin/hitlist.pl4>
To steder hvor man har tilgang til gratis MedLine. Meget nyttig.

<http://www.medicalink.se/medlink/rappor/uremi/Dialys.html>

Svenskenes vakre studie om dialyse i vest-Sverige.

Sikkert finnes det mange andre interessante steder. Men dette finner man best ut selv. Amerikanerne har for tiden nesten enerett på Internett. Man har inntrykk av at det kun er amerikanere som kommuniserer med hverandre på nettet, mens europeerne ser på hvordan de gjør dette.

Det er både universitetene, organisasjonene og kommersielle bedrifter som har laget disse oppslagstavler. Informasjonsinnholdet er variabelt og på noen sider kan man til og med finne links til hoteller, bussruter, flyplaner og værstatellitter.

Europeerne har nok en annen innstilling til multimedia samfunnet. Dessuten er det en smakssak om man synes at nefrologien bør formidles på denne informasjonsveien.

Men det er vel bare et spørsmål om tid før Haukeland snakker til Rikshospitalet Online, eller blir det Tromsø?

I alle fall er det moro å bli kjent med dette medium. Man kan også håpe at overføringshastigheten øker etterhvert slik at man slipper å se på en tom skjerm som bare forteller deg hvor mange prosent av dokumentet den allerede har greidd å overføre.

Takk til Terje Apeland og Bjørn Oddvar Eriksen som hjalp med links og teknisk støtte.

Adresser kan fåes tilsendt. Kommentarer sendes til

Markus Rumpfeld. E-mail adr.: markjamonordlys.no

"To ting som er interessante her: På denne siden har Norge kommet på kartet ! Dialyseplass i Norge får man nemlig kun hos dr. Apeland i Stavanger".

En videreføring på internett for nefrologer kan kanskje bli aktuelt på:

**VINTERMØTE 06.-09.03.97
HIGHLAND HOTELL, GEILO**

"Intensjonen er at møtet skal telle som kurstimer og være berettiget til støtte fra Legeforeningens Fond III". Sett av datoern og bli med. Vi beklager kollisjon med hypertensjonsforeningens møte- begge foreninger bør ta selvkritikk!"

Nefrologiregisterets spalter

Innsamling av årsrapporter for 1995 -

Ferdig navnete skjemaer for alle pasienter i dialyse eller med fungerende transplantat ble distribuert primo januar, med et uttrykt ønske om retur innen 30. mars. Vi var forberedt på at fristen kunne vise seg vanskelig å holde for mange, men da vi tellet opp pr. 10. april hadde vi fått inn skjemaer svarende til ca 71%. Fire sentra hadde svarprosent på hundre allerede da, mens to hadde null (kfr tabellen). Etter en/flere purringer kom det i løpet av sommer/høst inn enda flere, slik at vi innen årsmøtet 15. november var kommet opp i ca 93% - slik som vist. Under samarbeidsmøtet kom pr. kurer ytterligere en del skjemaer slik at vi nå er oppe i 1832 eller ca 97%. Men ennå mangler altså bortimot 60 skjemaer og har du noen av dem vil vi fortsatt gjerne ha dataene!

Tre sentra ble spesielt fremhevet på årsmøtet fordi de både hadde en svarprosent på

100 innen fristen og alle deres nye dialysepasienter i 95 og hittil kjente i 96 var rapportert innen 2mndr fra dialysestart. Dette gjaldt altså Arendal, Fredrikstad og Levanger - og de fikk fortjent applaus fra forsamlingen.

Tallet på "forventede" skjemaer for det enkelte senter er justert ut fra de forsinkete dødsmeldinger og meldinger om overflytting som jeg har fått siden januar. Vær også oppmerksom på at skjema ikke ble sendt på pasienter som ble transplantert de siste måneder i 95 - totaltall i uremibehandling pr. 31.12.95 var beregnet til 1968.

Årsskjema for 1996

Årsskjema 1996 for alle transplanterte pasienter (m transplanterte før 1.9.96) skulle nå være distribuert. Har du fått skjema på noen du ikke kjennes ved: returner det snarest og helst med påtegning om hvor du tror pas. kontrolleres. Savner du noen - gi meg beskjed! Er pas. død eller tilbake i dialyse ønskes beskjed med nødvendige datoer og årsaker innsendt snarest. Min ambisjon er at

registeret til enhver tid skal være a jour, men det blir ikke mer a jour enn dere gjør det til. Inntrykket er at dere gjør det bra, og takk for det!

En del statusdata ble vist under årsmøtet og skal også gjengis her. Data er her beregnet ut fra de ialt innkomne 1832 skjemaer, 1439 tx. og 393 dialysepasienter.

