

# ◆ Nefrologisk forum ◆

Årgang 3, no 3

Desember 1997

## Nyremedisinsk forening i 1997

**E**tt nytt år nærmer seg avslutning og det er naturlig å gjøre opp en status for året som er gått. Når det gjelder «foreningens» aktiviteter, synes jeg det har vært et begivenhetsrikt år. Det har vært stor aktivitet fra foreningens medlemmer. Vintermøtet på Geilo i mars var vellykket og medførte blant annet at Einar Svarstad og medarbeidere med støtte fra foreningen og ITI har utarbeidet et opplegg for registrering av akutte dialyser. Dette starter som en prøveordning i 1998 på Haukeland sykehus, Ullevål sykehus og Rikshospitalet. Dette er et spennende prosjekt som kan videreutvikles til et landsomfattende register som kan bli en kilde til forskning og kvalitetsutvikling i faget vårt. Det er også viktig for å dokumentere nefrologenes arbeidsbelastning. Det er grunn til å gratulere Einar med initiativet.

Av årets kongresser var det god deltakelse på ISN i Sydney, EDTA i Geneve og ikke minst på ASN i San Antonio. Antallet presentasjoner på årets møter var større enn tidligere år og bekrefter at stadig flere av de yngre deltar aktivt. Det synes jeg er et godt tegn for fremtiden. Naturlig nok var deltakelsen på nyredagen i høstuka i indremedisin relativt beskjeden. Imidlertid var det rimelig god deltakelse av internister ellers, og programmet ble ivaretatt av Ullevål sykehus og Rikshospitalet i fellesskap. Jøran Hjelmæsæth fra VSS hadde innlegget om aktuelt i nefrologien og snakket om nedsatt glukosetoleranse ved kronisk nyresykdom og hos transplanterte. Innlegget ble godt mottatt av et fullt «store auditorium» på RH. Når det gjelder foreningsvirksomheten har denne gått jevnt og trutt uten de helt store enkeltsakene. Aktiviteten har vært meddelt i form av referater fra styrets møter både i dette og tidligere nummer av forum. Det arbeidet dere sannsynligvis

har merket mest til er arbeidet med kvalitetshåndboken under Ingrid Os' kyndige ledelse. Hele styret har vært aktivisert og dere skal nå ha mottatt en oppdatert og utvidet kvalitetshåndbok som begynner å nå et omfang som gjør at det kan bli et nyttig arbeidsdokument for seksjonene og kanskje spesielt for de yngre legen under utdanning i faget. Foreløpig har tilbakemeldingene vært begrenset men alt overveiende positive.

Når det gjelder arbeidsforholdene for nefrologene, har det ikke kommet noen store gjennombrudd, men enkelte avdelinger har fått opprettet nye stillinger. Det arbeides med utforming av krav til legebemannning ved nyreseksjonene, og årets lønnsoppgjør har vel for mange også gitt et inntrykk av at det går fremover etter mange år med stagnasjon og tendenser til oppgitthet.

Jeg synes vi som nefrologer kan være optimister. Jeg vil sitere den tidligere formann Erling Saltvedts innlegg i det aller første nummer av Forum. «Det er en god lagånd mellom nefrologene, både på og utenfor banen.» Det føler jeg også sterkt. Jeg vil takke dere for det gode samarbeidet og samværet i året som har gått - og ser året 1998 optimistisk i møte. Vi møtes på Bergstaden i mars! Godt nytt år.

*Anders Hartmann*

### Inne i bladet:

<b>Redaktørens spalter</b>	<b>2</b>
<b>Diabeteskomplikasjoner</b>	<b>3-5</b>
<b>Nefrologiregisterets spalter</b>	<b>6-7</b>
<b>Portrett av Stein Halvorsen</b>	<b>8-10</b>
<b>Kommentar til 24 timer BT</b>	<b>10</b>
<b>Styremøtereferat</b>	<b>11-12</b>
<b>Kurs og møter</b>	<b>13</b>

## Redaktørens spalter

I dette nummeret som er det tredje og siste i 1997 er det som dere vil se en noe begrenset stoffmengde. Dette er også hovedårsaken til at det i år ikke er blitt mer enn 3 utgivelser. Det vil imidlertid i løpet av kort tid komme et supplementum med referat fra ASN.

