

Nefrologisk forum

Oktober 2004

Årgang 10, no 2

Formannsnytt

"Jubileums-vårmetet i Trondheim var en god opplevelse med stor oppslutning."

"Bergen er klar for arrangement av neste års Nordiske Nyredager 4-8. mai."

"Arrangementer av nasjonale fagmøter er en omfattende virksomhet, og styret har vedtatt å nedsette et kursutvalg i foreningen"

Mens naturen kjøles ned og oppsummerer årets avling, og forbereder den neste, benyttes mindre naturlige metoder i helsefretakenes verden; det er lite av oppsummeringer, enda mindre av forberedelser, og noen og enhver er allerede i ferd med å gå seg varm igjen med nye (og noen gamle) oppgaver. Men i Nyreforeningen er det tid for en liten oppsummering. Jubileums-vårmetet i Trondheim var en god opplevelse med stor oppslutning, og møtekomiteen høstet godord for program og arrangement. Og foreningen høstet et pent overskudd! Bergen - den eneste norske byen som er verd en overnatting i følge reiselivseksptise fra Oslo! - er klar for arrangement av neste års Nordiske Nyredager 4-8. mai. Dere har allerede mottatt "First announcement", og neste kunngjøring kommer ganske snart. Sett av møtedatoer! Arrangementer av nasjonale fagmøter er en omfattende virksomhet, og styret har vedtatt å nedsette et kursutvalg i foreningen. Utvalget er tenkt å ha et ledende og koordinerende ansvar for fremtidige fagmøter og kurs, kanskje også i forhold til de utdanningsinitiativ som er etablert i regi av EDTA-ERA.

Den faglige aktiviteten blir stadig mer internasjonalsert, også de mer formelle initiativ. Dette året er således preget av nye og oppdaterte guidelines på flere viktige områder når det gjelder kronisk nyresykdom. Vi opplever etterhvert at fokus flyttes fra sekundær profylakse til primær prevensjon, bl.a. av "the silent epidemic"; nyresykdom ved diabetes og aterosklerose. Etter initiativ fra ISN er de nasjonale foreninger invitert til strategi-

og program møte i Amsterdam i november. Dette aktualiserer ytterligere satsning på foreningens kvalitetsarbeid som vi alle kjenner godt gjennom våre registre og veilederen på hjemmesiden (jeg logget meg nettopp inn som besøkende nummer 1407). Styret vil spesielt uttrykke en stor takk til de medlemmene som her nedlegger et stort arbeid til vår felles nytte og glede.

Einar Svarstad

Inne bladet	Side
Redaktørens spalter	2
Primær hyperoxaluri	3
Kvalitetskontroll av vann brukt til hemodialyse og hemofiltrasjon	6
Krav til dialysevann	7
Årsrapport fra Spesialitetskomiteen i Nyresykdommer, 2004	8
Referat fra fellesmøte styret/spesialitetskomiteen 24/9-04	11
Veiledning vedrørende utredning av levende giver ved nyretransplantasjon	14
Annonser, stipender	16
Program for Nordiske Nyredager Bergen, 4-8/5-2005	20

Nefrologisk forum:

Redaksjonen for dette nummer 2/2004 er avsluttet 18/10-04

Medlemsblad for norsk nyremedisinsk forening

Opplag 250 eksemplarer

Kopiert og distribuert av MSD (Norge) A/S til foreningens medlemmer

Redaktør

Egil Hagen

Sørlandet Sykehus
Arendal

4809 Arendal

e-mail:
egil.hagen@sshf.no

I redaksjonen

Einar Svarstad

Karsten Midtvedt

Solveig Sæta

Markus Rumpsfelt

Anders Hartmann

Redaktørens spalter

Velkommen til et nytt nummer av nefrologisk Forum. Dessverre er dette nummer relativt tynt. Stavanger som denne gang var ansvarlig for det faglige innhold har av forskjellige grunner ikke vært i stand til å komme med mer enn et innlegg. Til våren er det Rikshospitalet sin tur. Jeg vil allerede nå oppfordre nefrologene der til å planlegge innlegg til Forum neste semester.

I dette nummer av Forum kan du lese om primær hyperoxaluri. En glimrende oversikt skrevet av Terje Apeland.

Håvard Aksnes informerer om planlagte nasjonale retningslinjer for kontroll av dialysevann. Det er helt åpenbar at det mange steder er en utilfredsstillende praksis på dette punkt.

Dette nummer av Forum inneholder også årsrapporten fra spesialitetskomiteen. Det foregår en utstrakt utdanning av nye nefrologer. Dette er bra fordi antallet nefrologiske pasienter, spesielt dialysepasienter ventes å øke betydelig i årene som kommer. Det er dog et stort problem at helsemyndighetene bare legger opp til innsparinger. Nye stillinger virker nærmest umulig å få opprettet. Det må være en hovedoppgave for NNF i fremtiden å påvirke myndighetene til å opprette flere nefrologstillinger slik at slik at det stadig økende behov for våre tjenester kan imøtekommes på en forsvarlig måte. Helsemyndighetene må jo møte seg i døra når de stadig poengterer at helsetilbudet for befolkningen ikke skal svekkes av innsparingene. De må tvinges til å ta konsekvensen av sine løfter.

Det er nå i ferd med å bli utarbeidet retningslinjer for utredning av levende gaver til nyretransplantasjon. Dette er et menneskelig og etisk vanskelig tema. Det er godt å ha noe konkret å forholde seg til.

Jeg har tatt med stipendannonser selv om søknadsfristen har gått ut. Der er kommet 7 søknader innen tidsfristen alle fra universitetsykehus.

Neste vår arrangeres nordiske nyredager i Bergen. Det foreløpige programmet kan leses bak i bladet.

En av nestorene i norsk nyremedisin har gått bort i år. Erling Brodwall vil bli dypt savnet og han huskes med stor respekt.

Til slutt vil jeg minne om prakt eksemplet av en bok Anders Hartmann og Trond Jenssen står bak (se egen annonse).

Primær hyperoxaluri

Terje Apeland, Med. Avd. SiR

Primær hyperoxaluri er en autosomal recessiv sykdom som oftest viser seg i løpet av de første leveår. Imidlertid kan sykdommen også debutere i godt voksen alder. Diagnosen blir da gjerne stilt sent i forløpet. Dette illustreres med tre sykehistorier fra Nyreseksjonen i Stavanger.

Kasuistikk 1.

En 66 år gammel kvinne ble henvist til vår avdeling pga gradvis økende nyresvikt. Nyrebiopsi viste interstitiell nefritt og man mistenkte at nyrelidelsen var utløst av medikamentbruk. Prednisolon-behandling hadde imidlertid liten effekt og hun fikk etter kort tid behov for dialyse. Fire år senere ble hun transplantert med nekronyre, men det kom tidlig problemer med stigende kreatinin. Rejeksjonsbehandlingen hadde liten effekt, og transplantatbiopsi viste tydelige nedslag av kalsiumoxalatkrystaller. Diagnosen primær hyperoxaluri ble stilt, og pasienten måtte på ny starte i hemodialyse – tre sesjoner per uke. Hun plages med kroniske leddsmarter og karspasmier. Alle a-v fistler har gått tett og hun dialyseres via et subkutant-tunnelert jugulariskateter. Plasma oxalat ble målt til 120 $\mu\text{mol/L}$ før hun fikk foreskrevet Vitamin B6 tabletter 300mg per dag.

Kasuistikk 2.

En 47 år gammel mann startet i dialyse etter flere års sykdom med nyrestein og infeksjoner. Kirurgene hadde noen år tidligere fjernet ene nyren pga ureter-obstruksjon og infeksjon. Femti år gammel ble pasienten transplantert med nekronyre. Transplantatet sviktet imidlertid raskt og biopsien avslørte nedslag av oxalatkrystaller. Han måtte vente ytterligere to år i dialyse før han fikk transplantat nummer to. Denne gangen ble det gitt behandling med Vitamin B6 tabletter 150mg x2 daglig, samt Fosfat Sandoz 0,5gram x3 og Magnesiumhydroxyd 150mg x3. Denne nekronyren har fungert i 19 år nå, men det har i det siste tilkommet en langsomt stigende kreatinin.

