

❖ Nefrologisk forum ❖

Nummer 1.

April 1995

Formannen, Erling Saltvedt's åpningstale.

Kjære medlemmer!

Det er med stor glede og forventning jeg ønsker dere velkommen som medforfattere til denne vår egen nyskapning, "Nefrologisk forum".

Vår forening er ikke av de største, men tar sitt monn igjen ved stor kreativitet både på og utenfor banen. Det er denne kreativitet jeg nå apellerer til og håper skal gjøre den initiativrike redaktørs litt pessimistiske undertone til skamme.

Vi gis nå en unik mulighet til 4 ganger i året å fremme faglige, forenings- og organisasjonsmessige interesser og ideer. Det er også plass for referater fra nasjonale (lokale) og internasjonale møter eller opplevelser i vår kliniske hverdag, så vel hyggelige og morsomme som problemfylte erfaringer.

Store utfordringer ligger foran oss, først Nordiske Nyredager som jeg håper ikke unngår et eneste medlems besøk, dernest avgjørelsen om EDTA i Oslo i 1997, kommende vintermøte og mange andre ting. Stoffmangel bør ikke bli noe problem.

Kjære redaksjonskomite, takk for utmerket initiativ, på vegne av oss alle garanterer jeg en skrivekløe som andre kan misunne oss!

Lenge leve Nefrologisk forum!

Forskningsprosjekter,
planer eller resultater

Faglige
interesser

Referater fra
Internasjonale
møter

Ideer?

Fagforenings-
stoff

Nasjonale
møtereferater

Praktiske ting
eller rutiner å
dele med andre?

Vi kan også motta billedstoff i sort/hvitt eller gråtoner, dessuten grafikkfiler fra nesten alle Windowsbaserte grafikkprogrammer



"Vår forening er ikke av de største, men tar sitt monn igjen ved stor kreativitet både på og utenfor banen".

Inne i bladet:

Redaktørens spalte	2
Tromsundersøkelsen	3
"ADA"-studien	4
NIDDM og nyretx	5
Norsk nefrologiregister	6-9
Smått om småtips	10
Referat fra styremøte	10-12
Møtekalender for nefrologer	13

Redaktørens spalte

Det er selvsagt med en viss spenning jeg nå frivillig setter meg i redaksjonsstolen for denne "budstikka" hvis fremtid er meget usikker. Erfaringen så langt har også vært at det har kreyet mer tid enn antatt å prosessere det første nummeret av "Nefrologisk Forum".

Vi håper at denne utgivelsen er av interesse for de som interesserer seg for nyrefaget og at bladet kan stimulere til bedret kommunikasjon og til utvikling av nefrologifaget og nefrologers arbeidsvilkår i tråd med formålsparagrafen i Norsk forening for nyresykdommer. I redaksjonen på RH sitter Hallvard Holdaas som min hjelpende hånd. Hvis bladet overlever året, regner jeg med at redaksjonen utvides geografisk.

Manglende interesse?

Temaene i dette nummeret domineres av innlegg fra RH. Det skyldes manglende interesse fra kolleger andre steder, mange invitasjoner er utsendt tidligere, og jeg har bedt om innlegg av "enhver art". De to eneste innleggene utenfra Rikshospitalet denne gang er formannens sjarmerende hilsen til kollegene og denne nyskapningen, samt et interessant innlegg om Tromsø IV-undersøkelsen fra Trond Jenssen.

Hjerte/kar sykdommer

De faglige temaene i dette nummeret er for en stor del orientert omkring hjerte/kar sykdommer hos nyresviktpasienter. Fra EDTA registreringer i 1990 ble det påvist cirka 15 ganger høyere dødelighet av hjerte/karsykdom hos pasienter tatt i aktiv uremibehandling sammenliknet med aldersjusterte friske kontroller. Våre kolleger på RIT har studert kardiovaskulær sykdom i den norske populasjonen av nyretransplanterte. Tallene er ennå ikke endelige for 5 års oppfølging, men det synes som 80% av pasientene dør av hjerte/karsykdommer (Ketil Dahl, personlig meddelelse). I status fra norsk nefrologiregister som også presenteres i dette nummer finner vi at ca 5% av de transplanterte døde i løpet av 1994. Dette er sterke tall som må engasjere alle nefrologer i det videre arbeid med transplanterte pasienter. Det er derfor nødvendig både med prospektive studier av risikofaktorer og med handlingsstrategier. I dette

første nummer av nefrologisk forum presenteres Tromsø-undersøkelsen som tar for seg slike risikofaktorer (neste side). Videre presenteres "ADA-studien" hvor risikofaktorer for hjerte/kar død og nyrefunksjon studeres hos transplanterte. Nifedipin sammenliknes med lisinopril ved hypertensjon etter nyretransplantasjon (se side 4). Det settes også i gang en prevalensundersøkelse av NIDDM etter nyretransplantasjon, alle nyretransplanterte vil få utført peroral glukosebelastning ca 10 uker etter transplantasjonen (se side 5). Alle disse undersøkelsene vil lære oss mer om risikofaktorenes utbredning og delvis også hvordan de kan påvirkes.

Problemet omkring hyperlipemi og behandling av dette er også aksentuert i lys av 4 S-studien. Det foregår en studie av statinbehandling hos nyretransplanterte (Oslo og Trondheim). Nyreforeningen arbeider også med problemstillingen og vil ta opp temaet på faglige møter høsten 1995.

Vi er glade for å presentere pågående arbeid og studier som viser engasjement i problemet omkring nyrepasienters kardiovaskulære status.

Foreningssaker

Vi presenterer i dette nummeret et godkjent referat fra styremøte i Norsk forening for nyresykdommer, avholdt i mars i år. Dette gir en orientering om hva styret har arbeidet med siden årsmøtet. Legg blant annet merke til at navnesaken vil bli tatt opp til høsten. Styret har enstemmig foreslått: "Norsk nefrologisk forening".

