

❖ Nefrologisk forum ❖

Nummer 2. Årgang 3.

september 1997

Er nyrelegene bortskjemt?

Det er viktig å sikre seg nødvendig etterutdanning i form av kurs kongressdeltakelse o.l. Det er en hver leges plikt å sørge for dette. Presdienten i dnlf uttalte seg nylig om det uheldige faktum at utdanningsfondene i dnlf "skrumper inn" og at fremtidig støtte derfor i beste fall vil bli begrenset. Heldigvis er det imidlertid andre kilder til støtte for slik etterutdanning. Svært mange av oss får tilbud fra industrisponorer om deltakelse på de faglig mest betydningsfulle møtene. Det er heller ikke umulig å få tildelt midler ad annen vei. Vi har som nevnt i forrige nummer av bladet fått et nytt fond for deltakelse i utdanningsmøter, det har imidlertid ikke meldt seg noen liebhavere til dette. I tillegg har vi foreningens eget fond og vi vurderer nå ytterligere et industrisponset fond med tanke på deltakelse på møter i utdanningsøyemed. Det er i dag altså ikke noe "problem" å få støtte til disse formål, men man må sette seg ned og skrive en søknad. Har man ikke tid eller lyst til det, så er man kanskje rett og slett litt bortskjemt.

I dette nummeret av Forum gjennomgås og utlyses de stipend og midler som er særlig aktuelle for nefrologer eller nefrologer under utdanning. Fristen for fondene som foreningen disponerer er satt til 1. november og vil bli utdelt på årsmøtet som er etter samarbeidsmøtet fredag 14. november.

P.S. Mange av oss har nettopp kommet fra EDTA- møtet i Geneve-det var en stor og aktiv norsk deltakelse denne gangen. Det hjalp imidlertid lite, vår søknad om arrangementet i år 2000, det gikk til Nice-bestemt av Council og president Bertoux som er fra, ja nettopp Frankrike.

Vintermøte på Røros 6.-8. mars 1998

Vintermøtet er denne gang lagt til Bergstaden Hotell på Røros- ikke minst av hensyn til deltakere fra Midt- og Nord Norge. Vi ber deg igjen om å merke deg datoen og reservere denne helgen. Opplegget blir ikke ulikt tidligere års møter. Invitasjon til Industriedeltakelse går ut i disse dager. Møteplan og temaer er ikke klarlagt ennå, men arbeidet med dette vil bli satt i gang for alvor i løpet av en måneds tid.

Har du noen ideer eller forslag til temaer eller foredragsholdere kan du kontakte arrangementskomiteen som består av Hallvard Holdaas RH, Knut Aasarød RiT og Trond Jenssen, RiTø. Teknisk arrangør er som tidligere år Congress- Conference (Congrex). Invitasjon vil bli sendt ut fra teknisk arrangør.

Arrangementskomiteen består av Hallvard Holdaas RH, Knut Aasarød RiT og Trond Jenssen, RiTø.

Inne i bladet:

Redaktørens spalter	2
Nyreseksjonen RH	3-6
24 timers blodtrykksmåling	7-9
Kvalitetssikringsprosjekt	10-11
EDTA-nyhedsbrev	11
Styremøtereferat	12-13
Stipend	14-15
Møter/kurs	15

"I dette nummeret av Forum gjennomgås og utlyses de stipend og midler som er særlig aktuelle for nefrologer eller nefrologer under utdanning"

Redaktørens spalter

Presentasjon av Rikshospitalet

I dette nummer av Nefrologisk forum er det RH som presenteres. Forum har dermed avsluttet en serie innlegg fra RiTø, RiT, Haukeland, Ullevål sykehus og "det gamle" Rikshospitalet. Det nye Rikshospital presenteres stadig andre steder- kanskje til kjedsommelighet for noen..

24 timers blodrykksmåling

Overlegene Ingrid Os og Aud Stenehem har skrevet denne oversikten som jeg synes er godt skrevet og den er praktisk orientert. Innlegget gir dermed nyttig informasjon for den kliniske hverdag der de fleste av oss tross alt tilbringer det meste av tiden.

Det er slike tilsendte innlegg som varmer en ellers ganske ensom redaktør som stadig søker etter skribenter i og utenfor Rikshospitalet.

Kvalitetssikringsprosjekt i nefrologien

Dette prosjektet er tidligere omtalt av Harald Bergrem både på årsmøtet og på vintermøtet. Prosjektet som er initiert av Harald har fått god mottakelse i hele Norden og foreningen har også hele tiden gitt det sin støtte. Vi oppfordrer medlemmene, spesielt ved sentralsykehusene til å melde sin interesse og delta i prosjektet!

Styrevirksomhet

En oversikt over foreningens styreaktivitet fremgår av referat fra foreningens styremøte 18/6-97 som er gjengitt i sin helhet. Det er ingen enkelt sak som har preget arbeidet hittil i år, mye tid har gått med til EDTA-søknaden, men det er nå historie og søknad om arrangementer av EDTA er nå et ikke-tema i foreningens styre.

Hele styret deltar nå i arbeidet med kvalitetshåndboken som nå blir utvidet Alle

styremedlemmer er nå også redaksjonsmedlemmer i Nefrologisk forum. Fra og med neste nummer regner jeg derfor med en økende stofftilgang. Ingrid Os, Per Tore Lyngdal, Einar Svarstad, Trond Jenssen og redaktøren vil gå aktivt ut for å rekruttere skribenter

Kurser og stipender

Mulige finansieringsordninger via legater blir gjennomgått kort i dette nummeret av Forum. Du må skynde deg hvis du skal rekke å søke Foreningens eller Janssen-Cilagfondet. Organons fond vurderes også i løpet av november måned.

Anders Hartmann

Neste nummer av Forum kommer i november 1997

Frist for bidrag er 1.november.

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

INTERNET:
Vi har nå fått Web-side i foreningen. Redaktør er Terje Apeland på nyreseksjonen ved SSR

<http://pc-33-85.his.no/>

Prøv Internet og finner du ikke frem får du spørre Terje!

Eller kanskje må du vente enda et par ukers tid?

Nefrologisk Forum

Organ for Norsk nyremedisinsk forening.

I Redaksjonen:

Anders Hartmann
Redaktør
Tlf 22868322
Fax 22868303

I redaksjonen:
Trond Jenssen
Ingrid Os
Per Tore Lyngdal
Einar Svarstad

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

eller til medlemmene i
iredaksjonen

email:
ahartman@online.no

Nyreseksjonen ved Rikshospitalet

Beskrivelse av avdelingen

Nyreseksjonen ved medisinsk avdeling B består av:

- Ekspedisjon/ Kontorseksjon , tlf. 22868300
- Vanlig sengepost- post BIII, med 13-(15) senger, tlf 22868341
- "Lettpost" dagpost underlagt sengeposten med ialt 8 plasser, tlf 22868335
- Dialyseavdeling med 13 dialyseplasser, tlf 22867600
- Nyrefysiologisk laboratorium (Vil bli omtalt i senere nummer av Forum, tlf 22868323)
- Deler av medisinsk poliklinikk som er egen administrativ enhet

Legestillinger ved nyreseksjonen

I overordnede legestillinger fungerer for tiden:

- Seksjonsoverlege Per Fauchald
- Overlege Knut P. Nordal
- Overlege Anders Hartmann
- Overlege Anna Reisæter
- Overlege Trond Jenssen fra 20/10-97

I utdanningsstillinger fungerer for tiden:

- Ass.lege, fordypning Karsten Midtvedt
- Ass.lege, B-grenstill Solbjørg Sagedal
- Ass.lege, B-grenstill Eirik Schram Stokke)
- Asstlege, B-grenstill Gerd Berentsen
- Ass.lege, B-grenstill 2-årsstilling fra 1/1-98

Aktivitet og arbeidsoppgaver

Virksomhet knyttet til transplantasjon.