Kasuistikk 3.

En 35 år gammel mann kom fra Sør-Europa for å bo hos broren sin her i Stavanger. Mangeårige nyresteinplager og urinveisinfeksjoner hadde gitt nyresvikt, og han hadde én måneds fartstid som dialysepasient før han kom til Norge. Etter et halvt år i Norge ble han transplantert med familenyre, men funksjonen ble aldri god og han måtte tilbake i dia-

lyse etter fire måneder. Transplantat-biopsi viste nedslag av kalsium-oxalat ga diagnosen primær hyperoxaluri. Som dialysepasient har han gjennomgått et lite fremreveggsinfarkt og har fått angioplastikk pga iskemisk smerte og sår på venstre underekstremitet. Røntgen av abdomen viste nefrokalsinose i native nyrer, og ved ultralydundersøkelse var det et påfallende kraftig cortex-ekko. Ekkokardiografi viste en stiv og fortykket venstre ventrikel med et granulert, kraftig ekko – noe som ga mistanke om krystall-utfellinger. En leverbiopsi ble analysert i London, og man fant da enzymaktivitet på 30% av det normale, samt svak immunfarging av alanin-glyoksylat aminotransferase (AGT). Predialytisk plasma-oxalat var 146 $\mu\text{mol/L}$ før han startet behandling med vitamin B6 tabletter, 300 mg/dg. Pasienten får nå dialysebehandling på fem timer x5 per uke og føler seg i bedre form enn på lenge. Det planlegges kombinert lever- og nyretransplantasjon.

Etiologi

Primær hyperoxaluri er en autosomal recessiv sykdom. Klassisk primær hyperoxaluri (PH type 1) skyldes mutasjon eller polymorfisme i genet for det peroxisomale leverenzymer, alanin-glyoksylat aminotransferase (AGT), på kromosom 2. Man kjenner per i dag ca 40 ulike mutasjoner, men disse forklarer kun halvparten av tilfellene med PH 1. AGT-mutasjonene medfører enten redusert/oppevet enzym-aktivitet eller feilaktig plassering av enzymet i mitokondrier – i stedet for peroxisomer (Purdue PE et al, 1990; Danpure CJ et al, 1994 og 1998).

PH type 2 skyldes mutasjoner i genet for glyoxylat reduktase på kromosom 9. Der finnes også PH-pasienter som ikke lar seg klassifisere med dagens viten, også kalt PH type 3.

PH resulterer i en sterk overproduksjon av oxalat i lever. Oxalat kan bare utskilles via nyrene, og urinen blir dermed overmettet med steindannelse som følge. Oxalat har sannsynligvis også en direkte toksisk effekt på nyretubulus-cellene – noe som medfører nefrontap. Ettersom nyrefunksjonen avtar, vil plasmannivået stige over den øvre normalgrense på 10 $\mu\text{mol/L}$. Ved plasmakonsentrasjoner over 30 $\mu\text{mol/L}$ vil det komme utfelling av oksalatkrystaller i flere vev utenom nyre: myokard, retina, synovial-vev, bein og blodkar. Denne prosessen kan starte allerede ved en

"en autosomal recessiv sykdom som kan debutere i godt voksen alder diagnosen blir da ofte stilt sent i forløpet"

"Klassisk primær hyperoxaluri (PH type 1) skyldes mutasjon eller polymorfisme i genet for det peroxisomale leverenzymer, alanin-glyoksylat aminotransferase (AGT)"

"Alle pasienter med PH I må prøve store doser av AGT-kofaktoren, vitamin B6"

"Alle pasientene med fungerende nyrer bør få midler som motvirker krystallisering i urinen:"

"Nyretransplantasjon har dårlige resultater ved PH. Tre-års nyreoverlevelse er kun 20%"

"I Europa har det blitt gjort over 100 kombinerte lever/nyre transplantasjoner med fjernelse av nativ lever"

"Plasma og urinundersøkelse kan gjøres ved Rikshospitalet og urinundersøkelse ved Ullevål sykehus. Leverbiopsier må sendes til London (Gil Rumsby

kreatinin-clearance på 40 ml/min (Hoppe B et al, 2004).

Medikamentell behandling

Dersom man kan stille diagnosen tidlig, er det aktuelt med konservativ behandling for å beskytte nyrene. Alle pasienter med PH I må prøve store doser av AGT-kofaktoren, vitamin B6. Dosen for en voksen er fra 300 til 1400 mg per døgn. De høyeste dosene kan gi polyneuropati og man må derfor titrere seg langsomt opp i dose. Omkring 1/3 av PH I pasientene responderer med 30 % reduksjon i oxalat-produksjonen. Behandlingsforsøket bør var i 2-3 mnd før man eventuelt gir opp.

Alle pasientene med fungerende nyrer bør få midler som motvirker krystallisering i urinen: ortofosfat, magnesiumhydroksyd og citrat. Rikelig drikke og tynn urin er av stor viktighet. I en ukontrollert studie fra Mayoklinikken fant man betydelig bedring i nyreoverlevelse etter mange år med slik medikamentell behandling (Miliner DS et al, 1994).

Transplantasjon

Nyretransplantasjon har dårlige resultater ved PH. Tre-års nyreoverlevelse er kun 20% (Broyer M et al, 1990). Der er rapportert om tidlig levertransplantasjon hos et titalls pasienter, men dette må i så fall gjøres før der er noen særlig nyreskade. Det er vanskelig å beregne riktig tidspunkt siden det kliniske forløp er temmelig variabelt. Der er tilsynelatende ingen sikker sammenheng mellom genotype og fenotype (Tarn AC et al, 1997). Riktignok er debut i barnealder forbundet med dårligere prognose, og det samme gjelder dersom det ikke kommer respons på vitamin B6. PH type 2 har bedre prognose enn type 1. Likevel er det sannsynlig at tidlig levertransplantasjon vil være aktuelt kun for noen ganske få.

I Europa har det blitt gjort over 100 kombinerte lever/nyre transplantasjoner med fjernelse av nativ lever. Resultatene er da bedre enn ved kun nyretransplantasjon; femårs leveroverlevelse er 70% og pasientoverlevelsen 80% (Hoppe B et al, 2004).

Hemodialyse

Dialysebehandling er vanskelig. Selv med 6 dager dialyse per uke vil man maksimalt kunne fjerne halvdelen av leverens oksalatproduksjon. Dermed vil de fleste likevel ha betydelig

forhøyet oxalatsnivå i plasma med en gradvis økende utfelling i mange organer (Yamauchi T et al, 2001).

Prognose og diagnose

Europeiske observasjoner tyder på at der er ca én PH-pasient per 100 000 fødsler (Kopp N et al, 1995; Cochat P et al, 1995). Halvparten av pasientene med PH får symptomer før 15 års alderen og 80% i tredje dekadé (van Woerden et al, 2003; Cochat P et al, 1995). Leveutsiktene er betydelig redusert hos disse pasientene. Noen få pasienter klarer seg opp mot sekstiårs alderen før de får nyreproblemer. I internasjonale publikasjoner rapporterer man at halvdelen av pasientene med sèn debut først får sin diagnose som dialysepasienter.

Tidlig diagnose og intervensjon er viktig. Yngre pasienter med uklar årsak til nyresvikt bør undersøkes nærmere med tanke på PH. Dette gjelder også pasienter med nyrestein-sykdom, særlig dersom man påviser kalsiumoksalat monohydrat krystaller ved urinmikroskopi eller steinanalyse. Nefrokalsinose er også et funn som bør undersøkes nærmere (Singh DR et al., 2000). Ved ophthalmoskopi kan man påvise utfelte oksalat-krystaller i retina (van Woerden C et al, 2003). Leverbiopsi med enzymanalyse etablerer sikker diagnose (Rumsby G, 2004)

En døgnutskillelse i urin på over ett mmol er suspekt på PH – hvis der er normal nyrefunksjon. I morgenurin kan man alternativt analysere oxalat/kreatinin ratio. En ratio over 40 µmol/mmol kan være patologisk. Urinen må surgjøres før forsendelse til laboratoriet for å motvirke overestimering.