Annet

En PC-basert standardresept for transplanterte har vært brukt med hell på RH i omkring ett års tid. Dette er omtalt kort i bladet. Det er sikkert mange flere som har ideer, praktiske tips, tanker omkring faget eller arbeidsforhold, følelsesutbrudd eller i det hele tatt noe som de vil presentere for sine kolleger. Dette forum anses egnet for innlegg av varierende art, og vi ser i redaksjonen frem til å motta nye og mange flere innspill. Foreløpig har det ikke vært utøvet noen form for sensur!

Ta skrivemaskinen fatt, eller rettere, PCen. Det er en forutsetning at innlegg som mottas også vedlegges på diskett, helst Word for Windows, eller WP 5.0 eller nyere versjoner.

Lykke til!

Nefrologisk Forum

Foreløpig organ for
Norsk forening for
nyresykdommer.

I Redaksjonen:

Anders Hartmann
Redaktør
Tlf 22868322
Fax 22868303

Hallvard Holdaas
Ass.redaktør
Tlf 22868310
Fax 22868324

Produksjon:
Egen PC
Microsoft publisher.

Opplag: 200
kopierte eksemplarer

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

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

Tromsøundersøkelsen- er også "nyreaktuell"

Mikroalbuminuri er en kjent risikofaktor for utvikling av nefropati hos type I diabetikere, og for kardiovaskulær sykdom og død hos både type I og type II diabetikere. Det er en korrelasjon mellom hypertensjon, mikroalbuminuri og kardiovaskulære komplikasjoner også i den ikke-diabetiske befolkningen. Forekomsten av mikroalbuminuri hos hypertensive ikke-diabetikere varierer i

forskjellige rapporter med mellom 15-40%.

Tilstedeværelse av mikroalbuminuri hos diabetikere er assosiert med forhøyet HbA1c, forhøyet blodtrykk og nedsatt insulinfølsomhet. De samme relasjoner er ikke klarlagt hos

"Er det en sammenheng mellom mikroalbuminuri og kjente markører for kardiovaskulær sykdom?"

ikke-diabetikere.

Tromsø-undersøkelsen

Tromsø-undersøkelsen er nå inne i sin fjerde runde (Tromsø IV). Den første Tromsø-undersøkelsen (Tromsø I) ble gjennomført i 1974. Tromsø IV-undersøkelsen har en egen styringsgruppe som er overordnet de enkelte forskningsgrupper med sine delprosjekter.

Hele Tromsøs befolkning over 25 år (ca. 35.000) inviteres til å delta. Til undersøkelsen besvares spørreskjema vedrørende bl.a. sykdom, medikasjon, spisevaner og mosjon. Det registreres høyde, vekt, blodtrykk, blodlipider, spirometri og én-avlednings EKG. Denne delen av undersøkelsen kalles **fase 1**. Oppmøtet til nå (20.000 personer) har vært 90%.

Alle personer mellom 55-75 år, samt et 5% utvalg i aldersgruppen 25-54 år og et 8% utvalg i aldersgruppen > 75 år, tilsammen ca. 7.000 mennesker, får tilbud om en ny og utvidet undersøkelse (**fase 2**). Ved denne undersøkelsen blir det utført ekkokardiografi, ultralydundersøkelse med henblikk på arteriosklerose i henholdsvis carotisarterien og bukaorta, bendensiometri, nærinfrarød måling av kroppssammensetning, samt måling av waist-hip-ratio. Oppmøtet til fase 2 har så langt vært nærmest 100%.

Mikroalbuminuri-delen

I en egen undersøkelsesarm til fase 2 undersøker vi forekomsten av mikroalbuminuri i befolkningen. Hver person leverer 3 morgenurinprøver hvor albumin/ kreatinin-ratio > 2.5 defineres som nedre grense for mikroalbuminuri. Albumin/ kreatinin-ratio har vist seg å korrelere godt til albuminurimåling bestemt i samleurin. Urinprøvene undersøkes også på N-acetyl-B-glucosaminidase (NAG), i tillegg til at de undersøkes med urinstix og bakteriedyrkning.

Alle personene i fase 2 får i serum/ plasma/ fullblod målt kreatinin, glukose, insulin, C-peptid, proinsulin og HbA1c. Vi vil benytte tilfeldig målt insulin/ glukose-ratio som uttrykk for graden av glukosetoleranse/ insulinfølsomhet. For å undersøke validiteten i denne parameteren blir 100 personer innkalt til en peroral glukosebelastning og en hyperinsulinemisk euglykemisk clamp

Hvilke svar søkes?

Med albuminuri/glukosetoleransedelen av Tromsø-undersøkelsen spør vi blant annet:

- 1) Hva er prevalensen av mikroalbuminuri i en vestlig befolkning målt ved en tverrsnittsundersøkelse?
- 2) Er det en sammenheng mellom mikroalbuminuri og kjente markører for kardiovaskulær sykdom (lipider, arteriosklerose, venstre ventrikkelhypertrofi) i den diabetiske og ikke-diabetiske befolkningen?
- 3) Er mikroalbuminuri hos ikke-diabetikere betinget i en bestemt terskelverdi for blodtrykk?
- 4) Er mikroalbuminuri assosiert med glukosetoleranse også hos ikke-diabetikere?
- 5) Er mikroalbuminuri assosiert med tubulær skade (vurdert ved måling av NAG)?

Den praktiske gjennomføringen av Tromsø IV-undersøkelsen avsluttes september 1995, og har da pågått i ett år. Våre data denne gang vil utgjøre tverrsnitts-data i befolkningen. Av minst like stor interesse vil det være å skaffe tilveie oppfølgingsdata om 5 og 10 år ved senere runder i Tromsø-undersøkelsen.

Forfatteren:

Trond Jensen er nefrolog og nyutnevnt professor i indremedisin ved Universitetet i Tromsø.