Det er fortsatt en svært liten krets som skriver til Nefrologisk Forum. Vi mottar ris, ros, forslag til temaer, debattinnlegg, originalartikler, intervjuer, portretter, fagforeningspreik, forskningsrapporter, med mer. Vi oppfordrer på nytt medlemmene til å sette preg på bladet vårt. Det synes som om utvidelsen av redaksjonen begynner å bære frukter.

### Norsk nefrologiregister

I dette nummeret av forum er det igjen en rapport fra norsk nefrologiregister. Det er iukke de store nyhetene her, men nyttig informasjon nå når årsrapportene skal skrives og nye skjemaer for 1998 tas i bruk.

### Portrett av Stein Halvorsen

Det er Ingrid Os, nåværende avdelingsoverlege på nyremedisinsk avdeling som intervjuer. Den nå pensjonerte avdelingsoverlegen på nyremedisinsk avdeling på Ullevål er blitt museumsbestyrer for museet på Ullevål som vi har hørt om i et tidligere nummer av forum. Tiden går, jeg husker Stein som lektor på 7. avdeling da vi var propedeutikkstudenter. Da var han en ung og vakker mann (som vi ser på ungdomsbildet som dessverre gjengis dårlig på kopieringen). Nå er han bare vakker. Takk for innsatsen, Stein.

### Diabeteskomplikasjoner

Trond Jenssen og Ingrid Os har laget en fin oppdatert oversikt over diabeteskomplikasjoner. Selv om mye av dette er kjent for mange, er det en fin og systematisk oversikt de har laget. De siste landevinninger som EUCLID studien er selvsagt med. En flott oppdatering fra to av landets fremste spesialister i feltet. Det er et privilegium å trykke dette i Forum.

### Referater

Årsmøte- og styremøtereferat finnes i nummeret og beskriver aktiviteten i foreningen.

Red.

Nefrologisk  
forum:

Medlemsblad for  
Norsk  
nyremedisinsk  
forening

Opplag 200

Redigert i MS  
Publisher

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

Redaktør  
Anders Hartmann  
med.B, RH  
0027 Oslo  
Tlf 22868322

E-mail  
ahartman@  
online.no

I redaksjonen:  
Gerd Berentsen  
Trond Jenssen  
Ingrid Os  
Einar Svarstad

## Foreningens vinter- møte, Bergstaden Hotell på Røros. 6.-8 mars 1998.

Det kommer flere internasjonale foredragsholdere, og det ser ut til å bli god deltakelse fra medlemmer og industrien. Congrex er som vanlig teknisk arrangør.

Det vil bli søkt om godkjenning av kurset fra dnlf. Det kan dermed søkes refusjon fra fond II og kurset blir tellende i utdanningen.

Dessverre er ikke programmet ferdigstillet. Jeg regner med at Congrex på vegne av komiteen (Holdaas, Jenssen, Aasarød) vil distribuere programmet når dette foreligger.

Det er enda plass til frie foredrag!

Congrex:  
Tlf  
Fax

Holdaas  
Tlf 22868310  
Fax 22868303

Jenssen  
Tlf 22868310  
Fax 22868303

Fax 22868303

Aasarød  
Tlf RiT

## Diabetes komplikasjoner

**D**iabetisk nefropati og retinopati er vanlige komplikasjoner ved diabetes mellitus. Historiske materialer viser at 30-40% vil kunne utvikle nyreskade, 80% retinopati blant type 1 diabetikere. Både nefropati og retinopati er mikrovaskulære komplikasjoner med fortykkelse av basalmembran, endret autoregulering av kationus, mikrotrombose og endotelsskade.

God blodglukoseregulering er viktig for å unngå senkomplikasjoner, og undersøkelser tyder også på at ACE-hemmere er gunstig ved såvel begynnende som etablert nefropati hos type 1 diabetikere. Hos type 2 diabetikere er forholdene mer uavklart.

