

# ◆ Nefrologisk forum ◆

Årgang 9, no 1

Mars 2003

## Formannsnytt

**K**jære medlemmer!  
Omveltningene på arbeids plassene våre skjer så raskt at jeg er redd tilværelsen ville virke "kjedelig" hvis man en vakker dag skulle komme i nærheten av å "ha kontroll". Jeg blir stadig "imponert" over de nye gladiatorer som skal "ordne opp" og redde Helsevesenet – igjen! I denne "systemenes heksegryte" er det mer enn noen gang viktig å kjenne de riktige personene.

Noen av de riktige personene forbereder nå vårmøtet i Tønsberg 8.-11. mai. Det har vært en glede å følge forberedelsene, og jeg tror jeg kan love et meget spennende møte. Programkomiteen med Hallvard Holdaas (leder), Dagfinn Dyrbekk og Aud Stenehem har gjort en imponerende innsats! Se programannonse annet sted i bladet. Medlemmene oppfordres til aktiv deltagelse og innsendelse av abstrakt, dette året vil vi gjerne se enda flere

fra Norsk nyremedisinsk forening!

Styrets sekretær har nå gått ut i permisjon pga lykkelige omstendigheter. Takk til Solveig Sæta for stimulerende samarbeid og suveren kontroll på arbeidet. Og velkommen til Ingegjerd Sekse som er ny sekretær og velkjent av mange i foreningen.

Tilgang til e-postadresser er en forutsetning dersom styret skal kunne finne "de riktige personene" med rask informasjon om viktige begivenheter, kongresser, NDT-Educational-utgaven etc. Oppdatering av e-postadresser kan gjøres direkte til undertegnede, og er selvsagt en frivillig sak. Men: mangler vi din adresse, går du glipp av viktig informasjon!

Vel møtt i Tønsberg!

Einar Svarstad

e-postadresse: [einar.svarstad@helse-bergen.no](mailto:einar.svarstad@helse-bergen.no)

*"Noen av de riktige personene forbereder nå vårmøtet i Tønsberg 8.-11. mai. Det har vært en glede å følge forberedelsene, og jeg tror jeg kan*

### Inne i bladet:

Redaktørens spalter

side

2

## 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

**D**ette er årets første nummer av Nefrologisk Forum. Denne gang har Ullevål Universitetssykehus hatt ansvar for å levere stoff. Det har ført til å en bedre stofftilgang enn vanlig og det er derfor et relativt fyldig nummer du nå har fått i hånden,

### Vårmetet i Tønsberg

Her finner du både opplysninger om programmet som synes å bli av bra standard og med mange spennende inviterte foredrag og symposier. Det viktigste er likevel at du kan melde på ditt eget abstract!

### Nytt fra norsk nefrologiforskning

Undertegnede orienterer om Clarifi og NILS studien som nettopp har startet med en rekke aktive norske nefrologer som deltakere.

### Nefrologiregisteret

Torbjørn gir noen foreløpige inntrykk etter å ha mottatt ganske mange meldeskjemaer for året 2002- han virker stort sett fornøyd! Men vil du bruke registerdata selv? ta initiativ.

### IgA nefritt og gener

Ingrid Os gir en fin oversikt over temaet.

### HD eller HF på intensiv?

Også dette temaet gjennomgås av Ingrid Os på basis av nyere litteraturopplysninger. Spørsmålet er fortsatt åpent.

### Kolesterol

Jan Eggesbø omtaler et nytt og spennende behandlingsprinsipp for kolesterol. Ezetimibe er et legemiddel som hemmer opptak av kolesterol i tarm. Dette får vi nok høre mer om. Det er også en omtale om HDL-kolesterol som fortsatt må anses som det gode kolesterol

### Referater fra årsmøtet og styremøte i foreningen

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

### Stipendordninger for nefrologer

I dette nummer vises igjen til mulige stipender for nefrologer- både foreningens

eget stipend og flere andre. Nytt av året er at Novartis og Wyeth har kommet med nye stipender

### 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!- Men neste gang skal nefrologene ved St. Olavs Hospital bidra med stoff, så det blir nok et nummer til av forum i år.

Det er mulig at det også utkommer et supplement med Abstract til vårmetet i Tønsberg.

### Vi mottar gjerne

- Referater fra møter
- Referater fra komiteer
- Praktiske tips for nefrologer
- Forskningsinnslag
- Kasuistikker
- You name it!

God påske ønskes dere fra redaktøren!

## Program for vårmøtet i Tønsberg 8-11.mai

Nedenfor er en skisse til program for Vårmøtet, Norsk Nyremedisinsk forening i Tønsberg 8. – 11. mai 2003

### Torsdag 8/5

16.00-18.00 Registrering  
 18.00-19.30: Baxter Satelittsymposium.  
 Møteleder Kristian Heldal.  
 James Heaf:  
 1. Integrated Care  
 2. Adekvat P

20.00: Middag

### Fredag 9/5

08.15-09.30: Faglige innlegg.  
 09.30-10.15: Utstilling/kaffe  
 10.15-11.00: Faglige innlegg relatert til neste etterfølgende sesjon om foreningssaker.  
 11.00-12.30 Foreningssaker.  
 12.30-13.30: Lunsj  
 13.30-15.00: Pfizer Satelittsymposium.  
 15.00-15.45: Utstilling/kaffe  
 15.45-16.30: Sevelamer, invitert foredragsholder av Genzyme  
 16.30-17.00 Faglige innlegg.  
 17.00-17.30: Utstilling  
 17.30-19.30: Symposium: Nefrotisk syndrom. Støttet av Novartis.  
 Møteleder Bjarne M Iversen  
 1. Nefrotisk syndrom, definisjon, årsaker, hyppighet. Bjarne M. Iversen  
 2. Patofysiologi ved nefrotisk syndrom. Bjørn Egil Vikse  
 3. Morfologi. Sabine Leh

4. Immunsuppresjonsbehandling ved nefrotisk syndrom. Erfaringer fra Haukeland sykehus.  
 Bjarne M. Iversen

20.30: Middag

### Lørdag 10/5

08.00-09.30: Faglige innlegg  
 09.30-10.15: Utstilling/kaffe  
 10.15-11.00: Faglige innlegg  
 11.00-11.45: Diabetes nefropati, HH Parving, invitert av Sanofi  
 12.00-13.30: Amgen Satelittsymposium, tema "Cinacalcet"  
 13.30-18.00: Lunch + sosialt program  
 19.00-20.00 Mottagelse før middag  
 20.00: Festmiddag med utdeling av stipendier fra Wyeth og Novartis .

### Søndag 11/5

08.30-09.15: "State of the art", Eberhard Ritz.  
 09.15-10.45 Faglige innlegg.  
 10.45-11.00 Pause  
 11-00-12.00 Faglige innlegg .  
 12.30 Lunch, avreise.

Vert for vårmøtet er seksjonsoverlege på nyreseksjonen ved Sykehuset i Tønsberg, Dagfinn Dyrbekk, sammen med styret i foreningen og programkomiteen har vertskapet som vanlig lagt opp til et godt program.

Har du ikke meldt deg på ennå– så gjør det nå. Som medlem har du mottatt invitasjon med mulighet for deltakelse på samtlige arrangementert

## Abstract til vårmøtet i Tønsberg 8-11.mai

### Kjære kollega

Faglige og sosiale forutsetninger for vårmøtet begynner å falle på plass, og skissen til program ligger vedlagt. Som dere ser, har vi spennende satelittsymposier og symposier med en rekke kjente og sterke navn innen og utenlands.

Det som gjenstår nå er at de 9 timer og 15 min. til frie foredrag fylles med gode innlegg fra oss selv. Programkomiteen er bevisst på fleksibilitet med hensyn til tid basert på antall innsendte arbeider. Dette betyr at "alle" innlegg kan godtas med hensyn til tidsramme. Dog må det være en viss kvalitetsvurdering av abstrakt av programkomiteen. Etter vurdering av innsendte arbeider vil programkomiteen vurdere invitasjon til enkeltmedlemmer for type "state of the art" forelesning.

Det legges også til grunn at alle abstrakt sendes inn elektronisk som et word dokument (attached document til e-post). Abstraktene skal vi forsøke å få trykket i et vårmøte-nummer av Nefrologisk Forum. Det forutsettes at arbeider trykket i Forum ikke har konsekvenser for annen publisering. Programkomiteen vil selvfølgelig ta i mot abstrakt i papir-format hvis elektronisk tilgjengelighet ikke er tilstede.

Vi forutsetter at alle avdelinger/seksjoner sender inn arbeider til Vårmøtet, og vi kommer til å purre/minne på, alle avdelinger/seksjoner i løpet av februar. Det økonomiske aspekt burde være vel ivaretatt, noe som fremgår av vedlagte påmeldingsblanketter fra vår tekniske arrangør, Team Congress.

Vi ønsker å få med ledsagere igjen til våre arrangementer.

Vi legger inn byvandring i Tønsbergs historiske del, kunstneriske innslag i form av små konserter, utflukt til Karljohansvern i Horten med lunch og omvisning i Marinemuseet alternativt Preuss fotomuseum, besøk på Nauen Klokkestøperi og Klokkemuseum, hyggelige besøk i flere av Tønsbergs restauranter, utflukt med middag på Karlsvik Gård og ikke minst losji og festmiddag i byens nye stortue Quality Hotel Tønsberg og Oseberg Kulturhus med kulturelle innslag og storband.

Arrangementskomiteen 4/2-03

### **ABSTRACT til vårmøtet– Send inn ditt bidrag!**

*Et forsøk på å gjøre abstraktene homogene:*

*Max ord: 500*

*Skrift: Times New Roman, font 12.*

**OVERSKRIFT: STORE BOKSTAVER.**

*Forfattere: Fornavn og Etternavn. Tilhørighet.*

*Abstract deles opp i:*

*Bakgrunn; 1 til 3 setninger*

*Materiale/metoder/pasienter*

*Resultater*

*Diskusjon/konklusjon*

*Selv med basis i kasuistikk kan dette stort sett følges.*

*Abstrakt kan sendes til:*

*Dagfinn Dyrbekk, dagfinn.dyrbekk@siv.no*

*Hallvard Holdaas hall-*

*vard.holdaas@rikshospitalet.no og*

*Aud Stenehjem aud.stenehjem@ullevaal.no.*

***Frist for innsendelse av abstract 31.mars  
2003***

***VELKOMMEN  
Programkomiteen***

## Arbeidsutvalg for arbeids- og lønnsavtaler ved nyreseksjoner og dialyseavdelinger

**P**å foreningens årsmøte 15/11-02 kom undertegnede med forslag om å opprette et organ som kunne koordinere arbeidet med nye arbeidsavtaler for de enkelte seksjonene, og samtidig fungere som et støttefunksjon i forhold til faglig forsvarlig virksomhet. Bakgrunnen for forslaget er de nye helseregionene, nye helseforetak med tendens til samordning av funksjoner, samt ny lønnsavtale.

### Styremøtevedtak- mandat

På styremøte 16/1-03 ble det vedtatt å opprette et såkalt "arbeidsutvalg", med følgende mandat:

- Overvåke forhandlinger og arbeidsavtaler som inngås mellom foretak og nefrologer på avdelinger med nyreseksjoner og dialyseavdelinger.
- Rådgiver for medlemmene når slike arbeidsavtaler skal inngås
- Oppfølging og oppgradering av "Veileder for nyremedisinsk virksomhet"

### Medlemmer i utvalget

Som medlemmer for sekretariatet ble utnevnt:

- Odd Helge Hunderi (Fredrikstad) (leder).
- Dagfinn Dyrbekk (Tønsberg)
- Gunnar Fjermeros (Kristiansand),
- Knut Aasarød (Trondheim),

### Oppfordring

Det er svært viktig at det ved inngåelse av nye arbeidsavtaler ikke lages ordninger for ett helseforetak som er helt uakseptable for andre, og som eventuelt strider mot det som er faglig akseptabelt. Her bør vår "veileder" brukes som et utgangspunkt. Medlemmene oppfordres til å oversende lokale forslag til arbeidsavtaler og lønnsavtaler, og til å bruke oss som et diskusjonsforum. Vi har ingen myndighet til å diktere avtaler, men vi ønsker å kunne bidra til at arbeidsdagen rundt på våre avdelinger blir lettere

og mer enhetlig.

### Kontakt –og mailadresser

- Dagfinn Dyrbekk, med.avd. Sykehuset i Vestfold sykehus HF, 3100 Tønsberg  
dagfinn.dyrbekk@siv.no
- Gunnar Fjermeros, med.avd. Vest-Agder sykehus HF, 4600 Kristiansand  
gunnar.fjermeros@vas.no
- Odd Helge Hunderi, med.avd. Sykehuset Østfold, 1603 Fredrikstad  
oddhun@so-hf.no
- Knut Aasarød St. Olavs Hospital, 7006 Trondheim  
knut.aasarod@medisin.ntnu.no

*Odd Helge Hunderi*

*"Medlemmene oppfordres til å oversende lokale forslag til arbeidsavtaler og lønnsavtaler, og til å bruke oss som et diskusjonsforum"*

## Norsk nyremedisinsk forening's Internettside

**N**yheten nå er at vi venter på en ny web-adresse som trolig snart vil bli operativ etter at foreningen nå er blitt registrert i Brønnøysundregisteret.