"I en egen undersøkelsesarm undersøker vi forekomsten av mikroalbuminuri i befolkningen".

Dr. Karsten Midtvedt: Stipendiat på RH i "ADA-studien".

Karsten Midtvedt har nylig begynt som stipendiat på heltid ved nyreseksjonen på medisinsk avdeling B på Rikshospitalet. Han studerer blodtrykks-behandling av nyretransplanterte i det såkalte "ADA-prosjektet". Karsten er nesten ferdig utdannet indremedisiner, og han har 11/2 års nefrologitjeneste ved medisinsk avdeling B. Det er en uttalt intensjon at arbeidet skal føre fram til en medisinsk doktorgrad i klinisk nefrologi/ transplantasjon. Norske doktorgrader i nefrologi ser vi dessverre altfor sjelden. Studien som antakelig nå er kjent for de fleste norske nefrologer, vil få betydning for valg av blodtrykksmedisin hos nyretransplanterte i fremtiden. Interessen har vært stor fra Bayer International. Undertegnede anser derfor prosjektet som viktig for norsk nyremedisin.

Hvorfor navnet ADA?

ADA-studien har fått sitt navn etter studiemedikasjonen "Adalat oros", det er Bayer Skandinavia som har gitt økonomisk støtte til studien og som garanterer minst ett års stipendiatlønn. Prosjektet er et "100% Medinnova-administrert prosjekt".

Bakgrunn for ADA-studien

Studien har vært presentert og diskutert en rekke ganger på samarbeids- og høstukemøter. Hjerne/kar-dødelighet og tap av nyrefunksjonen er to hovedproblemer etter nyretransplantasjon. Disse problemene forverres av hypertensjon som ses hos 50-60% av nyretransplanterte selv lang tid etter transplantasjonen. En blodtrykksundersøkelse med dødelighet som hovedparameter ble vurdert, men lot seg ikke gjennomføre på våre pasienter (for få pas.). Imidlertid er det mange u.s som antyder at man oppnår bedret nyrefunksjon på lang sikt ved calciumblokkerbehandling etter transplantasjon. Dersom calciumblokkernes fordel er som i tidligere studier, har statistiske beregninger vist at bedringen av nyrefunksjonen kan påvises med høy grad av signifikans i en studie av 150 nyretransplanterte pasienter.

Endepunkter

Primæropparameter er nyrefunksjonen, (GFR (målt som 24 timers plasmaclearance av DTPA)

etter ett års behandling. Sekundært vurderes en rekke andre renale parametre (ERPF, albuminuri, enzymuri) og risikofaktorer for hjerte/kar dødelighet. Blant annet får alle målt venstre ventrikkeldimensjon, systolisk og diastolisk funksjon, HbA1C, blodlipider og BMI og hos 40-50 pas. også graden av insulinresistens.

Design

Dette er en prospektiv randomisert dobbelt blindet studie som vil pågå i tre år. Pasientene (150 i alt) blir (når det er indikasjon for blodtrykksbehandling etter transplantasjonen og de ønsker å delta) randomisert til 10 mg lisinopril (Zestril) eller 30 mg nifedipin slow-release (Adalat oros). Pasientene får en rød tablett (Adalat aktiv eller placebo) og en grå tablett (Zestril placebo eller aktiv), det vil si 2 tabletter som tas en gang daglig (om morgenen). De fleste pasienter trenger høy dose og det gis da dobbel dose, det vil si 4 tabletter om morgenen (svarer til 20 mg Zestril eller 60 mg Adalat oros).

Hvor foregår undersøkelsene

Alle undersøkelser blir gjort på RH før pasientene reiser derfra etter transplantasjonen etter 6-12 uker. Kardiologisk laboratorium gjør de non-invasive kardiiale målinger. Klinisk kjemisk avdeling og nyrefysiologilaboratoriet på RH står for GFR måling, blodprøver og urinanalyser. Pasientene går senere til vanlige kontroller på lokalsykehusene, men fortsetter med studiemedikasjonen og innkalles til RH etter 1 år. Denne undersøkelsen tar to dager. Reise, sykehotellopphold og undersøkelsene dekkes over prosjektbudsjettet. Vi ønsker å få flest mulig til fornyet undersøkelse ved studieavslutning ultimo 1997.

Nefrologene ved andre sykehus

Det skal ikke gjøres spesielle u.s ved rutinekontrollene. Studiemedikasjon får pasientene med seg herfra. Studiemedikasjonen kan økes til høy dose (4 tabletter dgl.) eller senkes til lav dose (2 tabletter) ved behov. Det trenges kopi av journalutskrift av BT-måling, kreatinin, medisindoser og eventuelle spesielle hendelser. Ingen skjemaer behøver utfylles. Medinnova har satt av et honorar for dette arbeidet som ikke er undervurdert.

Det er selvsagt umulig å bruke calciumblokkere eller ACE-hemmere i tillegg til studiemedikasjonen (også losartan), men alle andre blodtrykksmedisiner er tillatt.

"I ADA - studien sammenliknes langtidseffekter av nifedipin og lisinopril på nyrefunksjonen og kardiiale risikofaktorer"

Pasientene og ADA-Studien

Det kan virke belastende for pasienter å delta i studier etter transplantrasjonen. Ofte er det imidlertid vanskeligere for legene og sykepleiere enn for pasientene. I ADA undersøkelsen er det registrerte "rutinemedisiner" som brukes, og studien medfører en nøye kartlegging av kliniske parametre som med stor sannsynlighet har betydning for deres prognose. Medisinene er også gratis for pasientene. Sist men ikke minst er de med på en helt enestående studie som vil få betydning for blodtrykksbehandling av nyretransplanterte ut over landets grenser.

De prosjektansvarlige regner med at norske nefrologer støtter positivt opp om studien og at man tar kontakt ved problemer eller forslag av en hver art i relasjon til denne.

