



Formannsnytt forts.

informasjonsbase om den aktiviteten som har foregått i foreningen i disse årene. Det blir trolig en utfordring å forene disse to kommunikasjonsverktøy i tiden fremover.

Jeg tror våre evner som lobbyister, premissleverandører og kommunikatorer vil utfordres sterkere i tiden fremover. En diskusjon om strategier og taktikk og en felles forståelse av behov for ressurser og særtrekk ved endringer i måter å drive vårt fag blir trolig enda viktigere når Staten og helseforetakene nå er blitt "bestillere" av de "varer" vi skal levere. Justering og etablering av polikliniske takster og DRG-vekter er eksempler i så måte. Det er en glede å konstatere at takst A97b (Nyreskole), etter initiativ fra styret i høst, nå er en realitet fra 1. januar. Refusjonsbeløpet 1191 kroner pr. pasient er urealistisk lavt og mindre enn vi hadde foreslått, men er tross alt en viktig markering av den økende polikliniske virksomheten som preger vårt fag, og som er i tråd med de nye helselovene. Dette arbeidet må videreføres. Nødvendigheten av å utdanne tilstrekkelig mange nefrologer må også stadig påpekes, bl.a. må en nettopp ta høyde for at den sterke økning i poliklinisk virksomhet vi ser i vårt fag øker behovet for spesialister.

Når dette leses er det nye året godt i gang, vi har alle forhåpentligvis brettet opp armene og gått løs på noen av de nye oppgavene. Jeg ser frem til vårmøtet i Stavanger 6.-9. juni og håper på bred deltagelse og faglig og sosial inspirasjon, slik det pleier å være "når sevja stig" på Vestlandet.

Einar Svarstad

*Jeg ønsker det nye styret lykke til,
det er stadig større krav man møtes
med i denne type "jobber"*

Men resursene øker ikke!

*Derfor takker jeg også det gamle
styret- og spesielt formannen
Trond Jenssen for den store og
altruistiske innsatsen*

*"Jeg ser frem
til vårmøtet i
Stavanger 6.-
9. juni og
håper på bred
deltagelse og
faglig og
sosial
inspirasjon"*

Viktige møter i 2002:

Det er vårmøte
6-9. juni 2002
Stedet er Stavanger

Dette bør du få med deg.
Det blir sikkert en gjenta-
kelse av suksessen fra
Ålesund i fjor.

EDTA:

Så bør du også være klar
over at EDTA er i Køben-
havn 14.-17 juli i år. Dette
er et arrangement som jeg
vil oppfordre til å delta i.

Er det i din ferie, kan du ta
en ferietur innom med
familien? Noen deltar på
EDTA og noen går i tivoli-
og alle koser seg om kvel-
den. Tenk på det da vel.

Red.

Nefrologisk Forum:

Redaksjonen for dette
nummer 1/2002 er
avsluttet 28/3-2002

Medlemsblad
for norsk
nyremedisinsk
forening

Opplag 250
eksemplarer

Redigert i MS
Publisher

Kopiert og
distribuert av
MSD Norge til
foreningens
medlemmer

Redaktør:
Anders
Hartmann
med. RH
0027 Oslo
Tlf 23071936
e-mail:
anders.
hartmann@
rikshospitalet.
no

I redaksjonen
Einar
Svarstad,
Solveig Sæta,
Egil Hagen,
Aud
Stenehjem,
Karsten
Midtvedt

Redaktørens spalter

Dette er årets første nummer av Nefrologisk Forum. Det første nummeret kom i april 1995. Dessverre gjorde jeg en feil med nummereringen i år 2000 som ble kalt 5. årgang men som egentlig var 6. årgang. Fjoråret skulle vært 7. årgang og i år er det altså 8. årgang som kommer ut. Dette er det 20. nummeret av Nefrologisk Forum, og i tillegg har det vært 6 Supplement med referat fra ASN fra 1996. Utgivelsene har avtatt i hyppighet fordi det har vært laber tilgang på stoff og redaktørens egenproduksjon har nok avtatt noe med årene. Derfor er det ikke per i dag behov for mer enn 2 utgivelser i året, det vil da være rimelig med ett nummer vår og høst.

Referater fra årsmøtet og styremøter i foreningen i 2001

Hvis du er interessert i hva som foregår i foreningens regi er det her du får både overblikket og detaljene

Nefrologiregisterets spalter

Torbjørn Leivestad gir statistikk og kommentarer for rapportering av virksomheten i år 2001.

Nytt fra norsk nefrologiforskning

Karsten Midtvedt orienterer om C2 måling av cyklosporin i Norge-Norheimstudien - du er deltaker! Et samarbeidsprosjekt om nyretransplanterte pasienter presenteres også

IT-avdelingen

Tanker og ideer om IT i foreningen skisseres ved Terje Apeland og Markus Rumpfeld.

Referat fra Heidelberg

Et omfattende referat er gjengitt i regi av Einar Svarstad fra "nephrologisches seminar, det er nesten en liten lærebok, noe for en hver smak om både nyresykdom, dialyse og transplantasjon.

Stipendordninger for nefrologer

I dette nummer vises igjen til mulige stipender for nefrologer - både foreningens eget stipend og flere andre

Møtekalender og annet stoff

Vi viser til noen sentrale møter i nefrologi fremover.

Vi savner fortsatt så absolutt ditt bidrag til Forum! Mangelen kan bli bladets banesår!

Her kunne det stått noe du har skrevet og som kunne ha interesse for flere av medlemmene

Du behøver ikke forholde deg taus, Forum er raus når det gjelder å trykke innsendte bidrag, vi kan ikke skryte av høy refusjonsprosent men høy impact factor på bakkeplanet

Vi mottar gjerne
Referater fra møter
Referater fra komiteer
Praktiske tips for nefrologer
Forskningsinnslag
Kasuistikker
Originalartikler uten håp om publisering i andre tidsskrift?

Vi mottar ikke så gjerne
Reiseskildringer samt
Mishagsyttringer og klager

God påske!

**E-mail
adresser
for
Forenin-
gens
medlem-
mer-
send oss
din!**

Aakervik, Odd, Innherred sykehus	<i>oaak@online.no</i>
Apeland, Terje, Sentralsykehuset i Rogaland	<i>apeland@online.no</i>
Bangstad, Hans Jacob, barneavd, Ullevål sykehus	<i>h.j.bangstad@ioks.uio.no</i>
Brekke, Inge B, Rikshospitalet	<i>inge.brekke@rh.uio.no</i>
Bentdal, Øistein, Rikshospitalet	<i>Oistein.bentdal@klinmed.uio.no</i>
Broch, Lars Ulrik	<i>Lars.ulrik.broch@rikshospitalet.no</i>
Fauchald, Per, Rikshospitalet	<i>Per.fauchald@rikshospitalet.no</i>
Draganov, Branimir, Ullevål sykehus	<i>Branimir.draganov@ulleva.no</i>
Dyrbekk, Dagfinn	<i>Dyrbekk@online.no</i>
Ganss Rudiger, SiA	<i>ganss@online.no</i>
Gøransson, Lasse, Stavanger	<i>Lassegoransson@c2i.net</i>
Hallan, Stein, St.Olavs hospital, Trondheim	<i>Stein.Hallan@medisin.ntnu.no</i>
Hartmann, Anders, Rikshospitalet	<i>Anders.hartmann@rikshospitalet.no</i>
Hjelmesæth Jøran, Vestfold Sentralsykehus	<i>joran@online.no</i>
Holdaas, Hallvard, Rikshospitalet	<i>hholdaas@online.no</i>
Hunderi, Odd Helge, Østfold sykehus	<i>hunderi@online.no</i>
Iversen, Bjarne, Haukeland sykehus	<i>Bjarne.Iversen@meda.uib.no</i>
Jenssen, Trond, Rikshospitalet	<i>Trond.jenssen@rikshospitalet.no</i>
Jørstad, Størker, St.Olavs hospital, Trondheim	<i>storker.jorstad@medisin.ntnu.no</i>
Ljønes, Finn, Rikshospitalet	<i>Finn.Ljones@rikshospitalet.no</i>
Kronborg, Jens, Fylkessykehuset i Lillehammer	<i>Jens.Kronborg@oppland-f.kommune.no</i>
Kronborg, Jens, Lillehammer	<i>jens.kronborg@c2i.net</i>
Leivestad, Torbjørn, Rikshospitalet	<i>torbjorn.leivestad@rikshospitalet.no</i>
Midtvedt, Karsten, Rikshospitalet	<i>karsten.midtvedt@rikshospitalet.no</i>
Murer, Fred, Rana sykehus	<i>FAM@rasyk.infokomp.no</i>
Os, Ingrid, Ullevål sykehus	<i>ingrid.os@ulleva.oslo.kommune.no</i>
Paulsen, Dag, Fylkessykehuset, Lillehammer	<i>dag.paulsen@oppland-f.kommune.no</i>
Pfeffer, Per, Rikshospitalet	<i>Per.pfeffer@rikshospitalet.no</i>
Rumpsfeld, Markus, Regionsykehuset i Tromsø	<i>medmar@rito.no</i>
Radtko Andreas	<i>rada@os.telia.no</i>
Stefansen, Dag, Sandnessjøen	<i>dstefans@online.no</i>
Stokke, Eirik Schram, Rikshospitalet	<i>Eirik.stokke@rikshospitalet.no</i>
Sund, Ståle, Rikshospitalet	<i>stale.sund@rikshospitalet.no</i>
Svarstad Einar, Haukeland sykehus	<i>einar.svarstad@meda.uib.no</i>
Ulrichsen, Helge, Harstad	<i>Ulrhe@Harstad-Sykehus.no</i>
Wiik-Larsen, Else	<i>ewlarsen@online.no</i>
Widerøe, Tor Erik, Trondheim	<i>torerikw@mtsrv.medisin.ntnu.no</i>
Westlie Lars	<i>lwestlie@online.no</i>
Aasarød, Knut, St.Olavs hospital, Trondheim	<i>knut.aasarod@medisin.ntnu.no</i>

Norsk nyremedisinsk forening's Internettside

Nyreforeningens internettside, eller nyreforenings web side er blitt laget for en del år siden av Terje Apeland og oppdateres regelmessig fra han som ansvarlig redaktør. Tilbakemeldingene har vært positive og nyreforeningen er representert på nettet med en flott informativ side for medlemmene og andre interessenter.

Imidlertid har vi i det seinere tid mottatt signaler om at dere ønsker noen forandringer eller tilleggstjenester uten at det har blitt nærmere spesifisert. Det har blitt nevnt problemer med å finne siden, grunnet en vanskelig adresse, men det er nok den konkreteste tilbakemelding vi har fått.

En ny og lettere adresse vil vi imidlertid få i nærmeste framtid. I tillegg er vi interessert i å bygge ut siden, dersom medlemmene gi konkrete tilbakemeldinger. Det er mange innholdsaspekter som er aktuelle, men de vil kreve innsats og initiativ fra medlemmene.

Terje og jeg vil gjerne mottar ideer.

Innholdet som kan legges ut og kan blåses ny liv i er f.eks.

a) presentasjon av foreningen, sykehusesene med nefrologisk virksomhet og emailadresse til nefrologene (dersom det foreligger tillatelse og det dreier seg om adresser fra arbeidsplassen); arbeidsgrupper med mandat og sammensetning; utdanningsinstitusjoner, spesialistregler etc.

b) Rikshospitalet: informasjon om studier, referater fra viktige møter (samarbeidsmøte, mulig med fordypende kommentarer), Informasjon om ventelister til TX,

c) Skjemaer etc...

d) Bergen . Nyrebiopsiregistret

e) nefrologisk forum

f) Nyreregistret (er godt etablert og er den mest oppsøkte siden på nettet)

g) Forskningsrapporter

h) kvalitetshåndbok

i) Stipendordninger

j) nyheter fra foreningen

k) program til nasjonale møter (Lillehammerkurset, Nyrekursene, Ultralydkurset, vårmøte, etc.)

l) linker til relevante organisasjoner, tidsskrifter

m) Portal for emailbasert diskusjonsrunde (Har tidligere blitt startet men har sovnet inn)

n) begrenset engelsk versjon

... og selvfølgelig til mye mer dersom det er interesse.