Immunsuppresjon

1212 brukte CyA, 3 brukte FK506, 4 fikk RS (trolig også de 2 som sto på immunsuppressiv "study drug") og 1203 brukte Aza. Median prednisolondose var 7,5 mg, de uten CyA/FK lå gjennomsnittlig litt høyere i dose.

Transplantatfunksjon

Median serumkreatinin for pasienter gruppert etter observasjonstid etter tx lå meget stabilt. For pas. innen 3-12 mnd etter tx var median 132, innen 1-2 år: 127, 2-5 år 132, 5-10 år 127 og over 10 år 115. Av pasienter uten

*"Disse data må
egne seg ypperlig
både for
forskning og
kvalitetskontroll"*

Årsskjema for 1995-Status ved årsmøtet

	Besvart	Forventet	Prosent	pr. 10/4-96
Tromsø	99	99	100 %	80%
Bodø	17	108	16 %	8%
Levanger	47	47	100 %	100%
Trondheim	157	157	100 %	41%
Ålesund	126	127	99 %	98%
Førde	24	26	92 %	0
Bergen	139	171	81 %	46%
Stavanger	126	126	100 %	97%
Kristiansand	78	78	100 %	99%
Arendal	27	27	100 %	100%
Skien	84	84	100 %	96%
Tønsberg	77	87	89 %	47%
Drammen	92	93	99 %	94%
Lillehammer	86	86	100 %	0
Elverum	55	55	100 %	100%
Fredrikstad	102	102	100 %	100%
Ullevål	175	175	100 %	97%
RH/RHBK	209	212	99 %	66%
SiA	30	30	100 %	97%
SUM	1750	1890	93 %	71%

CyA/FK hadde 41% kreatinin under 100 mens 18% av de på slik medikasjon lå så lavt. Ca 6% av pasientene hadde kreatinin over 250.

Rehabilitering

Av tx-pasientene var 52% i arbeid, 19% arbeidsføre, 24% selvhjulpne, 5% hjelpetrengende og 1% pleiepasienter. Tilsvarende tall for dialysepasienter: 10%, 32%, 43%, 12% og 4%, en større andel av PD- enn av HD-pasientene var i arbeid (19% mot 8%).

Blodtrykk og blodtrykksmedisiner

Fordi diuretika brukes på forskjellige indikasjoner har jeg ikke regnet dette som antihypertensivum her. Totalt 33,6% av tx. og 55,2% av dialysepasientene brukte diuretika.

Mest populært BT-medikament var Ca-blokkere, gitt til 35,2% av tx. og 45,3% av dialysepasientene. Tilsvarende tall for ACE/AII-inhibitor: 21,8% og 23,4%; betablokkere: 21,5% og 33,6%; alfablokkere: 6,1% og 13,7%; alfa+betablokker: 1,9% og 3,6%; alfametyldopa: 0,4% og 1%; og 'study drug' til 1,3% av tx.pasienter.

Mediane blodtrykksverdier:

Dialysepasienter uten antihypertensiva hadde 140 systolisk og 80 diastolisk mens de var 150 og 90 hos behandlede. Tx.pasienter uten behandling: 130 og 80, de behandlede hadde 140 og 85.

Av pasientene uten antihypertensiva hadde 37% av dialysepasientene og 26% av tx.pasientene blodtrykk over 140/90. Sto de på blodtrykksbehandling var 68% av dialysepasientene og 51% av tx.pasientene over dette nivået. Og det var en klar tendens i retning av at jo flere blodtrykksmidler en pasient får, jo mindre er sjansen for at blodtrykket er velregulert (dvs 140/90 eller lavere).

Lipider

Av tx.pasientene brukte 13,7% statiner, av dialysepasientene 8,7%. En sammenligning av disses kolesterolverdier med de som er ubehandlede sier kanskje ikke så mye i mangel av utgangsverdier, men forskjellene i total- og HDL-kolesterol mellom behandlede og ubehandlede var små.

Tx.pasienter på statinbehandling hadde median totalkolesterol på 6,4 og de ubehandlede 6,5. Statinbehandlede dialysepasienter hadde median 5,4 og ubehandlede 5,7.

Andre medikamenter

Vel 78% av dialysepasientene og knapt 2 % av

tx.pasientene brukte EPO. 64% av dialysepasientene behandles med aktivt D-vitamin, 7% av tx.pasientene. Noen få tx.pasienter behandles også med 'study drug' med effekt på ben.

Takket være deres rapportering og at data nå registreres i en praktisk brukbar database får vi mye bedre oversikt enn før og tilgang til mange nyttige opplysninger. Disse data må egne seg ypperlig både for forskning og kvalitetskontroll.

Så igjen oppfordrer jeg interesserte til å melde seg for å delta i utnyttelsen av denne informasjonsbanken!

De som har behov for mer utførlige detaljer enn det som er referert her er også velkomne med sine ønsker.