### Nefropati og primærprofylakse

#### *Type 1 diabetes*

Selv om blodtrykkforhøyelse er relatert til utvikling av nefropati, er det foreløpig ikke tilstrekkelig dokumentert at blodtrycksbehandling hindrer utvikling av mikroalbuminuri. Derimot er det vist at aktiv og nøye regulering av blodglukose har en slik primærprofylaktisk effekt. I Diabetes Control and Complication Trial (DCCT, N Engl J Med 1993; 329: 977-86) medførte en reduksjon av HbA1c fra 9 til 7% en reduksjon på over 30% i risiko for å utvikle mikroalbuminuri. Selv om risikoen øker gradvis, skjer det åpenbart en dramatisk forverring ved HbA1c over 8,8% i dette materialet. Dette funnet styrkes ved at det i en svensk undersøkelse er vist at den kumulative insidens av nefropati hos diabetikere med 15-20 års sykehistorie sunket fra 30 til 6 %, og dette kan bare forklares utifra bedret blodsukkerkontroll. Fra det såkalte Linkøpingmateriale er det også rapportert at mikroalbuminuri reverseres når HbA1c er under 7% (Diabetes Care 1996; 19: 313-7).

#### *Type 2 diabetes*

Vi har i dag ingen studie som viser at intervensjon påvirker utvikling av

nyreskade hos type 2 diabetikere. Svært mange type 2 diabetikere (over 1/3 del) har proteinuri av annen årsak enn diabetes nefropati. Det er ofte eldre pasienter med høy forekomst av essensiell hypertensjon og arteriosklerose. Dersom det ikke foreligger en samtidig retinopati, bør en mistenke en ikke-diabetisk nyresykdom ved forekomst av proteinuri. Sannsynligvis er det også slik for type 2 diabetikere som for type 1 at intensivt blodglukosekontroll forebygger utvikling av nyreskade.

### Nefropati og sekundærprofylakse

#### *Type 1 diabetes*

Med sekundærprofylakse mener vi tiltak som hindrer mikroalbuminuri å progrediere til manifest albuminuri, eller tiltak som hindrer og forsinket fall i nyrefunksjonen ved mer langtkommet nefropati.

DCCT-studien viste at god blodsukkerkontroll bidro til å forsinke utviklingen av mikroalbuminuri, og flere andre europeiske studier tyder på at god metabolsk kontroll er med på å forsinke utvikling av manifest nefropati (Acta Endocrinol 1988; 117: 19-25).

Flere studier har vist at tidlig behandling med ACE-hemmer kan reversere og forhindre en videre utvikling av mikroalbuminuri hos type 1 diabetikere (Diabetologia 1996; 39: 587-93). Den såkalte "EURODIAB controlled trial of lisinopril in insulin dependent diabetes" (EUCLID) viste at lisinopril reduserte albuminutskillelsen hos de med utskillelse > 5mikrogram/min, men effekten var størst når albuminutskillelsen var over 20 mikrogram/min (mikroalbuminurisk område, Lancet 1997; 349: 1787-92). ACE-hemmerbehandling med captopril viste i en dansk undersøkelse å redusere utvikling til manifest nefropati fra 40 til 10% hos type 1 diabetikere med mikroalbuminuri.

Årsaken til den gunstige effekt av ACE-hemming kan ikke forklares utifra blodtrycksreduksjon alene, men må også ligge i lokal hemodynamisk påvirkning med redusert intraglomerulært trykk, såvel som en antiproliferative effekt. Det er også spekulert i mulig påvirkning av porestorelse ved ACE-hemming.

Forfatterne:  
Trond Jenssen  
(RH) og Ingrid  
Os (Ullevål)  
er begge  
overleger i  
nefrologi, er  
med i styret for  
foreningen

Begge har  
spesielt  
interessert seg  
for diabetes

"Årsaken til den gunstige effekt av ACE-hemming kan ikke forklares utifra blodtrycksreduksjon alene".

Nøye og god blodtrykkskontroll forsinket fall i nyrefunksjon hos type 1 diabetikere, og dette ser særlig ut til å være tilfelle ved behandling med ACE-hemmere (N Engl J Med 1993; 329: 1456-62). Lewis og medarbeidere viste at fallet i nyrefunksjon ble redusert med 10% pr. år, og den største effekten ble observert hos de med den høyeste kreatinin (men fortsatt under 221 mikromol/L). *Blodtrykket bør senkes under 135/85 mmHg, og ACE-hemmere skal inngå i regimet så sant det ikke foreligger kontraindikasjoner*

Redusert proteininntak i kosten har ikke hatt noen overbevisende effekt på utvikling av ikke-diabetisk nyresykdom. Diabetikere har ikke sjelden et noe høyt proteininntak i kosten, og det er mulig at det er noe å oppnå ved å redusere inntaket noe. Nyttens må vurderes opp mot den betydelige innsats en slik proteinrestriksjon vil kreve både fra pasienten selv og helsevesenet.