Det vil da bli enklere for de fleste å finne frem til våre hjemmesider- også for personer som søker etter områder som omhandler nyre og nefrologi.

Domenenavnet som vi trolig vil få er

[www.nephro.no](http://www.nephro.no)

Vil du inn på maillisten for medlemmene:

*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 medlemmene  
selv*

*Markus og Terje*

Når den nye webadressen er operativ vil sidene bli oppdatert blant annet med det nye resipientkjemaet!

Markus: [markus.rumpsfeld@unn.no](mailto:markus.rumpsfeld@unn.no)  
Terje : [terje.apel@c2i](mailto:terje.apel@c2i)

### Norsk Nyremedisinsk forening

#### The Norwegian Society of Nephrology

Hjemmeside for norske nefrologer.

( <http://www.frick.ws/Nyreforening/index.html> )

(Reservesider ligger på <http://home.online.no/~apeland/>)

Vårt 25 års jubileum var i 1999. Les om foreningens  
tilblivelse og historie.

**Skal du søke om midler ?**

**Kommende møter:**

**Norsk nyremedisinsk vårmøte, Tønsberg 8-11.**

**mai 2003**

Andre møter

The Norwegian Renal Registry  
(Norsk Nefrologiregister)

Klipp fra "Nefrologisk forum"

Lenker til andre ressurser:  
The Danish Society of Nephrology  
Svensk Njurmedisinsk Forening  
Suomen Nefrologiyhdistys

## Nefrologiregisterets spalter

### "Vareopptelling"

I skrivende stund er vi nesten to måneder inn i det nye året. Fortsatt er ikke alle sentre ferdige med sin opptelling av dialysepasienter pr. 31.12. Personlig undres jeg litt over at det skulle være så komplisert, stort sett dreier det seg om voksne personer av en viss størrelse som kommer igjen og igjen, med en viss regelmessighet. Norske dialyseavdelinger er vel ikke så store at det er så mange steder å gjemme seg? Likevel hender omtrent hvert år at noen "oppdager" en pasient som burde vært funnet allerede ved foregående årsoppgjør, ja kanskje vedkommende hadde "vært i skapet" i flere år! Hittil i år har jeg fått vite om tre pasienter som skulle vært rapportert for mer enn ett år siden, fra tre forskjellige steder. Man kan si at det er beroligende at det ikke er samme senter som har bommet hver gang, og altså er notorisk, samtidig er det likevel ikke er beroligende at samme feil skjer mange steder. Ambisjonen bør være: 100 % perfekt!

### Meldeskjemaer og samtykke

Med det nye år innførte vi en ny årgang meldeskjemaer. De ligner sterkt på de forrige. I skjemaet for nye pasienter var det i realiteten bare ett nytt punkt. Men det er så viktig at jeg må insistere på at dere bare melder årets nye pasienter på det nye skjemaet: jeg MÅ ha din bekreftelse på at samtykke er gitt! Samtykkeskjemaet er oppdatert, pass på at du bruker siste versjon (Skjemaversjon 2002). Utfyllt skjema skal lagres lokalt på en måte som gjør at du kan vise det hvis det kreves, jeg tror det er fornuftig å føye til pasientens navn med leselig skrift i tillegg til autografen. Det ble også laget et informasjonsskriv som bør kopieres opp og deles ut til pasientene. Vi får overveie å lage en mer profesjonell trykksak i fremtiden, evt kan informasjonen tas inn i annet trykt materiale som deles ut til pasientene.

På skjema for melding av dødsfall er det bare årstallene som er nye. Likevel er det viktig at du bruker riktig årgang, så det er like klart for deg som for meg at de komplikasjoner etc. som du rapporterer kun skriver seg fra inneværende år (det vil si fra og med 1. januar 2003!). Det som skjedde før siste årsskifte forutsettes meldt på Årsskjema 2002.

På nettet ligger foreløpig fjorårets utgaver, Terje har ikke hatt tid til å legge ut de nye. Vi får

håpe det går så bra med vitenskapen hans at han snart får tid til litt "hobbyarbeid" som kan bringe oss à jour.

### Oppgitt behandling – Uremi som dødsårsak

Min oppfatning, som av forståelige grunner er blitt registerets politikk, er at pasienter i nyresviktbehandling ikke kan dø av uremi. Men de kan dø av at RRT-behandlingen seponeres, og da er det grunnen til seponering som er av interesse. Derfor har jeg skrevet litt med liten (men leselig?) skrift på skjemaet om hvordan man bør rubrisere. Seponerer man pga. dårlig generell allmenntilstand, vil det vanligvis være 64 (kachexi), 69 (demens), 96 (generell arteriosklerose/"end stage diabetes") som er aktuelle, dersom det ikke er mer spesifikke svikter, som hjertesvikt (14 el 16), leversvikt, KOLS etc. Derfor har jeg bedt om at man ikke bruker kode 53 og 54.

Kode 51 (pasienten nekter videre behandling) bør bare brukes når pasienten etter vanlig klinisk bedømmelse ville blitt behandlet videre, ikke når pasienten generelt er så dårlig (for eksempel av cancer) at han opplagt er terminal.

Om behandling skal registreres som avsluttet vil avhenge av situasjonen. Hensikten er å registrere tilfeller der pasienten eller legen i en relativt stabil situasjon velger å avstå fra ytterligere dialyser, med visshet om at pasienten kommer til å dø i løpet av dager/uker. Det vil oftest dreie seg om kachektiske eller demente hvor fortsatt behandling ansees meningsløs; eller pasienter som selv ikke vil mer. Om en pasient får en sepsis, multiorganvikt eller stor hjerneblødning hvor man finner ut at man vil innstille "for pasienten er kald" ser jeg ingen grunn til at registeret skal skille mellom disse og tilfeller der man står på til siste slutt og vel så det. Om man har en terminalt kachektisk pasient og stopper behandlingen, men pas. rekker å få en pneumoni innen han dør, mener jeg det riktige er å sette dødsårsaken som 64 og at behandlingen ble avsluttet.

Der man seponerer behandlingen fordi behandling er overflødig - hvor nyrefunksjonen er såpass at pas. egentlig kan klare seg med den på ubestemt tid - forventes det meldt som "Ute av dialyse ('recovered') og ikke på dødsmeldingsskjema. Jeg minner også om at hvis en pasient med fungerende graft får en akutt tilstand, for eksempel sepsis, og dør i forløpet, regnes han som død med fungerende graft, uansett om man dialyserte under

*"Pasienter i nyresviktbehandling kan ikke dø av uremi, men de kan dø av at RRT-behandlingen seponeres, og da er det grunnen til seponering som er av interesse"*

## Forskningsnyheter fra norsk nefrologi

### Clarifi

Dette er en studie som jeg gjorde rede for på samarbeidsmøtet sist høst. Denne studien utgår fra Rikshospitalets transplantasjonsmiljø. Sponsor er Roche Norge og Medinnova administrerer studien

### Redusert immunsuppresjon

Formålet med denne studien er å se om man kan oppnå bedre resultat med mindre immunsuppresjon på pasienter som har lav immunologisk risiko for avstøtning.

Standardbehandlingen fra transplantasjonstidspunktet er i dag kombinasjonshandling med Sandimmun neoral, CellCept og prednisonol.

Sjansen for avstøtning er mindre for nekrony-retransplanterte som ikke har DR mis-match (DR 0 mis-match). Vi har derfor valgt ut den gruppen for studien. Pasienten blir randomisert til CellCept og prednisonol med Zenapax induksjon (CellCept-armen) eller CyA og prednisonol (CyA-armen).

### Primærmål

Det som er primærendepunkt er beregnet nyrefunksjon (GFR- Nankivells formel) etter 12 måneder. Hypotesen er at GFR er bedre i CellCept-armen og at vi trenger 70 pasienter for å vise denne forskjellen.

### Andre mål

Sekundært skal vi også se på effekten på glukoseomsetning og mikrosirkulasjon ved Laser Doppler. Vi skal også se på gennuttrykket for vasoaktive peptider i transplantatbiopsier i en subgruppe av pasientene.

Det vil selvsagt også være viktig å se på sikkerhet, vi må forvente flere reaksjoner enn ved standardbehandling og det kan også tenkes at CellCept kan få økte bivirkninger etter seponering av CyA.

Studien har pågått i over ett år og det er 22 pasienter inkludert så det vil trolig bli tatt inn pasienter ut 2004. Pasienten vil bli tatt inn til 6 og 12 måneders kontroll på Rikshospitalet men vil ellers gå til nefrologene på vanlig måte.

AHA

### Nils- Norwegian Immunosuppression Lowering Study

Denne nasjonale landsomfattende forskningsstudien startet opp 1.februar 2003. Stabile nyretransplanterte som har vært nyretransplantert 12-30 måneder tidligere kan randomiseres hvis de ikke har hatt steroidresistent reaksjon eller mer enn 2 reaksjoner.

Pasientene får i dag immundempende behandling med Sandimmun neoral, CellCept og prednisonol. De randomiseres til nedtrapping og seponering av enten CellCept eller CyA i løpet av en 6 ukers periode og vil dermed få en reduksjon av immunsuppresjonen

### Primærmål

Pasientene skal følges i minst ett år. Primærmålet er nyrefunksjonen (kalkulert GFR) etter ett år, men det vil også studeres en rekke andre effekter. Det skal inngå 200 pasienter.

### 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 har medført en rekke delstudier som vedrører glukoseintoleranse, blodtrykk, lipider, homocysteien og livskvalitet.

### Første pasient inkludert fra Rogaland

Vi gratulerer Rogaland med den første inkluderte pasienten i studien. Vi håper på en sterk inklusjon utover våren, det vil uansett ta lang tid å inkludere de 200, forhåpentlig i løpet av 2004.

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

*"Vi gratulerer Rogaland med den første inkluderte pasienten i studien. Vi håper på en sterk inklusjon utover våren"*



## Nefrologiregisterets spalter

sykdommen eller ei. Kom han ut av sykdommen uten graftfunksjon, og deretter døde, skal det meldes tapsdato for graft; da meldes han som død i dialyse og med dialyseopplysninger.

Men er du i tvil om hvordan koding skal settes er det greiest at du skriver noen tilleggsopplysninger på skjemaet, for da overprøver jeg gjerne hvordan det bør rubriseres.

### Årsskjema 2002

Det strømmer inn med skjemaer, pr i dag har jeg fått inn ca 1/3 av de forventede rapporter både for tx-pasienter og dialysepasienter, og enda er det en måned igjen av oppgitt frist. I fjor kom vi etter hvert opp i 99,3 % svar på dialysekjemaene og 99,8 % på tx-skjemaene. Skal vi satse på 100 % dette året? (Jeg holder da utenfor de pasienter som dere melder at helt har unn-dradd seg enhver kontroll, det er noen få slike).

I år har jeg vært så heldig å få en effektiv sivilarbeider til å hjelpe meg å få skjemaene inn på data, han registrerer like raskt som jeg greier å kontrollere og sette koder på de skjemaer jeg får i posten. Fortsetter det slik kan dere regne med tidlig etterlysning av manglende skjemaer! Det har hittil vært få skjemaer i retur til dere på grunn av manglende opplysninger. En del ganger må vi gjette på de verdier dere har "skrevet", husk at sivilarbeideren mangler forutsetninger for å gjette hva som er en rimelig tolking av slurvete håndskrift!

### Noen hjertesukk

I blant lurer jeg også på om dere tenker over hva dere skriver – jeg tviler på at noen ville spise to kilo CellCept pr dag (det er vitterlig det dere påstår når dere skriver '2000' der det bes om dose i g/d). Den som selv har bearbeidet et tallmateriale vet vel at han ikke vil inkludere opplagt feilaktige verdier i regnestykkene sine – hvorfor tror dere da at registeret er tjent med en CsA-konsentrasjon som opplagt er gal fordi pasienten må ha tatt morgendosen sin? Vi er bedre tjent med pålitelig verdi fra forrige måling!

### Takk for innsatsen

Så takk for all god innsats fra hver især. Husk at materialet er vår felles eiendom og blir så godt

som hver enkelt bidrar til. Det skal stå til disposisjon for enhver norsk nefrolog som har interesse av å få oversikter eller ønsker å bearbeide data videre. Jeg tror vi har materiale til mange publikasjoner og flere avhandlinger. Men det er ikke jeg som skal skrive dem!

*Torbjørn*

Jeg er ganske sikker på at vårt register er meget pålitelig og ganske komplett i forhold til det som er vanlig både i Europa og USA.

Jeg er derfor overbevist om at Torbjørn har rett i at det ligger uante muligheter til forskning i det norske materialet.

Har du en god ide til et prosjekt eller forskningsoppgave – ta kontakt med  
Torbjørn

*Red.*

## Forskningsnyheter fra norsk nefrologi

### Clarifi

Dette er en studie som jeg gjorde rede for på samarbeidsmøtet sist høst. Denne studien utgår fra Rikshospitalets transplantasjonsmiljø. Sponsor er Roche Norge og Medinnova administrerer studien

### Redusert immunsuppresjon

Formålet med denne studien er å se om man kan oppnå bedre resultat med mindre immunsuppresjon på pasienter som har lav immunologisk risiko for avstøtning.