"Dialysepasienter uten antihypertensiva hadde 140 systolisk og 80 diastolisk mot 150 og 90 hos behandlede. Tx.pasienter uten behandling: 130 og 80, de behandlede hadde 140 og 85".

Registrering av 1996-aktiviteten !

Hittil i år har jeg fått melding om 191 nye pasienter i dialyse. Til sammenligning med 1995: da ble det i perioden 1/1-31/10 startet 248 nye, mot 186 kjente i år. Er dialysebehovet gått tilbake eller rapportiveren mindre enn jeg håper på? Husk at om registeret ikke er brakt a jour med alle nye i behandling og alle tap av nyre og/eller liv innen årsskiftet blir det kluss med de nye årsskjemaene og tallene til EDTAs senterskjema!

Torbjørn Leivestad

Nyhedsbrev vedrørende ERA-EDTA

Til nefrologer i de nordiske lande

1. ERA-EDTA-registret

Registrets adresse er:
ERA-EDTA Registry Office
St. Thomas Hospital
London SE1 7EH
United Kingdom

Tel. +44 171 633 0636
Fax +44 171 928 6993

Manager for registret har siden 1.4.1996 været Richard Gellert.

Chairman for registrets Scientific Advisory Board, som i alt er på 12 personer, er for øjeblikket Fernando Valderrabano. Næste chairman er valgt og bliver Douglas Briggs fra september 1997.

Registrets opgave vil være dels udarbejdelse af den årlige rapport, dels deltagelse i en række forskellige videnskabelige projekter indenfor den nefrologiske emnekreds. Scientific Advisory Board vil naturligvis bestemme, hvilke projekter registret skal deltage i. Vi har i council fået oplysning om nogle projekter, som er på et meget tidligt stade endnu, bl. a. om diabetes, erythropoietin, graviditet og immunosuppression, transplantation m.v., og jeg håber at kunne komme med flere oplysninger herom i næste nyhedsbrev.

Registret finansieres i øjeblikket af ERA-EDTA. Det er planen, at registret selv skal skaffe en meget stor del af det nødvendige budget fra forskellige fonde og ved at indgå samarbejdsaftaler med industrien.

Den sidste af de årlige rapporter fra ERA-EDTA fra Amsterdam kongressen, juni 1996 viste, at responsraten til registret var meget varierende fra 0 til 100%. Flere forhold er årsag hertil. Nogle lande rapporterer fra et landsregister og andre fra de enkelte dialysecentre eller fra større eller mindre regioner indenfor det enkelte land. Forklaringen på, at responsraten er 0% fra Danmark, som har rapporteret systematisk og fuldstændigt de sidste 5-6 år, er, at data fra 1995 først fremsendes i løbet af foråret 1996, og da er rapporten fra 1995 udarbejdet. Det er næppe hensigtsmæssigt med så korte tidsfrister

for indrapportering, og det overvejes, at rapporter fremover ikke skal dække det umiddelbart forudgående år, men året tidligere, det vil sige rapporten fra 1997 skulle indeholde data fra 1995. Dette svarer til datapræsentation i USA. Jeg vil gerne understrege, at den nye manager for registret først tiltrådte april 1996 og ikke har haft væsentlig mulighed for at påvirke rapporten.

Det er opfattelsen i council for ERA-EDTA, at rapportering bedst sker samlet fra det enkelte land via en registerkoordinator, således som det foregår i de nordiske lande. Der kan naturligvis være problemer med overførsel af data, men jeg vil bede jer kontakte registret i London enten manager eller chairman, således at eventuelle problemer kan blive løst.

Der er udarbejdet en brugermanual og en diskette med henblik på indrapportering til registret. Den kan man bruge, hvis man ønsker det. Det afgørende er, at data kan sendes til registret.

Om der indsamles data efter det ene eller det andet system er mindre kritisk, bare de kan overføres. Der vil aldrig kunne opnås enighed om alle detaljer, der bør rapporteres, men det skulle ikke være svært at blive enige om nøgledata.

Jeg håber, I vil kontakte mig, hvis der er problemer med indrapportering til registret.

2. AMSTERDAM KONGRESSEN JUNI 1996

Der var 4276 deltagere.

Der har været mange tilkendegivelser både under og efter kongressen om, at organisationen, lokaler og det faglige niveau var meget tilfredsstillende. Specielt synes jeg, der var en udmærket postersession, som på mange måder lignede det, vi kender fra ASN-møder i USA.

JERUSALEM KONGRESSEN 1997

Kongressen afholdes 21. - 24. september 1997.

Training Course in Nephrology 20. - 21. september 1997.

"Specielt synes jeg, der var en udmærket postersession som på mange måder lignede det, vi kender fra ASN-møder i USA."