Ved uremi er plasma oxalat øket over normalen hos de fleste. Vanligvis har dialysepasienter plasmaoksalat under 60 µmol/L mens PH-pasienten oftest har predialytiske konsentrasjoner over 90. Plasma må sendes frosset og undersøkes innen få dager for å unngå overestimering.

Plasma og urinundersøkelse kan gjøres ved Rikshospitalet og urinundersøkelse ved Ullevål sykehus. Leverbiopsier må sendes til London (Gil Rumsby).

Referanser:

- Broyer, M., F. P. Brunner, et al. (1990). "Kidney transplantation in primary oxalosis: data from the EDTA Registry." *Nephrol Dial Transplant* 5(5): 332-6.
- Cochat, P., A. Deloraine, et al. (1995). "Epidemiology of primary hyperoxaluria type I. Societe de Nephrologie and the Societe de Nephrologie Pediatrique." *Nephrol Dial Transplant* 10 Suppl 8: 3-7.
- Danpure, C. J., P. R. Jennings, et al. (1994). "Primary hyperoxaluria type I: genotypic and phenotypic heterogeneity." *J Inherit Metab Dis* 17(4): 487-99.
- Danpure, C. J. (1998). "The molecular basis of alanine: glyoxylate aminotransferase mistargeting: the most common single cause of primary hyperoxaluria type I." *J Nephrol* 11 Suppl 1: 8-12.
- Hoppe, B. and E. Leumann (2004). "Diagnostic and therapeutic strategies in hyperoxaluria: a plea for early intervention." *Nephrol Dial Transplant* 19(1): 39-42.
- Kopp, N. and E. Leumann (1995). "Changing pattern of primary hyperoxaluria in Switzerland." *Nephrol Dial Transplant* 10(12): 2224-7.
- Leumann, E. and B. Hoppe (1999). "What is new in primary hyperoxaluria?" *Nephrol Dial Transplant* 14(11): 2556-8.
- Milliner, D. S., J. T. Eickholt, et al. (1994). "Results of long-term treatment with orthophosphate and pyridoxine in patients with primary hyperoxaluria." *N Engl J Med* 331(23): 1553-8.
- Purdue, P. E., Y. Takada, et al. (1990). "Identification of mutations associated with peroxisome-to-mitochondrion mistargeting of alanine:glyoxylate aminotransferase in primary hyperoxaluria type I." *J Cell Biol* 111(6 Pt 1): 2341-51.
- Rumsby, G., E. Williams, et al. (2004). "Evaluation of mutation screening as a first line test for the diagnosis of the primary hyperoxalurias." *Kidney Int* 66(3): 959-63.
- Singh, D. R., S. N. Sagade, et al. (2000). "Oxalosis with nephrocalcinosis." *Nephrol Dial Transplant* 15(1): 124-5.
- Tarn, A. C., C. von Schnakenburg, et al. (1997). "Primary hyperoxaluria type I: diagnostic relevance of mutations and polymorphisms in the alanine:glyoxylate aminotransferase gene (AGXT)." *J Inherit Metab Dis* 20(5): 689-96.
- van Buren, M. (2000). "A stony history." *Nephrol Dial Transplant* 15(4): 551-3.
- van Woerden, C. S., J. W. Groothoff, et al. (2003). "Primary hyperoxaluria type I in The Netherlands: prevalence and outcome." *Nephrol Dial Transplant* 18(2): 273-9.
- Yamauchi, T., M. Quillard, et al. (2001). "Oxalate removal by daily dialysis in a patient with primary hyperoxaluria type I." *Nephrol Dial Transplant* 16(12): 2407-11.

KVALITETSKONTROLL AV VANN BRUKT TIL HEMODIALYSE OG HEMOFILTRASJON

FORSLAG TIL NYE NASJONALE RETNINGSLINJER FOR DIALYSEVANN

Håvard Aksnes, Leder i kvalitetsutvalget

Il det nyremedisinske miljøet har det de siste årene blitt uttrykt en økende bekymring over ufullstendige og foreldede nasjonale retningslinjer for framstilling av dialysevann. Gjeldende retningslinjer er beskrevet i et ensides rundskriv fra Helsetilsynet i 1997 (IK 31/97) hvor det henvises til kvalitetskrav beskrevet i Norsk legemiddelstandard. Fra 1999 er retningslinjene i den Europeiske farmakope inkludert i Norsk legemiddelstandard. Denne gir imidlertid ingen veiledning om omfanget og hyppighet av vannkontroll, og hvordan ansvarsforhold og sikkerhetssystemer skal etableres. I rundskrivet forutsettes det at sykehusene selv sørger for å føre kontroll med at nødvendige krav er oppfylt.

I Norge er det varierende praksis rundt sikring av vannkvalitet fra senter til senter. Ofte er det et fellesansvar mellom avdelingens ansvarlige lege i samarbeid med ingeniør og dels også leverandøren av vannrenseanlegget. Omfanget av og hyppigheten av vannkontroller varierer. Ikke alle sentra måler for eksempel endotoksinnivå. Økende bruk av filtre med større porer og etablering av on-line hemodiafiltrasjon stiller helt andre krav til vannrensing. Ved online-HDF infunderes opp til 30 liter infusjonsvæske i løpet av en dialysebehandling. Denne behandlingen forutsetter ultrarent vann, og denne kvaliteten anbefales også ved langtids hemodialyse for å forebygge dialyserelaterte komplikasjoner (European Best Practice Guidelines 2002).

I Sverige er det Läkemedelsverket som godkjenner dialyseavdelinger og vannrenseanlegg før online produksjon av hemofiltrasjonsvæsker kan startes. Det er utgitt et omfattende regelverk i Svensk läkemedelstandard som gir retningslinjer for vannrensing i dialyseavdelinger ("Tilverkning och hantering av hemodialysvätskor och hemofiltrationsvätskor inom sjukvården" - Svensk läkemedelsstandard 2003.) Regelverket omhandler bl.a. organisasjon, ansvarsforhold, kvalitetskrav, dokumentasjonskrav, prøvetagnings- og kontrollprogram.

Tilsvarende europeiske retningslinjer er utgitt av EDTA-ERA i form av European Best Practice Guidelines (Nephrology Dialysis Transplantation vol 17 (2002) suppl.7 s. 45-62).

NNF har nedsatt en faggruppe som har arbeidet med å utarbeide forslag til nye norske retningslinjer. Initiativet kom opprinnelig fra Rikshospitalet hvor avdelingsoverlege Erling Lingås ved mikrobiologisk avdeling og avdelingsingeniør Børge Rolvsen ved dialyseavdelingen har vært sentrale fagpersoner utenom det nyremedisinske miljøet.

Gruppen har henvendt seg både til Sosial- og Helsedirektoratet og til Statens legemiddelverk med ønske om et samarbeid for å komme fram til nye nasjonale retningslinjer.

Børge Rolfsen har nå lagt fram et utkast til norske retningslinjer som i hovedsak baserer seg på den svenske modellen. Dette er et regelverk som omhandler organisering av hver dialyseenhet, klargjøring av kompetansekrav og ansvarsforhold mellom de ulike yrkeskategorier som har delansvar for vannkvalitetssystemet. Det stilles krav om lokale skriftlige instruksjoner, metodeanvisninger og kontrollrutiner og dessuten spesielle krav til dokumentasjon og sporbarhet. Prøvetaknings- og kontrollprogrammet som foreslås er vesentlig mindre restriktivt enn det svenske, men vil innebære en innskjerping i forhold til dagens praksis ved flere dialysesentra. Videre er det krav om formalisert samarbeid med lokal vannleverandør om vannkvalitetsmåling og varslingsrutiner ved avvik i kvaliteten på inntaksvannet.