Standardbehandlingen fra transplantasjonstidspunktet er i dag kombinasjonshandling med Sandimmun neoral, CellCept og prednison.

Sjansen for avstøtning er mindre for nekrony-retransplanterte som ikke har DR mis-match (DR 0 mis-match). Vi har derfor valgt ut den gruppen for studien. Pasienten blir randomisert til CellCept og prednison med Zenapax induksjon (CellCept-armen) eller CyA og prednison (CyA-armen).

### Primærmål

Det som er primærendepunkt er beregnet nyrefunksjon (GFR- Nankivells formel) etter 12 måneder. Hypotesen er at GFR er bedre i CellCept-armen og at vi trenger 70 pasienter for å vise denne forskjellen.

### Andre mål

Sekundært skal vi også se på effekten på glukoseomsetning og mikrosirkulasjon ved Laser Doppler. Vi skal også se på gennuttrykket for vasoaktive peptider i transplantatbiopsier i en subgruppe av pasientene.

Det vil selvsagt også være viktig å se på sikkerhet, vi må forvente flere reaksjoner enn ved standardbehandling og det kan også tenkes at CellCept kan få økte bivirkninger etter seponering av CyA.

Studien har pågått i over ett år og det er 22 pasienter inkludert så det vil trolig bli tatt inn pasienter ut 2004. Pasienten vil bli tatt inn til 6 og 12 måneders kontroll på Rikshospitalet men vil ellers gå til nefrologene på vanlig måte.

AHA

### Nils- Norwegian Immunosuppression Lowering Study

Denne nasjonale landsomfattende forskningsstudien startet opp 1.februar 2003. Stabile nyretransplanterte som har vært nyretransplantert 12-30 måneder tidligere kan randomiseres hvis de ikke har hatt steroidresistent reaksjon eller mer enn 2 reaksjoner.

Pasientene får i dag immundempende behandling med Sandimmun neoral, CellCept og prednison. De randomiseres til nedtrapping og seponering av enten CellCept eller CyA i løpet av en 6 ukers periode og vil dermed få en reduksjon av immunsuppresjonen

### Primærmål

Pasientene skal følges i minst ett år. Primærmålet er nyrefunksjonen (kalkulert GFR) etter ett år, men det vil også studeres en rekke andre effekter. Det skal inngå 200 pasienter.

### 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 har medført en rekke delstudier som vedrører glukoseintoleranse, blodtrykk, lipider, homocysteien og livskvalitet.

### Første pasient inkludert fra Rogaland

Vi gratulerer Rogaland med den første inkluderte pasienten i studien. Vi håper på en sterk inklusjon utover våren, det vil uansett ta lang tid å inkludere de 200, forhåpentlig i løpet av 2004.

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

*"Vi gratulerer Rogaland med den første inkluderte pasienten i studien. Vi håper på en sterk inklusjon utover våren"*

## IgA nefropati og SNP

### Arvelighet og IgA nefritt

Selv om IgA nefropati opptrer sporadisk, er det en økende erkjennelse at IgA nefropati har et ikke ubetydelig arvelig innslag, og det betyr at det er økende interesse for genetikk i sammenheng med IgA nefropati. Det er tidligere påvist arvelige former for IgA nefropati [Julian BA et al, Scolari F et al]. Det er allerede publisert en rekke arbeider om kompleks genetikk og IgA nefropati. Dette ble også avspeilet i ASN 2002 hvor det ble presentert en rekke arbeider som diskuterte ulike polymorfismer med betydning for utvikling av IgA nefropati. Totalt var det 85 arbeid om IgA nefropati, og 13 av disse omfattet genetiske variasjoner.

### Polymorfismer ved IgA nefritt

Det er påvist single nukleotid polymorfisme [SNP] i promoter-regionen som regulerer genet for IL-10. Dette forandrer progresjonshastigheten i IgA nefropati viste en tysk gruppe etter undersøkelse av 111 pasienter [Bantis C et al]. Dette arbeidet ble støttet av et tilsvarende funn av en koreansk gruppe, men på et annet sted i promoter-regionen [Oh K-H et al]. En japansk gruppe undersøkte en rekke polymorfismer, bl.a. IL-4 og interferon- $\gamma$ , og mente at disse kan påvirke både sykdom og progresjon av IgA nefropati [Masutani K et al]. To italienske grupper viste at ulike polymorfisme i TGF- $\beta$  er viktig for progresjon av IgA nefropati [Brezzi B et al., Brugnara M et al.] Promoter-regionen for VEGF [vascular endothelial growth factor] er gjenstand for studie av en britisk gruppe, og de konkluderer at polymorfisme i promoter-regionen er med på å bestemme utviklingen av IgA nefropati [Summers AM et al]. En kinesisk gruppe undersøkte et cytokin-lignende protein som kalles uteroglobulin, men fant ingen assosiasjon mellom SNP og forekomst av IgA nefropati [Guo H et al]. Dette er i motsetning til en tysk gruppe som har påvist en polymorfisme i uteroglobulin som påvirker utviklingen av IgA nefropati [Szeleski T et al]. Det er kanskje etniske forskjeller? Japaneere har undersøkt et low-density lipoprotein-receptor-relatert protein som skal ha betydning for effekten av vekstfaktor og også for nedbrytning av proteaser, og mente at SNP i LRP-genet kan være av betydning for forløpet av IgA nefropati [Saito N et al]. PAI-1 polymorfismer er vist å være av betydning for utvikling av diabetes nefropati og lupus nefritt, nå påvises det også å kunne påvirke progresjonen av IgA nefropati [Suzuki H et al]. Åtte SNP for selek-

tin-genet ble undersøkt og funnet å kunne ha betydning for interstitielle forandringer ved IgA nefropati [Takei T et al]. Betennelsesforandringer kan modifiseres av SNP i promoter-regionen for CD14 – genet [Kim SK et al], mens det noe mer kjente angiotensin M235T polymorfismen blir antydnet å være en risikofaktor for IgA nefropati blant italienerne [Brugnara M et al.]. Vi har hørt om nephrin fra en entusiastisk kollega fra Tønsberg, og dette er et protein som er implisert i utviklingen av kongenitt nefrotisk syndrom, og er helt essensielt for å opprettholde intakt glomerulusbarriere. Det er nå påvist polymorfismer i nephrin-genet som manifesterer seg med kliniske og histologiske forandringer ved IgA nefropati [Narita I et al].

### Konklusjon

Hva er så konklusjonen på dette? – og har det noen praktiske konsekvenser? Foreløpig ikke, men det er lærer oss mer om årsaker til ulik sykdomsutvikling og prognose ved den mest vanlige glomerulonefritt, IgA nefropati. Det er kanskje ikke så uventet at polymorfismer av faktorer som er av betydning for betennelsesprosesser, slik som cytokiner, vekstfaktorer og adhesjonsmolekyler vil påvirke et sykdomsforløp. At regulatorer av gen-aktiviteten også kan påvirke sykdomsutvikling er kanskje heller ikke så uventet, som illustrert ved at polymorfismer i promoter-regionen er assosiert med ulik klinisk utvikling. Promoter-regionen er ikke-kodende elementer, men likevel viktig fordi de er styrere av gen-aktivitet.

Samtidig viser dette også kompleksiteten i sykdommen og sykdomsuttrykket. Vi vil ganske sikkert få flere polymorfismer og i flere gener ved neste ASN. Så langt er millioner av SNP påvist, og flere blir det.

Ingrid Os  
Institutt for farmakoterapi

### Referanser:

- Julian BA. *New Engl J Med* 1985; 312: 202-8  
Scolari F et al. *Am J Kidney Dis* 1999; 33: 857-65  
Bantis C et al. [F-P0345] *JASN* 2002; 13: 129A  
Masutani K et al. [SU-P0250] *JASN* 2002; 13: 518A  
Brezzi B et al. [F-P0346] *JASN* 2002; 13: 130A  
Brugnara M et al. [SU-P0236] *JASN* 2002; 13: 516A  
Oh K-W et al. [F-P0349] *JASN* 2002; 13: 130A  
Summers AM et al. [F-P0978] *JASN* 2002; 13: 260A  
Guo H et al. [SA-P0203] *JASN* 2002; 13: 305A  
Szeleski T et al. *Am J Kidney Dis* 2000; 36: 468-73  
Saito N et al. [SA-0940] *JASN* 2002; 13: 458A  
Suzuki H et al. [SA-0941] *JASN* 2002; 13: 458A  
Takei T et al. [SA-0951] *JASN* 2002; 13: 460A  
Kim SK [SU-P0233] *Jasn* 2002; 13: 515A  
Brugnara M et al. [SU-P0234] *JASN* 2002; 13: 515A  
Narita I et al. [SU-P0254] *JASN* 2002; 13: 519A

dene dramatisk. Derfor må ikke bare behandlingsregimene, men også evt. forebyggende behandling for å hindre utvikling av nyresvikt, kritisk gjennomgås.

Teoretisk har kontinuerlig dialysebehandling med lavere blodgjennomstrømningshastighet mange fordeler, bedret hemodynamisk stabilitet, større muligheter for ultrafiltrasjon, bedret transport av avfallstoffer – men i praksis er det altså ikke så store forskjeller. Kostnadene ved kontinuerlig behandling er mangedobbelte i forhold til intermitterende behandling.

## Få randomiserte studier

Tonelli og medarbeideres undersøkelse omfatter gjennomgang av 2028 studier, men bare 113 [og av disse var det 13 randomiserte kliniske undersøkelser] ble funnet verdige til å gjennomgås mer nøyaktig. Av disse var det 18 [hvorav 6 RCT = Randomized Controlled Trials] som inngikk i analysen. 3 av 6 RCT var bare publisert i abstract form og 1 som en doktorgradsavhandling, bare 2 var publisert på ordinært vis. Heller ikke alle studiene [11 av 18] hadde adekvat beskrivelse av alvorlighetsgraden av sykdom hos disse intensivpasientene med såkalt APACHE score.

## Ingen forskjell i mortalitet

Forfatterne fant ingen forskjell i mortalitet mellom intermitterende hemodialysebehandling og kontinuerlig behandling, og selv om de inkluderte ikke-randomiserte studier eller korrigererte for alvorlighetsgrad av sykdom, endret dette ikke konklusjonen. Undersøkerne fant ingen uheldige effekter av kontinuerlig behandling [for det har også vært diskutert], og det er selvsagt en viktig observasjon. Nå er det slik at de som fikk kontinuerlig behandling oftest er mer alvorlig syke enn de som fikk intermitterende behandling, og korrigerer man for dette med de mulighetene som man har med klassifisering etter APACHE score så er det fortsatt ingen forskjell.

## Gjenvunnet nyrefunksjon

Gjenvunnet nyrefunksjon kunne evalueres hos 401 pasienter, og man fant ingen forskjell mellom de to behandlingsformene. Dette er selvsagt viktig å kartlegge siden det har store konsekvenser for pasienten dersom de må fortsette i dialysebehandling senere og det har store øko-

nomiske konsekvenser. Forfatterne følte ikke at de med sikkerhet kunne konkludere med hensyn til gjenvunnet nyrefunksjon på grunn av mangelfulle data – og mener det er viktig at dette blir gjort.

## Lederkommentar

Lederen skrevet av tyskeren Schiffel H mener at valget av behandlingsform i liten grad er evidensbasert, og snarere er basert på tilgjengelighet av apparatur. Han synes det er sterkt kritikkverdig at til tross for at slik behandling har vært tilgjengelig over flere år, at det ikke finnes flere studier og at studier som gjøres ikke blir gjort skikkelig eller er publisert. Siden ingen behandling synes å være bedre enn den andre, burde kanskje kostnadene ved en slik behandling bety mer – dvs valget burde være intermitterende hemodialyse. Men pasienter er forskjellige og hos noen vil det være et bedre valg med kontinuerlig venovenøs hemodiafiltrasjon.

Det diskuteres også når behandling skal startes. Det kan være bedre å starte dialysebehandling på et tidlig tidspunkt hos denne pasientgruppen, også den nonoliguriske. Intensivpasienter krever mer behandling enn ordinære dialysepasienter, og modifiseringer av så vel ordinær hemodialyse som kontinuerlig hemodiafiltrasjon bør kunne gjøres. Noen hevder at langvarige hemodialyser med lavere blodgjennomstrømning er bedre. Så større fleksibilitet i behandlingsregimer er sannsynligvis ganske viktig.

Jeg vil anbefale den interesserte leser å lese så vel lederen som Tonellis artikkel. Det gir oss et bedre grunnlag for diskusjon med intensivlegene, og kan lede til bedret samarbeid til nytte for begge parter – og ikke minst gjøre hverdagen mer spennende og utfordrende [det er den kanskje allerede!?] og lærerik [ikke minst for leger i utdanning –og det er vi vel alle?].

Forfatteren både av denne oversikten og oversikten om bruk av sløyfedirutetrika er

Ingrid Os

som er ansatt som professor ved Institutt for Farmakoterapi. Det ser imidlertid ut til at hennes interesse for klinisk nefrologi er like levende som før.