Kontaktpersoner for ADA-studien er:

1) Dr. Karsten Midtvedt
Med.avd. B Rikshospitalet
0027 Oslo
Tlf. 22868326 (Direkete)
Tlf 22867010 (calling 523)
Fax 22868303

2) Dr. Anders Hartmann
Med.avd. B Rikshospitalet
0027 Oslo
Tlf. 22868322 (calling 338)
Fax 22868303

3) Dr. Hallvard Holdaas
Med.avd. B Rikshospitalet
0027 Oslo
Tlf. 22868310
Fax 22868324

Alternativt vakthavende
nefrolog på med.avd B
(f.eks. v. behov for brudd
av koden.)

Tlf 22867010
Med.avd. B Rikshospitalet
0027 Oslo

Prevalens av diabetes etter nyretransplantasjon

Diabetes mellitus type 2, NIDDM, har en prevalens på ca 5%. Nord-Trøndelag undersøkelsen viste tilsvarende prosent for personer over 45 år, men bare litt over 2% i befolkning generelt. Arv er viktig, 40% får sykdommen hvis en av foreldrene har sykdommen, 70% når begge foreldre har NIDDM.

De transplanterte har en betydelig overdødelighet av hjerte/kar sykdommer og det synes som om forekomsten av NIDDM er betydelig forøket (10-15%). Både prednisolon og CyA behandling har innvirkning. Det er begrensede undersøkelser som er gjort tidligere på nyretransplanterte.

På grunn av ovennevnte problemer er det nå innført peroral glukosebelastning som ledd i utredningen for nyretransplantasjon. Alle landets nefrologisentre har fått tilsendt nye "lyseblå" skjemaer for nyretransplantasjonsutredning og ledsagerbrev (Prof. Per Fauchald) hvor dette fremgår.

Det er dr. Jøran Hjelmesæth som er i utdanningsstilling i nefrologi på med. avd. B på RH har tatt fatt i dette problemet. Han vil følge opp alle de nyretransplanterte pasientene med en ny peroral blodsukkerbelastning ca. 10 uker etter nyretransplantasjon. Dette vil bli gjort på nyrefysiologisk laboratorium på RH. Det vil også bli registrert anamnesticke data, særlig på arvelig disposisjon for diabetes og kardiovaskulære risikofaktorer, og det blir målt fastende C-peptid, blodlipidstatus og HbA1c. Den primære hensikt er å kartlegge prevalensen av diabetes og nedsatt glukosetoleranse i en transplantert "befolkning". Slike basisundersøkelser gir grunnlag for fremtidig oppfølging av pasientene.

Det vil bli diskutert hvilket opplegg man vil anbefale for pasienter som faller utenom gruppen som ikke åpenbart skal ha medisinsk behandling for sin diabetes evt. ved nedsatt glukosetoleranse.

Det er et viktig tema dr. Hjelmesæth her har tatt opp og bearbeidet videre til en studieprotokoll. Det er jo også intensjonen i spesialistutdanningen at man bør engasjere seg i kliniske forskningsprosjekter. *Red.*

Dr. Jøran Hjelmesæth kommer fra Vestfold Sentralsykehus og er nå i utdanningsstilling ved RH

"Det er nå innført peroral glukosebelastning som ledd i utredning for nyretransplantasjon.

Info fra norsk Nefrologiregister

Som dere vel alle har merket er det siste år skjedd en rekke endringer i "skjemaveldet":

Skjema for løpende oppdatering

Hensikten med dette skjemaet er at registeret til en hver tid skal være akseptabelt oppdatert, bl.a. for å sende årsoppdatering til riktig adressat og gi korrekte oversikter til dere (og andre). Ved å registrere begivenheter mens de er ferske i hukommelsen sparer man også arbeid.

Skjemaet forutsettes fylt ut for hver *ny pas som tas i behandling*, for hver *'gammel' pasient som bytter behandlingstype, behandlingssenter, eller som dør*. At en pas transplanteres (predialytisk eller etter forutgående dialyse) får registeret automatisk vite, så det trenger dere ikke melde, heller ikke at en tx-pas er kommet hjem igjen fra RH.

Om man sender hvert skjema for seg eller samler skjemaer i en kort periode er et praktisk spørsmål, men jeg ser nødvendig at dere samler i mer enn 1-2 mndr!

Noen har laget sitt eget skjema som i noen tilfeller inneholder flere punkter enn vi registrerer sentralt. Om flere vil begynne med det ser jeg helst at dere tar kontakt først, vi må sikre at de data som er felles registreres likt. Hvis noen registrerer opplysninger i lokalt datasystem kan vi gjerne prøve å lage en egnet fil-overføring istedetfor skjemaer.

Årsskjema

Dette skal samle data som kan ansees representative for *status ved årsskiftet* og erstatter både EDTAs store skjema og Nyreseksjonens gamle 6 - 12 - 24osv mndr.skjema (som er gått ut pr. høsten 94).

Skjemaet vil i fremtiden bli sendt ut senhøstes (på basis av registeret - og hvor ajour det er!), ferdig navnet. Da kan man fylle ut etterhvert som pas kommer på poliklinikken og slippe å lete i arkiver etc - man avkreves få eksakte tall, det er mest avkryssinger som kan gå fort. Vær obs på at det kun er siste års komplikasjoner det spørres etter.

Skjemaet er felles for dialyse- og transplanterte pasienter og vil måtte justeres ut fra eventuelle endrete registreringsbehov i transplantasjonsgruppen eller i EDTA..