Utkastet vil i første omgang bli gjennomgått i "vannutvalget" som består av undertegnede, Egil Lingås, Børge Rolfsen, Heinrich Kloke, Lars Ulrik Broch og Inger Norfonn (dialysesykepleier). Høringsrunde ved noen dialysesentra vil også være nødvendig før utkastet sendes til sentrale myndigheter (Sosial- og Helsedirektoratet og Statens legemiddelverk) for evaluering. Vi har håp om å komme i mål med nytt nasjonalt regelverk i løpet av 2006.

"I Norge er det varierende praksis rundt sikring av vannkvalitet fra senter til senter"

"Økende bruk av filtre med større porer og etablering av on-line hemodiafiltrasjon stiller helt andre krav til vannrensing"

"Børge Rolfsen har nå lagt fram et utkast til norske retningslinjer som i hovedsak baserer seg på den svenske modellen"

"Vi har håp om å komme i mål med nytt nasjonalt regelverk i løpet av 2006."

Rundskriv fra Statens Helsetilsyn: 1.

oktober 1997 :

Krav til dialysevann

Vann som skal brukes til fortynning av hemodialysekonsentrater fremstilles ved behandling av kranvann ved filtrering og omvendt osmose. Fremstillings- og distribusjonsforhold må være slik at risiko for mikrobiell og kjemisk forurensning holdes så lav som mulig.

Sykehusene forutsettes, ut fra krav om internkontroll, å føre kontroll med at nødvendige krav er oppfylt. De sykehus som gjør bruk av dialysevann bør ha et opplegg for testing for mikrobiell og kjemisk forurensning som et ledd i kontrollen.

Statens helsetilsyn ønsker med dette å minne om at Norske legemiddelstandarder 1997, side 191-197, har en monografi for dialysevann (Water for diluting concentrated haemodialysis solutions). Monografien har karakter av informasjon og veiledning. Den spesifiserer tester og foreslår grenser for følgende: pH, oksiderbare stoffer, totalt tilgjengelig klor, klorid, fluorid, nitrat, sulfat, aluminium, ammonium, kalsium, magnesium, kvikksølv, tunge metaller, kalium, natrium, sink og mikrobiell kontaminasjon, herunder endotoksiner. De enkelte sykehus må, på grunnlag av kranvannets kvalitet, fremstillingsmetode for dialysevannet og eventuell bruk av kjemikalier ved desinfeksjon vurdere om det kan være behov for å teste på andre forhold i tillegg.

Liv. H. Rygh
fagsjef

Årsrapport fra Spesialitetskomiteen i Nyresykdommer 2004

Komiteen har i løpet av 2003 avholdt et komitémøte samt besøkt to utdanningsinstitusjoner. I tillegg har tre av komiteens medlemmer (KH, IS og EH) deltatt på fellesmøte med styret og kvalitetsutvalget i Norsk Nyremedisinsk Forening. Leder har også deltatt på spesialitetsrådets seminar på Soria Moria i mai. Komite-medlemmene har også kommunisert via E-post. Komiteen har avgitt høringsuttalelse til Mellgrenutvalgets innstilling om krav til gruppe I institusjoner og forslag om endring av spesialitetsstrukturen i indremedisin.

Spesialistreglene

Komiteen har ikke arbeidet med endringer i spesialistreglene i 2004. Spesialistreglene er stort sett tilfredsstillende, dog har man et krav om 12 måneders dialysetjeneste som kan virke hemmende på utdanningskapasiteten ved gruppe I avdelingene. Det er også behov for en gjennomgang av sjekklister med tanke på presiseringer og mindre justeringer. Komiteen planlegger derfor en gjennomgang av spesialistreglene og sjekklister i løpet av 2005.

Stillingsstrukturen

Det har de siste årene vært en gledelig økning i rekruttering til spesialiteten nyresykdommer. Det synes å være tilstrekkelig antall utdannelsesstillinger ved gruppe 2 avdelingene, mens det fortsatt er behov for flere utdannelsesstillinger ved de fleste gruppe I avdelingene. I tillegg er det et klart behov for flere overlegehjemler både ved gruppe 2 avdelingene og ved flere av gruppe I avdelingene. De fleste overlegestillingene er nå besatt, i Oslo-området er det nå umulig for nyutdannede nefrologer å få faste nefrologstillinger. Ved gruppe 2 avdelingene er det nå bare noen få ubesatte hjemler og disse ser nå ut til å bli besatte. Det har fram til nå ikke vært flaskehals med tanke på gruppe I tjeneste, men med den økende rekrutteringen er det sannsynlig at dette vil bli mer problematisk den nærmeste tiden. Den betydelige økningen i antall nyretransplantasjoner de siste årene har også medført en betydelig økt arbeidsbelastning for nyreseksjonen på Rikshospitalet.

pitalet. Dette påvirker utdannings situasjonen i negativ retning idet det ikke blir tid til supervisjon og veiledning. Komiteen ser det derfor absolutt nødvendig med en umiddelbar styrking av bemanningen på Rikshospitalet med minst to overleger og aller helst ytterligere en underordnet lege. Også ved andre sykehus som f. eks Sørlandet Sykehus – Arendal er overlegebemanningen (to hjemler) for liten i forhold til arbeidsoppgavene. Komiteen mener det burde vært minst tre overlegehjemler ved alle dagens gruppe 2 avdelinger for at bemanningen skal være tilpasset økende arbeidsoppgaver og samtidig sikre grunnlaget for en god utdannings situasjon i forhold til veiledning og supervisjon. Norsk Nyremedisinsk Forening har gjort en kartlegging av bemanningen rundt på nyreseksjonene i landet sett i forhold til forventet avgang og rekruttering og konkluderer med at det i løpet av 5 år vil kunne være et overskudd på ca 25 nefrologer. Ut fra dette skulle det heller ikke være vanskelig å finne kandidater til evt nye stillinger.

Målbeskrivelsen

Målbeskrivelsen ble sist revidert i 2000/2001. Det ble da også utarbeidet sjekklister. Det er ikke gjort ny revisjon av målbeskrivelsen i 2002, komiteen planlegger en gjennomgang i løpet av 2005.

Kursvirksomheten

De obligatoriske kursene arrangeres årlig på rotasjon mellom de fire universitetene. Etter komiteens oppfatning er frekvensen av kursene tilstrekkelig. Obligatorisk kurs i nyretransplantasjon arrangeres annet hvert år ved Rikshospitalet og har de siste årene hatt stor deltagelse, men så langt har alle som behøver det fått plass. Andre kurs har blitt godkjent etter individuell vurdering. Det diskuteres behov for opprettelse av kurs i dialyse, evt. i samarbeid med de andre nordiske landene og det er også andre felles nordiske kurs på trappene. I samarbeid med Norsk Nyremedisinsk forening opprettes det nå et kursutvalg som skal følge opp kursvirksomheten. Det planlegges også et årlig "state of the art" kurs i sammenheng med nyremedisinsk vårmøte.

Komiteen har hatt følgende sammensetning i 2004:

Overlege Kristian Heldal,
Sykehuset Telemark,
Skien (leder)

Overlege Ingegjerd Sekse,
Haukeland
Universitetssykehus

Overlege Bjørn Odvar
Eriksen,
Universitetssykehuset i
Nord-Norge

Overlege Jøran Sture
Hjelmesæth, Sykehuset i
Vestfold, Tønsberg/
Rikshospitalet

Assistentlege Egil Hagen,
Sørlandet Sykehus,
Arendal

Rapporten er trykket
med forbehold om
enkelte endringer i
den endelige versjonen

Dette kurset er første gang planlagt avholdt våren 2005. Det vil være rettet mot utdanningskandidater i nyresykdommer og søkes godkjent som tellende kurs til spesialiteten nyresykdommer.