"Jeg vil opfordre til, at vi fra Nordeuropa er med til at præge ERA-EDTA kongresserne i stigende grad. Jeg håber derfor, at I vil sende mange abstracts til kongressen".

Second Announcement and Final Call for abstracts (24.3.1997) foreligger.

Programmet vil bestå i 21 symposier, 4 gæsteforelæsnings, postersessioner, 2 pro et contra diskussioner, 5 CME samt som noget nyt Training Course in Nephrology.

Kongresarrangørerne har taget i betragtning, at politiske og militære forhold kan medføre, at det kan blive nødvendigt at flytte kongressen. Det bliver i så fald til Wien fra 12. - 17. oktober 1997.

Jeg vil opfordre til, at vi fra Nordeuropa er med til at præge ERA-EDTA kongresserne i stigende grad. Jeg håber derfor, at I vil sende mange abstracts til kongressen.

Beste abstracts: Der bliver givet 60 congress grants ved Jerusalem kongressen til de bedste abstracts indenfor følgende emner:

Basic science (15)

Nephrology (15)

Dialysis (15)

Transplantation (15)

Alle vil få fri kongresregistrering og fri overnatning i 3 døgn. De bedste 2 i hver gruppe, det vil sige 8 i alt, vil desuden få flybilletterne betalt. Det er et krav, at den præsenterer abstractet, der er under 40 år.

Der er etableret en såkaldt "ERA-EDTA Congress package", som er beskrevet i Second Announcement. Det drejer sig i al korthed om et rejsearrangement omfattende registrering, hotel og flybillet. Ved at deltage i arrangementet kan flyprisen til Jerusalem halveres, men hotel- og registreringsomkostningerne er uændrede.

Training Course in Nephrology gennemføres for første gang den 20. - 21. september 1997 og består af 8 sessioner, der dækker en bred emnekreds indenfor nefrologien. Detaljeret program findes i Second Announcement. Der er begrænset antal deltagere, nemlig 150, og registreringsgebyret vil være 150 CHF. Kurset vil blive afsluttet med en eksamen, formentlig multiple choice, og udstedelse af certifikat, hvis man har gennemført og klaret eksamen. Der vil blive uddelt resuméer udarbejdet af lærerne svarende til de forskellige emner.

3. KOMMENDE KONGRESSER

1998 kongress i Rimini 6. - 9. juni.

1999 kongress i Madrid 5. - 8. september.

I år 2000 er kongresstedet endnu ikke bestemt. Jeg synes, stedet må være i Nordeuropa, nærmere bestemt Skandinavien, og da det er Norge's tur, arbejder jeg for, at kongressen kommer til Oslo år 2000. Det er planen før beslutningen træffes at have foretaget en analyse af en række forskellige kongresbyer med henblik på kongresfaciliteter, hotelfaciliteter, tilrejsemuligheder, prisniveau m.v. Afgørelsen af kongresstedet forventes truffet på næste councilmøde som finder sted 16. - 18. maj 1997.

4. TIDSSKRIFTET NDT

Der er grund til at glæde sig over, at NDT er i stadig vækst og udvikling. Det er bestemt et flagskib for ERA-EDTA.

5. ERA-EDTA DIRECTORY 1996

Den nye version med oplysning om ERA-EDTA's love, organisation og medlemmer er udkommet efteråret 1996. Det fremgår bl. a., at medlemstallet er fortsat støt stigende fra ca. 2.200 i 1990 til ca. 4.300 i september 1996.

6. ØKONOMI

Indtægterne til ERA-EDTA kommer væsentligst fra den årlige kongres og fra medlemskontingenterne. Udgifterne er i det væsentlige til udgivelse af NDT, til ERA-EDTA registret samt til ERA/EDTA sekretærkontoret i Parma.

7. ANDET

Jeg vil fortsat opfordre jer til at kontakte mig, hvis I ønsker, jeg skal tage specielle forhold op i ERA-EDTA til councilmøderne. Det skal nævnes, at Training Course in Nephrology blev etableret bl. a. på basis af forslag fra Sverige.

Hermed mange venlige hilsener til nefrologerne i Norden og samtidig Glædelig Jul og Godt Nytår.

EB Pedersen

"og da det er Norge's tur, arbejder jeg for, at kongressen kommer til Oslo år 2000."

Kontaktadresse:

Erling Bjerregaard Pedersen
Professor, dr. med.
Research Laboratory for Nephrology and Hypertension
Skejby Hospital
University Hospital in Aarhus DK-8200 Aarhus N
Denmark
Telephone +0045 89 49 52 04, Fax 0045 89 49 60 17

Referat fra årsmøtet i norsk forening for nyresykdommer

Sted: Rikshospitalet, Auditoriet med.avd. B

Tid: Fredag 15.11.96 kl 1630.