EDTA-skjema

Det vil fortsatt årlig komme et 'Centre Questionnaire' for rapportering av senterets status og policy. Dette sendes nå ut via det nasjonale register og jeg regner i fremtiden med samtidig å kunne oppgi til dere de tall som iflg registeret er korrekt status. Ved at dere har sørget for at Nefrologiregisteret er ajour vil dette skjemaet kunne fylles ut nesten på stående fot. Men diskrepanser mellom registerets og deres egne tall vil tyde på rapporteringssvikt! Forøvrig syntes jeg det ble pinlig lang forsinkelse av disse skjemaene i år - neste år tror jeg det går bra!

EDTAs 'Patient Questionnaire' vil dere i fremtiden ikke bli utsatt for - det blir neppe savnet av noen.

Ellers skal jeg i møte med lederne for de nasjonale registre og EDTAs registerkomite 30.mars - det kan bli interessant å se om vi kan få luket ut noen av dagens overflødigheter.

Dødsårsaker i registeret

EDTAs koder er begrensede og dekker ikke alle muligheter. Slik jeg ser det skal vi registrere sannsynlig årsak sett i relasjon til at det dreier seg om en nyresviktpasient under presumptivt livsoppholdende behandling. Da blir kanskje kodingen litt annerledes enn på den offisielle døds melding. Stopper man f.eks. behandlingen, dør nok pas av uremi/hyperkalemi/overhydrering - men for registeret er det jo årsaken til at behandling stoppes som er viktig å registrere. En aksidentell overhydrerings- eller hyperkalemidød naturligvis skal registreres som sådan. Velger du '99' (other identified cause) må du oppgi en årsak/sammenheng i klartekst - på lokal basis har jeg lagt til 96(='end-stage diabetes'), 97(='lidelsenes sum'), 98(= immunologisk systemsykd. i seg selv), og jeg vil hjelpe til med å velge kode hvis du beskriver i klartekst. Om EDTA har planer om oppdatering av koderegistrene vet jeg ikke.

Status og nær fremtid

Vi har (takkt!) mottatt en mengde data - noen data kom tidligere enn ventet, endel kom senere enn håpet, og mesteparten håpes det fortsatt på! Fra EDTA har jeg fått en fil over alle norske pasienter i systemet som ikke var rapportert døde pr 1/1.94. Den inneholder flere feilregistreringer enn jeg fryktet, så

"Skjemaet skal fylles ut for hver ny pasient, og for hver "gammel" som endrer behandlings-type eller sted og ved død."

"Ved at dere har sørget for at Nefrologi-registeret er ajour vil dere kunne fylle ut dette skjemaet nesten på stående fot."

den er jeg iferd med å rydde opp i.

EDTA-sekretariatet sier de må ha datafilene for oppdatering av enkeltpasienter innen august. Innen den tid må vi få inn alle skjemaer fra dere, sekretærene på nyreseksjonen må legge alle data inn på EDB, jeg må slå dem sammen med gamle data i registeret og sette opp en rapportfil. Det blir ikke lett å rekke det, men jeg mener det kan gå. Så, om det kan være noen trøst når dere nå står på hodet for å finne/rapportere alt registeret spør om - det går ikke av seg selv resten heller!

Forenkling-tross alt

Selvom det nye årsskjema inneholder mange punkter er jeg fremdeles overbevist om at dette representerer en forenkling i forhold til summen av (1) EDTASKJEMA + (2) Nyreseksjonens årsoppfølging + (3) Nefrologiregisterets årsskjema m dataliste. Fortsatt kan ting forbedres/forenkles, og det må vi få til. Men uansett - noen form for rapportering vil alltid måtte gjøres, hva enten det skjer på papir eller ved at noen taster inn på EDB. Og da tror jeg at det å sørge for å få fra seg data mens de er friske i hukommelsen og ikke krever fremletning osv. av journaler i realiteten er en effektiv måte å prioritere blant de oppgaver man så allikevel må utføre.

Torbjørn Leivestad

Forfatteren :

Torbjørn Leivestad er nefrolog og immunolog og er som de fleste vet overlege på Institutt for Transplantasjonsimmunologi.

Torbjørn er styreformann og daglig leder av norsk nefrologiregister.

Torbjørn er også nylig foreslått som medlem av Scientific Committee i EDTA registeret av styret i norsk forening for nyresykdommer.

Status for norsk nefrologiregister 1/1-95

Aktivitetstallene for 1994 og antall pasienter ved årsskiftet 1994-1995 fordelt på de ulike sentrene fremgår i tabellform på neste side. I forhold til tidligere rapporter er noen "nye tall" tilkommet. Det gjelder :

-Antall pasienter med fungerende graft er angitt

-Antall døde transplanterte er angitt

-Antall pasienter som ikke planlegges transplantert er angitt

Det må tas et forbehold for en del mangelfulle senterrapporter og det er fortsatt en del "oppryddingsarbeid" i databasen.

Trender

-Det kan noteres en jevn økning i antall pasienter tatt i behandling. Det er nå vel 70 nye pasienter pr. million innbyggere årlig.

- Antall pasienter i dialyse er også jevnt økende, mens andelen i CAPD viser en svakt fallende tendens. Tallet for hemodialyser er for første gang over 40000 i 1994, og økningen fra 1991 er relativt dramatisk (21%).

- Andelen pasienter som ikke anses aktuelle for transplantasjon er høy, en tredjedel av pasientene som var i dialyse ved årsskiftet var ikke tiltenkt transplantasjon. Det er en del variasjon mellom de ulike sentra. Antallet dialysepasienter som ikke ble vurdert aktuelle for transplantasjon var frem til 1990 cirka 60- senere har tallet øket jevnt år for år og er nå kommet opp i 118.

*Torbjørn Leivestad
Per Fauchald*

Per Fauchald er som de fleste vet seksjonsoverlege i nyresykdommer og professor ved medisinsk avdeling B på Rikshospitalet.

Per er også styremedlem i norsk nefrologiregister.

"Det kan noteres en jevn økning i antall pasienter tatt i behandling.