Seksjonen dekker landsfunksjonen innen nyre- og nyre/pancreas transplantasjon når det gjelder nyremedisinsk for- og etterbehandling, organisering av virksomheten, oppfølging og behandling av senkomplikasjoner. Seksjonen fungerer som landsdekkende kompetansesenter innen nyretransplantasjon og nyre-pancreastransplantasjon. Denne virksomheten ved seksjonen er dominerende og utgjør mer enn 2/3 av seksjonens virksomhet. Seksjonens profil har utviklet seg på basis av det landsomfattende

samarbeid innen uremiomsorg og nyretransplantasjon i nær tilknytning til Transplantasjonsseksjonen, kirurgisk avdeling B og Institutt for transplantasjonsimmunologi.

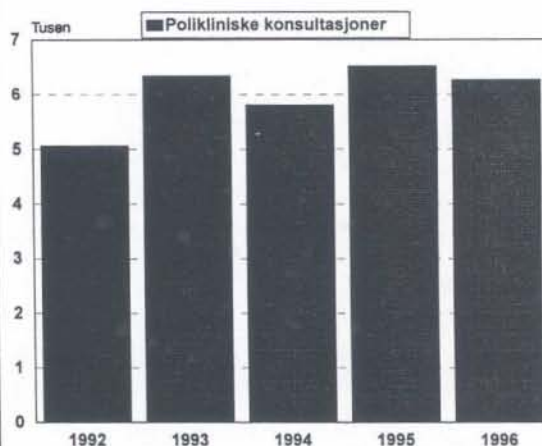
Oppfølging etter nyretransplantasjon

Årlig blir cirka 200 pasienter fulgt opp av nyreseksjonens leger i 2-3 måneder i forbindelse med transplantasjon, både mens de er inneliggende på kirurgisk avdeling eller nyreseksjonens post og senere på nyreseksjonens poliklinikk. Dette representerer over 50000 pasientdøgn årlig. Både overlegene og assistentlegene deltar i dette arbeidet og de har i tillegg elektiv poliklinisk kontroll av nyretransplanterte bosatt i vestre del av Akershus fylke mens SiA dekker østfylket. Overlegene deltar i poliklinikk i alt 4 dager i uken.

Spesielle vurderinger av nyretransplantasjonspasienter

Pasienter henvises ofte til avdelingen for senkomplikasjoner etter transplantasjon, spesielt for sviktende transplantatfunksjon av ukjent årsak, beinsykdom og komplikasjoner som er vanskelig å vurdere i relasjon til transplantasjon eller grunnsykdom. Vi får også henvist pasienter til spesiell vurdering før eventuell nyretransplantasjon. Det kan være pasienter man er usikker på er egnet for transplantasjon eller pasienter som har kompliserende sykdom av uvanlig natur eller omfang-- for eksempel kardiovaskulær sykdom- som ønskes vurdert.

Nefrologisk Poliklinikk, alle typer



Forfatteren:

*Anders Hartmann
er overlege
ved nyre-
seksjonen, fra
1. august 1997
har han
særlig ansvar for
nyrefysiologisk
laboratorium på
Rikshospitalet*

Primær nefrologi

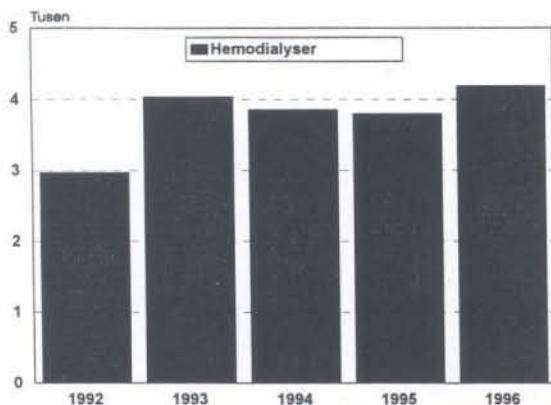
Avdelingen og poliklinikken har ansvar for nefrologi i Vestfylket. Vi har nært samarbeid med Bærum sykehus og får dessuten en del direkte henvisninger fra praktiserende leger i Bærum og Asker. Vårt omfang av arbeid med primære nyresykdommer er bare marginalt tilstrekkelig for utdanningsformål. Imidlertid mottar vi regelmessig pasienter med alvorlig systemsykdom og nyreaffeksjon fra hele regionen slik at denne type nefrologi er godt representert.

Renovaskulær sykdom

Vi mottar pasienter fra flere regioner med renovaskulær sykdom med forespørsel om radiologisk eller kirurgisk intervensjon. Dette utgjør en ikke ubetydelig del av vår virksomhet med 50-100 innleggelser årlig. Resultatet av cirka 500 ikke kirurgiske inngrep på en eller tosidig renovaskulær sykdom er under bearbeidelse for publisering (Dag Paulsen med flere). Denne omfattende virksomheten gir legene ved seksjonen bred erfaring i vurdering av denne type nyresykdom.

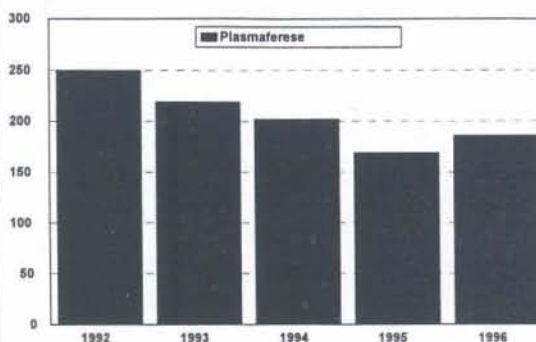
Dialyse

Hemodialyse foregår i en egen enhet og er ikke integrert med sengeposten. Det er heller ikke planlagt i det nye Rikshospitalet. Seksjonen har en av landets største dialyseavdelinger og utfører dialyse på en meget variert pasientgruppe. Det er en alminnelig stor populasjon av elektive behandlinger. Det er derimot svært stor andel akutte dialyser på en meget variert pasientgruppe. Andelen av akutte dialyser og "vanskelige" pasienter er svært høy. Dette gir mulighet for en bred erfaring med et stort spektrum av pasienter på relativt kort tid, for eksempel ved postoperativ hjerte-karkirurgi, sepsis, eller ulike organtransplantasjoner komplisert med nyresvikt. Aktiviteten gjennom de siste 5 år fremgår av figuren og viser en jevn økning som i landet generelt.



Plasmautskiftning, immunadsorpsjon og lipidaferese

Hemodialyseavdelingen utfører plasma-behandlinger. Plasmautskiftninger utføres ofte "akutt", særlig ved alvorlige nyresykdommer og på nevrologiske pasienter foruten på transplantasjonspasienter som ledd i for- eller etterbehandling. Aktiviteten fremgår av figuren og viser at antallet er stabilt omkring 200 gjennom de siste årene.



I tillegg gjøres immunadsorpsjons-behandlinger (Excorim R) på tilsvarende indikasjoner når behandlingen er av en viss varighet. Det gjøres også kronisk lipidaferese, for tiden på 2 pasienter, en med homozygot og en med heterozygot familiær hyperkolesterolemi.