Rapporter fra utdanningsinstitusjonene

Gjennomgang av rapportene fra utdanningsinstitusjonene ble utført av det enkelte komiteemedlem og rapportene er så diskutert via E-mail. Helhetsinntrykket i år som i fjor er at de fleste utdanningsinstitusjonene fungerer bra. Enkelte steder er det problemer som er knyttet til bemanningssituasjonen. Komiteen foreslo i 2003 å redusere godkjenningstiden for Ålesund sjukehus til 6 måneder på bakgrunn av dette, situasjonen i Ålesund er imidlertid nå mye bedre og på bakgrunn av besøk ved avdelingen samt tilsendt undervisningsprogram for høsten 2004 er dette forslaget nå trukket tilbake og en anbefaler på nytt full godkjenning 1,5 år som gruppe 2 avdeling. Ved Rikshospitalet har fortsatt ikke utdanningskandidatene avsatt tid i tjenesteplanen til faglig fordypning, i strid med overenskomsten mellom NAVO Helse og legeföreningen. Dette er på nytt påtalt slik det også ble gjort i 2003. Hovedproblemet er ellers kravet om 90 minutters grenspesialisert undervisning ved gruppe 1 avdelingene. Flere steder har man lagt inn rutinemøter som patologimøter og felles indremedisinsk undervisning for å tilfredsstille kravet. Dette er påtalt i vurderingen av rapporten på det enkelte sted.

Besøk spesialitetskomiteen har gjennomført

Spesialitetskomiteen har i 2004 gjennomført besøk ved to utdanningsinstitusjoner; St. Olavs hospital i Trondheim (gruppe 1) og Ålesund sjukehus (gruppe 2). Besøk i Trondheim har vært ledd i rutinemessig rotasjon mens komiteen valgte å besøke Ålesund på bakgrunn av problemene som ble anført i forbindelse med vurderingen av rapporten for 2002. Som nevnt under pkt 5 har situasjonen nå bedret seg betydelig i Ålesund og på bakgrunn av besøket, rap-

port for 2003 og planer for strukturert internundervisning i 2004/2005 har komiteen funnet det riktig å anbefale at Ålesund sjukehus på nytt får fullverdig godkjenning 1,5 år gruppe 2. Ved St Olavs hospital ble forholdene ansett som tilfredsstillende. Selv om det er en travel avdeling der for tiden 3 av de 5 faste overlegene er i permisjon, fikk en inntrykk av at spesialistutdanningen fungerte svært bra. Det ble således ikke foreslått noen endring av gruppeføring. Spesialitetskomiteen har gode erfaringer med slike besøk. Vi har tilstrebet å besøke minst en institusjon i halvåret, men har også svært gode erfaringer med å besøke to institusjoner i nærheten av hverandre over to dager og sette av kvelden til komitémøte og sosialt samvær. For 2005 er det planlagt et besøk ved Haukeland universitetssykehus i Bergen samt Sentralsjukehuset i Rogaland. Komiteen vil da i løpet av funksjonstiden ha besøkt alle gruppe 1 institusjonene samt to av gruppe 2 institusjonene. I tillegg til besøkene planlegges det et todagers komitémøte for revisjon av spesialistregler/sjekkliste/målbeskrivelse.

Søknader fra sykehusavdelinger og institusjoner om godkjenning som utdanningsinstitusjoner

Komiteen har ikke behandlet søknader om godkjenning av nye avdelinger/institusjoner i 2004. Det er ikke gjennomført endringer i gruppeføringen for noen institusjoner.

Kvalitetssikring av utdanningen

Komiteen har tidligere utarbeidet sjekkliste til bruk under utdannelsen og ved søknad om spesialistgodkjenning. Sjekklista er blitt obligatorisk fra 01.01.2004. I samarbeid med Nyremedisinsk forening er det nedsatt et kursutvalg som bl.a. skal vurdere samarbeid om felles nordiske kurs i tillegg til å arrangere et årlig kurs for spesialistkandidater i forbindelse med det årlige vårmøtet.

Spesialistgodkjenning

Spesialitetskomiteen har i 2004 behandlet bare 1 søknad om spesialistgodkjenning i nyresykdommer og denne er godkjent. Søknaden var korrekt utfylt med sjekkliste. Komiteen er spent på hvordan sjekklista vil fungere. Vi har

"Hovedproblemet er ellers kravet om 90 minutters grenspesialisert undervisning ved gruppe 1 avdelingene."

"Spesialitetskomiteen har i 2004 behandlet bare 1 søknad om spesialistgodkjenning i nyresykdommer og denne er godkjent"

mottatt henvendelser vedrørende enkelte av punktene og regner med at vi den første perioden må bruke litt skjønn i tillegg til at lista sannsynligvis bør revideres i løpet av relativt kort tid.

Etterutdanning

Komiteen har ikke hatt tilbud om etterutdanning til vurdering i 2004.

Problemer i spesialiteten

Spesialiteten slet for noen år siden med sviktende rekruttering. Dette er imidlertid nå snudd på hodet. Vi opplever en god tilstrømming av nye kandidater innen nefrologi og ser nå snarere et problem med å få de nyutdannede nefrologene inn i overlegestillinger. Som nevnt under punkt 2 – stillingsstruktur – er det etter komiteens oppfatning et klart behov for opprettelse av flere nefrolog-hjemler ved flere av avdelingene. I særdeleshet gjelder dette Rikshospitalet der en stor økning i transplantasjonsvirksomheten (fra 200 nyretransplantasjoner i 2000 til forventet 250 i 2004) har medført en betydelig ekstra arbeidsbelastning noe som igjen går ut over muligheten til å bedrive god spesialistutdanning.

Eventuelt

Spesialitetskomiteen har det siste året hatt et tett samarbeid med styret i Norsk nyremedisinsk Forening. Det har vært organisert et fellesmøte og i tillegg har det vært utstrakt korrespondanse om fellessaker pr. E-post. Spesialitetskomiteen opplever dette samarbeidet som svært fruktbart og vi planlegger å videreføre det også i årene fremover.

Kristian Heldal

Leder av spesialitetskomiteen i nyresykdommer

“ Vi opplever en god tilstrømming av nye kandidater innen nefrologi og ser nå snarere et problem med å få de nyutdannede nefrologene inn i overlegestillinger ”

Referat fra fellesmøte styret/ spesialitetskomiteen NNF, Kleivstua, 24.09.04.

Tilstede:

Fra styret:

Einar Svarstad,
Karsten Midtvedt,
Egil Hagen,
Markus Rumpsfeld,
Solveig Sæta,

Håvard Aksnes

(kvalitetsutvalget),

Spesialitetskomiteen:

Kristian Heldal,
Ingegjerd Sekse,

Forfall:

Bjørn Odvar Eriksen,
Jøran Hjelmseth

Sak 1 – Referat

Referat fra styremøte 100604 gjennomlest og godkjent.

I relasjon til referatet ble følgende diskutert:

Styret foreslår at deltakere til Vår møtet kan bestille reisen og søke refusjon via Legeforeningens Fond III, like gjerne som via Team Congress og NNF slik det er i dag. Det finnes refusjonsmuligheter også for overleger i dette fondet, og i så fall vil NNF's overskudd etter Vår møtet bli større. Informasjon om dette bør gå ut sammen med neste invitasjon. Vi må sikre oppdateringen av medlemsregisteret.

Vedtak: Solveig ber Team Congress sende medl.reg. til alle medlemmer av styret 2 ggr. pr. år for gjennomlesning og oppdatering.

Diskusjon omkring ulike ordninger v/ulike sykehus hva gjelder tjenesteplan

Vedtak: Styret v/Solveig henvender seg til Hunderis gruppe og ber dem hente inn arbeidsavtalene fra universitets- og sentralsykehusene. Gruppen bør se på evt ulikheter i arbeidsavtalene med den hensikt å kunne bidra med argumenter for flere nefrologstillinger.