## Bruk ikke sløyfediuretika ved akutt nyresvikt !

Forfatterne Mehta RL og medarbeidere tar i JAMA 2002; 288: 2547-53 opp et viktig tema som stadig har blitt debattert av intensivleger og nefrologer. Artikkelen følges av en leder som diskuterer om sløyfediuretika er nyttig eller skadelig. Det er prisverdig at det særlig fra Bergen er tatt en initiativ til et akutt nyresvikt- register, og det gir jo også Norge muligheten for å undersøke slike forhold og med praktiske konsekvenser for behandlingsopplegg.

### Oligurisk nyresvikt

Sløyfediuretika i forbindelse med akutt nyresvikt har blitt brukt for å konvertere en oligurisk nyresvikt til en ikke-oligurisk nyresvikt. Dette skyldes antagelsen at oligurisk nyresvikt raskere vil lede til dialysebehov p.g.a. væskeproblematikk, og at diuretika vil hindre en slik utvikling. I litteraturen er det lite holdepunkter for at denne antagelsen er riktig, men snarere at de som "konverterer" til ikke-oligurisk nyresvikt har en mindre alvorlig nyresvikt (nyresvikt som responderer på sløyfediuretika).

I noen sammenhenger er bruk av diuretika særlig uheldig, for eksempel særlig før bruk av røntgenkontrastmidler hos disponerte individ. Det har også i andre sammenhenger blitt pekt på at det kan være uheldig å bruke sløyfediuretika, og at man pisker på en "utslitt hest" og at dette kanskje også kan ha skadelige effekter.

### Kohortestudie

Det er gjort en rekke studier som ikke viser noen overbevisende gunstig effekt av sløyfediuretika hos pasienter med akutt nyresvikt, men studiene har blitt kritisert fordi de ikke har hatt statistisk styrke som har medført utsagnskraft. Dette var bakgrunnen for kohorte-studien som Mehta og medarbeidere gjennomførte i USA og som omfattet 522 pasienter ved 4 universitetssykehus innlagt over en tidsperiode som strekker seg fra 1989 til 1995 under diagnosen akutt nyresvikt.

Pasientene ble kategorisert på basis av diuretikabruk i løpet av den første tiden etter innleggelse, 1 dag og i løpet av 1. uke. Endepunkt i studien var mortalitet i sykehus, manglende restitue- ring av nyresvikt og kombinasjon av disse to.

Akutt nyresvikt ble definert som urinstoff > 14 mmol/L, serum kreatinin > 177 µmol/L hos pasienter som tidligere ikke hadde kjent nyresykdom, hos andre som en stigning i kreatinin > 88 µmol/L sammenlignet med utgangspunktet. Pasientene var innlagt på intensivavdelinger og fikk nefrologisk tilsyn.

Årsaken til akutt nyresvikt ble klassifisert slik:

- Akutt tubulær nekrose [iskemisk]
- Akutt tubulær nekrose [nefrotoksisk]
- Multiorgansvikt
- Ukjent

Pasienter som fikk diuretika første dag i forhold til de som ikke fikk diuretika, var karakterisert ved

- Høyere alder
- Sykehistorie med hjertesvikt
- Antatt nefrotoksisk årsak til nyresvikt
- Noe lavere urinstoff
- Lavere minuttvolum
- Ofte akutt respirasjonssvikt

Det var ingen forskjell i såkalt APACHE score [Acute Physiology and Chronic Health Evaluation] II og III, men de som ble hemodynamisk monitorert hadde lavere minuttvolum.

Antallet som fikk diuretika sank med tiden, fra 59% 1.dag til 44 og 40 de neste 2 dager, mens andelen av ikke-oligurisk nyresvikt økte hos de som fikk diuretika, fra 59 til hhv 80 og 86%.

Initialt var det ingen forskjell mellom gruppene i APACHE score, men 3. dag var det signifikant lavere score hos de som fikk diuretika. Av de som ikke fikk diuretika 1. dag, fikk 29% diuretika senere og i løpet av 1. Uke [12% av totalmaterialet].

Effekt av diuretikabruk på mortalitet og manglende resitusjon av nyrefunksjon

	Odd ratio [95% CI]
• Sykehus-død	1,65 [1,05-2,58]
• Manglende restit.	1,70 [1,14-2,53]
• Kombinasjon	1,74 [1,12-2,68]

### Hvorfor gikk det dårligere?

Forfatterne diskuterer flere muligheter, bl.a. en mulig toksisk effekt av diuretika. En manglende erkjennelse av alvorlighetsgraden av nyresvikt hos pasienter med bevart diurese diskuteres også, og at dialysebehandling igangsettes for sent hos disse blir tatt opp. Studien gir ikke noe svar på når dialyse skal startes hos pasienter med akutt nyresvikt i intensivavdelinger.

"Det er gjort en rekke studier som ikke viser noen overbevisende gunstig effekt av sløyfediuretika hos pasienter med akutt nyresvikt, men studiene har blitt kritisert for lav statistisk styrke"

Forfatterne diskuterer også svakheter ved studien. De kan ikke evaluere den egentlige effekten av diuretika siden dette ikke er en prospektiv og randomisert studie. De kan heller ikke sikkert utelukke en del confoundere som bestemmer hvem som får diuretika eller ikke. Spekulasjonen om direkte toksisk effekt støttes ikke av biopsifunn for eksempel, og de kan heller ikke gi noen mekanistisk forklaring på sine funn.

Funnene er gjort hos kritisk syke pasienter med tilleggssykdommer til sin nyresvikt, og kan ikke generaliseres til å gjelde nyresviktpasienter i andre sammenhenger eller med mindre alvorlig sykdom.

*Ingrid Os  
Institutt for farmakoterapi  
Universitetet i Oslo*

### **Viktigste møter i 2003?**

**Vårmøtet i Tønsberg  
8-11. mai 2003**

**Vårens vakreste eventyr!**

**Samarbeidsmøte på Rikshospitalet fredag 7.november 2003.**

**Årsmøte i foreningen NNF**

**Er som vanlig samme dag i samme auditorium fredag 7. November.**

## Ezetimibe- et nytt behandlingsprinsipp for å senke kolesterol

Pasienter med diabetes nefropati har en høy risiko for hjerte-kar sykdommer (1). Disse pasientene har ofte en dyslipidemi som kjennetegnes ved økte nivåer av triglyserider (TG) og økt intermediate-density lipoprotein (IDL). Low-density lipoprotein (LDL) kolesterol er uendret, men LDL partiklene karakteriseres av små, tette og sannsynlig mer aterogene partikler. Det gode kolesterolet high-density lipoprotein (HDL) er også ofte nedsatt. Det er derfor holdepunkter for at disse pasientene bør tilbys aggressiv lipidsenkende behandling, i tillegg til adekvat glykemisk kontroll og antihypertensiv behandling for å nedsette risiko for koronarsykdom og perifer aterosklerotisk sykdom (2).

### Statiner

Kolesterolsenkende behandling med HMG-CoA reduktase hemmere (statiner) er en viktig del av behandlingen av pasienter med høy risiko for hjerte-kar sykdommer (3). Studier fra England (4) og Norge (5) viser at målsetningen for lipidsenkende behandling ikke når de anbefalte verdier hos en stor del av pasientene som behandles. Dette kan skyldes at leger som behandler pasienter ofte starter opp med en for liten dose statin, og at denne doseringen senere ikke økes nok (6). Det har vist seg at 50 % eller flere av pasientene i allmennpraksis uansett får minste dosering av statin (6).

### Kombinasjonsbehandling

Selv om pasienten har høy risiko for kardiovaskulære komplikasjoner vegrer mange leger en motstand mot å øke doseringen av statiner. Ofte av frykt for myopati og leveraffeksjon. Men selv om dosene økes, ha det vist seg at monoterapi med statiner, selv i høye doser, ikke alltid fører frem til behandlingsmålet (6). Statiner kan i prinsippet kombineres med en rekke andre lipidsenkende legemidler (3). Men kombinasjonsbehandling er lite utbredt i Norge. Flere av disse lipidsenkende legemidlene, som fibrater, resiner og nikotinsyrepreparater må skaffes på registreringsfritak. Selv om fibratet gemfibrozil har vist seg å øke HDL og senke innsidens av koronare endepunkter (7), har man allikevel fryktet komplikasjoner ved kombinasjonsbehandling med statin og fibrater. Nylig ble ett av statinene Cerivastatin (Lipobay) trukket fra hele verdensmarkedet på grunn av flere tilfeller med rhabdomyolyse med utvikling av nyresvikt. Dette var påvist ved bruk i høye doser, og i kombinasjon med fibratet gemfibrozil (8).

Man har derfor sett frem til nye behandlingsprin-

sipper for å kombinere statiner med andre legemidler. Et viktig krav er at legemidlene er godt tolerert, og at de kan brukes også av pasienter med nedsatt nyrefunksjon.

### Kasuistikk

En 57 år gammel mann ble henvist til nyremedisinsk poliklinikk i 1999, Ullevål universitetssykehus, med hemokromatose, hypothyreose, diabetes type 1 fra 27 års alder. Pasienten hadde i tillegg hypertensjon, venstre ventrikkel hypertrofi, diastolisk dysfunksjon, manifest nefropati, koronarsykdom med 2 symptomfrie non-Q hjer-teinfarkt. Pasienten hadde en kjent nyresvikt siste år med kreatinin økende fra 280  $\mu$ M i 1999 til 380 i 2003. Pasienten hadde også en stabil angina pectoris ekvivalent med dyspnoe ved gange ca 100 meter, og ble henvist til invassiv koronarutredning.

Koronar angiografi september 2002 viste utbredt aterosklerose med hovedsaklig veggforandringer i RCA, RPD og grensesignifikant stenose på LAD. Det ble ikke gjennomført PCI eller kirurgisk behandling, og pasienten ble henvist tilbake medisinsk behandling, med videre kontroller nyremedisinsk poliklinikk.

Pasienten hadde en kjent kombinert dyslipidemi, og hadde i 1999 et kolesterol på 6,8 mmol/L, HDL 1,22 under behandling med Lipitor 20 mg 1x1. I 2003 var kolesterolet 6,4 HDL 1,13 LDL 3,78 TG 3,31 nå med Lipitor 80 mg 1x1 og Omacor 840 mg 2x2. Pas hadde samtidig høyt homocystein 26,4 og var dagligrøyker uten motivasjon for å slutte, var fysisk inaktiv, overvektig med BMI 31. På bakgrunn av pasientens samlede høye risiko for kardiovaskulære komplikasjoner ble det igangsatt behandling med Ezetimibe 10 mg 1x1 fra februar 03, og etter 2 ukers behandling hadde kolesterolet sunket til 4,1 (ned 35%), LDL til 1,83 (ned 54%), og HDL til 0,81 (ned 29%) TG 3,25 (ned 2%).

Pasientens totale lipidprofil var dermed endret etter kun få dager med behandling. Total kolesterol, og kolesterol i alle målte lipoproteiner, inkludert HDL hadde sunket. Forholdet mellom de ulike lipoproteiner gikk allikevel i gunstig retning med fallende total kolesterol/HDL kolesterol ratio fra 5,7 til 5,1 etter retningslinjene fra New Zealand cardiovascular disease risk-benefit prediction guide (9).

### Ezetimibe

Ezetimibe er en syntetisk 2-azetidione, den første av en ny klasse medisiner som selektivt hemmer absorpsjonen av kolesterol og relaterte steroler i tynntarm (10). Man antar at virkningen

*"Den første av en ny klasse medisiner som selektivt hemmer absorpsjonen av kolesterol og relaterte steroler i tarmen"*

skjer på et membran protein på 145 kDa lokalisert i børstesømmen på enterocytter (11). Det er vist at ezetimibe 10 mg daglig har redusert fraksjonert kolesterol absorpsjon med 54 % sammenlignet med placebo. Ezetimibe har vist seg å kunne doseres uendret også hos eldre, hos pasienter med nyresvikt, og ved lett nedsatt leverfunksjon.

## Konklusjon

Det ser derfor ut at preparatet i fremtiden kan bli et viktig supplement til statiner, ikke minst hos pasienter med nyresvikt. Men det gjenstår allikevel å se hvilken plass dette preparatet endelig vil få i kolesterolsenkende behandling.

Jan Eggesbø

## Referanser

1. Hirano T. Lipoprotein abnormalities in diabetic nephropathy. *Kidney Int Suppl* 1999;71:S22-4.
2. Beckman JA, Creager MA, Libby P. Diabetes and atherosclerosis: epidemiology, pathophysiology, and management. *Jama* 2002;287(19):2570-81.
3. Wood D. European and American recommendations for coronary heart disease prevention. *Eur Heart J* 1998;19 Suppl A:A12-9.
4. Primatesta P, Poulter NR. Lipid concentrations and the use of lipid lowering drugs: evidence from a national cross sectional survey. *Bmj* 2000;321(7272):1322-5.
5. Svilaas A, Thoresen M, Kristoffersen JE, Hjartaaker J, Westheim A. How well are patients with atherosclerotic disease treated? Secondary prevention in primary care. *Scand J Prim Health Care* 2000;18(4):232-6.
6. Leitersdorf E. Selective cholesterol absorption inhibition: a novel strategy in lipid-lowering management. *Int J Clin Pract* 2002;56(2):116-9.
7. Rubins HB, Robins SJ, Collins D, Fye CL, Anderson JW, Elam MB, et al. Gemfibrozil for the secondary prevention of coronary heart disease in men with low levels of high-density lipoprotein cholesterol. Veterans Affairs High-Density Lipoprotein Cholesterol Intervention Trial Study Group. *N Engl J Med* 1999;341(6):410-8.
8. Furberg CD, Pitt B. Withdrawal of cerivastatin from the world market. *Curr Control Trials Cardiovasc Med* 2001;2(5):205-207.
9. Jackson R. Updated New Zealand cardiovascular disease risk-benefit prediction guide. *Bmj* 2000;320(7236):709-10.
10. Darkes MJM, Poole RM, Goa KL. Ezetimibe. *Am J Cardiovasc Drugs* 2003;3(1):67-76.
11. Kramer W, Glombik H, Petry S, Heuer H, Schafer H, Wendler W, et al. Identification of binding proteins for cholesterol absorption inhibitors as components of the intestinal cholesterol transporter. *FEBS Lett* 2000;487(2):293-7.