Sengeavdelingen med CAPD

Antall innleggelser i avdelingen har vært ca 500 årlig gjennom de siste år, med liggetid på omtrent 6 døgn i gjennomsnitt. Det er anslagsvis 2/3 transplantasjonspasienter, resten domineres av pasienter med primær nyresykdom eventuelt med systemsykdom, renovaskulær sykdom eller dialyse-pasienter. CAPD er knyttet til sengeposten og ligger administrativt under denne. En sykepleier har hovedansvaret i dag mens legeansvaret er fordelt på flere. Virksomheten er under utvikling og skal opprioriteres. Det er for tiden 11 pasienter i CAPD. Det skal nå knyttes overlegeansvar (på rotasjon) til denne virksomheten for å utvikle samarbeidet med sykepleierne og for å sikre kvaliteten av behandlingen. Det er for tiden flere som bruker nattmaskin mens en del bruker vanlige manuelle skift. Vi anvender i dag primært Gambro's system, men legger vekt på at alle systemer skal

"Seksjonen har en av landets største dialyseavdelinger og utfører dialyse på en meget variert pasientgruppe"

"En sykepleier har hovedansvaret i dag mens legeansvaret er delt på flere. Virksomheten er under utvikling og skal opprioriteres"

kunne anvendes. Dette er viktig fordi mange pasienter kommer innom fra andre seksjoner i landet og disse bruker ulike systemer. "Lettpost" er en dagpost som også administrativt ligger inn under sengeposten. Her får pasienter utført behandling (spesielt reaksjonsbehandling og antiviral behandling) og diagnostikk (spesielt tx-biopsi) på dagtid og overnatter på sykehotellet.

Nyrebiosier

Det utføres så vidt vi vet flere nyrebiosier ved Rikshospitalet enn ved noe annet senter i Skandinavia, ca 300 årlig. De langt fleste er imidlertid fra nyretransplantater. Leger ved nyreseksjonen vurderer biosiene i lupe for å vurdere om materialet er representativt for de prøver som ønskes på materialet. Legene ved seksjonen får ikke lenger opplæring i biositaking og ultralyddiagnostikk.

"Nyremøtevirksomheten"

Dette er et besluttende fellesmøte for nyretransplantasjonsvirksomheten (tirsdager kl 1400). Her diskuteres alle pasienter som skal transplanteres med representanter fra den faste staben ved kirurgisk avdeling B, nyreseksjonen ved medisinsk avdeling B, Institutt for transplantasjonsimmunologi, røntgenavdelingen og ofte også anestesivdeling, sosialmedisinsk avdeling og fysikalsk medisinsk avdeling. Møtet er et besluttende organ for transplantasjonsvirksomheten og administreres av de faste legene ved nyreseksjonen og nyreseksjonens kontorstab. Nyremøtet ledes av en av de fast ansatte nefrologene.

I tillegg til vurdering av alle som skal til transplantasjon, diskuteres også spesielle konkrete problemer knyttet til pasienter med nyresvikt eller komplisert renovaskulær sykdom. Oftest tas diskusjoner opp etter forespørsel fra nyrespesialistene ved de samarbeidende avdelinger rundt i landet. Nyremøtet diskuterer problemene og gir retningslinjer for behandling av de konkrete spørsmål som er tatt opp.

Annen møtevirksomhet og undervisningstilbud

Seksjonsundervisningsmøte (30 min/uke) avholdes i vanlig arbeidstid. Her gjennomgås systematisk basale nefrologiske temaer slik at man i løpet av 11/2 års tid går gjennom et basalt

pensum for nefrologiutdannelsen. Man har dels egne innlegg fra seksjonen, dels brukes eksperter fra andre avdelinger (røntgen, klinisk kjemisk avd, kirurgisk avd, transplantasjons-immunologi med flere).

Patologimøte (45 min/uke) avholdes sammen med patologene og transplantasjonskirurger, og av og til nefrologer fra SiA. Her demonstreres og diskuteres nyrebiosier, møtet har i noen grad form av en patologisk/klinisk konferanse.

Avdelingsmøter ved medisinsk avdeling B (30min-2ggr/uke) omhandler aktuelle kliniske problemer og presenterer avdelingens forskning for legene. Innleggene ivaretas av de ulike seksjoner etter tur (hjertemedisin, lungemedisin, nefrologi og endokrinologi). Det legges opp til omtrent lik fordeling på forskning og klinikk på disse møtene.

Stabsmøtet (45 min/uke) er et fellesmøte for alle ansatte ved Rikshospitalet. Det er en egen komite av RH's leger som har ansvar for programmet som stort sett presenterer faglige kliniske og forskningsmessige resultater og nyheter fra de ulike avdelingene ved sykehuset. Det favner også noe mer vidt i det man også opptar helsepolitiske temaer med deltakere utenom institusjonen.

Selvstudier er det gode mulighet for ved seksjonen. Biblioteket er svært moderne, har velutviklet elektroniske hjelpemidler og gir hjelp til å søke etter medisinske data. Seksjonen har Up-to-date in Nephrology, en amerikansk elektronisk lærebok i nyresykdommer og hypertensjon, antakelig velkjent for de fleste i faget. Vi har også direkte tilgang til Medline og egne tidsskrifthyllor med de fleste nefrologiske tidsskrifter på seksjonen. Vi har også MKSAP, et fullstendig amerikansk undervisningsprogram med selvtesting av teoretiske kunnskaper innen nefrologi.

Forskning

Det er et stort potensiale for klinisk forskning ved avdelingen, og den vitenskapelige aktivitet er stor, ikke minst p.g.a eget forskningslaboratorium. Forskningen er naturlig nok først og fremst knyttet opp mot transplantasjon.

"Det utføres så vidt vi vet flere nyrebiosier ved Rikshospitalet enn ved noe annet senter i Skandinavia, ca 300 årlig"

Nyremøtet:

"Her diskuteres alle pasienter som skal transplanteres"

Pasienttilgangen er stor også internasjonalt sett (vi er blant de 10 største sentra i verden). Forskningen har vært særlig rettet mot kardiovaskulær risiko, (ADA-ALERT, posttransplanrtasjonsdiabetes) beinsykdom, samt studier vedrørende immunsuppresjon, spesielt cyklosporininteraksjoner. I tillegg gjøres korttidsstudier på proteinuri og hypertensjon hos nyrepasienter samt studier av renale effekter av røntgenkontrast. Sykelighet og dødelighet knyttet til living-donor virksomhet er også aktuelt forskningsområde. Virksomheten ved nyrefysiologisk laboratorium vil bli omtalt særskilt i et senere nummer av Nefrologisk forum i anledning av at Knut J. Berg nå er gått av med pensjon. Metoder som anvendes er clearancemålinger (Inulin -og iothalamat for GFR målinger, PAH for renal plasmaflowmåling og dekstancclearance for måling av glomerulær silfunksjon. Det måles i tillegg tubulærefunksjoner ved enzymmålinger i urinen og litium clearance og hormoner som endotelin, big-endotelin og cyclisk GMP for å nevne noen. Vi har også etablert glukose clamp metodikk og Laser- dopplermåling (for evaluering av mikrosirkulasjonen i hud).