### **Type 2 diabetes**

Det er ikke urimelig å tro at god blod-sukkerkontroll har en gunstig effekt på mikrovaskulære komplikasjoner også hos type 2 diabetikere, selv om det ikke finnes intervensjons-studier som kan bekrefte dette. Ikke minst er bedret glukosekontroll forbundet med bedring i lipidverdier noe som ikke bare påvirker utvikling av makrovaskulære komplikasjoner, men også de mikrovaskulære komplikasjoner.

Hos normotensive type 2 diabetikere med mikroalbuminuri er det vist at behandling med ACE-hemmere (lisinopril og enalapril) forsinket progresjon av albuminuri over år (Arch Intern Med 1996; 155: 286-9; J Hum Hypertens 1996; 10: 185-92). Det foreligger imidlertid ingen studie som klart viser at ACE-hemmere alene har fortrinn fremfor andre anti-hypertensiva når det gjelder å hindre progresjon ved allerede eksisterende nefropati.

## **Diabetes Retinopati**

### **Primærprofylakse**

#### **Type 1 diabetes**

Etter 20 års sykdom har 80% av type 1 diabetikere retinopati, proliferativ eller ikke-

proliferativ. DCCT-studien har vist at bedret glukosekontroll medfører en redusert risiko for å utvikle retinopati. *Det er altså rimelig å tilstrebe et HbA1c-nivå < 1,5% over øvre referanseverdi* (Diabetes 1997 (suppl.2): 101-3).

Diastolisk blodtrykk er relatert til forekomst av retinopati (Arch Ophthalmol 1984; 102: 520-6), og økningen i forekomsten av retinopati skjer allerede ved trykk over 70 mmHg (Diabetes 1989; 38: 460-4). Selv om det er rimelig å tro at aktiv blodtryksbehandling forebygger utvikling av retinopati, finnes det i dag ingen randomiserte studier som dokumenterer det. Det finnes imidlertid oppfølgingstudier og mindre og kortvarige placebo-kontrollerte studier som tyder i den retning. Captopril syntes å kunne beskytte mot utvikling av retinopati (Ann Ophthalmol 1993; 25: 284-9). Behandling av blodtrykk >140/90 mmHg antas å ha en preventiv effekt på retinopati-utvikling, men det er ingen holdepunkter for at behandling av normotensive type 1 diabetikere med f.eks. ACE-hemmere, har en primærprofylaktisk effekt.

### **Sekundærprofylakse**

#### **Type 1 diabetes**

Bedret metabolsk kontroll forsinket progresjon av retinopati, og i en metaanalyse over 12 studier ble det observert at risikoen ble halvert over 2-5 år med intensivt insulinbehandling (Lancet 1993; 341: 1306-9). DCCT-studien viste tilsvarende reduksjon i progresjon av retinopati (Diabetes 1995; 44: 968-83).

I en mindre og åpen studie med captopril ble det vist at ACE-hemmeren forsinket progresjon av retinopati (Ann Ophthalmol 1992; 24:99-103), og denne effekten er sannsynligvis mediert via effekt på permeabiliteten i retinalkar (Diabetologia 1989; 32: 440-4).

I *EUCLID-studien* ble det vist at hos normotensive type 1 diabetikere kunne progresjon av retinopati, både proliferativ og ikke-proliferativ type, reduseres med lisinopril-behandling (se eget vedlegg). Noen primærprofylaktisk effekt kunne imidlertid ikke påvises.

---

*"I EUCLID-studien ble det vist at hos normotensive type 1 diabetikere kunne progresjon av retinopati, reduseres med lisinopril-behandling"*

---

## Primær-og sekundærprofylakse

### *Type 2 diabetes*

Akkurat som for nyreskade, er det rimelig å tro at god blodsukkerkontroll er viktig for å hindre ytterligere progresjon av retinopati også hos type 2 diabetikere. Effekten av god blodtrykkkontroll er også lite dokumentert hos type 2 diabetikere. I en studie av Ravid og medarbeidere (*Ann Intern Med* 1993; 118:577-81) ble det funnet en viss reduksjon av retinopati hos type 2 diabetikere, men undersøkelse av retinopati var ikke et mål for studien slik at resultatene må tolkes med forsiktighet.

## Konklusjon

God blodglukosekontroll har primærprofylaktisk effekt både når det gjelder nefropati og retinopati. Bedret metabolsk kontroll reflektert i HbA1c er forbundet med redusert progresjon av allerede oppståtte forandringer.