## HDL er fortsatt det gode kolesterol !

Mange av pasienter med kronisk nyresvikt har en ugunstig lipidprofil (1). Denne lipidprofilen kjenntegnes av lave nivåer high-density lipoprotein (HDL), kombinert med forhøyede nivåer av triglyserider (TG). Ofte er nivåene av total kolesterol og low-density lipoprotein (LDL) kolesterol uendret i forhold til normalbefolkningen, men LDL partiklene er mindre og mer aterogene (1). Lipidprofilen er ganske lik hos pasienter med diabetes type 2 (2), og profilen er mest uttalt hos pasienter med både diabetes og kronisk nyresvikt (3). Av alle risikofaktorene for koronarsykdom har epidemiologiske studier vist at lave nivåer HDL er en av de viktigste (4). For ethvert nivå av LDL har det vist seg at nivået av HDL er inverst korrelert med risiko for koronar hjertesykdom, cerebralt insult og perifer aterosklerotisk sykdom (5).

## HDL har mange egenskaper

Flere studier har vist at HDL har mange virkninger som samlet sett virker gunstig i både aterogenesen og i trombogenesen (6). HDL har vist seg å hemme monocytters kjemotakse, hindre adhesjon av leukocytter til endotelveggen. HDL kan motvirke endotel dysfunksjon og apoptose. Samtidig har HDL vist seg å hemme LDL oksidasjon, aktivering av komplementsystemet, og faktor X. Dermed er HDL knyttet til flere antiinflammatoriske-, anti oksidative-, anti trombocyttaggregasjons-, antikoagulasjons- og profibrinolytiske mekanismer. Disse skyldes sannsynligvis flere av komponentene i HDL partikkelen, ikke minst spesifikke fosfolipider og apolipoproteiner. Men, av alle disse egenskapene, antar man at HDLs gunstige effekt hovedsakelig er forårsaket av to ulike mekanismer. Av et transportsystem kalt revers kolesterol transport, og av et enzym med antioksidative egenskaper kalt paraoxonase 1.

## Revers kolesterol transport

Det var i 1968 at Glomset lanserte teorien om at kolesterol kunne transporteres tilbake fra perifert vev (7). Denne teorien er senere blitt belyst i flere eksperimentelle studier, og det er nå godt dokumentert at HDL kan fungere som akseptor for kolesterol fra celler i perifert vev i karvegg, og kan frakte det tilbake leveren for utskillelse til gallen (8). Det er samtidig også vist i dyrestudier at HDL-lignende partikler med apo A-1 kan medføre regresjon av allerede eksisterende aterosklerotiske plakk (9). Hos mennesker har infusjon med HDL-lignende partikler økt den fekale utskillelse av kolesterol (10).

Forts.neste side



## Paraoxonase 1

Den antioksidative effekten av HDL antar man skyldes lokalisasjonen av paraoxonase 1 på partikkelen (11). Paraoxonase 1 er et enzym med molekylær masse på 43 kDa (354 aminosyrer) som er eksklusivt lokalisert på HDL (12). Det er sammen med paraoxonase 2 og 3 knyttet til en genetisk familie med tre kjente komponenter PON1, PON2 og PON3. Disse er hos mennesker lokaliserte på den lange arm av kromosom 7 mellom q21.3 og q22.1. Disse tre genene har stor strukturell likhet. Paraoxonase 1 virker beskyttende ved å kunne hydrolysere organofosfater som paraoxon (11). PON1 og paraoxonase 1 er best studert, og det foregår utbredt forskning for å kartlegge flere sider av enzymets antioksidative egenskaper. Spørsmålet nå er om stimulering av dette enzymet også kan gi kliniske resultater. I alle fall bedre enn det studiene med vitaminer med antioksidativ effekt har vist (11). Det antas at paraoxonase 1 in vivo virker gunstig ved å hemme oksidasjonen av LDL og cellemembraner. Som kjent må LDL oksideres før det kan opptas av makrofager i karveggen, og delta i utviklingen til aterosklerotiske plakk (8).

## Nasjonale retningslinjer

I Norge har man undersøkt hvordan HDL virker som risikofaktor. Statens helseundersøkelser (SHUS)- nå Nasjonalt Folkehelseinstitutt, har vist at for yngre menn og kvinner er risikokurven U-formet med lavest risiko i de midlere områdene. Derfor har man foreløpig ikke valgt å inkludere HDL som en faktor i deres multiple risikoskårefunksjon. Dette i motsetning til i USA der man bruker LDL, HDL og TG. Det er ventet at i de neste europeiske retningslinjene vil HDL bli inkludert. Inntil videre konkluderer den amerikanske Expert Group Recommendations blant annet et mål å heve HDL kolesterol til over 1 mmol/L om nødvendig med et fibrat i tillegg til et statin (13). Dette kan være aktuelt hos pasienter med diabetes type 2 (14), men dette må gjøres med varsomhet, da flere fibrater akkumuleres ved kronisk nyresvikt og er kontraindiserte ved alvorlig nyresvikt (14).

Jan Eggesbø

### Referanseliste:

1. Shoji T, Ishimura E, Inaba M, Tabata T, Nishizawa Y. Atherogenic lipoproteins in end-stage renal disease. *Am J Kidney Dis* 2001;38(4 Suppl 1):S30-3.
2. Beckman JA, Creager MA, Libby P. Diabetes and atherosclerosis: epidemiology, pathophysiology, and management. *Jama* 2002;287(19):2570-81.
3. Shoji T, Emoto M, Shinohara K, Kakiya R, Tsujimoto Y, Kishimoto H, et al. Diabetes mellitus, aortic stiffness, and cardiovascular mortality in end-

stage renal disease. *J Am Soc Nephrol* 2001;12(10):2117-24.

4. Miller GJ, Miller NE. Plasma-high-density-lipoprotein concentration and development of ischaemic heart-disease. *Lancet* 1975;1(7897):16-9.
5. Assmann G, Schulte H, von Eckardstein A, Huang Y. High-density lipoprotein cholesterol as a predictor of coronary heart disease risk. The PROCAM experience and pathophysiological implications for reverse cholesterol transport. *Atherosclerosis* 1996;124 Suppl:S11-20.
6. Nofer JR, Kehrel B, Fobker M, Levkau B, Assmann G, von Eckardstein A. HDL and arteriosclerosis: beyond reverse cholesterol transport. *Atherosclerosis* 2002;161(1):1-16.
7. Glomset JA. The plasma lecithins:cholesterol acyltransferase reaction. *Journal of Lipid Research* 1968;9:155-167.
8. Libby P. Atherosclerosis: the new view. *Sci Am* 2002;286(5):46-55.
9. Rader DJ. High-density lipoproteins and atherosclerosis. *Am J Cardiol* 2002;90(8A):62i-70i.
10. Angelin B, Parini P, Eriksson M. Reverse cholesterol transport in man: promotion of fecal steroid excretion by infusion of reconstituted HDL. *Atheroscler Suppl* 2002;3(4):23-30.
11. Mackness MI, Mackness B, Durrington PN. Paraoxonase and coronary heart disease. *Atheroscler Suppl* 2002;3(4):49-55.
12. Durrington PN, Mackness B, Mackness MI. Paraoxonase and atherosclerosis. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2001;21(4):473-80.
13. Sacks FM. The role of high-density lipoprotein (HDL) cholesterol in the prevention and treatment of coronary heart disease: expert group recommendations. *Am J Cardiol* 2002;90(2):139-43.
14. Keating GM, Ormrod D. Micronised fenofibrate: an updated review of its clinical efficacy in the management of dyslipidaemia. *Drugs* 2002;62(13):1909-44.

Forfatteren både av dette innlegget og det foregående om Ezetimibe er

Jan Eggesbø

Han er relativt nytilsatt overlege ved nyremedisinske avdeling på Ullevål Universitetssykehus

Vi vil sikkert høre mer fra ham i Forum i årene som kommer

Red.

## Årsberetning for norsk nyremedisinsk forening i 2002

Årsberetning fra og med 10.november 2001 til og med 15.november 2002.

### MEDLEMMER

Styret har bestått av følgende:

Einar Svarstad	- formann
Solveig Sæta	- sekretær
Aud Stenehjem	- styremedlem
Egil Hagen	- styremedlem
Karsten Midtvedt	- styremedlem
Markus Rumpsfeld	- varamedlem
Cecilia Montgomery Øien	- varamedlem

Foreningen har fått 7 nye medlemmer (alle ordinære) i 2002. 1 medlem fra legemiddelindustrien har meldt seg ut. Status pr. 131102 er som følger:

Æresmedlemmer:	5 personer
Ordinære medlemmer:	166 personer
Stemmeberettiget i alt:	171 personer
Assosierte medlemmer:	8 personer
Totalt:	179 personer

I tillegg kommer 20 medlemmer fra legemiddelindustrien.

### MØTEAKTIVITET

Vårmetet i Stavanger 6.-9.juni 2002 ble avholdt i strålende sommervær. I alt 126 deltagere var påmeldt, hvorav 60 aktive medlemmer. Møtet var organisert av en programkomite ledet av Harald Bergrem, som også var lokal organisator. Øvrige medlemmer i komiteen var Helga Gudmundsdottir og Kirsti Svendsen Andersson. Et hovedfokus var ulike registre og kvalitetssikring i nefrologisk praksis. Inviterte foredragsholdere var Bo Feldt Rasmussen (København) som talte om utfordringer i nefrologien, og Terry Feest (Bristol) som belyste erfaringer fra det britiske nyreregisteret. Det ble avholdt to satelittsymposier med inviterte foredragsholdere (Hans Ibsen fra København og Sverre Kjeldsen fra Ullevål sykehus). Både ute og inne var det intenst varme som bidro til flotte sosiale opplevelsene. Det var stor oppslutning fra industrien, og mange konstruktive faglige diskusjoner i forbindelse med utstillingene.

European Renal Association (ERA) XXXIX Congress i København 14.-17.juli 2002 var lagt

til en periode på sommeren som ikke passer særlig godt verken for nordmenn eller andre skandinaver. En mindre gruppe norske nefrologer var til stede og fikk oppleve et meget godt faglig program. Det er vårt inntrykk at standarden på disse møtene er blitt stadig høyere, ikke minst vektlegges utdanning av nefrologer. Lars Westlie presenterte ett års data fra det norske donorregisteret.

Nyreforeningens rullerende utdanningskurs for nefrologer har vært arrangert ved Haukeland sykehus og Rikshospitalet våren 2002 med etterfølgende deltagelse i American Society of Nephrology Board Review Course & Update for en gruppe utdanningskandidater i august 2002.

### Styremøter i foreningen

Det har vært avholdt 4 styremøter siden forrige årsmøte (3101, 1804, 0606 og 1209 2002). Møtereferatene er gjengitt i årets utgaver av Nefrologisk Forum. Den klart viktigste saken har vært arbeidet med takster for nefrologisk virksomhet. Styret ser dette som en høyt prioritert oppgave videre framover. I tillegg har vi hatt fokus på den videre utviklingen av Kvalitetshåndboken og Foreningens Internettider, samt Forums framtid. Her samarbeider vi tett med henholdsvis Håvard Aksnes i Kvalitetsutvalget, Markus Rumpsfeld og Terje Apeland i IT-utvalget samt Anders Hartmann i Nefrologisk Forum.

### Høstuka i indremedisin

Høstuka ble avholdt 7.-8.november. Norsk Nyremedisinsk Forening har heller ikke i år deltatt med eget program. Vi deltok imidlertid med innlegg under "Nytt fra grenspesialitetene", hvor Rikshospitalet var sporty og stilte opp. Egil Hagen snakket om statiner og nyresvikt, samt litt om ALERT. Det er et problem at dette møtet ofte kolliderer tidsmessig med deltagelse på ASN, det er bl.a. derfor vanskelig å mobilisere stor oppslutning fra våre rekker. Styret ønsker å avklare neste års engasjement i god tid, og dette vil bli tatt opp som eget punkt under Informasjonssaker på årsmøtet.

### Vårmetet 2003

Vårmetet 2003 arrangeres i Tønsberg så tidlig som 8.-11.mai. Programkomiteen består av Dagfinn Dyrbekk (leder), Hallvard Holdaas og Aud Stenehjem.