Dessverre er det i dagens situasjon begrenset mulighet for forskning innenfor tjenesteplanene. Vi har for tiden en D-stilling som skal ha minst 50% fordypning, denne innehas av Karsten Midtvedt som er klinisk doktorgradsstipendiat, i tillegg har vi en doktorgradsstipendiat i farmasi tilknyttet nyrefysiologisk laboratorium. Vi har som mål at minst to doktorgradsstipendiater til en hver tid er knyttet til seksjonen.

Nyrefysiologisk
laboratorium og dets
mangeårige leder
overlege og professor

Knut Joachim Berg

vil bli portrettert i et
senere nummer av
Nefrologisk forum.

Red.

Vintermøte Røros 6.-8. mars 1998

STED: Hotell Bergstaden

Arrangementskomite:

Hallvard Holdaas RH,
Knut Aasarød RiT
Trond Jenssen, RiTø.

Teknisk arrangør:
Congress-Conference

Komiteen mottar gjerne
ideer til temaer og eventuelle
foredragsholdere

Du bør benytte denne
anledningen for neste
vintermøte blir ikke før i år
2000.

Vintermøtene vil nå bli
arrangert hvert annet år slik
at det ikke kolliderer med
hypertensjonforeningens
vintermøtermøter som også
arrangeres hvert annet år.

24 timers ambulatorisk blodtrykksmåling

Innledning

I løpet av de siste årene er det blitt mulig å måle blodtrykket gjennom hele døgnet med ikke-invasiv blodtrykksmåleapparat. Apparaturen er blitt enklere å betjene, lettere å bære, mer pålitelig, med flere valgmuligheter og mindre kostbar. Trygderefusjon har resultert i at stadig flere i allmennpraksis nå vurderer å ta i bruk slik apparatur både i utredning og oppfølging av blodtrykkspasienter. Nefrologene ved sykehusene oppfattes ofte som referansepersoner, og det er derfor viktig at vi kjenner godt til denne metodikken.

Hypertensjonsdiagnostikken er blitt bedret, muligheten for å følge behandlingen er større, men det er fortsatt ulike tolkningsproblemer og noe usikkerhet med bruken av de resultatene vi får ved 24 timers registrering. Før vi kan få full nytte av denne apparaturen, er det viktig at den praktiserende lege får større kunnskap om 24 timers blodtrykksregistrering.

Blodtrykksapparat - typer

Det finnes i dag apparatur som baserer seg på auskultatorisk teknikk, med mikrofoner som plasseres over brakialisarterien og registrerer Korotkoffs lyder. På den tidligste apparaturen var disse registreringene knyttet til samtidig EKG registrering for å unngå mange feilmålinger. Mikrofonene er blitt bedre, og i klinisk praksis har apparater uten slik samtidig EKG-registrering blitt enerådende. Noen av de mest brukte apparatene baserer seg på oscillometrisk teknikk for registrering av blodtrykket. De er enklere i bruk enn de som baserer seg på auskultasjon på grunn av at man ikke benytter mikrofon, det vil si at å montere på utstyret på pasienten tar kortere tid. I tillegg er det apparatur som baserer seg på en kombinasjon av oscillometrisk og auskultatoriske målinger for å bedre registreringene, og få færre feilmålinger. De fleste apparatene som er tilgjengelig på det norske markedet fungerer meget tilfredsstillende, og er blitt validert gjennom år. Det blir stort sett en smakssak hva man velger for klinisk arbeid.

Mansjett

Plasseringen av mansjett og mikrofon er selvsagt viktig, men som ved manuell måling så er det også viktig å passe på mansjett-størrelse.

Det foreligger ulike mansjett-størrelser. Videre er det viktig å instruere pasienten at armen bør holdes i ro under måling. De fleste apparatene er derfor utstyrt slik at de kan programmeres til å gi beskjed før måling dersom det er ønskelig. Maskinene kan også programmeres slik at resultatet av målingene ikke kan avleses av den som blir undersøkt, men først etter at registratormaskinen er koblet av.

Bruk av 24 timers blodtrykksapparat

For noen ganske få år siden ble bruken av 24 timers blodtrykksregistrering (ABTM) omtalt i Tidsskriftet (1), og med kritisk spørsmål om vi trengte en slik målemulighet. Konklusjon da var at 24 timers ABTM burde begrenses til spesielle formål, og i særdeleshet til vitenskapelige undersøkelser. Nyten er også stor der det er mistanke om såkalt kontorhypertensjon ("white coat hypertension") og ved refraktær hypertensjon. Videre ble det ble presisert at det fortsatt ikke forelå noen standard for blodtrykksgrenser ved 24 timers ABTM. Har det da skjedd noe nytt i løpet av de siste 5 år? Er det berettiget at bruken av denne målemuligheten nå er i ferd med å bli så utbredt? Vi har inntrykk av at det er behov for en ny gjennomgang av bruken av 24 timers ABTM, og at man får en diskusjon om blodtrykksgrenser.

Blodtrykksvariasjon gjennom døgnet

Blodtrykket varierer gjennom døgnet, både hos personer med normotensjon og hypertensjon. Blodtrykket er lavest om morgenen rundt kl 2-3, for så å stige fra tidlig morgen. Økningen i blodtrykket begynner før oppvåkningen. Årsaken til variasjon i blodtrykk gjennom døgnet kan skyldes aktivitetsnivå, eller at det er en reell innebygget variasjon som vi kjenner fra andre biologiske systemer. At aktivitetsnivået påvirker blodtrykket støttes av undersøkelser gjort hos skiftarbeidere. ABTM egner seg ikke til å måle blodtrykk under fysisk aktivitet fordi armbevegelser og uro vil forstyrre avlesningen.

Hva er et normalt blodtrykk?

Dersom vi skal benytte ambulatorisk blodtrykk for diagnostisering og som hjelp i

Forfattere er:

*Ingrid Os & Aud
Stenehjem*

ved

*Nyremedisinsk
avdeling*

Ullevål sykehus

vurdering av farmakologisk behandling eller ikke, er det selvsagt viktig at vi vet noe om hva som er normalområdet, og når er blodtrykket slik at behandling er indisert.

Fra bl.a. Staessens metanalyse (2) og Pamela-studien (3) fra Italia, kan det konkluderes med at et normalt gjennomsnittlig systolisk blodtrykk gjennom døgnet vel bør ligge nærmere 120-130 mmHg enn 140 mmHg. Det diastoliske trykket ligger rundt 75-80 mmHg på dagtid, og ytterligere 10 mmHg lavere på nattetid - altså lavere grenser enn det som er normotensjon definert av Verdens helseorganisasjon..

Økt albuminutskelelse i urin kan være et tidlig tegn på nyreskade, og er forbundet med økt kardiovaskulær sykkelighet både blant diabetikere og ikke-diabetikere. I økende grad brukes tilstedeværelse av MA for å vurdere behandlingstid ved nyoppdaget hypertensjon. Som for VVH er MA bedre korrelert til 24 timers blodtrykk enn til et enkelt kontorblodtrykk. Dersom normotensive (målt ved konvensjonell måleteknikk) diabetikere med mikroalbuminuri får registrert sitt 24 timers blodtrykk, viser det seg at særlig det systoliske trykket er høyere hos de med økt albuminutskelelse, og det nattlige fallet er mindre.

“normalt gjennomsnittlig systolisk blodtrykk gjennom døgnet bør vel ligge nærmere 120-130 enn 140 mmHg”.