Det er nå vel 70 nye pasienter pr. million innbyggere

Se tabeller på de neste to sider

side 8:
Nefrologi-
registeret
pr. 1.januar 1995

side 9:
Uremiregisteret

UREMI REGISTERET 1995

	Nye pas.tatt i behandl. hvorav predial.tx. i parentes				Antall dial.pas. per l/l, hvorav PD i parentes				Antall hemodial. inkl.satelitt/hjemme dial.				Døde i dialyse (tx-pas.døde innen 2 mndr.ikke inkl:)			
	91	92	93	94	92	93	94	95	91	92	93	94	91	92	93	94
	Tromsø	13(3)	9(1)	15(0)	23(2)	17(2)	16(3)	11(2)	23(3)	1848	2370	2675	2936	4	5	13
Bodø	17(5)	21(5)	19(2)	17(0)	21(5)	22(3)	22(3)	22(2)	2521	2555	2970	3364	7	7	12	12
Levanger	11(4)	10(2)	7(0)	9(1)	7(1)	8	6(1)	9(0)	752	1244	988	1107	4	4	4	3
Trondheim	18(4)	28(4)	25(4)	42(6)	21(9)	28(4)	26(7)	39(12)	2571	3487	3469	3736	11	12	12	9
Ålesund	16(0)	24(1)	12(3)	22(2)	13(0)	19	17(0)	26(3)	2310	2567	2803	2647	10	10	4	5
Førde	7(2)	2(0)	7(3)	0	7(1)	5	9(0)	9(0)	593	795	770	982	0	2	0	2
Bergen	19(3)	24(3)	38(7)	33(4)	24(12)	18(7)	27(4)	32(5)	2509	1797	2959	3204	10	10	13	19
Stavanger	21(2)	26(3)	16(1)	20(6)	23(4)	31(9)	19(4)	18(2)	3361	3310	2729	2081	10	12	16	7
Kristiansand	11(5)	12(2)	7(1)	11(3)	12(0)	12(0)	11(2)	15(2)	1423	1746	1536	1609	2	5	4	2
Arendal	4(1)	5(0)	4(1)	4(2)	6(2)	5(2)	6(1)	3(2)	259	682	565	376	0	5	2	3
Skien	14(1)	9(1)	16(0)	15(1)	19(1)	20(2)	24(2)	23(3)	2083	1890	1925	2554	5	4	7	5
Tønsberg	9(2)	15(2)	8(2)	6(2)	10(0)	8(0)	16(0)	14(0)	1444	1084	1467	1874	1	6	3	3
Drammen	17(2)	20(2)	17(0)	15(1)	14(0)	18	19(2)	19(5)	2579	2185	2556	2324	3	8	2	3
Lillehammer	10(2)	14(5)	21(7)	15(2)	14(3)	18(5)	18(3)	14(2)	1188	1685	1686	1844	1	4	8	6
Elverum	8(1)	8(1)	9(1)	14(1)	4(0)	3	8(0)	14(0)	1021	654	871	1606	3	4	4	3
Fredrikstad	21(5)	18(2)	15(2)	18(4)	15(0)	24(1)	20(2)	13(0)	1848	2979	2747	2230	4	5	12	6
Ullevål	17(1)	16(1)	32(3)	26(5)	25(6)	24(7)	34(13)	35(10)	2159	2363	2106	2830	10	6	5	15
Rikshosp.	16(2)	21(6)	25(5)	24(2)	16(2)	31(6)	27(5)	24(2)	3682	3267	4035	4355	6	4	5	10
Totalt	249 (45)	282(41)	293(42)	314(44)	268 (48)	310(49)	320(51)	352(53)	34151	36660	38857	41659	91	113	126	121

Status for norsk nefrologiregister pr. 1.januar 1995.

	Nye pas i beh. i 1994				I uremibeh pr 1/1.95				Antall
	HD	PD	Predial	Totalt	HD/HF	PD	Graft	Totalt	HD-94
Tromsø	18	3	2	23	20	3	67	90	2936
Bodø	16	1	0	17	20	2	79	101	3364
Levanger	8	0	1	9	9	0	44	53	1107
Trondheim	24	12	6	42	27	12	125	164	3736
Ålesund	18	2	2	22	23	3	80	106	2647
Førde	0	0	0	0	9	0	25	34	982
Bergen	27	2	4	33	27	5	134	166	3204
Stavanger	13	1	6	20	16	2	96	114	2081
Kristiansand	6	2	3	11	13	2	68	83	1609
Arendal	1	1	2	4	1	2	22	25	376
Skien	13	1	1	15	20	3	60	83	2554
Tønsberg	4	0	2	6	14	0	68	82	1874
Drammen	10	4	1	15	14	5	74	93	2324
Lillehammer	11	2	2	15	12	2	66	80	1844
Elverum	13	0	1	14	14	0	36	50	1606
Fredrikstad	13	1	4	18	13	0	85	98	2230
Ullevål	8	13	5	26	25	10	118	153	2830
RH/SiA	22	0	2	24	22	2	205	229	4355
SUM	225	45	44	314	299	53	1452	1804	41659

Døde i 1994 Ikke aktuelle for nyretransplantasjon

	Tx-pas.	Dial.pas	Totalt	alder	malign.	grunnlid.	misl. tx	vil ikke	andre
Tromsø	2	8	5	1	2	2			
Bodø	7	12	9	2	2			1	4
Levanger	4	3	4	1		2			1
Trondheim	7	9	21	4	3	11		3	
Ålesund	7	5	12	11				1	
Førde	1	2	2		1				1
Bergen	5	19	13	1	1	9		2	
Stavanger	4	7	6	2	1	3			
Kristiansand	2	2	8	3		4	1		
Arendal	0	3	1	1					
Skien	3	5	8	2		3	1	2	
Tønsberg	2	3	4	1	2			1	
Drammen	10	3	2	1		1			
Lillehammer	2	6	6	5	1				
Elverum	2	3	2			2			
Fredrikstad	3	6	5	3		2			
Ullevål	9	15	6	2	1	1		2	
RH/SiA	12	10	4			3			1
SUM	82	121	118	40	14	43	2	12	7

Tips for en enklere hverdag ? Bruk av standardresept

Det er en utfordring å skrive resepter til nyretransplanterte pasienter som bruker en rekke medikamenter og ofte flere tablettstyrker av samme medikament. Ofte glemmer man å føre på et av medikamentene eller en tablettstyrke. Man kan også glemme å reitere. Dette medfører masse ekstra "slavearbeid" i form av unødig reseptskrivning.