Til stede: 35 stemmeberettigede medlemmer

Møtet ble åpnet av formannen, Anders Hartmann. Det var ingen bemerkninger til innkallingen eller dagsorden.

1. Årsberetning. Årsberetningen ble opplest av formannen, og godkjent med akklamasjon.

2. Regnskap. Det reviderte regnskapet for perioden 06.03-30.10.96 ble godkjent uten innvendinger.

3. Medlemskontingenten. Enkelte bemerket å ha mottatt purring på kontingent selv om denne var betalt. Giro for kontingent-innbetaling skal heretter utsendes i februar. Betaling over telegiro kan skje ved at man påfører sitt medlemsnummer i legeforeningen.

Kontingenten forblir kr 150,-.

4. Janssen-Cilag stipend. Det var tre søkere, og stipendene ble fordelt som følger:

Hans-Jacob Bangstad:	Kr 7.000,-
Solgbjørg Sagedal:	Kr 30.000,-
Fred Ivan Kvam:	Kr 5.000,-

Foreningens stipend. Det var fire søkere, og følgende fikk stipend:

Fred Ivan Kvam:	Kr 19.725,-
Knut-Jan Andersen:	Kr 10.000,-
Anna Varberg Reisæter:	Kr 6.330,-

Organon, eventuelt også Pfizer og Astra, er interessert i å bidra med fondsstøtte for norske nefrologers deltakelse på internasjonale nefrologikurs.

5. Navnesaken. To forslag var på forhånd fremmet:

- Norsk nyremedisinsk forening.
- Norsk nefrologisk forening.

Det nye navnet på foreningen blir **Norsk nyremedisinsk forening** (vedtatt med 29 mot 5 stemmer, 1 avholdende).

6. Nefrologisk forum. Organiseringen endres ved at redaksjonskomiteen utvides til å omfatte

hele styret, som etablerer elektronisk kontakt via modem.

7. EDTA år 2000. Saken blir ikke tatt opp i Council før mai 1997. Ny president i EDTA, Bertoux, Frankrike, ivrer for at møtet i år 2000 legges til Frankrike. Mange i Council ivrer trolig for Skandinavia, og alternativene er Oslo og København. Council-medlem E.B.Pedersen støtter Oslo-alternativet, men følgende er viktig for foreningen:

1. Norske nefrologer må mobilisere vitenskapelige arbeidere og deltakelse til EDTA i Jerusalem 1997.
2. Uttalt støtte fra tunge faglige miljøer i Norge: Transplantasjonsmedisin, basal-forskning, dialyse-og plasmaferese-miljøet og Norsk Hypertensjonsforening.
3. Vi må ha uttalt støtte fra industrien.

8. Rapport fra Nefrologiregisteret. Referert ved Torbjørn Leivestad. Det forelå færre rapporteringer i år enn i fjor (3/4 av fjorårets rapporteringer). De fleste tx-pasientene står på Prednisolon 10-15 mg 1 år etter transplantasjon. Det store flertallet er i arbeid (drøyt 50%), eller arbeidsfør i påvente av å oppta arbeid. De fleste har kreatinin lavere enn 150. Seks prosent av tx-pasientene bruker D-vitamin (sammenlignet med 64% for dialysepasientene). Tretten prosent av tx-pasientene bruker statiner.

9. Valg til spesialitetskomiteén.

Valgkomiteen v/ Lars Westlie fremla følgende forslag som ble vedtatt:

Per Tore Lyngdal blir nytt medlem for Knut Nordal. Komiteen består av følgende:

- Jan F. Pape, formann
- Per Tore Lyngdal
- Størker Jørstad
- Bjarne Iversen
- Ett medlem oppnevnes av YIF (Forslag Solbjørg Sagedal)

Varamedlemmer:

- Jøran Hjeltnes
- Ett varamedlem oppnevnes av YIF.

10. Komitérapport for kvalitetssikring.

Ingrid Os rapporterte. Første utkast til kvalitetssikringsbok forelå på møtet. Boka vil utvides "temamessig" og i mer fleksibel layout som ringperm. Det videre arbeidet med boka vil skje i styret, og i samarbeid med Nefro-Kyst og evt. andre interesserte.

Trond Jenssen

"Det nye navnet på foreningen blir Norsk nyremedisinsk forening (vedtatt med 29 mot 5 stemmer, 1 avholdende)"

REFERAT FRA STYREMØTE I NORSK FORENING FOR NYRESYKDOMMER

HOTEL PLAZA 23.10.96 KL 15.00-19.00

Til stede: Anders Hartmann, Ingrid Os, Einar Svarstad, Per Tore Lyngdal, Trond Jenssen

1. Dagsorden ble godkjent.

2. Referat fra forrige møte ble godkjent.

3. Korrespondanser:

Kopi av medlemslisten er oversendt Svensk Njurmedisinsk Förening i anledning Nordiske Nyredager 1997.