Indikasjon for ambulatorisk blodtrykksmåling

- Tvil om behandlingsindikasjon
- Alvorlig refraktær hypertensjon
- Mistanke om kontorhypertensjon (“white coat effect”)
- Symptomatisk blodtrykkspasient
- Autonom dysfunksjon
- Mistanke om episodisk hypertensjon

Blodtrykksbelastning og -målorganskade

Et viktig mål for blodtrykksregistrering, er å vurdere om blodtrykket er av en slik størrelsesorden at det vil medføre risiko for økt sykkelighet på lengre sikt. Er 24 timers ABTM bedre enn et enkelt blodtrykk målt på legekontoret? Det som er best undersøkt, er sammenheng med skade av målorgan, det vil si til venstre ventrikkel hypertrofi (VVH) først og fremst, og til mikroalbuminuri (MA). Det er ikke så urimelig å tenke seg at så er tilfelle fordi 24 timers ABTM representerer et titalls blodtrykksmålinger og derfor er mer representative for det reelle blodtrykk enn et tilfeldig målt blodtrykk på legekontoret. Sykkelighet er vurdert i en prospektiv studie, men pasientutvalget er noe variabelt selv om antallet var relativt stort, 1076 pasienter. Der ble det funnet en større sannsynlighet for kardiovaskulær sykdom hos de med det høyeste ambulatorisk blodtrykk.

Sokolow og medarbeidere som var de første til å bruke ABTM systematisk, fant også nær relasjon mellom ambulatorisk blodtrykk og VVH. Dette er senere bekreftet ved en rekke undersøkelser.

Behandlingseffekt

I retningslinjene fra EØS for godkjenning av nye medikamenter, omtales 24 timers blodtrykk som en viktig og helt nødvendig undersøkelse når det gjelder å bedømme effekt.

Innsikt i døgnvariasjon, påvirkning av aktivitet og standardisering fremheves som viktig, og bedømming av medikamenteffekt gjennom døgnet ansees viktig.

Også hos den enkelte pasient kan en døgnregistrering fortelle oss noe om et medikament bør gis 1 eller flere ganger i døgnet for å oppnå god og jevn effekt. Er det hypotensive episoder? Er pasienten adekvat dosert? 24 timers registrering gir oss et bedre svar på dette i dag enn noen annen form for registrering.

Kontorhypertensjon, “white coat effect”

Prevalensen av kontorhypertensjon definert som høyt blodtrykk på legekontoret, men normalt blodtrykk ellers i døgnet, varierer i litteraturen fra 21- 56% . Dette skyldes til dels ulik definisjon (cut-off punkt på blodtrykk), men

“Prevalensen av kontorhypertensjon definert som høyt blodtrykk på legekontoret, men normalt blodtrykk ellers i døgnet, varierer fra 21- 56% .”

uansett gir det en antydning om at dette ikke er noe sjelden fenomen. "Hvitfrakks-effekten" er ikke utelukkende tilstede hos normotensive, denne effekten er faktisk mer uttalt hos de med reell hypertensjon.

Kuwajima og medarbeidere stilte spørsmål om kontorhypertensjon virkelig er uskyldig, og de konkluderte med at ekkokardiografisk er det sikre forskjeller mellom de som er normotensive og de som har kontorhypertensjon både når det gjelder systolisk og diastolisk hjertefunksjon.

Når det gjelder den kardiovaskulære risikoprofil (metabolske parametre o.l.) hos de med kontorhypertensjon, synes de å ligge noe i mellom de med normotensjon og reell hypertensjon.

Er det kostnadsvarende?

Det kan ikke noe sikkert svar på det i dag. En enkelt 24 timers blodtryksregistrering koster i dag om lag 150-200 kroner i direkte utgifter (batteri, apparatur, reparasjoner o.l.), i tillegg kommer arbeidstid for hjelpepersonell og leger.

Forutsetter vi at undersøkelsen medfører at pasienten ikke blir satt på medikasjon eller ikke får doseøkning, kan det medføre en økonomisk innsparing. Det dreier seg om pasienter med grenseblodtrykk eller kontorhypertensjon, men de vil fortsatt kreve oppfølging av legen med jevne mellomrom.

Det som kanskje er enda viktigere, er at registrering av 24 timers blodtrykk medfører et større engasjement fra pasientens side. Blodtrykket blir bedre karakterisert, men det fører også til at pasienten får mer kunnskap om sitt blodtrykk. Det kan være en innfallsvinkel for en større entusiasme for bedret leveste, men også bedret etterlevelse når det gjelder medikamentell behandling. Denne nytten er vanskelig å verdsette i kroner og øre, men vil på lengre sikt kunne medføre både et bedre liv og mindre sykdom hos den enkelte pasient.

Påvirkes behandlingsopplegget av 24 timers blodtryksregistrering?

Det synes klart at ABTM på grunn av de hyppige målingene i langt større grad kan påvise blodtryksendringer enn

blodtryksmålinger gjort i løpet av kort tid på et legekontor. Det er ofte bakgrunn for henvisninger til slik undersøkelse. I et amerikansk materiale ble det vist at ABTM medførte endringer i behandlingsopplegg. Hovedårsaken til henvisninger var først og fremst usikkerhet om behandlingsindikasjon (grenseblodtrykk 25%, kontorhypertensjon 22%, vurdering av blodtryksmedikasjon 28%), og i 16% var det spørsmål om refraktær hypertensjon. Diagnosen ble endret i 41% av tilfellene, og behandlingsopplegget i 46%.

Konklusjon

Det er i dag sannsynligvis riktig å utvide indikasjonen for bruk av ambulatorisk blodtryksmåling utover det som ble diskutert i 1991, selv om vi fortsatt ikke kjenner nøyaktige blodtryksgrenser. Indikasjonene som diskuteres i USA er relativt vide, men det kan skyldes at tilgjengeligheten på slike apparater er stor der i forhold til hos oss p.g.a. pris. I forhold til de retningslinjer som er angitt i USA, foreslår vi en modifisert indikasjonsliste som er tilpasset norske forhold (se tabell på forrige side).

Redaktøren takker:

*overlegene Ingrid Os og
Aud Stenehjelm for
innlegget som jeg synes var
svært praktisk orientert og
dermed nyttig i den kliniske
hverdag der de fleste av oss
tross alt tilbringer det
meste av tiden (fritid
inklusive?).*

Kvalitetsutviklingsprosjekt i nefrologi

Ønsker du og din avdeling å delta i et Nordisk/Europeisk prosjekt?

Som mange av dere vet har jeg de siste 2 ½ år hatt permisjon fra min stilling i Stavanger og vært ansatt ved Unit for Quality of Care and Technologies ved WHO's Europakontor i København, hvor jeg i hovedsak har arbeidet med implementering av St. Vincent Deklarasjonen i WHO's Europeiske medlemsland, 51 i tallet.

Under Nordiske Nyredager i Oslo i 1995 foreslo jeg at de nordiske nyreforeningene oppnevnte en representant hver for å samarbeide med WHO om å utvikle et minimum data sett for kvalitetsutvikling i nefrologi. Hovedformålet var å optimalisere behandlingen gjennom hele sykdomsperioden, dvs fra f. eks. proteinuri/hypertoni med normal kreatinin til dialyse/transplantasjon for å forsinke nyresviktutvikling og spesielt kardiovaskulære komplikasjoner, dvs fokusere mer på sekundær og tertiær prevensjon.