Vi ønsker oss lokale redaktører som er villig til å samle materialet fra deres helseforetak og ikke minst er aktiv deltakelse i eventuelle diskusjonsgrupper en forutsetning hvis man ønsker å holde liv i slike tjenester.

Men det synes ikke meningsfylt å legge ut alt på nettet uten at dere melder behov og interesse.

Vi tar gjerne imot forslag

*Hilsen
Markus og Terje*

Markus: markus.rumpsfeld@unn.no

Terje : terje.apel@c2i

*Send en
mail til
apeland@online.no*

*I selve
brevet
skriver du
to ord:
"Min
adresse"
og
undertegner*

*Dette vil
gjøre det
mulig å
opprette en
intern
adressebok,
som bare vil
bli
tilgjengelig
for
medlemmer*

Redaktøren takker igjen overlegene Terje Apeland og Markus Rumpsfeld for en kjempeinnsats med våre web-sider ! Det går ikke av seg sjæl!

Nefrologiregisterets spalter

Status i Nefrologiregisteret

Nå, midt i mars, burde vi hatt full oversikt over insidens- og prevalenstillene for behandlingsåret 2001. Dessverre mangler ennå tallene fra et par av de største sentrene, men siden dette er sentre som pleier være bra a jour med de løpende meldinger regner jeg med at mine tall er nokså nær korrekte.

De tilsier at vi i 2001 satte ny insidensrekord, med 423 nye i behandling, mot 401 i 2000. Likevel utgjør ikke dette mer enn 94 pr. million, så vi ligger fortsatt lavt i internasjonal sammenheng og stadig langt under de svenske og danske tall. Hvorfor vi ligger så lavt har vel dere bedre forutsetninger for å vite enn jeg? De fleste (80%) startet med HD, bare 9% ble predialytisk transplantert og 11% startet med PD som første behandlingsform.

Av 2756 pasienter i behandling ved årsskiftet (612 pr. million), hadde 74% fungerende transplantat. Antallet pasienter i HD hadde økt med 18%, fra 525 til 621, og det antar jeg representerer en følbar belastning for mange dialyseavdelinger. For de avdelinger der jeg har fått oppgave over utførte hemodialyser er det skjedd en økning på drøyt 10% fra året før. Men antallet PD-pasienter hadde falt fra fjorårets rekord på 119 ned til 99, og dermed samme nivå som i 98-99. Så det ser stadig ut som PD har problemer med populariteten. Fire sentre hadde ingen i PD ved årsskiftet, bare Ullevål, Lillehammer og Bergen hadde mer enn ti.

Så snart jeg har fått avstemt tallene med alle sentra kommer jeg til å maile rundt et Excel-ark med 2001-oversikt til alle kolleger som har gitt meg sin mail-adresse. Har jeg fått DIN? Hvis ikke: send en mail til torbjorn.leivestad@rikshospitalet.no og kom på listen!

Årsskjema 2001

Det strømmer stadig på med utfylte skjemaer og jeg har fått satt en sivilarbeider her på IMMI igang med samfunnsnyttig arbeid. Jeg vil gjerne tro det også er fredsskapende. Hvis det fortsatt går rimelig unna for han vil vi kunne kontrollere like over påske (og når fristen 31. mars er

ute) hvem som er utestående. Jeg håper vi kan komme over 90% spontan-rapportering, før jeg begynner å mase på dere enkeltvis.

Navnede skjemaer ble sendt til det senter pasienten "tilhørte" ved siste registrering i databasen. En del pasienter har byttet senter i perioden, men jeg får ytterst få løpende meldinger til registeret om slikt. Noen av dere ga meg raskt tilbakemelding da dere fikk skjemaabunkene om pasienter som hadde flyttet så de nye sentre fikk sjansen til å rapportere i tide. Erfaringen er at noen av dere ikke sjekker dette før dere er ferdig med resten av skjemaene (og kanskje ikke engang da!), slik at jeg purrer på feil senter både en og flere ganger. Så hvis dere ikke nyter å bli mast på – meld overflytninger i tide før årsskjemaene distribueres!

Jeg ser jo gjennom alle skjemaer som kommer inn og har vel et inntrykk av at utfyllingen heller er litt bedre enn før. Det synes å være færre forglemmelser av obligatoriske data, flere som har greidd selv å regne ut gjennomsnittsdoser av medikamenter med alternerende dosering og færre som overdriver desimalbruken. Med hensyn til skjønnskrift og lesbarhet er det vel som før om årene.

Utfylling av skjemaene

Jeg vet ikke i hvilken grad dere som rapportører har gjort dere tanker om hvordan skjemaene brukes og om deres måte å besvare spørsmålene forenkler eller kompliserer den videre behandling. Skjemaene etterspør jo ikke alle opplysninger som kan være av betydning og det kan være nærliggende å gi tilleggsopplysninger. Men alle data som ikke har sin rubrikk kan likevel ikke brukes til noe fornuftig, de kan ikke bearbeides, noteres ikke i våre databaser og føres ikke inn i pasientens eventuelle journal ved RH. Det du skriver i feltene bør vanligvis være det sivilarbeideren skal skrive inn i feltet. F.eks. er det ingen grunn til å skrive "Alert" inn i feltet for kolesterol, det markeres med et "x" for "Alert study". Da vet jeg at du ikke forventes å ha noen kolesterolverdi å oppgi, og han som skriver inn kan uten videre hoppe over feltet i stedet for å studere på hva det står eller lures til å forsøke skrive tekstopplysninger i et tallfelt. Når CellCept-dosen etterspørres som 'g/d' burde det være unødvendig å få til svar "2000", naturligvis er det innlysende både for dere og meg at dere mente 'mg/d', men hverken sivilarbeidere eller databasens regneprogrammer har intuisjon.

Nefrologiregisterets spalter

Folk forholder seg forskjellig til en del tallfelt. I eksempelet kolesterol ville vel ingen fylt ut feltet med tallet "0" dersom ingen prøve var tatt. Analogt med det vil jeg hevde det er ulogisk å sette "0" i feltet "Neoral (CsA)" for en pasient som aldri har brukt midlet, mens det kan være logisk å sette "0" hvis Neoral har vært brukt, men nå er seponert. Ønsker du markere i et felt at du har tenkt gjennom/undersøkt at du ikke har noe å rapportere kan du jo gjøre det med "-" (strek).

Du kan få skjemaet i retur!

Som noen vet sender jeg i retur tx-skjemaer der immunsuppresjon mangler helt eller er åpenbart mangelfull. Jeg mistenker at Imurel er uteglemt i en del tilfelle, men er det gitt opplysning både om Neoral/Prograf og Prednisolon sjekker jeg ikke dette ekstra. Uteglemt kreatinin er klar returgrunn. Manglende CsA/Takrolimus-konsentrasjon tar jeg mindre tungt, det er bedre at det feltet står tomt enn at dere oppgir en verdi dere selv vet er misvisende fordi pasienten hadde tatt dagens dose! Når det oppgis at opplysningene stammer fra mai-juni 2001 tillater jeg meg å protestere, siden det er bedt om årsskiftstatus synes jeg det er å trekke det langt! De fleste pasienter går vel til hyppigere kontroller enn en gang i året? På skjemaet er presisert at vi regner 4. kvartal 2001 og 1. kvartal 2002 som representative - det burde ikke være mange som ikke har vært innom i løpet av den perioden?

Noen av opplysningene etterspørres som klar tekst, der siler jeg ut det jeg synes skal med og koder det for dataregistrering. Det er ikke alt dere oppgir under "Infeksjon" jeg ville oppfattet som infeksjonssykdom og jeg stiller meg også tvilende til at alle har medført innleggelse. Vi har ikke laget et godt system for fullstendig registrering, så det blir til at jeg koder den alvorligste infeksjonen som er oppgitt for hver pasient. PD-peritonittene har sitt eget felt nederst på dialyseskjemaet, så de regnes for seg.

Ønskes endringer i skjemaene?

Er det ting det spørres etter på årsskjemaene dere synes bør utgå? Jeg har stilt spørsmålet før, på forskjellige steder og måter, men ikke fått noen svar. Så da er det kanskje bra?

Er det noe dere mener vi burde føye til? Noen tillegg har kommet gjennom årene, sist år var det trombose/emboli. Jeg har tillatt meg å overse opplysning om tette katetre, men er ellers spent på hvilke hendelser vi vil få rapportert. Bør vi for HD-pasienter stille spørsmål om blodtilgang? Det kan gjøres ved start og på årsskjema, men å registrere alle endringer ville være helt urealistisk. Spørsmålet om vi skal registrere KT/V og/eller PCR utstår til det foreligger konsensus om beregning og forståelse.

Lokale møter?

Registeret har ikke egne økonomiske midler, driften på RH dekkes av avdelingene. Til min overraskelse fikk jeg noe støtte fra Statens Helse-tilsyn i fjor. Noen av de midlene ble brukt til en reise til Stavanger med et møte med staben ved nyreseksjonen der. Dersom vi får tilsvarende midler i år kunne jeg godt tenke meg å reise for å ha lignende møter med andre nyreseksjoner i løpet av høsten. De som tror det kunne ha interesse for deres senter bes herved om å melde seg.

Dagens utfordringer:

- Er rutinene for registrering og melding av nye pasienter optimal ved ditt senter? (Jeg vet at svaret kan være "Ja" hos noen og er overbevist om at det bør være "Nei" hos flere!).
- Er senterets rutiner for fordeling, behandling, utfylling og innsending av årsskjemaer optimal?
- Er du a jour med meldinger til registeret?

Torbjørn Leivestad

Det er bra med en vaktbikkje (TL) som tar jobben alvorlig og som passer på at vi har en pasientdatabase å være stolte av. Er det ingen som vil foreslå en forskningsoppgave basert på våre registerdata?

Red.

Forskningsnyheter fra norsk nefrologi

Nor2heim –studien

NORwegian 2 Hour NEoral Immunosuppressive Monitoring

Registrering av Cyclosporin A konsentrasjon 2 timer etter inntak av medisiner (C2) er i ferd med å bli innført som rutine ved mange transplantasjons-sentre rundt om i verden. Fra 1/1-02 innført vi ved RH C2 målinger som rutine de 10 første ukene etter transplantasjon. Dette på bakgrunn av de gode resultatene som tidligere er publisert samt meget gode preliminare resultater (og erfaringer) fra **Mo2art** som vil bli presentert på transplantasjonskongress i Washington nå i april/mai. På de pasientene som kommer opp i C2 tidlig etter transplantasjon (dag 5) er reaksjonsinsidensen overraskende lav! Da alle data er konfidensielle kan jeg ikke fortelle at insidensen var under 5%.....

Det mangler imidlertid gode data på hvor C2 bør være i senforløpet etter transplantasjon. Derfor switcher vi de transplanterte til C0 måling ca. 10 uker etter transplantasjon.. Manglende data er hovedgrunnen til at vi ønsker å registrere data i NOR2HEIM studien. De fleste sykehus i Norge har nå kommet godt i gang og jeg har lagt inn ca.400 tall i en data base (data fra 200 pasienter). Vi som jobber med NOR2HEIM mener det skal være mulig å få registrert minst 80% av de aktuelle pasientene (dvs data fra ca 1200 pasienter). Vi er klar over at dette innebærer merarbeid for mange, men hvis det viser seg at resultatene fra en registrering i Canada er riktig vil ca. 40 % av våre pasienter kunne redusere dosen med Cyclosporin A. Dette medførte (i Canada) en signifikant reduksjon i serum kreatinin, BT og lipidverdier uten at det økte antall reaksjoner. Her er det mye å vinne (samt kroner å spare) hvis tall og data kan overføres til den norske populasjonen. Jeg håper at alle fortsetter det gode arbeidet som er begynt og så vil mer konkrete tall og data bli presentert på vårmøte i Stavanger. Du kommer vel!!!!

Karsten Midtvedt

I samarbeid med ; Per Fauchald, Aud Høieggen, Tor-Erik Widerøe, Einar Svarstad, Harald Bgrem, Stein Bergan og Bjørn O. Eriksen

Et nytt forskningssamarbeidsprosjekt.