Vår møtet er for foreningens medlemmer. Studenter kan være assosierte medlemmer.

Sykepleiere deltar kun hvis de bidrar med innlegg.

Vedtak: Studenter og sykepleiere betaler fullt på Vår møtet. Hvis det holdes innlegg, refunderes kongressavgiften (gjelder alle). Studenter og sykepleiere må få dekket sine utgifter til reise og opphold via andre kanaler enn NNF.

Sak 2 – Orienteringssaker

Post inn:

E-post fra Espen Thiis-Evensen. Programmet for Norsk Indremedisinsk Forenings høstmøte 4.-6. november (Oslo) er klart. Stein Hallan deltar med "Nytt fra nefrologien".

E-post fra Torbjørn Leivestad. Norsk Nefrologiregister har styresamling og "brainstorming-seminar" på Soria Moria 10.-11.november. Markus møter som representant for styret NNF.

E-korrespondanse med prof. Jorge Cannata (Spania) ang. COSMOS, en 3 års oppfølgingsstudie/observasjonsstudie vedr. parametre på hyperparathyroidisme. De ønsker en nasjonal koordinator fra Norge. Vi har foreløpig ikke mottatt informasjon om hva som skal registreres, slik at arbeidets omfang er litt uklart. Einar kontakter Gunbritt Lagerback i Amgen for nærmere spesifikasjoner.

E-post fra Hroar Piene vedlagt revidert forslag til det nye prosedyrekodeverket. Vi har en del kommentarer vedr. vårt fagfelt, og Einar svarer.

Post ut:

Møte i Amsterdam 13.-14.november, "Prevention of progressive renal failure". Foreningen har oppfordret Knut

Aasarød, Ingrid Os, Anders Hartmann og Harald Bergrem om å delta.

Høstens stipender er nå annonsert, med søknadsfrist 15.oktober. Det deles ut 30 000,- fra Roche og kr. 35 000,- fra Nyreforeningens reise-og forskningsstipend (ekstrastipend). Utdelingen finner sted på Årsmøtet 12.november. For første gang på fere år ligger det an til utdeling fra UNIFOR (ca 13.000 kr).

Sak 3 – Vår møtet

Styret har mottatt evalueringen fra årets programkomite. En er stort sett fornøyd faglig og arrangementsmessig.

Komiteen har enkelte kommentarer som tas til etterretning til senere arrangement. Bl.a. var det i forkant en del uklarheter omkring hva studenter og sykepleiere skulle betale. Se vedtak under Sak 1 – Referat. Styret er av den oppfatning at møtet bør være av samme omfang som i dag. Dette er medlemmenes hovedforum faglig og sosialt, og det er hvert

år rikelig med påmeldt program. For øvrig vil foreningen stadig forsøke å rekruttere innlegg fra ikke universitetssykehus. I år var det kun 2 slike innlegg.

Regnskapet er nå klart fra Team Congress sin side. Vi ligger an til et godt overskudd, og større enn i fjor, etter at alle eiseregninger er utbetalt. Det vil kunne bli aktuelt å yte reisestøtte til kongresser, eksempelvis EDTA, nå som reisestøtte fra industrien ser ut til å bli mindre aktuelt. Dette vil bli informert om på Årsmøtet 12.november.

Når det gjelder stipendene for 2005, vil det gå ut en felles utlysning med samlet utdeling på Årsmøtet neste høst (fordi Vår møtet erstattes av Nordiske Nyredager).

Sak 4 – Årsmøtet

Årsmøtet avholdes på RH 12.november (rett etter Samarbeidsmøtet). Separat innkalling sendes ut i disse dager. Møtet

starter kl. 16.15. AstraZeneca får 45 min fra kl. 18.00. Den tradisjonelle lutefiskmiddagen avholdes etterpå på SAS hotellet som i fjor. Det blir i år valg på det nye Kursutvalget (kfr. sak 6). I tillegg er det ønskelig å bringe inn en ny kandidat til kvalitetsutvalget.

Sak 5 – Nordiske Nyredager og kurs 2006

Nordiske Nyredager avholdes i Bergen (Hotell Norge) 4.-7.mai 2005. Det ligger an til 4 symposier som sponses av Amgen, Novartis, Genzyme og Nebo (se kongressprogram på hjemmesidene og Team Congress). Second Announcement med abstraktfrist 1. mars går ut i månedsskiftet okt/nov., detaljert program skal da være klart.

Når det gjelder kurs 2006, er det foreløpig klart at Vår møtet avholdes i Fredrikstad (dato ikke bestemt). I.l.a. mai 2006 arrangeres dessuten et samarbeidsmøte i Bergen med Nephrology Collaboratory Group ved Mayo-klinikken.

Sak 6 – Kursutvalget

Styret har vedtatt at foreningen skal ha et kursutvalg bestående av 4-5 representanter, fordelt på følgende:

- en representant fra styret
- en representant fra spesialistkomiteen
- en representant fra universitetssykehusene
- en representant for utdanningskandidatene
- en representant for lokal-/sentralsykehus

Utvalget skal velges annethvert år i forbindelse med Årsmøtet. Det første kursutvalget er oppnevnt av styret pr. 280904 og består av Hallvard Holdaas (repr. universitetssykehus), Kristian Heldal (repr. spesialistkomiteen), Solveig Sæta (repr. styret) og Hans-Arne Myhre (repr. utdanningskandidater og sentralsykehus). Utvalget stiller formelt til valg ved Årsmøtet 121104.

Utvalget har følgende mandat:

Utvalget har ansvar for det faglige programmet under Vår møtet, i samarbeid med den lokale arrangør. Det planlegges årlige spesialkurs spesielt beregnet på utdanningskandidatene med tellende timer til grenspesialiteten. Dette kurset utformes som et "State of the Art"-kurs innen det nefrologiske fagområdet. Utvalget bør i tillegg ha oversikt over universitetskursene innen grenspesialiteten og vurdere behovet for andre kurs/møter i foreningens regi, herunder felles nordiske møter.

Sak 7 – Forum

Det er Stavanger som er ansvarlig for Forum for september. Programmet for Nordiske Nyredager vil komme i dette nummeret. Neste Forum blir i mars. Rikshospitalet er da ansvarlige for faglig bidrag..

Sak 8 – Rapport fra Kvalitetsutvalget (v/Håvard Aksnes)

Veilederen: Redaktøren mangler stadig oppdateringer fra de ansvarlige kapittelredaktørene, tross purringer. Styret minner bidragsyterne om at 15.september og 15.mars er fris-

Vår møtet:

"Vi ligger an til et godt overskudd, og større enn i fjor, etter at alle eiseregninger er utbetalt"

"Vi står samtidig foran en formidabel økning av pasienter til dialyse og annen nefrologisk omsorg. Det vil raskt bli behov for flere stillinger"

"Saken er satsningsområde for foreningen framover"

ter for innsendelse av stoff. En ny versjon av Gloria-manualen åpner for å kunne legge inn for eksempel bilder, PDF-filer m.m. Det vil også være aktuelt å legge inn relevante linker, for eksempel til sddb.org (Svensk Dialysedatabas).

Kvalitetsindikatorer:

Utvalget foreslår 3 kvalitetsindikatorer. Dette koordineres med arbeidet til Norsk Nefrologiregister i relasjon til nasjonale retningslinjer fra Dnlf. Bruk av kvalitetsindikatorer gir muligheter for benchmarking.

Vannkvalitet:

Forslag til norske retningslinjer er nå utarbeidet v/Børge Rolvsen (ref. DOQI og Svensk Lakemedelverk). Gruppen har bestått av Håvard Aksnes, Heinrich Kloke, Egil Lingaas, Inger Nordfonn, Lars Ulrich Broch og Børge Rolvsen. Det endelige forslaget sendes til Helsedirektoratet og Statens Legemiddelverk for endelig godkjenning og legges så ut i veilederen på hjemmesidene.