De fem nordiske nyreforeningene oppnevnte følgende:

Danmark: Bo Feldt Rasmussen
 Finland: Carola Grønhagen Riska
 Island: Pall Asmundsson
 Norge: Terje Apeland
 Sverige: Gunnar Westberg

Møtevirksomhet til nå

Det har vært avholdt 4 møter, alle på WHO i København. Reisene har vært finansiert av det enkelte lands nyreforening. Gruppen har arbeidet seg fram til et datasett som kan brukes ved alle stadier av nyresykdom. Parametrene er valgt slik at de skal kunne benyttes til å måle kvalitetsnivå i den behandling pasientene får.

Prosjektet har vært presentert av Terje Apeland og undertegnede på Vintermøtet i 1996 og nå sist på Geilo av undertegnede i mars 97, hvor også den nesten endelige versjonen av datasettet ble utdelt.

Undertegnede presenterte prosjektet i Lund under Nordiske Nyredager i mai, hvor

resultatene av ca 100 pasienter fra 4 forskjellige sentra ble presentert.

Prosjektgruppen hadde også et møte, og man ble enige om å:

1. fortsette samt å utvide prosjektet med 3-5 sentra fra hvert land som samler data på 50-100 pasienter hver en gang PR år.
2. data innsamling vil være anonym for pasienter og center.
3. WHO, Unit for Quality of Care and Technology vil fungere som sekretariat og ta i mot og behandle data basert på anonymisert sammenlikning. "benchmarking". Et software program for data innsamling i EPI-info er i ferd med å ferdigstilles og vil bli utdelt gratis fra WHO.
4. ta kontakt med EDTA-ERA om mulig felles prosjekt. Dette er allerede gjort gjennom WHO og prosjektet er nå forelagt for medlemmer i EDTA-ERA council.
5. forsøke å få med interesserte kolleger i Storbritannia, Tyskland og Nederland

Med denne korte orienteringen inviteres interesserte og nysgjerrige kolleger og nyreseksjoner til å ta kontakt for å høre mer om prosjektet. I første omgang betyr det å ta kontakt med meg eller Terje Apeland, begge har postadresse Nyreseksjonen, Sentralsjuehuset i Rogaland, 4000 Stavanger.

Du kan nå meg på nedenforstående telefon eller telefax.

SiR: 51518424, fax : 51519906

WHO i København: + 45 39171204, fax: +45 39171864

Harald Bergrem

"Utvikle et minimum data sett for kvalitetsutvikling i nefrologi for å optimalisere behandlingen gjennom hele sykdomsperioden"

Forum takker for innlegget og et godt initiativ. Vi håper flere har anledning til å kunne delta i prosjektet som også har foreningens støtte

Red.

Nyhedsbrev fra EDTA/ERA

1. Flytning af ERA-EDTA kongressen 1997

Som I alle ved, blev det besluttet at flytte ERA-EDTA kongressen 1997 fra Jerusalem til Geneve. Årsagen til beslutningen var en meget lav tilslutning til Jerusalem kongressen. Beslutningen blev truffet af Council for ERA-EDTA, hvor alle på nær den israelske repræsentant var enige om at flytte kongressen på basis af de præmisser, der forelå.

Valget af en ny kongresby faldt på Geneve, blandt andet fordi der dér var mulighed for leje Kongrescentret på nøjagtigt samme tid, som det var planlagt at afholde kongres i Jerusalem. Nefrologerne i Schweiz har været meget hjælpsomme, og Israel bevarer ledelsen af kongressen i samarbejde med de schweiziske kolleger, således er præsidenten for kongressen stadig fra Israel.

Det var svært og vanskeligt at beslutte, at kongressen skulle flyttes. Der har efterfølgende som venteligt været en del kritik, især fra israelsk side, men fra mange andre sider er beslutningen hilst velkommen.

Uroen omkring kongressens placering vil måske påvirke tilslutningen, men vi håber naturligvis på, at mange igen i år vil deltage i den store europæiske nefrologkongres.

2. Tidsskriftet- Nephrology Dialysis Transplantation

Tidsskriftet er i en stadig udvikling og udvider konstant sit sidetal med nye emner. Desuden er der kommet en del supplementer. Impaktfaktoren for et tidsskrift er i øjeblikket et populært mål for tidsskriftets værdi. NDT's impaktfaktor er ikke helt på samme niveau som et par af de amerikanske nefrologiske tidsskrifter. En væsentlig forklaring herpå formodes at være supplementerne, som indeholder meddelelser, der sædvanligvis ikke er originale, og som ikke citeres særlig meget. Impaktfaktoren bør imidlertid ikke være den eneste faktor, som et videnskabeligt tidsskrifts værdi vurderes på, og i øjeblikket er der ikke planer om at ændre på udviklingen i NDT.

3. Kommende kongresser

Der blev betydelig konkurrence om kongressens placering i år 2000. Som I ved, bliver kongressen i 1998 i Rimini og i 1999 i Madrid. Det har været et meget stærkt ønske fra den nuværende præsidents side at få kongressen år 2000 til Nice. Den foregående præsident havde foreslået et nordisk land, og jeg har, som I ved, støttet Oslo's kandidatur lige siden. Der blev indsendt en fortræffelig ansøgning fra de norske nefrologer om at få kongressen år 2000.

Til Councilmødet i maj 1997 havde ERA-EDTA kontoret i Parma foretaget en sammenligning af kongresfaciliteterne i flere storbyer, beskrevet i 'Specifications for Organizing the ERA-EDTA Congress' fra maj 1997. Resultaterne af denne sammenligning, som blev fremført på rådsmødet i maj 1997 af V. Cambi, var i det væsentlige, at Kongrescentret i Nice generelt set skulle være bedre end Kongrescentret i Oslo.

På basis af de oplysninger, jeg er i besiddelse af, mente jeg, at faciliteterne i Oslo var tilstrækkeligt gode til at huse ERA-EDTA kongressen år 2000. Jeg stemte for Oslo, men Council besluttede, at stedet skulle være Nice.

Jeg synes, at det er vigtigt at understrege, at det på rådsmødet klart blev fremhævet, at det var Kongrescentrets faciliteter, som var afgørende for, at Nice blev valgt frem for Oslo, og at man gerne så en ny ansøgning fra Oslo, hvis kongresfaciliteterne blev bedre.

Det er min opfattelse, at det fortsat er muligt at få ERA-EDTA kongressen til et nordisk land, hvis kongresfaciliteterne kan dokumenteres at være tilstrækkeligt gode.

4. Uddannelsesaktiviteter

'Training Course in Nephrology 1997' flyttes med kongressen fra Jerusalem til Geneve. En række forskellige uddannelsesaktiviteter, bl. a. 'Summer Schools in Nephrology' er blevet arrangeret i Østeuropa i de senere år. Vi overvejer i øjeblikket i Council, hvordan man bedst kan tilgodese uddannelsesbehovet for nefrologer i Europa. Jeg vil vende tilbage med nærmere oplysninger i et senere Nyhedsbrev. Hermed mange venlige hilsener til nefrologerne i Norden og på gensyn i Geneve

*"Jeg stemte for
Oslo, men
Council
besluttede, at
stedet skulle være
Nice"*

FORFATTER og
Medlem i Council

Erling Bjerregaard
Pedersen
Professor, dr. med.

Adresse:

Research Laboratory
for Nephrology
and Hypertension
University Hospital
in Aarhus
Aarhus Amtssygehus
DK-8000 Aarhus C
Denmark

Telephone
+45 89 49 77 70
Fax
+45 89 49 77 79

Referat fra STYREMØTE I NORSK NYREMEDISINSK FORENING

OSLO PLAZA 18.06.97 KL 13.30-1800

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

1. Referat fra forrige møte godkjent.
2. E-mail. Styrekommunikasjon.

Styrets medlemmer går til anskaffelse av ISDN kommunikasjonsutstyr og knytter seg til Internett med E-mail. Programvare for Nefrologisk forum, Microsoft publisher, anskaffes, innkjøp ca. kr 1000. Kostnadene finansieres av foreningen.