Det er etablert en styringsgruppe for et planlagt landsomfattende forskningsprosjekt. Det gjelder en planlagt randomisert studie av stabile nyretransplanterte minst ett år etter transplantasjonen. Disse får i dag immundempende behandling med Sandimmun neoral, CellCept og prednison. Dette er trolig for kraftig behandling på lang sikt. Vi har derfor ønsket å redusere immunsuppresjonen fra dette tidspunkt etter transplantasjonen.

200 nyretransplanterte

I denne studien som er planlagt å omfatte omtrent 200 pasienter vil man enten seponere CellCept eller Sandimmun neoral hos lavrisikopasienter (ikke steroidresistent reaksjon eller PRA). Pasientene skal følges i minst ett år. Primærmålet er nyrefunksjonen (kalkulert GFR) etter ett år, men det vil også studeres andre parametere. Studien er planlagt å starte i løpet av år 2002. Den vil bli fremlagt på vårmøtet i Stavanger.

Norsk initiativ fra nefrologer

Det nye med denne studien er at den er initiert av norske nefrologer og styringsgruppen som er etablert består av representanter fra alle Universitetssykehusene og Sentralsykehuset i Rogaland. Styringsgruppen har store forventninger til prosjektet og det tette samarbeidet som dette vil skape. Studien gir dessuten forhåpentligvis mulighet for delstudier som gjør at flere av nefrologene kan få meritt av dette. Man kan tenke seg både glukoseintoleranse, blodtrykk, lipider, homocysteien og livskvalitet som aktuelle delprosjekter.

Du vil få mer informasjon etter hvert og er du interessert kan du ta kontakt med en av oss.

Anders Hartmann, Einar Svarstad, Ingrid Os, Rudiger Ganss, Terje Apeland, Cecilia Øien, Torbjørn Leivestad og Per Fauchald

De fleste sykehus i Norge har nå kommet godt i gang og jeg har lagt inn i en data base data fra 200 pasienter. Vi som jobber med NOR2HEIM mener det skal være mulig å få registrert minst 80% av de aktuelle pasientene, dvs data fra ca 1200 pasienter.

Program for vårmøtet i Stavanger 6-9.juni

Foreløpig program

Torsdag 6/6-2002

19.00 Avreise med buss til Utstein
Kloster m. middag.

Fredag 7/6

8.30-8.35 Introduksjon
Einar Svarstad
8.35-8.40 Praktisk informasjon
Harald Bergrem
8.45-9.15 Nefrologi i 2002: utfordringer
Bo Feldt Rasmussen,
Rigshospitalet, København

Registre og databaser i Nyremedisin

9.30-9.50 Norsk nefrologiregister:
for hvem og for hva?
Torbjørn Leivestad
9.50-10.00 Registeret og
"benchmarking". Noe for
NNF?
Harald Bergrem
10.00-10.30 Diskusjon
10.30-11.15 Pause

11.15-12.00 **Andre Registre i nyremedisin: hvorfor, for hvem, hva kommer ut?**

- Norsk Nyrebiopsiregister
Bjarne Iversen
- Erfaringer fra forskningsprosjekt utgående fra nyrebiopsi registeret
Knut Asarød
- Norsk Nyredonor register
Anders Hartmann
- Diskusjon

12.00-12.30 **British Renal Registry and Quality of Care development** Terry Feest, Bristol

12.30-13.30 Lunsj

1330-1545 **Minisymposium om dialyse**

13.30-14.00 Peritonealdialyse: Ny teknologi : Nyttig i hverdagen?
Tor Erik Widerøe

14.00-14.30 Peritonealdialyse : Hvordan behandle infeksjoner?

14.30-14.45 Pause

14.45-15.15 Dialysevann: om bakterier og endotoxiner
Håvard Aksnes

15.15-15.45 Hemodialyse, nye for mer, nytte i hverdagen?
Lasse Gøransson

16.30-17.30 **Hypertension sett med nefrologens øyne**

- Renovaskulær hypertensjon
Dag Paulsen
- Erfaringer med renal revaskularisering på Rikshospitalet
Karsten Midtvedt
- BT behandling ved kronisk nyresvikt: er vi gode nok? Resultater av en observasjonsstudie.
Bjørn Oddvar Eriksen
- 24 timers BTmåling og mikroalbuminuri
Aud Stenehjelm

17.30-18.00 Klinisk immunologi for nefrologer: Diagnose og behandling av vasculitter
Knut Asarød

19.30 Middag

Lørdag 8/6

8.30-9.00 Om hypertensjon
Jarle Ofstad

9.00-10.00 MSD Satelittsymposium
10.00-10.45 Pause

10.45-11.45 Solvay Pharma Satelittsymposium: "Om hypertensjon"
Hans Ibsen, København

Program for vårmøtet i Stavanger 6-9.juni

12.15-17.30 Båttur med lunch
19.30 Festmiddag Hotel Radisson Atlantic

Søndag 9/6-02

9.00-9.15 CyA, C2 målinger og NORHEIM studien
Karsten Midtvedt

9.15-9.30 Endotelrelaterte proteiner og malodialdehyd hos dialysepasienter før og etter folinsyre
Terje Apeland

9.30-9.45 Dysproteinemi og nyreaffeksjon
Rune Bjørneklett

9.45-10.00 Teledialyse i Nord-Norge: Prosjektevaluering
Markus Rumpsfeldt

10.00-10.15 Fabry's sykdom
Alv Johan Skarbovik

10.15-10.30 Dialyse, fistel kirurgi: et 5 års materiale
Mathias Wolff

10.30-10.45 Pause

10.45-11.00 Uremi og genetik: et "nytt" syndrom
Solveig Sæta

11.00-12.00 **Hva kan vi sammen få til ?**
Ordstyrer: Einar Svarstad

- Tanker om mulige samarbeidsprosjekter
Ingrid Os
- Tanker om mulige samarbeidsprosjekter
Anders Hartman
- Tanker om mulige samarbeidsprosjekter
Repr. fra legemiddelindustri
- Diskusjon

12.00 Avslutning

Programmet er foreløpig og endringer kan fortsatt komme.

Vert for vårmøtet er seksjonsoverlege på nyreseksjonen ved Rogaland Sentralsykehus, Harald Bergrem.

Sammen med styret i foreningen og programkomiteen har vertskapet som vanlig lagt opp til et godt faglig og sosialt program.



Det er derfor med stor fortrolighet og glede vi som medlemmer av foreningen kan se frem til vårmøtet og så denne gangen.



Har du ikke meldt deg på ennå- så gjør det nå. Som medlem har du mottatt invitasjon med mulighet for deltakelse på samtlige arrangementer knyttet til møtet



På vegne av en influensasyk vert ønskes alle velkommen til Stavanger

Redaktøren NF

Referat fra Nephrologisches Seminar i Heidelberg 28. februar til 1. mars 2002

Heidelberg og Nephrologisches Seminar

Heidelberg er med sine 120.000 innbyggere, 25.000 studenter og en godt bevart gammel bydel en av de mest sjarmerende universitetsbyer i Tyskland. Hver vår avholder Eberhard Ritz sitt Nephrologisches Seminar i Heidelberg. Han er den eminente møteleder, som ved sine brede kunnskaper innen hele nefrologien, binder møtet sammen til en stor faglig opplevelse.

I de senere år har flere norske nefrologer deltatt i møtet. I år ble seminaret avholdt for 26. gang. Det var ca 700 deltakere fra 11 land som fylte Universitsaulaen. Det er bare inviterte foredragsholdere. I forkant av møtet får alle møtedeltakerne tilsendt en meget fyldig samling av artikler, litteraturreferanser og abstracts som har relevans til programmet. Temaene er en blanding av klinisk og teoretisk nefrologi. Det gir høy prestisje å bli invitert som foredragsholder. Det dreier seg om foredragsholdere som er aktuelle ved at de nylig har markert seg gjennom publikasjoner i den internasjonale nefrologiske fagpresse. Alle innleggene virker særdeles godt gjennomarbeidet og blir fremført på en elegant måte.

Nedenstående referat er et felles bidrag fra den norske gruppen som bestod av: *Dagfinn Dyrbekk, Tor-Axel Gjellestad, Rudiger Ganss, Anne-Beathe Tafford, Odd Aakervik, Markus Rumpfeld, Micaela Thierley og Einar Svarstad*

Kortversjon om viktige nyheter

for dem som ikke orker å lese alt som står lenger nede:

- Infliximab eller entercept er aktuelle terapimuligheter som utforskes ved terapieresistent ANCA-positiv vaskulitt
- Nye muligheter for diagnostikk og behandling av morbus Fabry
- Pasienter med nedsatt fetuin-speil bør trolig ha mer intens fosfatbindende behandling
- Induksjon av immuntoleranse vil gjøre kontinuerlig immunterapi overflødig (?)
- Aktivert protein C bedrer prognosen

ved septisk sjokk

- Har "pure red cell aplasia" sammenheng med subcutan applikasjon av epo ?
- Moxonidin (Physiotens) kan trolig også brukes til nyresvikt-pasienter
- Urinmikroskopi anbefales som screeningmetode av BK-virus infeksjon

Kidney in pregnancy and pregnancy in women with renal disease *(Alex Davison)*

Svangerskapsindusert hypertensjon:

Ved svangerskapsindusert hypertensjon finnes forandringer både i placenta og nyrer. Pathogenesen er fortsatt uklar, men i motsetning til normalsvangerskap er plasmavolumet redusert og det foreligger økt systemisk motstand. Dette tror man kan være utløst av dannelse av receptorer som øker respons på angiotensin II. En vil da få blokkert den nedregulering av AT II receptorer som vanligvis skjer tidlig i svangerskapet. Dermed får en økt systemisk motstand og blodtrykkstigning. Definisjon er diastolisk BT > 90 mmHg etter 20. svangerskapsuke eller en økning av diastolisk BT på ≥ 25 mmHg. Risikofaktorer er primigravida, alder > 35 år, overvektige, diabetes mellitus, anamnestic migrane, tvillinggraviditet, opphopning av pre-eklampsi i familien. Alle former for svangerskapsassosiert hypertensjon medfører en økt risiko både for hypertensjon og nyresykdom senere i livet. Det er fortsatt alfametyldopa, labetalol og nifedipin som er aktuelle behandlingsvalg.

Akutt nyresvikt

De svært alvorlige nyrekomplikasjonene ved svangerskap ses heldigvis sjelden. Forekomst av akutt nyresvikt er sjeldnere enn 1 pr 10.000 svangerskap. De viktigste årsakene er hypovolemi, koagulopati, infeksjon og obstruksjon. De spesifikke svangerskapsutløste årsakene til nyresvikt er akutt cortical nekrose, hemolytisk uremisk syndrom og Hellp syndrom. De to førstnevnte vil som regel føre til en varig nyreskade, med irreversibel nyresvikt hos en del. Hellp syndromet er som regel assosiert med god nyreprognose etter en variabel periode med nyresvikt.

Risiko ved redusert nyrefunksjon

Hos pasienter med glomerulonefritter og preeksisterende proteinuri, vil en som oftest få økende proteintap og stigende blodtrykk. Spesielt er det registrert fall i nyrefunksjon i 3. trimester hos pasienter med mesangiocapillære nefritter. Utfallet hos pasienter med sekundære glomerulonefritter er oftest avhengig av aktivitet i grunnsykdommen ved graviditetstidspunktet. Risiko øker proporsjonalt med s-kreatinin. Hvis s-kreatinin er 125-250 $\mu\text{mol/l}$ er der 90% sjanse for å gjennomføre et vellykket svangerskap, prosenten faller til 50% når s-kreatinin er $> 250 \mu\text{mol/l}$. Hos tidligere nyrefriske poengterte Davison at manglende fall i kreatinin og urinstoff utover i svangerskapet bør gi mistanke om underliggende nyresykdom og foranledige hyppigere kontroll (ikke-gravid kreatinin 73 $\mu\text{mol/liter}$, faller til gj.snittlig 65, 51 og 47 i hhv. første, andre og tredje trimester). Etter transplantasjon er gjennomføring av et vellykket svangerskap mest sannsynlig hvis en venter med graviditet til 2 år etter transplantasjonen, har minimal proteinuri, normalt BT, stabil graftfunksjon og fravær av reaksjonsepisoder. Ved for tidlig fødte barn av transplanterte, må en være obs på komplikasjoner hos barnet i form av adrenocortical svikt, hemmet hematopoiese og immunologiske problemer. Ved graviditet og dialysebehov bør det gjøres daglig dialyse.