Sak 9 – Rapport fra Spesialistkomiteen
(v/Kristian Heldal)

Spesialistkomiteen har dette året besøkt flere sentra og vurdert alle utdanningsrapportene. Status er stort sett bra, men det skorter enkelte steder litt på opplegget for internundervisning og fordypningstid. Prosedyrelisten/sjekklisten skal revideres på nyåret 2005.

Sak 10 – Nefrologprognoser og dialysepasientprognoser

Rekrutteringen av kommende nefrologer er god – vi blir stadig flere! Faktisk vil vi nok så snart bli for mange i forhold til eksisterende antall stillinger. Vi står samtidig foran en formidabel økning av pasienter til dialyse og annen nefrologisk omsorg. Det vil raskt bli behov for flere stillinger, og NNF bør således arbeide aktivt overfor Nasjonalt Råd for Legestillinger. Saken er satsningsområde for foreningen framover og vil også bli tatt opp på programmet for Årsmøtet.

Sak 11 – "Helse Sør-saken"

Kristian Heldal orienterte, bl.a. om vaktberedskapsordninger. Styret følger opp saken til neste styremøte.

Sak 12 – Evt.

Living Donor – saken: Karsten Midtvedt orienterte. Til tross for løfter tidligere i år med ned mot maks. 2 mndrs. ventetid er det fortsatt 5-7 mndrs. ventetid! Styret anser dette som helt uakseptabelt. Karsten formulerer et nytt brev til direktøren ved RH i samarbeid med Einar.

Hønefoss 290904

Solveig Sæta

sekretær

Utredning av levende giver (donor) ved nyretransplantasjon

Veiledning for utredende nefrolog

Det er bred enighet innen transplantasjons- og nefrologmiljøet i Norge om anvendelse av levende giver til nyretransplantasjon. Mulighet for transplantasjon med levende donor skal alltid overveies og utredes for en pasient meldes til transplantasjon med nyre fra avdød giver. En aktiv tilnærming til potensielle givere tilstrebes. Begrunnelsen for dette er de erfaringer man har når det gjelder komplikasjonsrisiko og langtidskonsekvenser for donor sammenholdt med resultater man har ved transplantasjon med levende giver. Den generelle mangel på donororganer er også et viktig moment i denne sammenheng.

Det må være individuelt hvordan man skal nærme seg en potensiell giverfamilie. Samtidig er det viktig med retningslinjer for tilnærming og utredning. Våre egne og internasjonale erfaringer tilsier at potensielle givere må få grundig informasjon, både skriftlig og muntlig, om forundersøkelser, det kirurgiske inngrepet, rehabiliteringsfasen, sykemeldingsbehov og økonomiske/sosiale spørsmål. Man må sikre seg at informasjonen som er forstått, noe flere samtaler kan være med på å sikre. I betraktning av den innsatsen som ytes av levende givere, bør vi legge vekt på denne delen av virksomheten. En giver skal ikke belastes med egenandeler eller andre utgifter i forbindelse med utredning og kontroller.

1.

Recipienten må først få anledning til å si om det er noen han/hun ikke vil motta nyre fra. Etter adekvat informasjon skal dette selvsagt respekteres.

2.

Recipienten skal ikke være aktiv med i arbeidet med å fremskaffe en donor for å unngå unødvendig press både på recipient og donor. Men det er mottaker som formidler første kontakt med familien.

3.

Utredende nefrolog skal ha ansvaret gjennom hele prosessen. Det er viktig at det er samme nefrolog familien har å forholde seg til hele tiden.

4

Som donor aksepteres den nærmeste familie (foreldre, søsken, barn over 18 år, ektefeller, stabile samboere og besteforeldre). Når det gjelder ektefeller og samboere bør forholdet være av en viss varighet (skjønnessmessig over 3-5 år). I enkelte tilfeller aksepteres også søskenbarn og onkler/tanter. Nære venner eller emosjonelt relaterte aksepteres etter spesielle retningslinjer. Ektefeller i separasjon eller skilsmisse aksepteres ikke.

5

En første samtale med alle aktuelle kandidater, samlet eller enkeltvis, er å anbefale. Under samtalen orienteres det om recipientens sykdom, behandlingalternativer og prognose. En foreløpig informasjon om donornefrektomig og informasjonsbrosjyre om hva det innebærer å være nyredonor deles ut. Kandidatene må informeres om at en potensiell giver når som helst kan trekke seg.

Det er viktig at avgjørelsen tas av den enkelte alene. Det kan være en fordel å be dem notere sine tanker og sende sine refleksjoner til nefrologen innen ca. 3 uker. Det kan da være lettere å få frem motforestillinger, noe som vil være til stede i alle familier.

Uansett hvilken fremgangsmåte en velger, kan man ikke unngå at kandidatene føler press. Det er nefrologens oppgave å bidra til at presset blir så lite som mulig.

Fastlegen kan være en "utenforstående" diskusjonspartner for aktuelle kandidater.

6.

Når 3-4 uker har gått vil en vite om det er noen kandidater å gå videre med. De aktuelle kandidatene kontaktes av nefrologen og ny samtale avtales med hver enkelt. Etter disse samtaler vil en kanskje få mistanke om at det foreligger et press til tross for all forsiktighet. Kandidater som er under åpenbart press bør avslås som givere. Medisinske opplysninger om potensielle givere er konfidensielle.

Det er utredende nefrologs ansvar å forsikre seg om at den potensielle giver har en genuin motivasjon. Det må ikke foreligge utenforliggende momenter som utilbørlig press fra recipient eller øvrige familie, økonomiske momenter eller lignende. Dette sikres best ved

Dette er et
høringsforslag fra
arbeidsgruppen som
utarbeider
retningslinjer for
utredning av levende
givere av nyre. Saken
settes på programmet
til Samarbeidsmøtet
12. nov

Einar Svarstad

gjentatte samtaler. Ved mistanke om labilitet eller psykisk sykdom bør psykiater/ psykolog delta i samtalene.

7.

Dersom recipient og potensiell giver bor så langt fra hverandre at behandlende nefrolog ikke kan gi informasjon, må kontakten skje via nefrolog på den potensielle donors hjemsted. Recipientens nefrolog er ansvarlig for at nefrologen som skal informere om muligheten for donasjon, er orientert om recipientens sykdom og helsetilstand. Innkalling til informasjonssamtale skjer når potensiell giver er orientert av recipientens nefrolog om at han/hun vil bli innkalt til samtale.

8

Når det er klart at den/de potensielle giverne er motivert og det ikke foreligger åpenbar somatisk eller psykisk kontraindikasjon mot donasjon, bør det foretas blodtyping, vevstyping og evt. orienterende screeningundersøkelser.

9

Når man har funnet en motivert donor som er blodtypekompatibel, gjennomføres de undersøkelser som er obligatoriske før donasjon (eget donorskjema). Undersøkelsene planlegges slik at giver unngår unødvendig fravær fra jobb eller studier. Potensiell giver innkalles til ny samtale når alle undersøkelser er gjennomført og før papirene sendes til Rikshospitalet, evt. tilbakemelding til giver etter hvert som svar foreligger. Unngå å estimere tid for innleggelse før Rikshospitalet har gitt tilbakemelding. Epikrise sendes til fastlegen.

10

Etter nefrektomien skal giver til kontroll etter 3,6 og 12 mnd. Deretter årlige kontroller de første fem årene og videre hvert 5. år. Giver bør få innkalling til kontrollene.

Norsk Hypertensjonsforenings 10.vitenskapelige møte

Spidsbergseter, Ringeby, 24-27/2-2005

I forbindelse med Norsk Hypertensjonsforenings 10. vitenskapelige møte, fremmøte 24.2 og avreise 27.2.2005, møtedager 25. og 26.2.2005, inviteres interesserte til å sende inn hypertensjonsrelaterte abstracts.