Bjarne M. Iversen oppnevnes som foreningens representant i Signe og Albert Bergsmarkens Fond til Forskning innen Nyresykdommer med funksjonstid fra 01.01.97 (erstatte Per Fauchald).

Styret (v/formannen) utarbeider en fortegnelse over alle fond som er aktuelle for nyreleger å søke.

Den norske lægeforenings utvalg for alternativ medisin: Foreningen har ingen kommentarer.

Organon påtar seg å dekke utgifter i forbindelse med foreningens styremøter.

Takkebrev er sendt Zeneca i forbindelse med årets møte på Warren House.

Etter årets samarbeidsmøte/ årsmøte inviterer Astra til middag og hotellovernatting. Ny invitasjon må sendes medlemmene, da ikke alle har mottatt denne (formannen tar saken).

Spesialitetskomiteén: Knut P. Nordal slutter som formann, og Inger Karin Lægreid slutter som representant. Valgkomiteen er bedt om å foreslå et nytt medlem samt varamedlem, og foreslå kandidat til formannsvervet.

4. Orienteringssaker.

Poliklinikkaktiviteten. Einar Svarstad fortsetter arbeidet, som presenteres på Vintermøtet.

Kvalitetssikringsarbeidet. Første utkast til kvalitetssikringsbok fremlegges på årsmøtet.

Utdanningskapasiteten. Artikkel om utdanningskapasiteten trykkes i Tidsskriftet i november med lederkommentar.

5. EDTA år 2000

Avgjørelsen er utsatt til Council-møte i mai 1997. Council ønsker:

-Tilbud om bedre og billigere flyforbindelser.

- Lavere pris på kongress-senteret.

-Tilbud om billigere hotellpriser, spesielt lavpristilbud for østeuropeiske deltakere ("studentpriser").

Vi ber Congrex om å arbeide med disse punktene og tilbakemelde snarest.

I tillegg må foreningen prioritere:

En mer spesifisert søknad med tyngde fra faglige interessegrupper, f. eks. Hypertensjonsforeningen, Tx-miljøet (RH), Dialysegruppen i Trondheim, Forskningsgruppen i Bergen, Diabetessenteret Aker.

Framstøt overfor industrien (f. eks dialysefirmaene.)

Norske nefrologer bør sende abstracts til ERA/EDTA i Jerusalem.

6. Stipendier.

Innstilling til Cilag-Janssen stipend:
Hans-Jacob Bangstad, Aker Sykehus
Kr 7.000,-

Solbjørg Sagedal, Rikshospitalet
Kr 18.000,-

Fred Ivan Kvam, Betanien høyskole
Kr 5.000,-

For Foreningens stipend har stipendkomiteén innstilt følgende:
Anna Varberg Reisæter, Rikshospitalet
Kr 6.330,-

Knut-Jan Andersen, Universitetet i Bergen
Kr 10.000,-

Fred Ivan Kvam, Betanien
Sykepleierhøgskole Kr 19.725,-

Til begge stipendier kreves rapporter.

6. Årsmøtet.

Innkalling ble sendt ut 01.10.

Regnskap, budsjett og kontingentinnkreving foreslås satt bort til regnskapsbyrå.

Regnskapet for Nordiske Nyredager og Vintermøtet oversendes foreningens revisorer. Holdaas tilskrives.

Nefrologisk Forum planlegges i retning av et mer komplett fagmagasin. Foreløpig utvides redaksjonskomiteen med foreningens styre, som får finansiert tilgang

*" Styret
v/formannen
utarbeider en
fortegnelse
over alle
fond som er
aktuelle for
nyreleger å
søke.. "*

på E-mail over telefonnettet.

Som lovendring kommer styret til å foreslå at foreningen skifter navn til Norsk Nyremedisinsk Forening.

7. Disponering av overskudd fra foreningens arrangement.

Flere muligheter er aktuelle:

- Stipendutbetalingene økes.
- Bidrag til Nefrologisk Forum.
- Overføring til Foreningens fond.
- Sette av pengene på Unifor, som tilskrives.

8. **Organon** ønsker å opprette et utdanningsfond for foreningen. Det foreslås at reisestipend til en samlet verdi av ca. kr 30.000,- utlyses årlig, og at foreningens styre prioriterer blant søknadene.

Det forgår altså noe i foreningens styre. Er det saker du ønsker vi skal ta opp i foreningen, kan du bare ta kontakt med en av styrets representanter. Vi vil helst diskutere saker som har din interesse.

Neste styremøte er berammet til 21 januar 1997.