God blodtrykkkontroll, BT < 140/90 mmHg, er viktig for både type 1 og type 2 diabetikere. ACE-hemmere anses som førstevalg hos type 1 diabetikere dersom medikamentet tåles. Hos normotensive type 1 diabetikere med mikroalbuminuri er det indisert å starte behandling med ACE-hemmer som nyrebeskyttende behandling, og nyere data kan tyde på at beskyttende effekt oppnås også ved tidlige øyebunnsforandringer.

Trond Jenssen  
Ingrid Os

I neste nummer av Forum regner jeg med å kunne presentere foreningens historie som er under bearbeidelse av Lars Westli. Vi venter spent, materialet er visstnok ikke lenger hemmelighetsstemplet.

Red

Bidrag og forespørsler vedrørende Nefrologisk forum kan sendes til redaktøren:

Overlege Anders Hartmann  
Med.avd. B Rikshospitalet  
0027 Oslo

Eller e-mail  
ahartman@online.no  
Tlf 22867010 (calling 338)  
Tlf. 22868322  
Fax 22868303

Eller du kontakte andre medlemmer av redaksjonen (se side 2)

Det viktigste er at du gjør det!

Bidrag til neste Forum som kommer til påske, mottas inntil 1.mars 1998.

## Nefrologiregisterets spalter

**A**ret 1997 nærmer seg slutten, men ennå er det litt tidlig å gjøre opp status. Kanskje har DU noen urapporterte data som vil kunne endre bildet? Jeg har foretatt en rask opptelling blant årets rapporter og sammenlignet med fjoråret på samme tid.

### Nye pasienter

Pr 1/12.96 hadde jeg fått rapport om 231 av de 309 pasienter som startet behandling i 1996, pr 1/12. iår hadde jeg fått rapport om 294 nye. Hvis andelen sene meldinger og antallet som starter uremibehandling i desember er som ifjor skulle vi ligge an til totalt ca 350 nye, dvs. omtrent som i 1995. Hittil er registrert 224 dødsfall, mot 212 i hele 1996.

Mange av sentrene rapporterer nye pasienter raskt og ekspedit - takk! Noen steder henger endel etter, spesielt virker det som det er vanskelig å få rapportert PD-pasientene. I min funksjon som overlege på ITI har jeg etter hvert (med rødt markeringsblekk) skremt de fleste innsendere av blodprøver til vevstyping til å gi et minimum av kliniske opplysninger, bl.a. om pasienten er i dialyse. Det synes som det spesielt er PD-pasienter jeg oppsporer på denne måten og at melderutinene ikke fungerer like godt overalt. Hvordan er det hos deg - er det rom for forbedringer?

### Informasjon om dødsfall

Takket være et nytt program har jeg siste år lettvisst kunnet finne dødsdatoer via Folkeregisteret. Det har ført til endel forespørsler om opplysninger, tildels om dødsfall som ansvarlig nefrolog ennå ikke hadde fått varsel om. Så det kan jo kalles en service, jeg håper iallefall at det ikke oppleves som utidig mas. Selv anser jeg det som kvalitetssikring.

### Nefrologiregisteret i 1998

Nytt meldeskjema for 1998 vil bli sendt med det første. Det vil i det alt vesentlige bli som før, men med et nytt spørsmål om situasjonen ved

dialysestart. Vi ønsker også tatt i bruk et fornyet samtykke-skjema for å åpne for samarbeid med f.eks Kreftregisteret. Og en veiledning om meldingsprosedyrer og skjemautfylling i håp om å avklare evt. tvilssituasjoner følger med. Gi meg tilbakemelding om noe er mer uklart etter veiledningen enn det var før!

Det har vært rapportert at prognosen er bedre for de pasienter som har vært kontrollert av nefrolog og dialysen startet etter plan enn der man har måttet 'bråstarte' hos tidligere ukjente pasienter. Derfor tar vi inn et spørsmål om pas. var kjent ved seksjonen og dialysen startet etter plan, evt. påskyndet av spesielle omstendigheter, eller om pas. var ukjent for aktuelle opphold. Det er klart vi her er i grenselandet mot akutt nyresvikt, men behandling av presumpstivt reversibel nyresvikt er ikke tenkt inkludert i dette registeret foreløpig. Blir den akutte pasient likevel i dialyse i 2 måneder mener jeg han skal meldes hit. Om man tar en pas. med kronisk nyresvikt i 'prøvedialyse' mener jeg han skal inkluderes, uansett varighet, med opplysning om når avsluttet og det medisinske grunnlaget for avslutningen.