3. EDTA år 2000.

Danmark, Tyskland, England, Sverige og Norge gikk inn for at arrangementet skulle legges til Oslo. Innvendingene mot Oslo var kostnader og kongresslokalet. Arrangementet ble lagt til Frankrike (Nice) etter påtrykk fra presidenten i EDTA (Berthoux, som er fransk). Norge kontinuerer ikke søknaden.

4. Korrespondanse.

Korrespondanse inn

- Unifor har svart på våre forespørsler vedrørende fondsavsetning for foreningen. Unifor har laget forslag til statutter hvor det forutsettes at grunnkapitalen også kan brukes opp. Styrevedtak: Statuttforslaget godkjennes med den endring at midler ikke bare gis til forskning, men også til utdanning. Fondets navn skal være Norsk nyremedisinsk forenings forsknings- og utdanningsfond. Styret bestemmer at kr 400.000,- overflyttes fra høyrentekonto til Unifors forvaltning. Sekretæren tilskriver Unifor.
- Brev fra tsjekkisk dialyseavd. med tilbud om dialyse for feriepas.
- Brev fra Joar Julsrud vedrørende arbeidsmulighet for bulgarsk nefrolog (dr. Vladimir Vladov).
- Brev fra Alf J Skarbøvik til Congrex om lettere tilkomst til vintermøtet.
- Brev fra Den norske lægeförening om at sammensetningen av

spesialitetskomiteen er endret. Det fremgår ikke at Solbjørg Sagedal er medlem. Per Tore Lyngdal/ Jan F. Pape undersøker dette.

- Brev fra dr. Lazlo Rosivall, Ungarn, om sommerskole i nefrologi 12-18/10-97. Nærmere informasjon gis i Nefrologisk forum.
- Brev fra Den norske lægeförening om at navneendring til Norsk nyremedisinsk forening er godkjent med gyldighet fra 19/2-97.
- Fellesmøtet mellom styret i Norsk indremedisinsk forening, høstukekomiteen og grenspesialitetforeningenes ledere. Anders Hartmann deltok. Møtet i høstuka forsøkes komprimert, spesialitetsdagen opprettholdes.
- Brev fra Jarle Ofstad med forslag om at Bjarne M. Iversen tiltrer fra ¼-97 som arbeidende styreformann i Det norske nyrebiopiregisteret, inntil ordinært valg finner sted på foreningens årsmøte (høsten -97). Godkjent av styret.
- Invitasjon til Nordiske Nyredager i Lund 11-14/5-97. Vår formann deltok. Neste møte blir i Tammerfors 16-19/5-99.
- Brev fra dr. Vladimir Vladov, Helsingborg, som ønsker arbeid i Norge. Brevet er videresendt til Joar Julsrud, Tromsø. Julsrud har besvart brevet.
- Søknad fra dr. Andreas Radtke, Haugesund, om innmelding i Norsk nyremedisinsk forening. Han er nå tatt opp som medlem.
- Brev fra tysk dialysepasient om feriedialyse. Tilsvaret om at korrespondanse må skje via pasientens dialyselege eller egen dialyseavdeling. Tilskrives av sekretæren.
- Brev fra Marit Moen, MSD, om å få tilsendt vår datalogo.
- Brev fra Madelen Hartsö med ønske om fortsatt medlemskap i foreningen. Hun blir assosiert medlem idet hun ikke er medlem i Den norske lægeförening.
- Brev fra Lars Westli om å trykke svensk publikasjon, Hemodialysens historie, i Nefrologisk forum.
- Rapport fra ASAIO møte i Atlanta, mai 1997, tilsendt fra Gambro.
- Referat fra Nordisk nyremedisinsk

"Danmark, Tyskland, England, Sverige og Norge gikk inn for at arrangementet skulle legges til Oslo. Innvendingene mot Oslo var kostnader og kongresslokalet".

selskap v/ Gunnar Westberg.

- Brev fra Lars Westlie med informasjon om at Norsk kardiologisk forening er inne med egne sider på Internett. Styret arbeider fortsatt med at vår forening får egne sider på nettet. Første skritt er å skaffe sponsor. Brev til MSD (Per-Ole Bjonnes) om hjelp til å starte Norsk nyremedisinsk web. Terje Apeland forespørres om å være redaktør av denne. Sekretæren tilskriver.
- Brev fra Den norske lægeförening om samarbeid mellom legestand og farmasøytisk industri. Anders Hartmann deltar til høsten på et seminar om dette i regi av legeföreningen.
- Brev fra Den norske lægeförening vedrørende forslag til Standard for intensivmedisin i Norge.
- Melding til Den norske lægeförening om at Gunnar Horvei har meldt seg ut av vår forening er sendt telefonisk 18/6.
- Brev fra Den norske lægeförening om forslag til ny president. Vårt styre opprettholder støtte til vår nåværende president.
- Brev fra Den norske lægeförening med forespørsel om spesialforeningens utdanningskurs.

Korrespondanse ut

- Brev vedrørende LEIF-prosjektet 23/1-97
- Brev til dr. Jon Langeland, datert 23/1-97, om at vi ikke trenger felles sekretær for spesialforeningene.
- Brev til Torstein Jensen, Kirsten Walaas og Camilla Solberg (23/1-97) om at de er opptatt som nye medlemmer i foreningen.
- Brev til Statens helsetilsyn datert 23/1-97 om hvor Norges dialyseenheter befinner seg.
- Brev til Dag Kremer med bekreftelse om deltakelse på vintermøtet på Geilo.
- Brev til Gunnar Westberg datert 21/4-97 vedrørende samarbeid innen Nordisk nyremedisin.
- Brev til Unifor datert 7/5-97 med spørsmål vedrørende fondsavsetning for foreningen.
- Brev til Tor-Erik Widerøe datert 7/5-97 vedrørende kurs i dialyse og plasmaferese.
- Brev til Marit Moen datert 19/5-97 vedrørende Nefrologisk forum.

5. Nefrologisk forum.

I neste nummer vil Rikshospitalet presentere seg. Ingrid Os skriver om 24-timers

blodtrykk. Fremtidig stoff: Referat fra European Society of Organ Transplantation, International Society of Nephrology og International Diabetes Federation. Intervju med Jarle Ofstad og Knut Joachim Berg.

6. Kurs og stipend for nefrologer.

Foreningens midler utlyses i Nefrologisk forum. Aktuelle kurs/møter vil bli formidlet i Nefrologisk forum.

7. Bemanning på nyreseksjonene.

Brev til seksjonsoverlegene Odd Helge Hunderi og Dagfinn Dyrbekk med førstnevnte som leder med tanke på at de utarbeider et utkast til bemanningsplan av dialyseavdelingene på sentralsykehus for tilfredsstillende vaktordninger. Ansvar, Hartmann

8. Eventuelt.

- Dialysetakster: Svarstad og Hartmann ber om et møte med myndighetene for å fremskynde en realistisk takst på hemodialyser.
- Registrering av akuttdialyser: Svarstad utarbeider registrerings-skjema som behandles på neste styremøte og tas opp på samarbeidsmøtet den 14.11.97. Hartmann melder dette til samarbeidsmøtet.
- Neste styremøte og kvalitets-sikringsmøte berammes til onsdag 17.09.97.