Abstractet må ikke overskride 1 A4 side. Abstractfrist 15/12-04.

Deltagere med aksepterte abstracts kan regne med å få dekket utgifter til reise og opphold.

Abstracts sendes/Ytterligere informasjon:

Norsk Hypertensjonsforening

V/ Eigil Fossum, sekretær

Hjertemedisinsk avdeling

Hjerte-Lungesenteret

Ullevål Universitetssykehus

0407 Oslo

eigil.fossum@ioks.uio.no

Stipender

1. Nyreforeningens reise- og forskningsstipend

Årets utbetaling inntil kr 35.000

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

Hvem kan søke: Stipendet kan søkes av medlemmer i Norsk nyremedisinsk forening eller tildeles etter forslag fra medlemmer.

Foreningens styre fungerer som stipendkomité.

Søknadsfrist 15.10.2004

Søknaden sendes på e-post til Leder i Norsk nyremedisinsk forening Einar Svarstad, Med.avd. Haukeland Universitetssykehus, 5021 Bergen

(einar.svarstad@helse-bergen.no)

Søknaden må inneholde prosjektbeskrivelse samt adresse og kontonummer til søker, og begrenses til én A4-side.

Utdelingen finner sted på foreningens årsmøte.

Det er ikke anledning til å endre bruksområde for mottatt stipend uten at dette er forelagt styret. Det forutsettes en kort rapport over bruk av midlene. Bidrag til studiereiser utbetales mot originalkvitteringer.

2. ROCHE CellCept-Stipend 2004

Roche Norge AS har gleden av å tilby et forskningsstipend på kr. 30 000 til Norsk Nyremedisinsk Forening.

Stipendiet vil bli utdelt på Samarbeidsmøtet på Rikshospitalet høsten 2004. Søknadsfrist 15.10.2004

Søknaden sendes på e-post til Leder i Norsk nyremedisinsk forening Einar Svarstad, Med.avd. Haukeland Universitetssykehus, 5021 Bergen (einar.svarstad@helse-bergen.no)

Søknaden må inneholde prosjektbeskrivelse samt adresse og kontonummer til søker, og begrenses til én A4-side.

Internasjonalt stipend: Roche er et av de ledende firma innen transplantasjoner, og har forpliktet seg til å gi 5 Mill CHF (NOK 26.5 mill NOK) hvert år til transplantasjonsforskning.

Støtten gis gjennom Roche Organ Transplantation Foundation (ROTRF), med søknadsfrist hvert år

1. april og 1. oktober.

Opplysninger finnes på www.rotrof.org.

Tor W. Sandnes, Roche Norge AS

Fondet for forskning om nyresykdommer og organtransplantasjon

Fondet for forskning om nyresykdommer og organtransplantasjon ble stiftet i april 1992 og har som formål å styrke kunnskapene om nyresykdommer, organtransplantasjon og aktivt bidra til å bedre pasientgruppens livssituasjon.

For å oppnå dette kan fondet tildele enkeltpersoner, institusjoner, m.m. støtte til forsknings- og utviklingsarbeid med sikte på å bedre situasjonen for dialysepasienter og organtransplanterte. Dette omfatter også levende organgivere og pårørendes livssituasjon, samt tiltak for å sikre organtilgang.

Det kan også gis støtte til samfunnsvitenskaplig og teknisk- naturvitenskaplig forskning på andre områder som er i overensstemmelse med fondets formål.

Styret i fondet består av:

Anton Aarnes	fungerende leder, valgt av styret i LNT
Hans Petter Aarseth	styremedlem, oppnevnt av LNT i samråd med Helse- og sosialdepartementet
Anders Hartmann	styremedlem, oppnevnt av LNT i samråd med Rikshospitalet
Berit M. Worren	styremedlem, daglig leder i LNT

I 2004 deler fondet ut midler inntil kr 30 000,-.

Ved vurderingen av søknadene vil styret legge vekt på at midlene skal gå til pasient, pårørende og donorrettede aktiviteter som har med livskvalitet og psykososiale problemer å gjøre.

Søknadsfrist: 1. desember 2004.

Søknaden sendes til:

Fondet for forskning om nyresykdommer og organtransplantasjon
c/o Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte
Postboks 6727, Etterstad
0609 Oslo

Oslo, oktober 2004, Styret

Velkommen til Årsmøtet
Fredag 12. november 2004
Rikshospitalet kl 16.15-17.45

Saker:

Stipender
Årsberetning
Regnskap
Kontingent
Valg
Kursutvalg
Rapport fra Spesialitetskomiteen

Med hilsen

Einar Svarstad (s)
Leder

Solveig Sæta (s)
Sekretær

Nordiske nyredager, Bergen 4-8/5-2005

Wednesday May 4

- 11.00-17.00: Registration
- 17.00-18.30: Presymposium I (sponsored by Genzyme)
- 19.30-21.30: Get together and opening ceremony (Galleri Nygaten)

Thursday May 5

- 08.30-08.40: Welcome. *Bjarne M. Iversen*

Chairman: Bjarne M. Iversen , Orjan Kjallskog

- 08.40-09.15: Invited lecture: William J. Arendshorst, University of North Carolina at Chapel Hill, USA. Mechanisms in development of genetic hypertension
- 09.15-10.00: Scientific sessions (free communications I)
- 10.00-11.30: Posters (Authors present), exhibition and coffee
- 11.30-12.00: Invited lecture: Bjarne M. Iversen, University of Bergen. Renal blood flow and receptor regulation in development of hypertensive renal disease
- 12.00-13.30: Lunch
- 13.30-15.00: Clinical symposium II: Cardiovascular risks (sponsored by AmgenGenzyme)
- 15.00-15.45: Exhibition and coffee

Chairman: Knut Åsarød, Hans Dieperink

- 15.45-17.00: Scientific sessions (free communications II)
- 17.00-17.30: Invited lecture: *Fernando C. Fervenza. Mayo Clinic, Rochester, USA.*
Treatment of ANCA associated vasculitis

- Evening: Cultural Night in Bergen

Friday May 6

Chairman: Tor-Erik Widerøe, Magnus Bodvarson

- 08.30-09.00: Invited lecture. *Bernard Charra, Tassin, France.* Long thrice weekly versus Quotidian hemodialysis – is there a preference? (sponsored by Vingmed)
- 09.00-10.15: Scientific sessions (free communications III)

10.15-11.00: Posters, exhibition and coffee

Chairman: Ingrid Toft, Anders Alvestrand

11.00-11.30: Invited lecture: *Bengt Rippe, Lund University, Sweden. Prognosis for development of CRF in Sweden (sponsored by Gambro)*

11.30-12.00: Invited lecture: *Hans Flaatten, University of Bergen. Acute renal failure. 5 year of experience in the ICU, Haukeland University Hospital*

12.00-13.30: Lunch

13.30-15.00: Clinical symposium III: Transplantation (sponsored by Novartis)

15.00-15.45: Exhibition and coffee

Chairman: Anna Reisæter, Gudrun Nyberg

15.45-17.00: Scientific sessions (free communications IV)

17.00-17.30: Invited lecture: *Hallvard Holdaas, National Hospital, Oslo. Preventing cardiovascular outcome in patients with renal impairment. Is there a role for lipid-lowering therapy?*

20.00: Congress Banquet (sponsored by Amgen)

Saturday May 7

08.30 09.30: Clinical symposium IV: Controversial issues in iron therapy (sponsored by Nebo)

Chairman: Ingrid Os, Kaj Mätsarinne

09.30-10.00: Invited lecture: *Christos Chatziantoniou, INSERM, Paris, France. Mechanisms in development of renal fibrosis*

10.00-10.30: Exhibition and coffee

10.30-12.00: Scientific sessions (free communications V).

12.00-12.15: Adjourn

1230 Lunch

Afternoon: Congress excursion with dinner (optional)

En bok som anbefales

Anders Hartmann og Trond Jenssen

NYREMEDISIN

– en praktisk veileder