### Årsskjema 1997

Skjema for statusrapport for alle pasienter i uremibehandling pr. årsskiftet, er distribuert for tx-pasientenes vedkommende.

Dialysepasientenes skjemaer kommer etter nyttår. Iår har jeg laget en veiledning og bedt kontaktpersonene kopiere opp til de som blir betrodd å fylle ut skjemaer. Har du spørsmål ut over det som der fremgår, eller forslag til ytterligere bedring av veiledningen, er det bare å ta kontakt.

Skjemaet er nesten som ifjor - med tillegg av at vi ønsker å få vite om CMV er et praktisk problem også lang tid etter tx, noen spørsmål omkring pancreastx (siden etterkontrollen ikke lenger er sentralisert) samt et spørsmål om PD-pasientenes ukentlige dialysevolum. Jeg har allerede fått inn 55 svar, så det er bare å kaste seg uti

*"Takket være et nytt program har jeg siste år lettvisst kunnet finne dødsdatoer via Folkeregisteret"*

*«Vi ønsker å få vite om CMV er et praktisk problem også lang tid etter tx»*

## Nefrologiregisterets spalter (forts)

det!

Når det gjelder Årsskjema 1996 har vi totalt kommet opp i en svarprosent på 99,2. Det tror jeg ikke mange registre kan overgå. Men mitt ønske for neste år er at vi kan komme så høyt så tidlig på året at dataene kan presenteres i Årsrapporten i løpet av første halvår 1998. Analysen av 1996-rapportene er dessverre blitt forsinket, men skal foreligge før foreningens vintermøte. Dere vet jo hvilke data som er samlet, men forslag/ønsker om beregninger og sammenstillinger av dataene mottas med takk!

### EDTA-registeret

Som dere vel vet hadde tiden løpt fra det gamle registeret og vi har holdt tilbake våre pasientdata i påvente av en reorganisering. Etter hvert later denne til å ha kommet så langt at det nå blir aktuelt å overføre data på våre pasienter. Rapporteringen kommer til å være tilnærmet anonymisert, det skal ikke oppgis navn eller personnr., nøkkel vil være startsenderets EDTA-kode (f.eks 15ABA for Ullevål) + et nummer som jeg tildeler. Og som avtalt skal Nefrologiregisteret ta seg av all rapportering og direkte kontakt med EDTA-registeret. Jeg var i London i november for å gjennomgå de praktiske forhold med registerets daglige leder, dr R. Gellert. Vi fikk avklart alle store ting, og en rekke små, men ennå gjenstår endel detaljer. Men det er kun data vi allerede har i vårt register som skal rapporteres, dere vil ikke bli utsatt for noe ekstraarbeid i denne forbindelse!

Under møtet i Geneve fremkom at alle representanter for nasjonale og regionale registre var meget misfornøyde med kontakten med EDTAs sentrale organer, spesielt med Council og med registerets styre - 'Scientific Advisory Board'. Det later til at man tok seg dette ad notam og vil prøve å bedre kontakten, bl.a skal vi ha et heldagsmøte i forbindelse med Riminimøtet. Jeg fikk en samtale med den nye styreformannen i registeret, J.D. Briggs fra Glasgow da jeg var i London. Han virket langt mer åpen for å se og finne løsninger

på samarbeidsproblemene enn forgjengeren, så jeg håper på bedring.

### Samarbeid med andre registre

Vi har hatt en oppklaringsrunde med Datatilsynet og Helsetilsynet om behovet for sikker registrering av alle concertilfelle hos organtransplanterte via et samarbeid med Kreftregisteret. Helsetilsynet kan ikke dispensere fra taushetsplikt for innhenting av data for kvalitetssikringsformål, kun for forskning. For forskningsregistre gjelder spesielle bestemmelser om tidsfrister, sletting mm. som er lite egnet for våre formål. Med pasientenes samtykke vil alle formål dekkes, og med mindre rigorøse bestemmelser. Helsetilsynet foreslår at vi innhenter samtykke fra nåværende og fremtidige pasienter samt søker om innhenting av opplysninger om døde pasienter innenfor rammen av et forskningsprosjekt (slik vi gjorde for noen år siden). Datatilsynets tillatelse må innhentes, men med Helsetilsynets aksept kunne vi regne med at det ville gå i orden.