Nierenhistologische Befunde bei paraproteinaemie

(Kerstin Amann)

I diagnostikk av lett-kjede sykdom er elektronmikroskopi av nyrebiopsier helt nødvendig for å kunne avsløre fibrillært materiale. I tillegg må det farges med kongorødt og kappa- og lambda-farging. Det er viktig å huske på at de lysmikroskopiske funnene ved lettjede-sykdom kan være mangfoldige med mange differensialdiagnoser:

1. nodulær glomerulosklerose
 - a. Amyloidose?
 - b. Lettkjedesykdom?
 - c. Diabetes mellitus?
 - d. Membranoproliferativ GN?
2. diffus glomerulosklerose
3. subendoteliale og/eller intramembranøse Ig-avleiringer

Treatment of vasculitis

(Savage, Birmingham)

Hennes foredrag var en oppdatering om aktuelle studier på pasienter med ANCA-positive vaskulitter (Wegener, mikroskopisk polyangiitt og Churg Strauss) med utgangspunkt i European Vasculitis Study Group (EUVAS):

CYCAZAREM: prospektiv randomisert studie som sammenlikner cyclophosphamide og azathioprine i vedlikehold av remisjon etter 3 måneders behandling med prednisolon og cyclophosphamide. Etter 18 måneders behandling var der ingen forskjell mellom gruppene (17% relaps), men relaps synes vanligere hos pasienter med Wegener enn hos pasienter med mikroskopisk polyangiitt. En mulig løsning er derfor å erstatte cyclofosfamid med azathioprin etter de første 3(-6) mnd og redusere/evt seponere prednisolon senere. Foreløpig er det uklart om fortsatt azathioprinbehandling utover 18-24 mnd bidrar til å redusere langtidsrisiko for recidiv. REMAIN er en pågående studie som tar sikte på å besvare dette spørsmålet.

CYCLOPS: prospektiv randomisert studie som sammenlikner resultater av oral (daglig) eller puls cyclophosphamide induksjonsbehandling. Studien rekrutterer fremdeles pasienter, og de første resultater foreligger trolig til neste år. Denne undersøkelsen er viktig fordi en meta-analyse (3 studier med til sammen 143 pasienter) har vist at pulsbehandling er signifikant bedre enn oral (daglig) behandling når det gjelder induksjon av remisjon (OR 0.29; 95% CI 0.12-0.73) med signifikant lavere infeksjonsrisiko og leukopeni. Relaps-rate, ESRD og mortalitet var imidlertid ikke signifikant forskjellig mellom disse to gruppene.

MEPEX: sammenlikner iv. puls prednisolon (3 dager) og plasmautskiftning (7 behandlinger) i induksjonsbehandling hos pasienter med s-kreatinin $> 500 \mu\text{mol/liter}$.

IMPROVE: sammenlikner vedlikeholdsbehandling med azathioprine eller mykofenolat.

Ved terapieresistente eller cyclophosphamide intolerant sykdom er det forsøkt å bruke anti-T-celle monoklonale antistoffer eller anti thymocytglobulin. Forsøk pågår med behandling med infliximab (anti-TNF) eller entercept (rekombinant fusjonsprotein som består av to p75 reseptorer for TNF bundet til Fc-delen av humant IgG-1). Etanercept er testet på 20 terapieresistente pasienter i en åpen toleranse-studie i kombinasjon med cyclophosphamide: 19/20 pasienter gikk i remisjon.

Viktige momenter i kontroll og behandling av vaskulitt pasienter:

- 3 måneders kontrollintervaller for å opp-

dage evt. residiv

- prediktiv verdi av stigende ANCA-titer for relaps er 57%
- terapi av relaps individualiseres på bakgrunn av intensitet og tidspunkt av relaps
- differensialdiagnostikk mellom vevsskade som følge av arr-prosesser eller aktiv sykdom

Neue Therapiemöglichkeiten bei Morbus Fabry

(C. Wanner)

Behandlingen var tidligere kun symptomatisk, men det er nå tilgjengelig 2 enzymerstatninger til iv. bruk: agalsidase alfa og agalsidase beta, hvorav det førstnevnte er tatt i bruk også i Norge. Behandlingen gis hver 14. dag, foreløpig på ubestemt tid. Det er spesielt 2 studier som dokumenterer effekten av behandlingen, disse er publisert i hhv. NEJM 2001; 345: 9-16 og JAMA 2001; 285: 2743-2749. De publiserte studiene viser at rekombinant α -galactosidase A (1 mg/kg annenhver uke i ett år) reverserer akkumulasjon av mikrovaskulære endoteliale avleiringer av globotriaosylceramide i nyrer, hjerte og hud. Det har vist seg å være lite bivirkninger, men det er registrert antistoffutvikling uten at disse ser ut til å ha nøytraliserende egenskaper. Behandlingen er kostbar, og det er ikke avklart hvilke regime som er mest effektivt for initial- og vedlikeholdsbehandling. Andre fremtidige behandlingsformer som kan bli aktuelle er genterapi og substratdeprivasjon.

I tillegg til "klassisk Fabry" kjenner man nå en "renal" og en "kardial" fenotype som ikke har de vanlige kliniske kjennemerker. Den renale og kardiale varianten blir derfor ofte ikke diagnostisert. Den renale varianten er nylig påvist hos japanske dialysepasienter hvor end-stage nyresykdom først var oppfattet som "kronisk glomerulonefritt" (Nakao et al, unpubliserte data). Disse pasientene diagnostiseres nå ved bestemmelse av (lav) plasma α -Gal A aktivitet, og DNA-analyse har identifisert spesifikke α -Gal A gen-mutasjoner. Det kan synes som om nefropatologien hos disse pasientene er den samme som ved klassisk Fabry (karakteristiske lysosomale forandringer ved elektronmikroskopi). Genzyme markedsfører "blood spot screening" (e-mailadresse: fabryinfo@genzyme.com). Prevalens av klassisk Fabry er 1:117000. I screeningtest på 1152 japanske dialysepasienter (637 menn, 515 kvinner) var 15 positive (11 menn (1.7%) og 4 kvinner (0.8%)) (Spade et al

2001). Denne diagnostikken blir nå viktig, bl.a. for å kartlegge familiemedlemmer som ennå ikke har sykdomssymptomer. Og spørsmålet om disse pasientene skal ha enzymerstatnings-terapi vil garantert bli et "hett tema".

Phosphatbinder-therapie

(Hergesell)

Fokus var på hyperfosfatemiens betydning som uavhengig risikofaktor for den høye kardiovaskulære morbiditet og mortalitet hos dialysepasienter (Block et al. Association of serum phosphorus and calcium x phosphate product with mortality risk in chronic hemodialysis patients: a national study. Am J Kidney Dis 1998; 31: 607-617). Man fjerner mer fosfat ved hyppig dialyse enn med forlenkede dialysesesjoner (selv om antall timer er det samme).

Nye alternative fosfatbindere er

- sevelamer (Renagel) som krever relativt høy dosering (gjennomsnittlig 12 kapsler/dag i Slatopolsky's publikasjon i *Kidney Int* 1999), har gastrointestinale bivirkninger, og er kostbart
- lanthan-holdige substanser
- jern-III-holdige substanser. To pilotstudier viser effekt. Gitt som 2.5 g pulver jernhydroksyd til hvert måltid (7.5 g/dag) i 4 uker senket man s-fosfat med 20% og u-fosfat med 37% uten at s-ferritin eller s-jern endret seg og uten signifikante bivirkninger (Hergesell & Ritz. Stabilized polynuclear iron hydroxide is an effective oral phosphate binder in uremic patients. *Nephrol Dial Transplant* 1999; 14: 863-867). Man har funnet en doseavhengig effekt opp til 13.6 g/dag hos dialysepasienter behandlet i til sammen 6 uker (Hergesell & Ritz. Dose escalating treatment of hyperphosphatemia with a new iron based phosphate binder in 14 patients on maintenance hemodialysis. *Nephrol Dial Transplant* 2001 (Abstract EDTA-Congress)). En større multisenterstudie er under utføring.

Gefassverkalkung bei Niereninsuffizienz

(Ketteler)

Kardiovaskulær sykdom er 5-20 ganger vanligere hos dialysepasienter enn hos friske, patogenesen er multifaktoriell og kun delvis kjent. Av betydning er

- grunnlidelse (f. eks. diabetes)
- hypertensjon, salt og volumbelastning
- ekstra volumbelastning som følge av AV-fistel
- renal anemi
- lipidforandringer (type IV og Lp (a))
- forhøyet homocystein
- forhøyet PTH? (uremi-toksin?)
- karveggsforkalkninger (forhøyet Ca x P produkt)

Etter 10 år i dialyse har omtrent 100% av pasientene vaskulære forkalkninger (Goldsmith et al. *Nephron* 1997; 77: 37-43), lokalisert til media (hydrokspyatit) til forskjell fra atherosklerotiske intima-forkalkninger. Electron beam CT har også vist slike forandringer i koronarkar også hos svært unge dialysepasienter (Goodman et al. *NEJM* 2000; 342: 1478-1483), og denne studien har vært banebrytende også fordi man fant en sammenheng mellom disse forandringene og bruk av kalsiumholdige fosfatbindere, forekomst av hyperfosfatemi og tiden siden start av dialyse. Siden imidlertid ikke alle undersøkelser har vist slike klare sammenhenger mellom Ca x P produkt og karsykdom, foregår det stadig en jakt på andre modifierende faktorer som kan påvirke presipitasjonsteoriene. Det er særlig tre Ca-regulerende proteiner som er gjenstand for forskning i denne sammenheng:

- α 2-HS glykoprotein (fetuin) forhindrer in vitro dannelse av apatit, og finst i høy konsentrasjon i normalt plasma (kan måles med ELISA-teknikk). Proteinene er ansvarlig for ca 50% av den presipitasjonshemmende effekt av humant plasma. Polymorfisme er kjent.

Fetuin er trolig av særlig betydning for vaskulære, valvulære og myokardiale forkalkninger, og er et negativt akutfase protein. Dialysepasienter har redusert fetuin-speil. Man har påvist hos dialysepasienter at presipitasjonshemming normaliseres in vitro ved tilførsel av fetuin. Ketteler presenterte også data som viser at lave fetuin-nivå hos dialysepasienter (n=282) korrelerer med totalmortalitet og forhøyet CRP (upubliserte data). Fetuinmangel synes altså å være en ny patofysiologisk mekanisme for forkalkninger i bløtdeler og blodkar hos pasienter med uremi og/eller hemodialyse. De som har redusert fetuin-speil bør trolig behandles med mer aggressiv fosfatbindende tiltak, og betydningen av korreksjon av mikroinflammasjon griper også inn i fetuinhypotesene.

Immune tolerance – no longer a dream

(Sollinger)

Transplantasjonsdelen ble representert av Sollinger (Wisconsin) som ga et innblikk i den "nærmeste" framtid hvor induksjon av immuntoleranse vil gjøre kontinuerlig immunterapi overflødig. Han presenterte resultater fra immuninduksjon med immunotoksiner rettet mot CD 25 (Campath 1H) hhv. CD 3 positive lymfocytter hvor man nå har lovende resultater i små studier med kun rapamycin som kontinuerlig immunosuppression. Denne terapien (som brukes ved leukemi og lymfom) har vist seg effektiv i induksjon, og gode resultater ved påfølgende cyclosporin monoterapi er også publisert (Calne et al. *Campath 1H allows low dose Cyclosporine monotherapy. Transplantation* 1999; 68: 1613-1616).

En samtidig beinmargstransplantasjon og organtransplantasjon har vært prøvd hos pasienter med myelomatose, også hos de kunne immunosuppressjonen seponeres snart etter transplantasjonen uten at organfunksjonen blir tapt (Sykes et al.; 2001 *Mixed chimerism; Philosoph Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 356: 707-716). I dyreforsøk ble det vist at blokade av CD28/B7 og CD40/CD14 interaksjoner forebygger reaksjon ved beinmargstransplantasjon. Blokaden av co-stimulasjonen var veltolerert og kan være et interessant framtidsperspektiv i forhold til organtransplantasjon.