### Kommende møter

Nordiske nyredager 2003 arrangeres på Island. Vårmetet 2004 arrangeres i Trondheim.

*Den klart viktigste saken har vært arbeidet med takster for nefrologisk virksomhet. Styret ser dette som en høyt prioritert oppgave videre framover*

I 2005 arrangeres Nordiske Nyredager i Bergen ultimo mai.

## KVALITETSHÅNDBOKA

Kvalitetsutvalget har siden 270900 bestått av Håvard Aksnes (leder), Markus Rumpsfeld, Lasse Gøransson, Trond Eide og Ingrid Os. Vårt mål er at den nye utgaven skal være tilgjengelig i løpet av 2003, og styret har gått inn for at det framover satses på en fyldig og oppdatert nettversjon, samt en CD-ROM-versjon til erstatning for den gamle papirutgaven.

## FORENINGENS NETTSIDER

IT-utvalget består av Markus Rumpsfeld (formann), Terje Apeland, Aud Stenehjem, Einar Svarstad og Knut Aasarød. Det legges ned et stort arbeid i utformingen av hjemmesidene. I disse dager er styret i ferd med å få Foreningen registrert i Brønnøysundregisteret slik at vi bl.a. kan få eget domene og dermed en enklere nettadresse og bedre tilgjengelighet. IT-utvalget har mange gode forslag til websidene innhold, og arbeidet med dette fortsetter i samarbeid med styret.

## NEFROLOGISK FORUM

Redaktør Anders Hartmann har etter "8 magre år" nå fått hjelp av Egil Hagen i redaksjonen. Forum har utkommet med 2 nummer i 2002. En velfortjent påskjønnelse for flott innsats ble Anders til del under Vårmetet i Stavanger. Redaksjonen har også i 2002 slitt med stofftilgangen. Det presiseres igjen at ansvaret for utgivelsene primært hviler på medlemmenes vilje til å stille opp med publikasjoner. Styret ser det som svært viktig å beholde Forum som vårt "organ".

## UTREDNINGSGRUPPE FOR TAKSTER FOR NEFROLOGISK VIRKSOMHET

Styremedlem Aud Stenehjem leder arbeidet med utvikling av takster vedrørende ulike deler av vår virksomhet, spesielt for nyreskole/opplæring og differensiering av dialysetakster. Det er et faktum at takstene ikke gjenspeiler de reelle kostnadene. Dessuten må takstene evalueres i lys av den økende poliklinisering av det nefrologiske fagfelt. Styret arbeider med å engasjere de nye helseforetakene langt mer direkte i

dette arbeidet, og finner det naturlig at våre arbeidsgivere er aktive aktører i arbeidet med å "prise varene" som leveres, slik at virksomheten kan drives etter de intensjonene som de nye driftsformene forutsetter.

## ØKONOMI

Vår forenings økonomi er fortsatt god. Det er imidlertid bekymringsfullt at vi nå har en negativ avkastning på midlene plassert i Unifor, siste år var avkastningen minus 15 %, innestående i dager ca. 360.000 kr (beløpet var 433.000 kr. den 31.12.2001). Grunnlaget for foreningens reisestipend er altså redusert (grunnbeløp kr. 400.000 er altså redusert), fondet forvaltes hos Unifor. På grunn av den vedvarende usikkerheten i aksjemarkedet har styret heller ikke i år plassert flere midler på Unifors konto (se også årsberetning 2001). Foreningens totale aktiva inkludert Unifors konto er kr. 769 530,-.

Bergen 141102

*Einar Svarstad, leder,  
Solveig Sæta Sekretær*

*Norsk Nyremedisinsk Forening*

*"Foreningen registreres i Brønnøysund registeret slik at vi bl.a. kan få eget domene og dermed en enklere nettadresse og bedre tilgang"*

*Det er som man kan lese av åreberetningen en betydelig aktivitet i vår forening, både i styret og i komiteer. Vi har som medlemmer god grunn til å takke våre tillitsvalgte som nedlegger en betydelig arbeidsinnsats for vårt ve og vel.*

*Vi gleder oss nå til vårens store begivenhet, vårmøtet i Tønsberg*

*Vi regner med rekorddeltakelse, du kan se programmet på annet sted i dette Forum. Skal du sende abstract? Det kan være du som får debut som foredragsholder på dette møtet*

## REFERAT ÅRSMØTE I NORSK NYREMEDISINSK FORENING

FREDAG 151102  
RIKSHOSPITALET

Møtet ble ledet av leder Einar Svarstad.  
Det var 37 stemmeberettigede personer til stede.

### 1)Årsberetningen

Årsberetningen f.o.m.101101 t.o.m. 151102 ble  
lest høyt av Einar Svarstad.

Kommentarer til årsberetningen:  
9 personer deltok i høst på ASN Board. Under  
kommende møter bemerkes også at Nordiske  
Nyredager 2003 avholdes på Island. Ingrid Os  
gikk ut av Kvalitetsutvalget i sept. 2000.

### 2)Regnskap

Regnskapet for regnskapsåret 011001 – 300902  
ble gjennomgått av Einar Svarstad.  
Regnskapet er revidert og funnet i orden av revi-  
sorene Hallvard Holdaas og Ingrid Os.  
Regnskapet ble godkjent av generalforsamling-  
en.

Den negative avkastningen (siste år minus 15  
%) på midlene i Unifor er bekymringsfull. For-  
valtningen av disse midlene ble diskutert i ple-  
num under Informasjonssaker. Se dette.

Det ble for øvrig vedtatt at NNF fortsatt skal  
dekke akevittserveringen ved den årlige lutefisk-  
middagen.

### 3)Valg

Valget i år var kun et suppleringsvalg, og det  
ble ledet av Anders Hartmann, leder i valgkomite-  
en.

Nytt varamedlem (erstatte Markus Rumpfeld  
som er i Australia): Bjørn Oddvar Eriksen  
Vikar for Solveig Sæta, sekretær i styret  
(fødselspermisjon fra 150203): Ingegjerd Sekse  
Kandidatene hadde sagt seg villige og ble valgt  
v/akklamasjon.

### 4)Stipend

Janssen-Cilag stipendet er som tidligere på kr.  
30.000,-.

Pga. fortsatt god økonomi har styret besluttet å  
øke Foreningens Reise-og forskningsstipend fra  
kr. 40.000,- til kr. 45.000,-.  
Styret innstiller på følgende utdelinger:

#### Janssen-Cilag stipend:

Bjørn Egil Vikse kr.30.000,-

#### Foreningens reise-og forskningsstipend

Markus Rumpfeld  
kr. 10.000,-  
Trond Jenssen  
kr. 15.000,-  
Bjarne M. Iversen  
kr. 15.000,-  
Randeep Mandla/Stein Bergan  
kr. 5.000,-

Line Indrebø fra Janssen-Cilag overrakte stipen-  
det på kr. 30 000,- til Bjørn Egil Vikse, represen-  
tert v/Bjarne Iversen. Vikse arbeider med Nyrebi-  
opsiregisteret og har tidligere publisert/akseptert to  
artikler i NDT om prognose ved mesangioprolife-  
rativ glomerulonefritt og nefrosklerose. Han får  
stipendet for sitt videre arbeid med forholdet mel-  
lom serumkreatinin og kardiovaskulær risiko og  
undersøkelser hvor medisinsk fødselsregister kob-  
les mot senere risiko for nyresykdom.

Bjørn Egil Vikse vil presentere sine arbeider på  
Vårmøtet 2003.

### 5)Kontingent

Pga. god økonomi i foreningen endres ikke med-  
lemskontingenten for 2003.  
Den blir derfor som følger:

Medlemmer/assosierte medlemmer: kr150,-  
Medlemmer fra legemiddelindustrien: kr 1.550,-  
For æresmedlemmer: kr 0,-

### 6)Informasjonssaker

#### Indremedisinsk høstmøte:

Det er flere år siden nyreforeningen hadde eget  
spesialprogram på indremedisinsk høstmøte. De  
siste årene har vi deltatt med "Nytt fra nefrologi-  
en", for det meste presentert av leger fra Rikshos-  
pitalet. Det har vært liten oppslutning om egen  
nefrologisk sesjon ved høstmøtet, vesentlig pga. at  
vi har vårt eget spesialmøte på et annet tidspunkt  
(vårmøtet), og at høstmøtet ofte kolliderer med  
ASN og Samarbeidsmøtet.

Fra salen kom det innspill om at høstmøtet gene-

relt kanskje trenger en "revitalisering", og at dette bør tas opp med styret i foreningen for generell indremedisin.

Det er enighet i generalforsamlingen om at vi fortsatt må bidra med "Nytt fra nefrologien", og at denne oppgaven bør gå på omgang mellom de ulike sentra. Styret bør allerede på vårparten utpeke en region som tar ansvaret for bidraget v/neste høstmøte.

### Økonomi:

Se under årsberetningen om tapet på våre midler i Unifor (foreningens reise-og forskningsstipend). Midlene kan ikke tas ut og overføres til for eksempel en bankkonto. Imidlertid kan grunnkapitalen angripes ved å deles ut som ekstraordinære stipender.

Dette spørsmålet ble lagt fram for generalforsamlingen. Det kom innspill fra Trond Jenssen, Ingrid Os og Jøran Hjelmesæth, og alle disse mente at foreningen fortsatt bør ha "is i magen" og ikke angripe grunnkapitalen.

### Nefrologisk Forum:

Styret har foreslått å la ansvaret for hvert nummer gå på omgang mellom de ulike universitetssykehus, og at styret utpeker neste "utgiver". Dette ble enstemmig vedtatt av generalforsamlingen. Alle medlemmer kan selvsagt uavhengig av dette sende innlegg til bladet.

Ullevål Universitetssykehus har ansvar for neste utgave av Nefrologisk Forum.

### NDT-Educational:

Et nytt og spennende tiltak med fri distribusjon via e-post av nyheter fra de nasjonale foreningene og faglige presentasjoner. Det er ikke nødvendig å abonnere på NDT for å få tilbud om dette. Alle som sender sin e-postadresse (via Terje Apeland og Einar Svarstad) til NDT-E vil motta dette tilbudet vederlagsfritt.

### Nye helseforetak og endret ledelse:

Odd Helge Hunderi kom med forslag om å opprette et koordinerende organ som ser på hva som skjer i de ulike helseforetakene når nå ledelsesstrukturene endres, for eksempel når det gjelder enhetlige faglige standarder for nefrologisk virksomhet. Dette organet bør utgå fra vår spesialforening. Vi må også være oppmerksomme i forhold til den nye avtalen mellom NAVO og Akademikerne, som bringer inn en del nye begreper bl.a. med form for lokale avtaler og lokale avlønninger.

Generalforsamlingen har vedtatt at NNF

v/styret oppnevner et sekretariat/en arbeidsgruppe i samsvar med forslag fra Hunderi. Gruppen bør bl.a. ha oversikt over avtaleverket og se til at disse er i henhold til faglige normer, samt fungere som et diskusjonsforum.

### Hjemmeside NNF:

V/Terje Apeland

Hjemmesidene våre har til nå ligget på Universitetsnettet med en noe vanskelig adresse og dermed tilgjengelighet. Vi kan håpe på større pågang v/enklere adresse. Det er nødvendig med registrering i Brønnøysundregisteret, og søknaden er nå sendt dit.

Det er foreløpig ett forslag om adresse for våre hjemmesider: [www.nephro.no](http://www.nephro.no).

### Nytt fra spesialitetskomiteen:

V/Jøran Hjelmesæth

Spesialitetskomiteen består av Jøran Hjelmesæth (leder), Ingegjerd Sekse, Bjørn Oddvar Eriksen, Kristian Heldal og Egil Hagen.

Jøran orienterte litt om komiteens arbeidsoppgaver:

- Uttalelser til Legeforeningen i hringssaker som gjelder andre spesialiteter.
- overvåker utdanningen av norske nefrologer.
- årsrapporter fra utdanningsinstitusjonene.
- besøker sykehus og hjelper der det er behov.

Spesialitetskomiteen vil i samarbeid med styret utarbeide en oversikt over antall utdanningsstillinger og prognosen vedrørende pensjonering av norske nefrologer.

Hvor mange nefrologer trenger vi framover, i lys av utviklingen innen dialyse og poliklinisk virksomhet?

Neste styremøte avholdes i Bergen torsdag 16.januar 2003.

Bergen 041202

Solveig Sæta  
sekretær

*Alle som sender sin e-postadresse (via Terje Apeland og Einar Svarstad) til NDT-E vil motta dette tilbudet vederlagsfritt.*

## STYREMØTE NORSK NYREMEDISINSK FORENING

**E.GRIEG QUALITY HOTEL, BERGEN  
160103**

Tilstede: Einar Svarstad, Egil Hagen, Aud Stehjem, Karsten Midtvedt, Solveig Sæta, Håvard Aksnes fra Kvalitetsutvalget, Ingegjerd Sekse (påtroppende sekretær-vikar)

### Sak 01-03 Referat

Referat fra årsmøtet 151102 ble gjennomlest og godkjent.

I forbindelse med orienteringen fra spesialitetskomiteen kommenterer vi at det er ønskelig med ett felles møte pr. år, fortrinnsvis lagt til det første styremøtet etter sommerferien.