I styret sitter:
Anders Hartmann (formann)
Trond Jenssen (sekretær)
Ingrid Os
Per Tore Lyngdal
Einar Svarstad

Kjære medlem
glem ikke :

FORENINGENS
VINTERMØTE
06.-09.03.97
HIGHLAND HOTELL,
GEILO

“Intensjonen er at møtet skal telle som kurstimer og være berettiget til støtte fra Legeforeningens Fond III”.

Det skal dessuten være en “hyggehelg” både for medlemmene og deres familier.

Om takhøyde!

Inoen decennier har jeg med uregelmessige mellomrom utløst kuldegysninger i den nyremedisinske verden ved å hevde at det er naturlig at recipienten selv kontakter potensielle donores og drøfter transplantasjonsspørsmålet med dem. I neste omgang inviteres de av ofrene som ønsker det å ta kontakt med meg for informasjon. Det synes å ha dannet seg et dogme om at det er legen som skal ta kontakt, et dogme som er sterkt emosjonelt forankret etter de reaksjoner dette enkle standpunkt regelmessig utløser.

Jeg har alltid forundret meg over dette. De dreier seg jo ikke om noe medisinsk spørsmål i det hele tatt, men om et allmennmenneskelig. Et menneske ønsker en tjeneste fra et annet menneske. Ingen liten tjeneste riktignok, men dog en tjeneste som giveren forutsettes å ta stilling til på såkalt fritt grunnlag. Det medisinske kommer inn som bakgrunnsinformasjon i utgangspunktet og en omsorgsfullt utført risikovurdering deretter. Forestillingen om at legen skal beskytte begge parter mot utilbørlig press og påkjenning er tradisjonell, men i dag en smule "alderdommelig". Jeg trodde det var min sykdom" sa en venn av meg litt betuttet da legen i all velmenthet overtok litt meget. Troen på at vi skjerner aktørene mot press er sannsynligvis sterkt overdrevet. Om recipienten eller Guds forlengete arm på jord representerer det største presset kan diskuteres. Vi pådrar oss en konflikt som vi ikke kan anviser noen god løsning på, nemlig overfor oppdragsgiveren å redegjøre for resultatet av vår intervensjon. Når resultatet blir negativt, ligger det implisitt i rollen at pasienten ikke skal få kunnskap om premisene for det. Tenk det, Hedda.

Til syvende og sist aksepterer vi at befolkningen anser seg kompetent til å drøfte donasjonsspørsmålet uavhengig av vår opptreden på arenaen. Det inntreffer også regelmessig at recipient eller donor fremmer løsningsforslag før vi har rukket å gi begrunnede direktiver, og da virker det som om alle er glade tross alt. Vi kan spørre om vi er så meget gjevere som advokat enn recipienten. Han representerer i alle fall seg selv. Vi er naturligvis hans mer skolerte talerør, men også noen som har mange sidehensyn å ta, slike som dialysekapasitet og budsjettbalanse. Unntagelsesvis synes recipienten det er vanskelig å ta opp spørsmålet selv. Det kan si noe om miljøet og kan tale for å bruke tid på modningen. Blir jeg bedt om å ta kontakt gjør jeg det vel.

I mange år har jeg funnet meg rimelig vel til rette i rollen som en krysning mellom Hunden fra Baskerville og Bikkja i Bakken. Når en bestemt metode av flere i skriftlige retningslinjer blir fremhevet som riktig og et annet standpunkt blir karakterisert som "feil" i ordskiftet blir jeg mindre vel til mote. Det skrevne ord binder i praksis sterkere enn hensikten kanskje har vært, spesielt i situasjoner der utilfredshet eller klage er temaet. Vi blir på stadig flere områder omhegnet med retningslinjer, direktiver eller anbefalinger der ikke lover, bestemmelser eller regler kommer til anvendelse. Hver og en av disse faktorer har en velment bakgrunn, men tilsammen kan de gjøre den akademiske frihet nokså illusorisk.

Lars avsluttet ordskiftet på siste samarbeidsmøte med. "I dag slapp du billig, Stein. Jeg er villig til å betale adskillig for at Det Nyremedisinske Hus som vi bygger skal ha tilstrekkelig takhøyde. Selv er jeg blitt såpass lutrygget at jeg vel kommer både inn og ut igjen uten overdrevne dimensjonskrav.

Etter oss kommer det imidlertid noen unge som helst ikke burde oppleve at huset er for lavt til å trives i.

Stein Halvorsen

Forfatteren:
Stein Halvorsen er
avdelingsoverlege ved
nyremedisinsk avdeling
på Ullevål sykehus og
har drevet i faget siden
de fleste av oss var
skoleelever!

PS. Jeg setter pris på
frie innlegg, dette er
faktisk det første
uoppfordrete innlegg i
bladets historie.

Red.