En annen måte å oppnå immuntolerance viste Strober (Strober et al., 1989 *Acquired immune tolerance to cadaveric renal allografts; NEJM* 321:28-33) som reduserte antall lymfocytter rett før transplantasjonen med hjelp av total lymphoid irradiation (TLI). En av hans 24 pasienter var immuntolerant i 10 år. Anti-CD3 immunotoxin har vist seg virksom for toleranseinduksjon i dyreforsøk, noe som hadde vært raskere tilgjengelig enn TLI. I tillegg finnes det flere andre nye strategier for induksjon av immuntoleranse, bl.a. antistoffer mot CD4 T-celler og andre mål. Det trenges videre forskning for at transplanterte en dag kan slippe iallfall en del av sine immunosuppressiva.

Aktiviertes Protein C – eine neue Perspektive in der Therapie des septischen Schocks

(Barckow)

Årsakene til septisk sjokk er ikke kjent. Capillary leakage og ukontrollert vasodilatasjon via NO, og

nedsatt surstoffmetning i vevet er bare toppen av isfjellet. Under normale omstendigheter kontrollerer antiinflammatoriske mediatorer forholdene. Koagulasjonen spiller en sentral rolle i forløpet, og teorien om tromber fremmet et forsøk med AT III. I en kliniske studie som ble gjort, kunne en ikke vise noen forbedret overlevelse. Derimot ga tilførsel av aktivert protein C ved septisk sjokk en forbedring av overlevelse. I tillegg ble det vist at pasienter med endogen høy protein C kom bedre ut en de som har lave protein C nivå. Protein C blir aktivert av endotelet og har antikoagulatoriske, profibrinolytiske og antiinflammatoriske egenskaper. I ovennevnte studien ble det undersøkt 0 pasienter med alvorlig sepsis.

Barckow (Berlin) presenterte resultater fra multisenterstudien som undersøkte effekt og sikkerhet av rekombinant humant aktivert protein C (drotrecogin) i sepsisbehandling. 1690 pasienter ble randomisert. Infusjon av aktivert protein C viste en redusert mortalitet på 20%. Man hadde en 6,1 % lavere mortalitet i behandlingsgruppen (ett spart liv per 16 behandlede pasienter) (Bernard et al. Efficacy and safety of recombinant human activated protein C for severe sepsis. NEJM 2001; 334: 218-228).200

Perspektiven der EPO-Therapie (Eckardt)

Eckhardt (Berlin) presenterte perspektiver ved nye studier som ser på kriterier for optimal behandlingsstart og behandlingsmål ved uremi. Spesiell oppmerksomhet rettes mot utvikling av venstreventrikkellhypertrofi. Ikke-renale indikasjoner for erytropoetinterapi undersøkes for tiden hos pasienter med VVH uten uremi, apopleksi, alvorlig sepsis. Intensivpasienter trenger langt høyere doser enn ve er vant med å bruke ved nyresvikt. Det ble diskutert patogenese (antistoffer) og konsekvenser av de rapporterte tilfeller av "pure red cell aplasia" som muligens har sammenheng med subcutan applikasjon av epo. Ca. 30 tilfelle er rapportert i alle land unntatt USA etter 1998. Det spekuleres for tiden mye om hva som er årsaken til denne sykdommen (forandringer i produksjonsprosessen?).

Dialysedaten im internationalen Vergleich (Bommer)

(Bommer)

Bommer (Heidelberg) fortsatte dialysedelen med å presentere noen resultater fra DOPPS (Dialysis Outcomes and Practice Patterns) - studien. Denne observasjonsstudien samler randomiserte data om mortalitet, hospitalisering, vaskulær tilgang og livskvalitet fra dialysesentre i USA, Japan og

Europa. Vi fikk presentert noen resultater fra vaskulær tilgangsundersøkelsen. Her ble det igjen gjort oppmerksom på forskjellen mellom USA og resten av verden angående bruk av kunstige graft, som viser seg fortsatt å være betinget i et primært ønske fra amerikanske leger om å satse på graftløsninger i stedet for native fistler. Avgjørende for om det vil lykkes å etablere en nativ AV- fistel er en tidlig vurdering hos nefrolog (data fra Europa og Japan). I slike tilfelle kan man oppnå gode resultater i ca. 90% av pasientene. En erfaren karkirurg som lykkes med den første fistelen hos en pasient, er den beste garanti for en velfungerende fistel.

CAPD: rechtzeitig beginnen, rechtzeitig aufhören

(Zeier)

I PD- forelesning med tittelen "tidlig start, bytte i tide" fokuserte Zeier (Heidelberg) på "integrated care" modellen som favoriserer tidlig start av uremikere i PD og bytte til HD når restfunksjonen forsvinner. Med denne strategien vil man også bevare restfunksjonen lengre og dermed øke pasientoverlevelsen.

Disturbances of tubular ion transport - clinical implications

(Andreoli)

Et pedagogisk briljant innlegg av Andreoli (Arkansas) om et tema som ellers har lett for å utløse fluktninstinkter, kanskje ikke bare hos referenten (?). Han omtalte de forskjellige RTA-typer, renal diabetes insipidus, Bartter's og Gitelman's syndrom. Han klarte på genialt enkelt vis å gi en oversikt over de iontransportmekanismer som finnes i tubulusapparatet og formidle logikken i kliniske funn ved de omtalte kliniske syndromene – basert på ny innsikt ved hjelp av molekylær biologi. Enkelte "slagord" som han kom med er lett å huske: for eksempel at symptomene ved Bartter's syndrom ligner "Furosemid-misbruk" og Gitelman's syndrom ligner "Thiazid-misbruk"

Ergebnisse der IDNT

(Ritz)

Ritz hadde en gjennomgang av IDNT (Irbesartan Diabetic Nephropathy Trial) som sammenlignet den renoprotektive effekten av irbesartan med amlodipin og "placebo" hos hypertensive type 2 diabetikere. Resultatene til fordel for irbesartan med reduksjon av ESRD-utvikling på 20%/23% og redusert risiko for dobling av s-kreatinin på

33%/37% mot hhv. placebo/amlopidin er sikkert kjent for mange. Interessant var Ritz' tolkning av det tilsynelatende like dårlige resultat for amlopidin som for placebo: han presiserte at en egentlig placebo-gruppe ikke eksisterte. Så godt som alle pasienter i placebo-gruppen brukte andre antihypertensiva enn kalsium-blokker, ACE-hemmer eller AII-blokker, dvs. hovedsakelig betablokker og diuretika. Verken nyrefunksjonen eller "cardiovascular events" var verre i amlopidin-gruppen. Derfor tolket Ritz resultatene slik at amlopidin (og sannsynligvis andre dihydropyridin-kalsium-blokkere) ikke hadde noen ulemper som tilleggsmedisasjon til AII-blokkere (eller ACE-hemmere?) sammenliknet med andre antihypertensiva. Fra diskusjonen av hans foredrag vil jeg gjerne gjengi en nokså saftig kommentar. Ritz ble spurt om kombinasjonsbehandling AII-blokker/ACE-hemmer. Han kalte dette for "farmakologisk pornografi" og utdypet det med at alle studier hadde kombinert submaksimale doser av de 2 medikamenter. Dermed var det ifølge ham ikke bevist at de samme effektene ikke kunne oppnås med dosisøkning av det ene medikamentet.

Sympathikusfunktion bei Nierenerkrankungen

(Rump)

Det er etterhvert kjent at nyresyke pasienter har økt sympatikus-aktivitet via afferente mekanismer som fører til en sentral sympatikusstimulering og blodtrykksøkning. I dyrestudier har Rump vist at moxonidin (som har både sentralt og perifert virkende sympatolytisk effekt) reduserer glomerulosklerose og proteinuri i doser som ikke påvirker blodtrykket. Strojek et al. (JASN 2001; 12: 602-5) har også vist at moxonidin reduserer mikroalbuminuri hos type 1 diabetikere uten at BT senkes. Moxonidin er foreløpig ikke etablert behandling hos pasienter med nyresvikt. Rump presenterte preliminnære data fra en studie på pasienter med redusert nyrefunksjon (s-kreatinin ca 300) (MONI-studien): n=171, behandling i 24 uker. Basisterapi var ACE-hemmer eller ATI-blokker. Moxonidin 0.3 mg/dag ble sammenliknet med nitrendipine. S-kreatinin steg signifikant og GFR tenderte til fall på behandling med nitrendipine, mens funksjonsparametrene ikke endret seg i moxonidin-gruppen.

Chronic allograft nephropathy

(Mayer, Innsbruck)

Det er flere risikofaktorer som har betydning for funksjonell og strukturell transplantatsvikt. Kronisk transplantatdysfunksjon er et sammensatt problem. De faktorene man kjenner, kan imidler-

tid appliseres på hver individuell pasient og dermed bidra til å kalkulere litt mer nøyaktig den enkeltes sjansje å få beholde transplantatets funksjon så lenge som mulig.

- Resipientens alder. Eldre dør naturlig nok oftere med fungerende kraft men har også større risiko for å få kronisk dysfunksjon. Og dette selv om de hadde mindre sannsynlighet for avstøtning i de første 6 mndr etter transplantasjon. (Meier-Kriesche Hu et al. Relationship of recipient age and chronic allograft failure. Transplantation 2000; 70: 306-310)
- For resipient blodtrykk ved transplantasjon finnes det forskjellige data. En studie fra Hannover (Frei U et al. Nephrol Dial Transplant 1995; 10: 1206-1211) viste sammenheng mellom kronisk dysfunksjon og mer enn to antihypertensiva ved transplantasjon
- Også resipientens nyrefunksjon er av interesse for senere transplantatfunksjon. I fjor kom det en studie i NEJM (Mange et al.; Effect of the use or nonuse of long term dialysis on survival of renal transplants. NEJM 2001; 344:726-731) med resultater som indikerer at en transplantasjon før dialysestart er fordelaktig for senere transplantasjonsfunksjon
- Betydningen av resipientens kjønn i forhold til transplantatoverlevelse ble allerede vist i 1996 (Gjertson et al. A multifactor analysis of kidney graft outcomes 1996 UNOS Update. Clin transpl 1996; 343-360). I løpet av det første året var det ikke signifikant forskjell mellom menn og kvinner, men over lang tid var kvinnenes transplantat half-lives (12 år) signifikant høyere enn hos mannlige resipienter (8.8 år)
- Det synes også å være dårligere prognose for pasienter som er transplantert tre ganger eller oftere. Transfusjoner og graviditet før transplantasjon ser ikke ut til å ha betydning
- Gjertson har vist at høyere alder av donor har tydelig sammenheng med transplantnyrens evne til å fungere senere. Kadavernyrer er spesielt problematiske. Man går ut ifra at nyrens funksjon avtar naturlig etter hvert og antall nefroner minker. Derfor har man begynt å dobbeltransplantere når donor er eldre. Langtidsrapporter om dette finnes imidlertid ikke ennå
- Nyrens tilstand, kald iskemitid og donors hypotension før døden spiller en rolle i senere transplantatfunksjonen. Det faktum at livingdonor-nyrer har en tydelig bedre prognose er kjent fra flere tidligere studier. Schnuelle et al. (Donor catecholamine use

reduces acute allograft rejection and improves graft survival; *Kidney Int* 1999; 738-746) viste at det finnes en negativ korrelasjon mellom bruk av pressor på intensivavd. før donors død og ugunstig transplantatprognose, og konkluderer med at blodtrykksfall skal forhindres og at døden kan ikke bare defineres som hjernedød, men at nyren også er rammet i samme øyeblikk

- Så gjenstår kombinasjonseffekter, samspill mellom donors nyre og resipienten. Her viste Held et al (The impact of HLA mismatch on survival of kidney transplants, *NEJM* 1994;331:765-770) at HLA-identiske transplant har den beste prognosen mens allerede én mismatch forverrer prognosen med 20 %
- Akutt reaksjon virker negativt på framtiden for den transplanterte nyren, her er det vasculær reaksjon som kommer verst ut, den reduserer 9-års transplantatoverlevelse med 50% (Van Saase et al.. The relation between acute vascular and interstitial renal allograft rejection. *Transplantation* 1995; 59: 1280-1285)
- Hypertensjon etter transplantasjonen er en viktig faktor for langtidsprognosen (Opelz et al. Assotiation of chronic kidney graft failure and recipient blood pressure. *Kidney Int* 1998; 53: 217-22).