### Sak 02-03 Orienteringssaker

#### Post inn

- Brev fra Legeforeningen: Utredning om organisering av karkirurgien i Norge. Styret mener det er utført et meget grundig arbeid som inneholder momenter også av interesse for vår spesialitet.
- Ingrid Toft er godkjent som spesialist i nyresykdommer. Vi gratulerer!

I forbindelse med en konkret sak diskuterte vi prinsipielt hvorvidt en representant for et legemiddelfirma kan stå som personlig medlem dersom hun/han også er lege. Ethvert medlem av Den Norske Legeforening kan melde seg inn i vår spesialforening som personlig medlem (og til tilsvarende kontingent). Dersom vedkommende også representerer industrien, må det framgå tydelig av medlemslisten at medlemskapet er personlig og ikke firmaassosiert.

- Purring fra Legeforeningens forskningsutvalg om tidligere forespørsel: Medisinsk Forskning og Utvikling.

Utvalget ønsker bl.a. å vite hva vår spesialforening gjør for å fremme forskning og fagutvikling. Einar vil svare på dette og omtale bl.a. foreningens vårmøte, stipendene, Kvalitets håndboka og American Board. Ellers bemerkes at ingen i styret var informert om "Legeforeningens forskningsutvalg"...

- Landsstyresak fra Legeforeningen vedr. instruks for Legeforeningens valgkomité. Styret støtter forslaget om at kandidatenes CV skal vedlegges. Einar svarer.
- Høringssak fra Legeforeningen: evaluering av rettshjelpsordningen, forslag til vedtektsendringer. Einar svarer.
- Brev fra Legeforeningen med forhåndsvarsel om DRG-seminar på Soria Moria 25.-26.mars.

Aud kan tenke seg å møte på dette og komme med foreningens synspunkter på dette med koding og takster for bl.a. LDL-aferease, nyreskole, dagpost m.m.

- Korrespondanse innad i styret ang. søknaden til Brønnøysundregisteret og etter hvert ny adresse for hjemmesidene våre. Søknaden kom før jul i retur da noen opplysninger manglet. Dette er nå korrigert, og vi avventer saksbehandlingen.
- Påminnelse om Middelhavsforum for Nyresykdommer, 30/1 – 1/2 i Marrakesh (Marokko). Til tross for fristende lokalisasjon er det ingen i styret som har planer om å reise.
- Orientering fra Legeforeningen om høring vedr. bruk av sakkyndige i tilsynssaker

Legeforeningen skal bidra til opplæring av medisinske sakkyndige i tilsynssaker i samarbeid med Helsetilsynet. Spesialforeningene, yrkesforeningene anbefales å utarbeide lister over aktuelle sakkyndige etter anmodning fra Helsetilsynet. Oppgaven kan evt. delegeres til underliggende kvalitetsutvalg.

- Styret har tidligere mottatt forespørsel fra en lege utenfor EU om stilling som nefrolog i Norge. Saken ble sendt videre til Legeforeningen som har utarbeidet et standard skriv i slike sammenhenger.
- Vedr. NDT-Educational: Som vi tidligere har sett har altså NDT et utmerket tilbud for opplæring og oppdatering pr. e-post, gratis til alle som sender inn sine e-postadresser. Tilbudet gjelder alle, ikke bare abonnenter på NDT. Leder i NNF har til enhver tid oppgaven som "Nasjonal web-correspondent" og videreformidler e-postadresser til NDT når disse blir oppdatert via Forum. Egil vil jobbe med denne

*"Forskningsutvalget ønsker bl.a. å vite hva vår spesialforening gjør for å fremme forskning og fagutvikling. Einar vil svare på dette og omtale bl.a. foreningens vårmøte, stipendene, Kvalitetshåndboka og American Board."*

oppdateringen slik at flest mulig av oss kan nyte godt av dette flotte tilbudet.

- ISN ønsker også oversikt over e-postadresser slik at de kan sende "news message" en gang i kvartalet. Egil tar denne saken videre.
- Annonsering av Nyreforeningens stipender i Tidsskriftet viste seg å være temmelig kostbart. Siden dette stort sett bare gjelder vår egen faggruppe, er styret blitt enig om å markedsføre stipendene kun gjennom Nefrologisk Forum og våre nettsider.
- Tidsskriftet vil i de neste to årene presentere alle spesialforeningene, en i hvert nummer. Dette skjer i form av en kortfattet omtale samt intervju av leder. Det er NNF sin "tur" først i 2004. Einar svarer på dette.
- Brev fra Cecilia Montgomery Øien vedr. refusjon av Renavit. Det er ulik praksis ved de forskjellige trygdekontorene, og det foreligger intet sentralt vedtak fra Rikstrygdeverket. Styret v/Einar følger opp denne saken overfor RTV.
- Verdenskongressen i nefrologi (Berlin juni 2003) etterlyser abstracts til påmeldingsfristen som er 21.januar.

I den forbindelse er styret enige om at det er ønskelig å prioritere europeiske møter i større grad enn før. Einar vil lage en henvendelse til legemiddelindustrien hvor vi målbærer ønsket om økt støtte til slike møter.

### Post ut:

- Velkomstbrev er sendt ut til 6 nye medlemmer siden forrige styremøte.
- Takkebrev til Janssen-Cilag i forbindelse med stipend på kr. 30 000,- for 2002. Stipendet ble tildelt Bjørn Egil Vikse fra forskningsgruppen v/Haukeland. Se referat fra årsmøtet.
- Takkebrev til Asbjørn Mack i Fujisawa for tildeling av kr. 5000,- til stipend for 2003. Se ellers sak 11.
- Svarbrev til Unifor ang. fagkomiteen for Signe og Albert Bergsmarkens fond til forskning innen nyresykdommer. NNF

ønsker at prof. Bjarne Iversen gjenoppnevnes som vårt medlem i komiteen.

- Brev til LNT hvor vi foreslår Anders Hartmann som representant i LNT's fagråd.

### Sak 03-03 Kvalitetshåndboken

Håvard Aksnes møtte som leder i Kvalitetsutvalget.

Utvalget har i lengre tid lagt ned et omfattende og imponerende arbeid med fornyelsen av Kvalitetshåndboken. Den er i ferd med å gjenoppstå som en fugl Fønix i oppdatert nettversjon som vil bli tilgjengelig på våre hjemmesider i løpet av 2003. Det er laget forslag til ny inndeling/innholdsfortegnelse med hovedkapitler og underkapitler, hvor bidragene i den "gamle" håndboka legges inn der de hører hjemme. Hvert kapittel får sin kapittelredaktør, og styret kom med forslag til disse. Kvalitetsutvalget vil komme med en formell henvendelse til de aktuelle personene og utarbeide rutiner for oppdatering. Revisjoner fra kapittelredaktørene skal gå via Kvalitetsutvalget som har det redaksjonelle hovedansvaret for Kvalitetshåndboken. Mer "kontroversielle" bidrag bør kanskje i tillegg behandles av styret eller av årsmøtet.

Styret drøftet de juridiske forholdene omkring et slikt verktøy som Kvalitetshåndboken er. Den skal også legges fram for Kvalitetsforbedringsutvalget i Legeforeningen.

Legeforeningen har tildelt oss kr. 20 000,- i tilskudd til dette arbeidet også for 2002 (første gang for 2001). Dette vil kunne tildeles som et årlig tilskudd etter søknad.

Fullstendig referat og framdriftsplan for Kvalitetshåndboken utarbeides av Håvard Aksnes.

### Sak 04-03 Nordiske nyredager 2003 og 2005

Nordiske Nyredager 2003 avholdes på Island i juni, og i 2005 i Bergen uke 20 eller 21.

Einar har kontaktet de ansvarlige for årets møte med tanke på de organisatoriske forhold. Ved neste styremøte må komiteen for Bergensmøtet i 2005 utnevnes.

### Sak 05-03 Prognose for norske nefrologer

Denne saken ble også tatt opp på årsmøtet. Egil Hagen arbeider videre med saken og tar kontakt

*"Nordiske Nyredager 2003 avholdes på Island i sept, og i 2005 i Bergen uke 20 eller 21.*

*Einar har kontaktet de ansvarlige for årets møte med tanke på de organisatoriske forhold. "*

## STYREMØTE NORSK NYREMEDISINSK FORENING

**E.GRIEG QUALITY HOTEL, BERGEN  
160103**

Tilstede: Einar Svarstad, Egil Hagen, Aud Stehjem, Karsten Midtvedt, Solveig Sæta, Håvard Aksnes fra Kvalitetsutvalget, Ingegerd Sekse (påtroppende sekretær-vikar)

### Sak 01-03 Referat

Referat fra årsmøtet 151102 ble gjennomlest og godkjent.

I forbindelse med orienteringen fra spesialitetskomiteen kommenterer vi at det er ønskelig med ett felles møte pr. år, fortrinnsvis lagt til det første styremøtet etter sommerferien.

### Sak 02-03 Orienteringssaker

#### Post inn

- Brev fra Legeforeningen: Utredning om organisering av karkirurgien i Norge. Styret mener det er utført et meget grundig arbeid som inneholder momenter også av interesse for vår spesialitet.
- Ingrid Toft er godkjent som spesialist i nyresykdommer. Vi gratulerer!

I forbindelse med en konkret sak diskuterte vi prinsipielt hvorvidt en representant for et legemiddelfirma kan stå som personlig medlem dersom hun/han også er lege. Ethvert medlem av Den Norske Legeforening kan melde seg inn i vår spesialforening som personlig medlem (og til tilsvarende kontingent). Dersom vedkommende også representerer industrien, må det framgå tydelig av medlemslisten at medlemskapet er personlig og ikke firmaassosiert.

- Purring fra Legeforeningens forskningsutvalg om tidligere forespørsel: Medisinsk Forskning og Utvikling.

Utvalget ønsker bl.a. å vite hva vår spesialforening gjør for å fremme forskning og fagutvikling. Einar vil svare på dette og omtale bl.a. foreningens vårmøte, stipendene, Kvalitets håndboka og American Board. Ellers bemerkes at ingen i styret var informert om "Legeforeningens forskningsutvalg"...

- Landsstyresak fra Legeforeningen vedr. instruks for Legeforeningens valgkomité. Styret støtter forslaget om at kandidatens CV skal vedlegges. Einar svarer.
- Høringssak fra Legeforeningen: evaluering av rettshjelpsordningen, forslag til vedtektsendringer. Einar svarer.
- Brev fra Legeforeningen med forhåndsvarsel om DRG-seminar på Soria Moria 25.-26.mars.

Aud kan tenke seg å møte på dette og komme med foreningens synspunkter på dette med koding og takster for bl.a. LDL-aferease, nyreskole, dagpost m.m.

- Korrespondanse innad i styret ang. søknaden til Brønnøysundregisteret og etter hvert ny adresse for hjemmesidene våre. Søknaden kom før jul i retur da noen opplysninger manglet. Dette er nå korrigert, og vi avventer saksbehandlingen.
- Påminnelse om Middelhavsforum for Nyresykdommer, 30/1 – 1/2 i Marrakesch (Marokko). Til tross for fristende lokalisasjon er det ingen i styret som har planer om å reise.
- Orientering fra Legeforeningen om høring vedr. bruk av sakkyndige i tilsynssaker

Legeforeningen skal bidra til opplæring av medisinsk sakkyndige i tilsynssaker i samarbeid med Helsetilsynet. Spesialforeningene, yrkesforeningene anbefales å utarbeide lister over aktuelle sakkyndige etter anmodning fra Helsetilsynet. Oppgaven kan evt. delegeres til underliggende kvalitetsutvalg.

- Styret har tidligere mottatt forespørsel fra en lege utenfor EU om stilling som nefrolog i Norge. Saken ble sendt videre til Legeforeningen som har utarbeidet et standard skriv i slike sammenhenger.
- Vedr. NDT-Educational: Som vi tidligere har sett har altså NDT et utmerket tilbud for opplæring og oppdatering pr. e-post, gratis til alle som sender inn sine e-postadresser. Tilbudet gjelder alle, ikke bare abonnenter på NDT. Leder i NNF har til enhver tid oppgaven som "Nasjonal web-correspondent" og videreformidler e-postadresser til NDT når disse blir oppdatert via Forum. Egil vil jobbe med denne

*"Forskningsutvalget ønsker bl.a. å vite hva vår spesialforening gjør for å fremme forskning og fagutvikling. Einar vil svare på dette og omtale bl.a. foreningens vårmøte, stipendene, Kvalitetshåndboka og American Board."*



oppdateringen slik at flest mulig av oss kan nyte godt av dette flotte tilbudet.

- ISN ønsker også oversikt over e-postadresser slik at de kan sende "news message" en gang i kvartalet. Egil tar denne saken videre.
- Annonsering av Nyreforeningens stipender i Tidsskriftet viste seg å være temmelig kostbart. Siden dette stort sett bare gjelder vår egen faggruppe, er styret blitt enig om å markedsføre stipendene kun gjennom Nefrologisk Forum og våre nettsider.
- Tidsskriftet vil i de neste to årene presentere alle spesialforeningene, en i hvert nummer. Dette skjer i form av en kortfattet omtale samt intervju av leder. Det er NNF sin "tur" først i 2004. Einar svarer på dette.
- Brev fra Cecilia Montgomery Øien vedr. refusjon av Renavit. Det er ulik praksis ved de forskjellige trygdekontorene, og det foreligger intet sentralt vedtak fra Rikstrygdeverket. Styret v/Einar følger opp denne saken overfor RTV.
- Verdenskongressen i nefrologi (Berlin juni 2003) etterlyser abstracts til påmeldingsfristen som er 21.januar.