Tromsø, 19. juni, 1997,

Trond Jenssen

Referenten:

Tond Jenssen er nestformann og sekretær i foreningen. Fra november 1997 tiltrer han som overlege ved nyreseksjonen på Rikshospitalet

"Brev fra Lars Westlie med informasjon om at Norsk kardiologisk forening er inne med egne sider på Internett. Styret arbeider fortsatt med at vår forening får egne sider på nettet".

Fond og stipender for foreningens medlemmer og nefrologer

1. Foreningens reise- og forskningsstipend

Fondet: Dette er bygget opp av foreningens egne midler med støttebidrag fra våre cirka 20 støttemedlemmer fra Industrien som har bidratt med cirka kr 25 000 årlig. Første utbetaling ble gitt i 1996. Det er tilført noe fra foreningens egne midler og det er nå avsatt kr 400 000 på egen konto i UNIFOR som skal administrere dette stipendet som fortsatt styres av medlemmene i vårt styre. For året 1997 vil det fortsatt være foreningen som administrerer utbetaling, søknadsbehandling.

Grunnkapital: kr 400 000.-

Formål: Bidrag kan gis til medlemmer for reiser til relevante møter og studieopphold innen nefrologifaget".

Stipendet kan søkes av medlemmer av Norsk nyremedisinsk forening eller tildeles etter forslag fra medlemmer.

Styre: Foreningens utpeker styre som består av foreningens formann (Anders Hartmann), og to representanter utpekt av styret (Einar Svarstad) hvorav minst en utdanningskandidat i nefrologi (Solbjørg Sagedal).

Søknadsfrist er 1.november 1997(normalt oktober). Bidrag til studieriser utbetales mot dokumentasjon av legitimerede utgifter og det forutsettes en kort rapport over hvordan pengene er brukt.

2. Janssen-Cilag stipend 1997.

Stipend: Samlet årlig utbetaling er kr 30000-

Formål: Stipendet kan utdeles som bidrag til studiereise med henblikk på å erverve kliniske og vitenskapelige kvalifikasjoner innen nefrologi, til nefrologiske forskningsprosjekter og som belønning for vitenskapelig arbeid.

Stipendet kan søkes av medlemmer av Norsk nyremedisinsk forening eller tildeles etter forslag fra medlemmer.

Styre:Foreningens styre fungerer som stipendkomite

Søknadsfrist er 1.november 1997(normalt oktober). Bidrag til studieriser utbetales mot originalkvitteringer.

3. Organon's fond for støtte av reise til utdanningsformål.

Organon's fond for støtte av reise til utdanningsformål.

Fondets formål: Støtte til reise på møter eller kurs for utdanning i nefrologi

Årlig utbetaling: kr 30 000- til medlemmer av foreningen

Styre: Består av styret i Norsk nyremedisinsk forening: Anders Hartmann, Trond Jenssen, Ingrid Os, Per Tore Lyngdal, Einar Svarstad

Søknad: sendes foreningens styremedlemmer eller formann og må inneholde reisemål og finansieringsplan. Det vil kunne dekkes inntil kr 15000- pr. søknad.

Søknadsfrist er 1.november 1997.

4. Signe og Albert Bergsmarkens fond

Fondet : er opprettet av gårdbruker Albert Bergsmarken og hustru Signe, født Bakke, Asker.

Forvaltes av UiO (Unifor)

Grunnkapital er i dag 1,4mill kr., 20% av avkastningen tillegges kapitalen.

Årlig utbetaling. Ca kr.120000-

Fondets formål: Er å fremme forskning innen nyresykdom med særlig vekt på nyresykdom med nyresvikt.Stipend til unge norske forskere.

Styre: Tre medlemmer, en fra donatorens slekt så leng ede ønsker dette (Erik Bakke), representant fra nyremedisinsk forening (professor Bjarne M. Iversen) og en representant fra fakultetet som inntil nå har vært professor Knut J. Berg. Styret velger selv sin formann.

Søknad: Frist 15.februar 1998. Søknad til UNIFOR, postboks 1131, Blindern,0317 Oslo

5. Agnete og Einar Magnessen/ Gerd Stamnes og Erling Brodwalls fond.

Fondets formål: Er i første rekke å bidra til klinisk nefrologisk forskning, men også til og studiereiser som angår slike forskningsoppgaver..

Årlig utbetaling: Ca kr 30 000.-

Styre: Professor i nefrologi ved RH (Per Fauchald), formannen i Norsk nyremedisinsk forening (Anders Hartmann) og Lars Westlie.

Søknad: Frist 15.mars 1998.Søknad til: Adv. Else-Marie Merckoll, postboks 1143, Vika, 0115 Oslo

6. Fondet for forskning omkring nyresykdommer og organtransplantasjon

Styret: Rutt Kielland, Hans Petter aarseth, Per Faucahd og Ragnar Schjøld.

Fondets formål: Å styrke kunnskapene om nyresykdommer, organtransplantasjon og aktivt bidra til å bedre pasientgruppens livssituasjon. For å oppnå dette kan fondet tildele enkeltpersoner, institusjoner m.m støtte til forsknings- og utviklingsarbeid med sikte på å bedre situasjonen for dialysepasienter og pårørendes livssituasjon.

De første årene ønsker styret å dele ut midler til pasient-, pårørende- og donorrettete aktiviteter som har med livskvalitet og psykososiale problemer å gjøre.

Søknad: Frist 1.oktober 1997. Sendes til: Landsforeningen for Nyrepasienter og transplanterte, postboks 119, Kjelsås, 0411 Oslo.

Du visste vel neppe om alle disse mulighetene?

Jeg gir heller ingen garanti for at denne oversikten viser alle muligheter til støtte

Møter og kurs med særlig interesse for nefrologer

24.kongress for European Society for Artificial Organs (ESAO), Budapest 16.-18. oktober 97

ASN, Annual Meeting of American Soc Nephrol, San Antonio, Texas. 2.-5. november 1997.

Høstuka i indremedisin, Rikshospitalet. 6.-7.november 1997.

The 10th. Berliner Diayseseminar, Berlin 5.-6.-desember 1997.(Dialysekurs)

Samarbeidsmøte og årsmøte i Norsk nyremedisinsk forening, Rikshospitalet 14/11 1997.

Vintermøte i Norsk nyremedisinsk forening, Bergstaden Hotell, Røros. 6.-8. Mars 1998

The Third European Peritoneal Dialysis Meeting, Edinburgh, Skottland. 5.-7.-april 1998.

XXXV ERA/EDTA Congress, Rimini, Italia. 6.-9. Juni 1998,

17th Meeting of the International Society of Hypertension (ISH), Amsterdam. 7.-11.juni 1998.

The XVII World Congress of the Transplantation Society, Montreal, Canada. 12.-17. juli 1998.

The VIIIth Congress of the International Society for Peritoneal Dialysis, Seoul, Korea,23.-26. August 1998.

XV International Congress of Nephrology (ISN), Buenos Aires, Argentina. 2.-6. mai 1999.

9th Congress of the European Society for Organ Transplantation (ESOT), Oslo 20.-24.juni 1999.

XXXVI ERA/EDTA Congress, Madrid, Spania. 5.-8. september 1999,

XXXVII ERA/EDTA Congress, Nice, Frankrike. År 2000.

Uten ansvar for mulige feil!

Red