Hautveränderungen nach Transplantation

(Martina Bacharach-Buhles)

Hudforandringer i uremifasen er hovedsakelig tørr hud og ekstrem hudkløe. I dialyse ses aktiniske elastose og pigmentforstyrrelser, mange pasienter med Raynaudfenomen og problemer med sår som ikke vil gro. Etter transplantasjonen forsvinner tørrheten og kløen, men den aktiniske elastosen forblir. Derimot kommer nye problemer. Lichen ruber er hyppig, en del medikamentelle bivirkninger som hypertrichiose og gingivahyperplasi kommer i tillegg. En økning med hudinfeksjoner kan forklares av immunosuppressiv terapi. Herpes simplex, vorter og condylomata ser man oftere. Immunosuppressjonen fører også til økt malignitets-frekvens på huden. Insidensen av malignitet øker med tid, og etter 10 år er en malign hudsykdom påvisbar hos 47% av transplanterte (Montie. The significance of cancer after renal transplantation. *J Urol* 1979; 122:298:259) (Penn. The occurrence of malignant tumors in immunosuppressed states. *Prog. Allergy* 1986; 37). Insidensen av non-hodgkin lymfomer stiger med 49%, mens kaposi sarkom øker med 500%. Mens kaposi sarkomen har en manifestasjonstopp etter 28 mndr., kommer lymfo-

mene først etter 36 mndr. og karcinomene etter 90 mndr. Insidensen både av basalcellcarcinom, plattepitelcarcinom og maligne melanomer øker.

BK-virus (poliomavirus)-Nefropathie (Nickeleit)

Ref.: Nickeleit. BK-virusnephropathy in renal transplants, *Nephrol Dial Transplant* 2000; 15: 324-332.

3% av transplantatbiopsiene er affisert. BK-virusen ser ut til å holde seg til uroepitel og sprer seg ikke til resten av kroppen. Man går ut ifra at virus ligger som en latent infeksjon i kroppen. Under immunsuppressjon aktiveres virus.

Diagnose:

- Urinmikroskopi hvor man ser såkalte De-coyceller (inkludjonbærende celler)
- BK-virus DNA via PCR fra plasma
- Nyrebiopsi.

Urinmikroskopi anbefales som screeningmetode. Det er forløpet, altså en økning av antall av De-coyceller og/eller en kreatininstigning pluss en positiv DNA-PCR, som tilsier at en biopsi bør gjøres. Ved nyrebiopsi ser man virale inkludjoner i celler, viral replikasjon danner tubulusepitelnekrose, og man finner intratubulære cellesylindere. I tillegg finnes det interstitielle inflammasjonstegn. Det ble diskutert hvorfor man ikke har sett BK-virus problemer før i tiden og konkludert med at immunosuppression har forandret seg. Flere av de rammete pasienter hadde fått ATG-behandling, tacrolimus eller mycophenolate-mofetil. Ut fra det er terapianbefalingene laget. Det finnes ikke spesifikk terapi, og det viktigste er å skille mellom avstøtningsreaksjon og BK-infeksjon ved biopsi. En ren BK-virusinfeksjon skal da behandles med reduksjon i immunsuppressjonen. En del pasienter har imidlertid begge deler; da anbefales en kortvarig økning av immunsuppressjon for deretter å senke den til enda lavere nivå.

En takk til Pfizer

Vi takker Pfizer og Gøran Jakobsson som gjorde det mulig at en gruppe norske nefrologer kunne delta i Heidelberg denne gangen. Det 27. Nephrologisches Seminar finner sted i Heidelberg 13. - 15. mars 2003.

Redigert av Einar Svarstad

Referat fra årsmøtet i nyremedisinsk forening

Fredag 9/11 kl 16.50 på Rikshospitalet, Oslo

Møte ble ledet av formann Trond Jenssen. Det var 37 stemmeberettigede medlemmer tilstede.

1. Årsberetningen

fra og med 4. november 2000 til og med 9. november 2001 ble lest høyt av formann Trond Jenssen.

Medlemmer

Styret har bestått av følgende:

Trond Jenssen	- Formann
Karsten Midtvedt	- Sekretær
Gerd Berentsen	- Styremedlem
Ingrid Os	- Styremedlem
Einar Svarstad	- Styremedlem
Tor-Erik Widerøe	- Varamedlem
Knut Aasarød	- Varamedlem

Vår forening har til sammen fått 16 nye medlemmer hvorav 14 ordinære og 2 assosierte medlemmer i 2001. To ordinære medlemmer har meldt seg ut. Status vedrørende medlemmer er som følger pr. 09.11.2001:

Æresmedlemmer:	5 personer
Ordinære medlemmer:	159 personer
Stemmeberettiget i alt:	164 personer
Assosierte medlemmer:	7 personer
Totalt:	171 personer

I tillegg kommer støttemedlemmene.

MØTEAKTIVITET

Foreningen avholdt sitt vårmøte i Ålesund 7.-10.juni, 2001. Syttini av våre medlemmer deltok, sammen med ledsagere og utstillere. Et bredt faglig program var lagt opp av programkomitéen bestående av Lars Westlie (leder), Alv Johan Skarbøvik (lokal organisator), Cecilia Øien, Helga Gudmundsdottir og Einar Svarstad. I følge uttalelser fra mange deltakere holdt møtet en usedvanlig høy faglig standard. To satelittsymposier inkluderte internasjonal deltakelse fra Nederland (Dr. Sanne van Wissen) og USA (Professor Barry Brenner). Det sosiale program-

met var også upåklagelig sammensatt av Alv Johan Skarbøvik. Scandinavian Society of Nephrology gikk av stabelen i Odense 13.-15.mai 2001. Det var en god norsk møtedeltakelse, men dessverre så å si fravær av påmeldte abstracts fra Norge. Honnør til Harald Bergrem som reddet vår ære med et påmeldt arbeid som ble lagt frem i foredrags form. Formannen deltok i National Chairman Meeting 14.05 hvor man vedtok å videreutvikle WHO's initiativ med Nephrocare Quality of Care Development Program. Neste møte i Scandinavian Society of Nephrology blir i Reykjavik 12.-14. juni 2003. EDTA kongressen (XXXVIII) ble avholdt i Wien 24.-27.juni 2001. Den norske deltakelsen var også her god, men likeledes med et stort potensiale for økning av antall påmeldte norske abstracts. Formannen deltok på President's Meeting hvor fremtidige felles retningslinjer for utdanning og godkjenning av nefrologer i Europa ble diskutert.

Styremøter i foreningen.

Det har vært avholdt 3 styremøter siden forrige årsmøte, 01.02., 28.05. og 29.10.2001. Referatene for de to første møtene er å lese i Nefrologisk forum No 1, 2001. Den overveiende viktigste saken inneværende år har vært refusjonsreglene for peritoneal dialyse.

Høstuka i indremedisin

Norsk nyremedisinsk forening hadde laget en godt program til sin sesjon i Høstuka 2000, men dessverre møtte kun 10-12 deltakere. Styret har i år vedtatt å avlyse vår egen sesjon 22.11., men foreningen deltar på vanlig måte med et innlegg i forbindelse med "Nytt innen grenspesialitetene" 23.11.. Karsten Midtvedt holder et innlegg om moderne prinsipper for immunsuppresjon etter transplantasjon.

Vårmøtet 2001

Vårmøtet 2001 arrangeres i Stavanger 06.-09.06.2002. Forberedelsene til dette er godt i gang. Egen programkomité er nedsatt.

REFUSJONSORDNING FOR PERITONEAL DIALYSE (PD)

Saken ble fremmet som et Dokument 8-forslag av Helse- og Sosialkomitéens formann Jon Alvheim (FrP) november 2000. Etter den tid har styret vært involvert i pressekonferanse på Stortinget, møte med partifraksjoner, møte med pressen, møte med Helse- og Sosialkomitéen, og møte med seg selv. En enstemmig Helse- og Sosialkomité sørget i april d.å. for et Stortingsvedtak som ba regjeringen lage en refusjonsordning for PD, samt DRG-

satser for inneliggende PD-pasienter. Regjerings forslag i revidert nasjonalbudsjett mai d.å. var i realiteten en torpedering av dette vedtaket. Etter mye brevskrivning og lobby-virksomhet på Stortinget gikk heldigvis det endelige Stortingsvedtaket 08.06. i vår favør. Pr. 01.07. er det opprettet poliklinikk-satser for landets PD-pasienter, og DRG-satsene er under revisjon. Dette har vært en lærerik sak for vår forening, og som heldigvis fikk et gunstig utfall.

KVALITETSHÅNDBOKA

Det nye Kvalitetsutvalget, som arbeider med Kvalitetshåndboka, ble oppnevnt av styret 27.09.2000. Utvalget har bestått av Håvard Aksnes (leder), Markus Rumpsfeld, Lasse Gøransson, Trond Eide og Ingrid Os. Kvalitetsutvalget har i løpet av det siste året hatt to fellesmøter, i tillegg til at lederen av utvalget også deltok i utvidet styremøte 01.02.. Det arbeides med å videreutvikle innholdet i Kvalitetshåndboka, justering av formatet i papirversjonen, samt etablere en nettverson. Man satser i så måte på økonomisk støtte fra Lægeföreningen.

VEILEDER FOR NYREMEDIKISINSK VIRKSOMHET

Veilederen er ferdig trykket i 400 eksemplarer, hvorav 200 eksemplarer oppbevares av Lægeföreningen. Den ble delt ut til deltakerne på vårmøtet i Ålesund, de øvrige medlemmene vil få den tilsendt pr. post. Den er allerede brukt som referanse ved flere sykehus i Norge. Komiteen, som utarbeidet Veilederen, har foreløpig funksjonstid ut år 2002 med henblikk på eventuell revisjon av arbeidet.

SPECIALITETSKOMITEEN

Spesialitetskomiteen har inneværende år særlig arbeidet med å klargjøre vår holdning til Bakke II-utvalgets innstilling om den fremtidige spesialistutdanningen. Spesialitetskomiteen har nedlagt et stort arbeid, og har også hatt et godt samarbeid med foreningens styre, blant annet gjennom fellesmøte 01.02. d.å..

NEFROLOGISK FORUM

Vår redaktør Anders Hartmann har inneværende år hatt en velfortjent overlegepermisjon. Nefrologisk forum kom ut med nytt nummer i september i år. For øvrig ligger ikke ansvaret for utgivelsene av Nefrologisk forum primært på redaktøren, men derimot på medlemmenes evne og vilje til å sende inn stoff for publisering. Alle

medlemmer oppfordres til dette. Nefrologisk forum har med inneværende år vært utgitt i til sammen 7 år, hele tiden med Anders Hartmann som pådriver og redaktør. Foreningen skylder ham stor takk for dette arbeidet.

ØKONOMI

Vår forenings økonomi er god. Foreningens reise- stipend med grunnbeløp kr 400.000,- forvaltes hos Unifor. Årets regnskap viste et overskudd på kr 62.449,-, som vesentlig skyldes kapitaloppbygging i år 2000. Aktiva inkludert Unifors konto er kr 808.664,-. På grunn av usikkerheter i aksje- og obligasjonsmarkedet har styret foreløpig ikke plassert flere midler på Unifors konto. Intensjonen er å gjøre dette når avkastning er sikret.

Oslo, 9/11-2001

Trond Jenssen

Formann

Norsk nyremedisinsk forening

2. Regnskap

Regnskapet var på forhånd godkjent av Else Wiik Larsen og Knut J. Berg.

Det var i prinsippet ingen kommentarer men det ble bemerket at det var utestående kontingent på kr. 6.850.

Rentene fra UNIFOR var i regnskapet slått sammen for de 2 siste år. Renter for siste år har vært meget dårlig og 200.000,- kr. har blitt satt inn på høyrentekonto og ikke i UNIFOR.

Regnskapet ble så godkjent.

3. Valg

Det var mange valg i år. Under årsmøte i 2000 ble det spesifisert at enkelte i styret måtte velges også neste år (2002) slik at ikke hele styret "forsvinner" samtidig. Valgkomiteen hadde gjort et grundig forarbeid. Valgkomiteen har bestått av ;

Anders Hartmann

Else Wiik Larsen

Bjarne Iversen

Styrets sammensetning fra 9. november 2001 til årsmøte 2002

Komiteen innstilte kandidatene og har lagt vekt på endring av geografisk sete for styret, at det skal være kandidat utenfor Universitetssykehus og

dessuten underordnet lege. I tillegg mente komiteen at kandidatene anses godt egnet, de var forespurt og de har sagt seg villige (vararepr. var ikke forespurt).