I den forbindelse er styret enige om at det er ønskelig å prioritere europeiske møter i større grad enn før. Einar vil lage en henvendelse til legemiddelindustrien hvor vi målbærer ønsket om økt støtte til slike møter.

### Post ut:

- Velkomstbrev er sendt ut til 6 nye medlemmer siden forrige styremøte.
- Takkebrev til Janssen-Cilag i forbindelse med stipend på kr. 30 000,- for 2002. Stipendet ble tildelt Bjørn Egil Vikse fra forskningsgruppen v/Haukeland. Se referat fra årsmøtet.
- Takkebrev til Asbjørn Mack i Fujisawa for tildeling av kr. 5000,- til stipend for 2003. Se ellers sak 11.
- Svarbrev til Unifor ang. fagkomiteen for Signe og Albert Bergsmarkens fond til forskning innen nyresykdommer. NNF

ønsker at prof. Bjarne Iversen gjenoppnevnes som vårt medlem i komiteen.

- Brev til LNT hvor vi foreslår Anders Hartmann som representant i LNT's fagråd.

### Sak 03-03 Kvalitetshåndboken

Håvard Aksnes møtte som leder i Kvalitetsutvalget.

Utvalget har i lengre tid lagt ned et omfattende og imponerende arbeid med fornyelsen av Kvalitetshåndboken. Den er i ferd med å gjenoppstå som en fagl Fønix i oppdatert nettversjon som vil bli tilgjengelig på våre hjemmesider i løpet av 2003. Det er laget forslag til ny inndeling/inneholdsfortegnelse med hovedkapitler og underkapitler, hvor bidragene i den "gamle" håndboka legges inn der de hører hjemme. Hvert kapittel får sin kapittelredaktør, og styret kom med forslag til disse. Kvalitetsutvalget vil komme med en formell henvendelse til de aktuelle personene og utarbeide rutiner for oppdatering. Revisjoner fra kapittelredaktørene skal gå via Kvalitetsutvalget som har det redaksjonelle hovedansvaret for Kvalitetshåndboken. Mer "kontroversielle" bidrag bør kanskje i tillegg behandles av styret eller av årsmøtet.

Styret drøftet de juridiske forholdene omkring et slikt verktøy som Kvalitetshåndboken er. Den skal også legges fram for Kvalitetsforbedringsutvalget i Legeforeningen.

Legeforeningen har tildelt oss kr. 20 000,- i tilskudd til dette arbeidet også for 2002 (første gang for 2001). Dette vil kunne tildeles som et årlig tilskudd etter søknad.

Fullstendig referat og framdriftsplan for Kvalitetshåndboken utarbeides av Håvard Aksnes.

### Sak 04-03 Nordiske nyredager 2003 og 2005

Nordiske Nyredager 2003 avholdes på Island i juni, og i 2005 i Bergen uke 20 eller 21.

Einar har kontaktet de ansvarlige for årets møte med tanke på de organisatoriske forhold. Ved neste styremøte må komiteen for Bergensmøtet i 2005 utnevnes.

### Sak 05-03 Prognose for norske nefrologer

Denne saken ble også tatt opp på årsmøtet. Egil Hagen arbeider videre med saken og tar kontakt

*"Nordiske Nyredager 2003 avholdes på Island i sept, og i 2005 i Bergen uke 20 eller 21.*

*Einar har kontaktet de ansvarlige for årets møte med tanke på de organisatoriske forhold. "*

med Inger Johanne Øien i Legeforeningen. Saken følges opp på neste styremøte.

Ullevål Universitetssykehus fikk opprinnelig tildelt en ny B-grenstilling fra ULS, men fikk avslag i forbindelse med budsjettforhandlingene i foretaket. Leder i NNF og leder i spesialitetskomiteen (hhv. Einar Svarstad og Kristian Hel-dal) vil lage et formelt svar på dette.

### Sak 06-03 Veiledergruppen

Viser til Odd Helge Hunderi sin redegjørelse for dette v/årsmøtet 2002. NNF oppretter altså et "sekretariat" som skal overvåke forhandlinger og avtaler som inngås innen vårt fagfelt i de ulike helseforetakene. Gruppen vil bestå av Odd Helge Hunderi (leder), Gunnar Fjermeros og Knut Aasarød. Einar utarbeider mandatet for gruppen.

### Sak 07-03 Behandling av pasienter uten oppholdstillatelse

Saken gjelder behandling (dialyse og transplantasjon) av pasienter som kommer til Norge uten oppholdstillatelse og hvor saksbehandlingstiden erfaringsmessig er meget lang. Styret v/Einar og Karsten vil komme med en formell uttalelse hvor en presiserer behovet for rask saksbehandling for disse pasientene.

### Sak 08-03 Møtearrangement Norsk Nefrologklubb (Baxter)

Baxter tok i sin tid initiativet til et forum for spesialistkandidater innen nefrologi. På forslag fra NNF ble møtet de siste gangene lagt i tilknytning til vårmøtet. Det er mulig at dette vil kunne oppfattes som en forskjellsbehandling fra de øvrige legemiddelfirmaene som deltar med støtte v/vårmøtene. Styret ønsker å videreføre initiativet til Norsk Nefrologklubb i Baxters regi, men foreslår at dette frikobles fra vårmøtet og legges til andre tidspunkter. Forslagsvis kunne dette arrangeres i tilknytning til EDTA, som da kanskje kunne bli et mer attraktivt møte også for spesialistkandidatene.

### Sak 09-03 "Lillehammerkurset"

Styret berømmer nefrologene på Lillehammer og Baxter som i fellesskap de siste årene har arrangert et utmerket kurs i peritoneal dialyse for leger og sykepleiere, med svært mange fornøyde deltakere! P.t. er dette det eneste kurstilbudet

som eksisterer innen PD. Det er enighet om at "Lillehammerkurset" burde være et universitetskurs med tellende timer til spesialiteten, men at det fortsatt bør arrangeres på Lillehammer. Det er svært positivt at andre enn de store sentrene og universitetssykehusene profilerer seg på denne måten. Einar vil ta kontakt med Jens Kronborg om dette.

### Sak 10-03 Takster og koding

Einar har tidligere skrevet et brev til Helse Vest om at foretaket (i tillegg til NNF) bør være pådriver i dette arbeidet. Det bør være av største interesse for de budsjettansvarlige i de ulike helseforetakene at kostnader ved nefrologiske prosedyrer og poliklinisk virksomhet har realistiske rammer. Styret er enige om at denne henvendelsen også bør gå til Helsedepartementet, og Einar tar denne saken. Samme brev vil også bli sendt til alle helseforetakene.

### Sak 11-03 Stipender

Markus Rumpsfeld ble etter søknad tildelt et stipend på kr. 10 000,- fra foreningens reise- og forskningsstipend. Han har nylig trukket tilbake sin søknad med begrunnelse at han allerede er fullfinansiert i sin nåværende aktivitet. Styret aksepterer dette og har isteden besluttet at stipendet går til Aud Stenehjems, som også hadde en utmerket søknad.

(Avgjørelsen ble tatt i Aud Stenehjems fravær.)

Einar og Karsten har henvendt seg til flere firmaer som ønsker å bidra med "sine" stipender: Novartis (kr. 30 000,-), Wyeth-Lederle (kr. 40 000,-) og Fujisawa (kr. 5000,-). Styret vil i samarbeid med firmaene utarbeide statutter for tildelingen.

### Sak 12-03 Eventuelt

Vi har mottatt et foreløpig program for vårmøtet i Tønsberg.

Ansvarlig for neste Nefrologisk Forum er Ullevål Universitetssykehus, deretter overtar St. Olavs Hospital stafettinnen.

Forespørsel til Bjarne M. Iversen om å holde innlegg "Nytt innen nefrologien" ved høstmøtet 2003.

NESTE STYREMØTE, TOR.3.-APRIL KL. 14 I OSLO.

Bergen 170103

Solveig Sæta  
Sekretær NNF

## Stipendier for nefrologer

### NOVARTIS

#### Novartis-stipend i nefrologi

##### Nytt i 2003

- Novartis-stipendet i nefrologi er opprettet i 2003 og tildeles medlemmer av Norsk nyremedisinsk forening som har bidratt til å fremme nefrologisk forskning i Norge.
- Stipendet er på kr 30.000,- og kan deles på flere stipendmottakere.
- Stipendet er et forskningsstipend. Stipendmottakere må holde et kort innlegg om sitt prosjekt på nefrologisk vårmøte året etter tildelingen.
- Søknadsfrist for årets Novartis-stipend er 7. april 2003
- Søknad sendes leder i Norsk nyremedisinsk forening, Einar Svarstad, med. avd., Haukeland Universitetssykehus, 5021 Bergen.
- Stipendmottaker(e) utpekes av et stipendstyre, som består av styret i Norsk nyremedisinsk forening og en representant fra Novartis Norge AS.

Åsta Gjersvik  
Novartis Norge AS

Einar Svarstad  
NNM forening

*Åsta Gjersvik*

### Wyeth Transplantasjonsstipend Nytt i 2003

Norsk nyremedisinsk forening har i samarbeid med Wyeth herved gleden av å kunne presentere Wyeth Transplantasjonsstipend. Wyeth ønsker gjennom forskning og utvikling av nye produkter å bedre levevilkårene for transplanterte pasienter.

- Det er bedriftens mål at forskningen skal lede frem til bedre behandlingsalternativer

for å kunne øke transplantatenes funksjon og overlevelse.

- Stipendet er på totalt NOK 40.000,- og kan fordeles på inntil tre stipendiater.
- Stipendiet er tiltenkt yngre forskere/medlemmer av Norsk nyremedisinsk forening.
- Avgjørelsen vil tas av styret i Norsk nyremedisinsk forening sammen med en representant fra Wyeth. Stipendet deles ut årlig på Norsk nyremedisinsk forenings vårmøte.
- Hvordan søker jeg?
- Du fyller ut søknadsskjemaet og legger ved de ønskede vedleggene.  
En beskrivelse av prosjektet og forventet resultat (maks 3 sider) og Curriculum Vitae.
- Søknadsfrist er 4 april, 2003.
- Søknaden sendes: Einar Svarstad, Leder Norsk nyremedisinsk forening, Medisinsk avdeling, 5021 Haukeland Universitetssykehus

### Foreningens reise- og forskningsstipend 2003

- Årlig utbetaling omtrent kr. 30 000.
- 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

## Stipendier for nefrologer

stipendstyre.

- Søknadsfrist er 1.oktober 2003. 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.

### Agnete og Einar Magnessen/ 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 Rikshospitalet (Per Fauchald), formannen i norsk nyremedisinsk forening (Einar Svarstad) og Lars Westlie.
- Søknadsfrist 15. mars 2003 (?). 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 2003. Søknad sendes Landsforeningen for Nyrepasienter og transplanterte, Postboks 4332, Nydalen, 0402 Oslo.
- Intet spesielt søknadsskjema

### **ABSTRACT til vårmøtet– Send inn ditt bidrag!**

Abstrakt kan sendes til:  
 Dagfinn Dyrbekk, dagfinn.dyrbekk@siv.no  
 Hallvard Holdaas hall-  
 vard.holdaas@rikshospitalet.no og  
 Aud Stenehjem aud.stenehjem@ulleva.no.

**Frist for innsendelse av abstract 31.mars  
 2003**

**VELKOMMEN**  
 Programkomiteen

## Møtekalender for nefrologer i 2003 og videre

- Nephrologisches Seminar, Heidelberg 13-15. mars 2003
- Vår møtet Norsk nyremedisinsk forening, Tønsberg 8-11. mai 2003
- 18<sup>th</sup> Scientific Meeting of the American Society of Hypertension, New York, 14-17. mai 2003
- World Congress of Nephrology, Berlin 8-12 June 2003 ([www.nephrology2003.org](http://www.nephrology2003.org) / e-mail: [congress@euromectings.it](mailto:congress@euromectings.it))
- 13<sup>th</sup> European Meeting on Hypertension, Milano 13-17. juni 2003 ([www.aisc.it](http://www.aisc.it) / e-mail: [congressi@aisc.it](mailto:congressi@aisc.it))
- NephroAsia, Singapore 13-16 August 2003 ([www.nephroasia.com](http://www.nephroasia.com) / e-mail: [nephroasia@nkfs.org](mailto:nephroasia@nkfs.org))
- Nordiske Nyredager, Reykjavik 10-12. sept. 2003. ([www.congress.is](http://www.congress.is) / e-mail: [congress@congress.is](mailto:congress@congress.is))
- Samarbeidsmøtet på Rikshospitalet fredag 7. november 2003
- Årsmøte i foreningen RH 7/11-03
- ASN, San Diego 12-18. Nov 2003.
- ERA-EDTA, Lisboa 15-18 May, 2004
- Vår møtet Norsk nyremedisinsk forening, Trondheim juni 2004
- Nordiske Nyredager, Bergen 19-22. mai 2005