Overfylte, ufullstendige og uleselige resepter?

Viktigere er det at reseptene ofte blir vanskelig å lese, og det blir for lite plass. I samarbeid med provisor Turid Mørk på apoteket har vi derfor fått laget en "standardresept" til disse pasientene. Dette har pasienter og spesielt apotekene gitt positiv tilbakemelding på. En typisk resept er gjengitt nedenfor, vi har en type til som har mer plass for andre medisiner.

Legene ved kirurgisk avdeling B på RH gir oftest de nyretransplanterte pasientene slike resepter ved avreise. Det gjør at pasientene ofte ikke vil trenge ny resept før etter ett år. Det må vel kunne anses å være rasjonelt ?

Reseptene er skrevet i vanlig tekstbehandlingsprogram og skrives ut på vanlig laserskriver, de blå reseptblokkarkene må selsagt rives fra hverandre og legges i en bunke i skriveren.

Det er sikkert andre nefrologer som har laget rasjonaliseringssystemer av ulike typer som kan komme flere til gode. Du oppfordres herved å skrive det ned og sende til oss.

Red.

Referat fra styremøte i norsk forening for nyresykdommer

For at medlemmene i "foreningen" skal ha mulighet til å følge med hva som foregår i dennes regi, presenteres styrets arbeid i form av et referat fra det eneste møte som er avholdt av styret siden årsmøtet. Det ble avholdt på Rikshospitalet og hele styret, inklusive styrets formann, Erling Saltvedt var tilstede.

Referatet fra styremøtet er godkjent av medlemmene.

Møtet fant sted onsdag 15.mars kl 1500-1830, på Rikshospitalet. Tilstede var Erling Saltvedt, Anders Hartmann, Trond Jensen, Per Tore Lyngdal og Ingrid Os.

Saksliste:

1. Oppfølging av årsmøtevedtak.

1.1 Utdannelsessaker

1.1.1 Orientering om nedsatt arbeidsgruppe for bedret utdanningskapasitet. Det ble 16/11-94 oppnevnt et utvalg bestående av Knut Nordal, Hans-Petter Aarseth og Jørn Hjelmæsæth for å vurdere muligheten for å bedre utdanningskapasiteten. Styret mener dette er en svært viktig sak og vil be arbeidsgruppen å prioritere dette arbeidet fordi man antar at det vil ta tid å nå frem med konkrete tiltak. Styret ønsker en tilbakemelding på arbeidet før neste styremøte primo juni 1995. Styret tilbyr gruppen om nødvendig hjelp til å gjennomføre dette arbeidet.

1.1.2 EU utdanning av nefrologer, svar på "vår" forespørsel fra Knut Nordal
Vi gjennomgikk Knut nordals svar på vår forespørsel, Dnlf ved Skoglund ville ikke anbefale at spesialistforeningene gikk ut med syn på utdannelsessaker. Styret og spesialitetskomiteens formann, Knut Nordal har derfor ikke gitt noen tilbakemelding til nefrologiutdanningsgruppen gruppen for EU området i denne saken.

1.2 Disposisjon av "Cilagfond" til beste rente.

Red.

"Til stede var:
Erling Saltvedt,
Anders
Hartmann,
Trond Jensen,
Per Tore
Lyngdal og
Ingrid Os."

yngste, arbeider uten avtale. Dessuten vil slike tilskudd for sykehusene føre til at poliklinikk blir ansett mindre "lønnsom" og nedprioriteres av den administrative ledelse.

5.3 Kvalitetsutvalg-orientering om valgt løsning

Styret v. sekretæren har meddelt Dnlf om at vår forening går inn for en modell vedrørende kvalitetssikringsutvalg der disse er underlagt spesialforeningene og ikke Dnlf sentralt. Det var ingen uenighet om dette i styret.

5.4 Møte med indremedisinsk forening , orientering

Ingrid Os representerte vår forening på et møte med indremedisinske forening. 7/3-95.

Man diskuterte Haffner utvalget innstilling del 1 om standard krav for akutt medisinske avdelinger.

Det ble på møtet oppfordret til deltakelse på vårmøtet i Molde 4-6/5-95.

5.5 Seminar om prosedyreklassifisering 17-mars 1995.

Sekretæren og formannen orienterte om at man ikke hadde funnet å prioritere deltakelse på et så "kirugisk preget" seminar. Det var enighet om dette og ingen fra styret vil delta.

6 Medlemskapsaker

6.1 Geir Christensen har meldt seg ut av foreningen.

7 Valg av nestformann

Sekretæren ble enstemmig valgt til fungerende nestformann i Harald Bergrems funksjonsperiode eller inntil Harald Bergrem kommer tilbake

8 Orientering om status for Nordiske nyredager.

Halvard Holdaas fortalte i forlengelse av møtet at man hadde nesten 100 påmeldinger, vi har kalkulert med ca 150 deltakere. Alle norske nefrologer oppfordres til å delta!