"når et annet
standpunkt blir
karakterisert som
"feil" i ordskiftet
blir jeg mindre vel
til mote"

ADA-studien- 85% av pasientene er inkludert

ADA-studien er nå kjent for alle som arbeider med nyretransplanterte pasienter. Det er pasienter med hypertensjon etter nyretransplantasjon som randomiseres til behandling med ADA-lat oros eller Zestril og som følges med tanke på nyrefunksjon og kardiovaskulære (surrogat) endepunkter. Karsten Midtvedt som er doktorgradsstipendiat ved RH har nå inkludert 130 av cirka 150 pasienter. Det er sannsynlig at inklusjoner vil kunne avsluttes i mars/april 1997. Etter dette vil pasientene bli fulgt inntil mars/april 1998 da hele studien avsluttes.

Pasientene kan ikke inkluderes i andre studier med "study-drugs" som for eksempel ALERT-studien.

Det har vært en meget god tilbakemelding fra dere samarbeidspartnere. Den enkleste måten å "rapportere" på er for dere å kopiere "labmappearket", det trenges normalt ikke notat dersom intet spesielt har skjedd med pasienten. Takk for hjelpen så langt. Jeg håper dere holder ut med samme positive støtte også det siste året av studien. Studien er selvsagt viktig for meg i det den forhåpentligvis skal legge grunnlag for et doktorgradsarbeid i klinisk nefrologi, men vil lære oss alle mer om betydningen av typen av blodtrykksbehandling (Ca-blokkere versus ACE-hemmere) hos disse pasientene.. Studien er i innspurtsfasen. Vi håper på fortsatt støtte fra våre samarbeidspartnere omkring dette prosjektet. Om ett og et halvt år kan vi sannsynligvis fortelle dere hvilken gruppe som har den beste nyrefunksjonen (GFR)- de som får (ADA), eller de som får ACE-hemmer (Lisinopril). Resultater vedrørende venstre ventikkelfunksjon, lipider, insulinresistens, rejeksjoner, livskvalitet med mer vil også bli fremlagt. Gled dere!

Karsten Midtvedt har nå inkludert 130 pasienter av 155 i ADA-studien.

Vintermøtet på Geilo i mars 97

Har du bidrag?

Jeg vil gjerne ha tilsendt forslag til frie foredrag innen 15. januar 97.

H. Holdaas

Training Courses- Educational Courses

Dette er møter som er "skolemessig" anlagt, og av stor utdanningsverdi. Vi vil arbeide for å støtte deltakelse i disse og liknende kurs som vi vil komme tilbake til senere..

Der første av de nedenstående kursene går i forkant av EDTA kongressen i Jerusalem og er et nytt initiativ i forbindelse med EDTA kongressene.

Peritonealdialysekurset i Italia anbefales varmt av professor Tor-Erik Widerøe i Trondheim.

ERA-EDTA's first Training course in Nephrology Jerusalem, 20.-21. september 1997.

VI. International Course on Peritoneal Dialysis, Vicenza, Italy, 20.-22 mai 1997.

Informasjon hos:
Dr. M. Feriani

Secretariat of the sixth International Course on peritoneal dialysis.
Dept. of Nephrology
St. Bortolo hospital
36100 Vicenza
Italy

Eller kontakt Tor Erik Widerøe, nyreseksjonen RiT for utfyllende opplysninger.

**VINTERMØTE 06.-09.03.97
HIGHLAND HOTELL,
GEILO**

"Intensjonen er at møtet skal telle som kurstimer og være berettiget til støtte fra Legeforeningens Fond III".

Møter med særlig relevans for nefrologer i 1996-97

Uten ansvar for mulige feil:

Seventh Annual Conference on Peritoneal Dialysis, Denver, Colorado, 16.-18 februar 1997.

Vintermøte i foreningen, Highland, Geilo, 6.-9.mars 1997.

Optimal treatment of renal anemia- new aspects of iron and EPO treatment, Huddinge Stockholm, Sverige, 20.-21 mars 1997. Fax oppl. Dr. P Barany-4687114742

Nordiske nyredager, Lund, Sverige, 11.-14. mai 1997.

IX congress of the Scandinavian Transplantation Society, Oslo 14.-16.mai 1997.

VI. International Course on Peritoneal Dialysis, ~~Firenze~~ *Vicenza*, Italia, 20.-22 mai 1997.

15th. Annual Meeting of the International Society of Blood Purification, Firenze, Italia, 11.-13. september 1997.

ERA-EDTA's first Training course in Nephrology Jerusalem, 20.-21. september 1997.

XXXIV Congress of the Euroean Renal Association (EDTA), Jerusalem, 21.-24. september 1997.

XIVth International Congress of Nephrology (ISN), Sydney, Australia, 25.-27. mai 1997.

30th. Annual Meeting of the American Society of Nephrology (ASN), San Antonio, Texas, 2.-5. november 1997.