- Formannsskandidat : Einar Svarstad
- Styrekandidat: Karsten Midtvedt- gjenvalg
- Styrekandidat: Solveig Sæta- nyvalg
- Styrekandidat: Aud Stenehjem- nyvalg
- Styrekandidat: Egil Hagen- nyvalg
- Varakandidat: Markus Rumpsfeld
- Varakandidat: Cecilia Øien

Styret velger selv sin sekretær/nestformann, vervet har vært kombinert fra 1996.

Valgkomiteen's sammensetning fra 9. november 2001 til årsmøte 2003

- Anders Hartmann, på valg 2 år, aksepterer gjenvalg
- Else Wiik Larsen, på valg 2år, aksepterer gjenvalg
- Trond G. Jenssen, ny, erstatter Bjarne Iversen

Spesialistkomiteen's sammensetning fra 9. november 2001 , forlengelse for 2 år.

- Leder, Jøran Hjelmesæth
- Nestleder Ingjerd Sekse
- Bjørn Odvar Eriksen
- Medlem Kristian Heldal

Kvalitetsutvalgets fra 9. november 2001 til årsmøte 2003

- Håvard Aksnes, formann
- Markus Rumpsfeld
- Lasse Gøransson
- Trond C. Eide

IT utvalgets sammensetning fra 9. november 2001 til årsmøte 2003

- Formann Markus Rumpsfeld
- Knut Aasarød
- Einar Svarstad
- Aud Stenehjem
- Terje Apeland

Revisorer

- Ingrid Os
- Hallvard Holdaas

Alle valg ble godkjent ved akklamasjon.

4. Stipend

Styret har 70.000,- kr til fordeling (30.000,- fra Janssen-Cilag og 40.000,- fra Foreningens Reise- og forskningsstipend). Det var kommet inn flere gode søknader som til sammen hadde søkt om kr. 162.462. Søknadene ble vurdert av styret og det ble lagt vekt på søknadens faglige kvalitet.

Janssen-Cilag stipend ble utdelt av Line Indrebø fra Janssen-Cilag

Aud Stenehjem	kr. 21.000,-
Kristoffer Brodwall	kr. 9.000,-

Foreningens reise- og forskningsstipend

Stein Hallan	kr. 18.000,-
Kristoffer Brodwall	kr. 8.000,-
Silje H. Rafaelsen	kr. 7.000,-
Eirik S. Stokke	kr. 7.000,-

5. Medlemskontingenten

Styrets innstilling:

På grunn av god økonomi endres ikke kontingenten. Kontingenten for år 2002 blir :

Medlemmer/assosierte medlemmer kr 150,-
Bidrag til stipend+kontingent/industri kr 1.550,-
For æresmedlemmer kr 0,-

Styrets innstilling ble vedtatt.

6. Informasjonssaker/ andre saker

-Økonomien i Foreningen er god

Forslag: Man avventer overføring av ytterligere midler til fondskapital inntil forrentningen er avklart. Inntil videre holdes foreningens ubundne midler på høyrente sparekonto. Dette med begrunnelse av bedre avkastning.

Forslaget ble vedtatt.

-Deltagelse på Norsk indremedisinsk forenings høstmøte.

Vår forening deltar ikke med egen sesjon på årets møte.

Forslag: Deltagelse på senere års høstmøter blir opp til styret å vurdere ut fra vår forenings øvrige møteaktivitet

Forslaget ble diskutert. Det var flere som mente det var synd at vi ikke greide/ville lage program til årets høstmøte. Begrunnelsen fra styret var at det de siste år kun har møtt 10-12 tilhørere (og det har stort sett vært nefrologer ved RH) selv om programmet har vært meget bra. Det koster ca 10-12.000,- kr av Nyreforeningens økonomi hver gang vi skal delta.

Det ble reist forslag om en "prinsippdebatt" på vårmøte i Stavanger.

-Nefrologisk forum

Nefrologisk forum er et sentralt forum for foreningens faglige og foreningsmessige meddelelser. Redaktøren har fortsatt liten støtte.

Forslag: Utviklingen av Forum og bidrag til denne må være av høyeste prioritet i foreningen, og styret må på nytt gjennomgå strategier for å bedre tilgangen på stoff og artikler.

Forslaget ble støttet.

-Universitets-/Pfizerstipend

Forslag: Grunnet få deltakere har styret tidligere foreslått at kurs og stipend avvikles/utdeles annethvert år. Det sattes på en ny runde i 2002. Det ble påpekt at det er mulig for ferdige nefrologer å delta på kurset.

*Referent
Karsten Midstvedt
Riskhospitalet 12/11-01*

Utviklingen av Forum og bidrag til denne må være av høyeste prioritet i foreningen, og styret må på nytt gjennomgå strategier for å bedre tilgangen på stoff og artikler.

Forslaget ble støttet

STYREMØTE NORSK NYRE-MEDISINSK FORENING

Referat fra styremøte
Tid: 31.januar 2002

Til: Einar Svarstad
Aud Stenehjem
Egil Hagen
Karsten Midtvedt
Solveig Sæta

Anders Hartmann (redaktør Forum)

Tilstede: hele styret.

Sak 01-02 Referat

Referat fra årsmøtet på RH 091101 ble gjennomlest og godkjent.

Sak 02-02 Konstituering

Ny leder: Einar Svarstad (utnevnt v/årsmøtet 2001)

Ny sekretær: Solveig Sæta

Styret har vedtatt å ikke ha noen formell nestleder.

Sak 03-02 Orienteringssaker

Post inn:

- Nye godkjente spesialister i nyresykdommer er Anne Brit Skjærpe (161001) og Helge Skjonsberg (141201). Gratulerer!
- Gjennomgang av korrespondanse mellom forrige leder Trond Jenssen og Øystein Sand i SHD vedrørende takster/refusjon for nyreskolen (den nye opplæringstaksten A97b). Taksten utløser kr.1191,- pr.pas. for hele opplæringspakken. Styret mener at refusjonen burde være minimum det dobbelte. Lungeavd. ved Ullevål bruker en takst for "tverrfaglig rehabilitering". Saken vil bli fulgt opp.
- Januarmøtet i Trondheim (v/Aventis og St. Olavs Hospital) har fått god tilbakemelding og bør bli en tradisjon!
- Gjennomgang av "Telemarksaken" ang. opphør av ordning med nefrologisk bakvakt

("dialysevakt"). Saken ligger nå til behandling i Legeforeningen. Ryktene går om at TSS får dialysevakt igjen fra 1.februar. Signalene er uklare, og styret (v/leder) vil purre på en formell tilbakemelding fra Legeforeningen.

- Gynekologenes spesialforening ber om styrets uttalelse på egen utredning av en grenspesialisering i gynekologisk onkologi. Styret har ingen innvendinger og gir sin tilslutning til forslaget.
- Team Congress er informert om det nye styrets sammensetning. Vi er veldig fornøyd med samarbeidet og kontinuerer avtalen. Se for øvrig under sak 04-02.
- Det er søkt om ny B-grenstilling i nyresykdommer v/Ullevål Sykehus. Styret er av den oppfatning at det er et generelt behov for å utdanne flere nefrologer, med bakgrunn i bl. a. økt pasientgrunnlag, økt dialysevirksomhet og økt poliklinisering. Styret holder saken varm!
- Vi er invitert til Legeforeningens Kvalitetsdager på Soria Moria 14.-15.febr. 2002. Ingen i styret har anledning til å delta. Håvard Aksnes (leder i Kvalitetsutvalget) har deltatt på liknende møte tidligere.
- Vedr. kriterier for medlemskap i NNF har styret vedtatt å ikke endre disse. Alle leger som er medlem av av Den Norske Lægeforening kan bli medlem uten ytterligere begrunnelse eller kvalifikasjoner.
- NNF deltok med krans ved begravelsen til Yngvar Willassen, og vi har fått takkekort fra familien.
- Styret var invitert til "Webmasterkurs" 8/2-02. Ingen i foreningens IT-utvalg kunne delta.
- Det foregår et arbeid med å fornye NNF's hjemmesider, med Markus Rumpsfeld og Terje Apeland som primus motor. Bl.a. jobbes det med å få et eget domene. Avventer videre dialog mellom IT-komiteen og Einar.

Post ut:

- Spørsmål fra Markus om "Nefrologklubben" i Baxters regi skal søkes godkjent med tellende timer til spesialiteten. Styret går foreløpig ikke inn for dette, men arbeider derimot med

*"Kvalitetshåndbok en på nett"
Dette ble også diskutert mens Håvard Aksnes var tilstede og styret har ingen motforestillinger mot dette."*

at Baxters "PD-kurs" på Lillehammer blir godkjent som tellende.

- Styret takker "Veilederkomiteen" for godt arbeid! For øvrig har vi "gått tom" for eksemplarer av Veilederen, men det er under bestilling.
- Det er kommet forespørsel om tilgang til Kvalitetshåndboken for andre enn medlemmer av NNF. Styret har besluttet å fortsette gjeldende praksis – at man må være medlem av NNF for å ha tilgang. Dette tilsvarer praksis i svensk og dansk legeförening.

Sak 04-02 Medlemskontingent

Det er behov for "innskjerping" av innbetaling av medlemskontingent og oppdatering av medlemslister. Styret har vedtatt å kjøpe denne tjenesten av Team Congress v/Jørn Holst Kristiansen. Det koster kr. 30,- pr. medlem pr. år og inkl. følgende:

- medl.register på web via www.teamcongress.no/medlemservice (denne delen av tjenesten avventes foreløpig)
- oppdatering av navn/adr. med basis i medlemmenes egne meldinger om evt. endringer
- utsendelse av 1 medlemsfaktura pr. år inkl. porto
- utsendelse av 1 purring pr. år inkl. porto
- levering av medlemslister etter behov på etiketter eller fil.
- Ved evt. øvrige utsendelser kommer kopiering, porto og arbeid i tillegg. Arbeid i forbindelse med medlemsregisteret faktureres med kr. 350,- pr.time + mva.
- Kontingenten vil heretter bli innkrevd i første kvartal. Det gir bedre oversikt i regnskapet v/årets slutt, og fortløpende oppdaterte medlemslister. Ved manglende innbetaling etter 1 purring, blir man strøket fra medlemslisten.
- MSD står fortsatt for utsendelsen av Nefrologisk Forum og kan få oppdaterte medlemslister fra Team Congress.

Sak 05-02 Poliklinisk dialyse

Kvalitetssenteret for IT i helsevesenet (KITH)

har sendt oss en forespørsel om registrering av medisinske prosedyrer og prosedyrekoder innen nefrologi. Hva koster i realiteten de enkelte diagnoser? Vi har ikke et godt nok system for å differensiere mellom ulike prosedyrer. Det foregår et arbeide her, og styret anser dette som en meget viktig sak for NNF i tiden framover.

Saken omfatter også diskusjonen omkring opprettelse av egne dialysesentre utenfor sykehusene. Per Fauchald, Ingrid Os og Rüdiger Ganss har nylig vært på "ekskursjon" til Sverige og sett på slik virksomhet der. Saken har vært oppe til diskusjon i NNF også for et par år siden. Styret går inn for å nedsette et eget utvalg (utenom styret) som jobber med dette.

Sak 06-02 Vår møtet 2002

- Her deltok i tillegg Jørn Holst Kristiansen fra Team Congress, samt Helga Gudmundsdottir og Kirsti Svendsen Andersson fra programkomiteen.
- Rammene for møtet er i rute, og programmet er for en stor del fastlagt. Det vil bli sendt ut i mnd.skiftet februar/mars. Hotell SAS Atlantic er reservert. Team Congress har pr.7/1-02 sendt ut 85 brev til firmaer med invitasjon til stand. Einar, Solveig og programkomiteen v/Helga får listen tilsendt. Team Congress har en dialog med Baxter ("Nefrologklubben") om koordinert påmelding.
- Styret arbeider videre med saken ang. hovedsponsor og bidrag til honorar til 2 eksterne foredragsholdere. Det kan bli gjort justeringer på refusjon av reiseutgifter til NNF's medlemmer, evt. også på kongressavgiften. Harald Bergrem er formann i programkomiteen.