9 EDTA, omorganisering.

Det er utgått et forslag om omorganisering av EDTA til alle medlemmer, også her i Norge. Styret diskuterte dette og fant at det innebar en maktforflytting fra generalforsamlingen til sekretariatet. Det innebærer også nedsatt frihet for fremtidige arrangører av EDTA kongresser i forhold til tidligere. Mer vil bli styrt sentralt fra organisasjonen. Navnet skal endres fra EDTA /ERA til ERA (European Renal Association) ,

det planlegges et datterselskap som blant annet skal stå for kontinuerlig daglig drift, kongressplanlegging m.m. Det skal ansettes en økonomisk/administrativ leder uten stemmerett. Lokalisasjonen er planlagt til England.

Styret hadde ingen vesentlige betenkeligheter med dette og vil ikke komme med endringsforslag til kongressen i Åten hvor dette blir behandlet. Det vil da også bli tatt stilling til vertsland for EDTA møtet i 1997. Erling hadde kontaktet sekretæren (Cambì) og fått vite at Sveits, Israel og Norge (Oslo) var de aktuelle kandidater.

10 Faglig program til møte i Warren House

Zeneka A/S har tidligere bedt foreningen v. formannen å lage et faglig program for et møte beregnet på nefrologer i Warren House 6-8 oktober 1995. Forslaget var utarbeidet av formannen i samråd med sekretæren (etter diskusjon med flere kolleger) og representanter for Zeneka A/S. Møteforslaget ble vedtatt med meget små innvendinger som gikk på form mer enn på innhold. Programmet ble enstemmig vedtatt av styret.

11 Medlemsblad

Sekretæren orienterte om dette- første nummer er planlagt utgitt primo april 1995. Det mangler stoff og styret skulle oppfordre kolleger til allehånde bidrag så snart som mulig- sendes til sekretæren, (kopi +diskett)

12 Eventuelt

På forespørsel fra EDTA om forslag til vitenskapelige medarbeidere til EDTA registeret, foreslo styret Torbjørn Leivestad som har sagt seg villig på forespørsel fra sekretæren. Dette vil bli meddelt Prof. Cambì (EDTA secretary) av sekretæren.
Red.

"Første nummer av medlemsbladet er planlagt utgitt primo april 1995. Det mangler stoff, styret skulle oppfordre kolleger til å bidra."

Det er planlagt ett styremøte til i foreningen før sommeren. Dersom du har ting som ønskes vurdert av styret kan dette meddeles redaktøren

Møter med særlig relevans for nefrologer i 1995-96.

Uten at jeg vil ta ansvar for mulige feil og mangler har jeg satt opp en møteliste over møter som kan være aktuelle for nefrologer. I tillegg kommer industrisponset møte med foreningsbasert fag program på Warren House i oktober.

Indremedisinsk vårmøte, Molde. 4.-6-Mai 1995.

Skandinavisk transplantasjonskongress, Riga. 3.-6.Mai 1995.

Nordiske nyredager, Hotel Plaza, Oslo. 24.-27. Mai 1995.

XXXIIInd ERA (EDTA) Congress, Aten. 11.-14. juni 1995.

VII Congress of the International Society for peritoneal dialysis, Stockholm. 18.-21. juli 1995.

XIIIth International Congress of Nephrology (ISN), Madrid. 2.-6. juli 1995 (med diverse satelittmøter).

13. Annual Meeting of the Internatiuonal Society of Blood Purification, Kyongju, Korea. 27.-29. september 1995

Xth Congress of the International Society for Artificial Organs, Taipei, Taiwan. 15.-18. november 1995

28th Annual Meeting of the American Society of Nephrology (ASN), San Diego, USA. 4.-8. november 1995.

Indremedisinsk høstuke, Rikshospitalet, Oslo. 6.-10 november 1995.

(Det blir altså kollisjon mellom høstuka og ASN i år. Dette skaper vansker for programmet til høstuken.)

Red.

Har du flere interessante møter, så gi beskjed til nefrologisk forum.

Nordiske nyredager Hotel Plaza, Oslo 24-27. Mai 1995

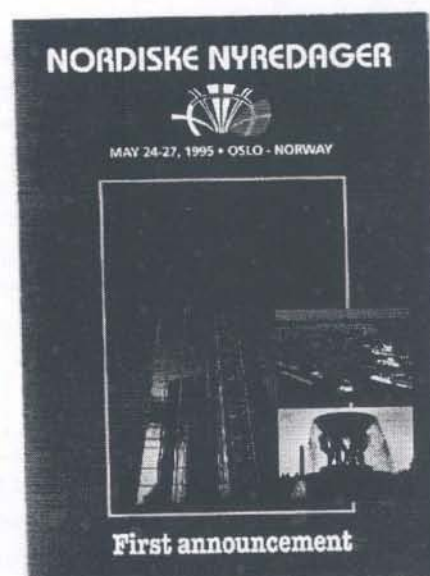
Dette biannuale nordiske møtet avholdes som alle forhåpentlig nå vet, i Oslo i Mai i år. Det blir et godt faglig program, over 60 abstracts er mottatt. Det blir både orale sesjoner og postersesjoner. Det kommer deltakere fra alle nordiske land og desuten gode gjesteforelsere også fra USA og England. Ved å melde seg på og delta på satelittmøtet som arrangeres av Pfizer onsdag kveld (24.Mai) sponses også flyreisen til Oslo og en hotellovernatting på Plaza..

Vi som sitter i arrangementskomiteen håper selvfølgelig at flest mulig vil delta. I tillegg til det faglige programmet blir det et fint opplegg rent sosialt med bl. annet båttur. Oslo er jo også svært vakker på denne tiden av året. Hvis "familien" ikke liker møter i slike fine langukeslutt som Kristi Himmelfart representerer, kan det kanskje være en ide å ta familien med til Oslo for å delta i arrangementet. Jeg tror mange vil bli positivt overrasket.

Har du ikke bestemt deg ennå! Gjør det nå, snakk med ektefelle/barn og meld deg på. Det er ikke for sent!

H. Holdaas

“Det blir et godt faglig program, over 60 abstracts er mottatt”



Kontakt Congrex: for info.+ best.
tlf 22561930, fax 22560541