Sak 07-02 Eventuelt.

Gjennomgang av diverse nye innmeldinger til NNF.

Forums framtid: ønskelig med både papirversjon og nettversjon. Hvordan ønsker vi å ha Forum? Usponset eller åpning for reklame? Styret jobber videre med denne saken i samarbeid med Anders Hartmann.

Bergen 6/2-02
Solveig Sæta

"Saken omfatter også diskusjonen omkring opprettelse av egne dialysesentre utenfor sykehusene

Styret går inn for å nedsette et eget utvalg (utenom styret) som jobber med dette"

Yngvar Wilassen, nekrolog

Yngvar Wilassen, tidligere overlege ved dialyseavdelingen, Haukeland Sykehus, døde onsdag 21. november 2001 i sitt hjem, 66 år gammel.

Etter noen år ved sykehusene i Bodø og Tromsø, kom han i 1964 til Haukeland sykehus hvor han ble værende resten av sin yrkesaktive tid. Yngvar tilhørte den generasjon som i den store veksttiden i 1970-årene var med å utvikle Haukeland Sykehus til en fullverdig universitetsklinikk. Hans hovedinnsats ble å innføre kronisk dialysebehandling, og regimet ved forbehandling til nyretransplantasjon. Den fremste europeiske dialyseavdeling på den tid fantes ved Fulham hospitalet i London, og Yngvar innførte dette behandlingsregimet ved Haukeland Sykehus etter en tids opphold i England. Dialyseavdelingen ble bygget opp fra grunnen av: det var en "grundertid" og vi fikk stort sett det vi bad om. Denne avdelingen ledet Yngvar med stor dyktighet til han for noen år siden gikk av på grunn av sykdom.

Han var først og fremst en stor pasientlege som ga tillit og trygghet hos de nyresyke, de pårørende og personalet. Knapt noe stiller større krav til legekunst og medmenneskelighet enn å fortelle et, ofte ungt, menneske at det må få en ny nyre og bli kontrollert av lege resten av livet for å kunne leve videre. Mer enn tyve års kontroll av transplanterte pasienter er ingen sjeldenhet, og det sier seg selv at dette medfører et spesielt forhold mellom lege og pasient. Yngvar utførte sin legegjerning på en forbilledlig måte og hadde en stor skare av takknemlige pasienter da han forlot sin post. Typisk nok var hans doktorarbeid klinisk: det regnes som et av de betydeligste norske arbeider på sitt område. Han var også blant de lærerne studentene satte høyest som underviser, på kateteret og ved sengekanten.

Yngvar var miljøskaper og en usedvanlig god og trofast venn: han bidrog i stor grad til det spesielle samhold som finnes mellom norske nefrologer, og var formann både i Norsk nyremedisinsk forening (1983-84) og i Spesialistkomiteen for den nefrologiske spesialitet. Sin sykdom bar han med beundringsverdig ro og tålmodighet mens han holdt sin store innsikt og hengivenhet for musikk levende. Kolleger og pasienter vil minnes han med takknemlighet.

Bjarne M. Iversen Jarle Ofstad

Styrer og komiteer i foreningen, sammensetning i 2002

Styret:

- Formann : Einar Svarstad -nyvalg
- Sekretær: Solveig Sæta- nyvalg
- Styremedlem: Karsten Midtvedt
- Styremedlem: Aud Stenehjem- nyvalg
- Styremedlem: Egil Hagen- nyvalg
- Varamedlem: Markus Rumpsfeld- nyvalg
- Varamedlem: Cecilia Øien- nyvalg

Valgkomiteen for 2 år

- Anders Hartmann
- Else Wiik Larsen
- Trond G. Jenssen

Spesialistkomiteen's for 2år

- Formann, Jøran Hjelmesæth
- Nestformann Ingjerd Sekse
- Bjørn Odvar Eriksen
- Medlem Kristian Heldal

Kvalitetsutvalgets fra 27/9-2000 for nye 2år

- Håvard Aksnes, formann
- Markus Rumpsfeld
- Lasse Gøransson
- Trond C. Eide

IT utvalgets for nye 2år

- Formann Markus Rumpsfeld
- Knut Aasarød
- Einar Svarstad
- Aud Stenehjem
- Terje Apeland

Revisorer

For 2 år

- Ingrid Os
- Hallvard Holdaas

Stipendier for nefrologer

Foreningens reise- og forskningsstipend 2002

- Årlig utbetaling omtrent kr. 35 000.
- Fondet er nå omkring kr 500 000- og forvaltes av UNIFOR. Fondet er bygget opp gjennom mange år med støtte fra foreningens støttemedlemmer.
- Formål: "Bidrag kan gis til medlemmer for reiser til relevante møter og studieopphold samt forskning innen nefrologifaget".
- Stipendet kan søkes av medlemmer av norsk nyremedisinsk forening eller tildeles etter forslag fra medlemmene.
- Styre: Foreningens styre fungerer som stipendstyre.
- Søknadsfrist er 1.oktober 2002. Søknad sendes styret i foreningen, overlege Einar Svarstad med. avd A, Haukeland sykehus, 5021 Bergen.
- Bidrag til studiereiser utbetales mot dokumentasjon av legitimerede utgifter, og det forutsettes en kort rapport over hvordan pengene er brukt.

Janssen-Cilag stipend 2002

- 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. oktober 2002. Søknad sendes styret i foreningen, v. overlege Einar Svarstad med. avd A, Haukeland sykehus, 5021 Bergen

Signe og Albert Bergsmarkens fond

- Årlig utbetaling inntil ca kr 120 000
- fondet er opprettet av gårdbruker Albert Bergsmarken og hustru Signe, født Bakke, fra Asker.
- Fondet forvaltes av UNIFOR (UiO), grunnkapitalen er cirka 2 mill. 20% av avkastning tillegges kapitalen.
- Formål: "Å fremme forskning innen nyresykdom med særlig vekt på nyresykdom med nyresvikt. Stipend til unge norske forskere
- Styre: Tre medlemmer, en utpekt fra donatorens slekt så lenge de ønsker dette (K.J Berg), en representant fra nyremedisinsk forening (professor Bjarne Magnus Iversen) og en representant fra fakultetet, Per Fauchald. Styret velger selv sin formann (K.J.Berg).
- Søknadsfrist er 15 februar 2002. Søknad til UNIFOR, postboks 1131; Blindern 0317 Oslo.

Agnete og Einar Magnesen/ Gerd Stamnes og Erling Brodwalls fond

- Årlig utbetaling er omkring kr 30000.
- Formål: "I første rekke å bidra til klinisk nefrologisk forskning, men også til studiereiser som angår slike forskningsoppgaver.
- Styre: Professor i nefrologi ved Rikshos-

Stipendier for nefrologer

pitalet (Per Fauchald), formannen i norsk nyremedisinsk forening (Trond G. Jenssen) og Lars Westlie.

- Søknadsfrist 15. mars 2002. Søknad til advokat Else Marie Merckoll, postboks 1143, Vika 0 115 Oslo.
- Intet spesielt søknadsskjema

Fond for forskning om nyresykdommer og organtransplantasjon

- Utbetaling ikke spesifisert, ca 20000.-.
- Formål: Å styrke kunnskapene om nyresykdommer, organtransplantasjon og aktivt bidra til å bedre pasientgruppens livskvalitet. 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 organtransplanterte. Dette omfatter også levende orgngivere og pårørendes livssituasjon, smat tiltak for å bedre organtilgang. Det kan også gis støtte til samfunnsvitenskapelig og teknisk- naturvitenskapelig forskning som er i overensstemmelse med fondets formål.
- De første årene ønsker styret å dele ut midler til pasient, pårørende og donorrettete aktiviteter som har med livskvalitet og psykososiale problemer å gjøre.
- Styret består av Stein Magnell LNT, Hans Petter Aarseth, (dep), Per Fauchald (RH,LNT)
- Søknadsfrist. 1.november 2002. Søknad sendes Landsforeningen for Nyrepasienter og transplanterte, Postboks 4332, Nydalen, 0402 Oslo.
- Intet spesielt søknadsskjema

Harry W. Holms stiftelse

- Utbetaling 2002 er omtrent kr. 35 000.
- Fondet er nå omkring kr 1mill. og forvaltes av Wiersholm Melbye&Bech , postboks 1400, Vika, 9115 Oslo
- Formål: " Bidra til utviklingen av den felles transplantasjonsvirksomheten som foregår ved Rikshospitalets kirurgiske og medisinske avdeling".
- Styre: Leder Prof. A.Bergan, prof. Inge B.Brekke fra kirurgisk avdeling og prof. P.Fauchald og prof. J Blomhoff fra medisinsk avdeling.
- Søknadsfrist er 15.mai 2002. Søknad sendes: Wiersholm Melbye & Bech , postboks 1400, Vika, 0115 Oslo
- Intet spesielt søknadsskjema.

Det er altså muligheter til å få støtte for ulike mindre forskningsprosjekter eller til delfinansiering av større prosjekter

Større prosjekter som krever lønnsstøtte må normalt søkes andre steder- for eksempel NFR eller Helse og Rehabilitering.

En ting er i alle fall sikkert- du får ikke noe uten å søke. Det holder heller ikke lenger med: Jeg trenger 5000- for å reise på kongress.

Red

Ultralydmøte av interesse for nefrologer

Årsmøtet i Norsk Forening for Ultralyd-Diagnostikk (NFUD) finner sted 12-13. april i Bergen. Det er denne gang lagt opp et program som også er velegnet for leger uten stor erfaring i ultralyddiagnostikk.

En av sesjonene (12. april) er viet nefrologi:

- 1015-1100: Ultralyd-Doppler ved nyrearteriestenose (Tilman Kirschner, Tyskland)
- 1100-1130: Ultralyd ved nefritter (Einar Svarstad)
- 1145-1205: Oppfølging av tx-nyrer ved hjelp av ultralyd. Rejeksjon? (Tilman Kirschner, Tyskland)
- Urolithiasis. Funn ved ultralyd (Micaela Thierley)
- Ultralyddiagnostikk ved tumores i nyrene (Micaela Thierley)
- Nyreundersøkelser hos gravide (Knut Gjelland)

Se fullstendig program på NFUDs web-side:

<http://www.haukeland.no/nfud/>

Påmelding til: <http://www.teamcongress.no/events/nfud2002/>.

Einar Svarstad

Kurser for nefrologer i utdanningsstilling- og oppfriskningskurs for nefrologer

(Nyreforening/ sponsor Pfizer)

Hallvard Holdaas er administrativt overordnet ansvarlig for denne kursserien som avholdes i legeföreningens regi på RiT, Haukeland og Rikshospitalet- i alt 3 kurs

Neste kurs er på Rikshospitalet 5. og 6. April 2002

Han kan kontaktes på e-mail

Hallvard.holdaas@rikshospitalet.no

Møter med særlig relevans for nefrologer i år 2000

Uten ansvar for mulige feil:

AST/ASTS joint American Society of Transplantation and Transplant Surgeons, 26 april- 1 mai 2002.

American Society of Hypertension, 15-19 mai 2002 New York, USA.

XXI Scandianvian Transplantation Society Congress, 22-24 mai 2002, Reykjavik, Island

Vår møte i norsk nyremedisinsk forening, 6-9. Jun 2002 Stavanger,

European Society of Hypertension, 23-27 juni 2002. Prag, Tsjekkia

XXXIX Congress of the European Renal Association(EDTA-ERA), København 14-17 jul 2002.

XVIII Int Congress of the Transplant Society 25-30 august 2002, Miami USA

European association for the study of diabetes, (EASD), 1-5 september 2002, Budapest, Ungarn.

Redaktøren har avsluttet redaksjonen og redigeringen. Det er påske og siste sjanse for å få litt følelse av dette

Det er fortsatt ingen selvfølge at det kommer ut nye nummer av Forum- flere må anstrenge seg dersom det fortsatt er ønskelig med et medlemsblad i dette formatet- siste år?

Tilbakemeldinger- aller helst- DITT BIDRAG- mottas med takk- helst på e-mail:

anders.hartmann@rikshospitalet.no