Siden vi allerede må basere melding til Nefrologiregisteret på skriftlig samtykke har vi valgt å lage en ny utgave av samtykkeerklæringen til bruk hos alle nye. Den vil nok på sikt løse problemet. Jeg håper å unngå at vi må plage dere med å innhente underskrifter også fra de tx-pasientene dere har til kontroll. Nye tx-pasienter vil kunne forelegges erklæringen under oppholdet ved RH.

*"som avtalt skal Nefrologiregisteret ta seg av all rapportering og direkte kontakt med EDTA-registeret."*

Overlege Torbjørn Leivestad ved ITI er styreformann og daglig leder for registeret og gjør en kjempeinnsats for å vedlikeholde og utvikle dette registeret til fordel for oss alle.

Vi skal være klar over at det i registeret ligger en stor og til dels ubrukt resurs for klinisk forskning.

Har du noen tanker om problemstillinger som kunne vært studert?

Har du ønske om å starte med en forskningsoppgave, liten eller stor?

Du kan henvende deg til Leivestad og eller undertegnede som vil forsøke å gi deg en orientering om muligheter til dette og om mulige økonomiske støtteordninger.

Redaktøren

## Møte med en lege med historiske perspektiver

*Intervju med pensjonert avdelingsoverlege Stein Halvorsen*



**E**n lørdag formiddag i desember arbeider en lett gråhåret, men meget spenstig og ungdommelig mann med beskjæring i en stor villahage i Oslo. Han har god tid til å la seg forstyrre i dag. Han er blitt pensjonist og kan bestemme tiden selv, men er likevel fortsatt en travelt opptatt mann på vanlige ukedager med andre gjøremål enn for kort tid siden. En personlighet i norsk nefrologi, avdelingsoverlege Stein Halvorsen, hadde sin siste formelle arbeidsdag ved Nyremedisinsk avdeling på Ullevål sykehus den 30.9.97.

Stein fikk den første utdanningsstillingen i norsk nefrologi da han ble ansatt som reservelege ved nyreseksjonen på Ullevål i 1969. Det var på sett og vis en tilfeldighet at han kom inn i dette fagområde, selv om han i samme tidsrom hadde blitt forespurt om å besette en nyopprettet indremedisinsk reservelestilling på kirurgisk avdeling B på Rikshospitalet med arbeidsområde nyretransplantasjon. Mens Stein var assistentlege på gamle IX avd, hadde han også hatt litt kontakt med fagfeltet gjennom den første nyretransplantasjonen på Ullevål sykehus med nyre fra levende giver, og ved inspeksjon av Schribner shunter som ble anlagt på pasientene som skulle få langtidsdialyse.

Professor Blegen var sjef på gamle VII avdeling i denne tiden, og Kiil hadde utviklet sin platenyre. Det var økende aktivitet med nyretransplantasjoner både ved Ullevål og Rikshospitalet, og egne dialyseposter ble opprettet. I 1974 i forbindelse med at Erik Enger overtok professoratet etter Blegen, ble Stein spesiallege (senere kalt overlege) ved yreseksjonen. Med omorgansieringen i Med.avd med bl.a. flytting av sengeposten, ble han avdelingsoverlege ved Nyremedisinsk avdeling.

**«Var det vanskelig for deg som relativ ung lege å overta som en sjef på nyreseksjonen og på Nord-Europas største sykehus?»**

- Nei, det var ingen sak. Jeg overtok etter Erik Enger som hadde strukturert seksjonen på beste måte, og som i sin tid som spesiallege på avdelingen hadde vist en særlig omsorg for personale og pasienter. Nei, det gjorde det lett for meg å overta seksjonen etter ham.

Stein var aktivt med i pionertiden ved Ullevål sykehus. Det hadde foregått hemodialysebehandling på Ullevål siden 50-åra, og transplantasjonsvirksomhet hadde startet, men fortsatt var slik behandling meget sjelden. Aktiviteten økte på 4-posten på VII avdeling, og egen dialysepost ble innviet i april 69 i en kirurgisk fløy. Lokaliseringen skulle være midlertidig, men først i slutten av 80-årene ble dialyseposten flyttet i fysisk nærhet av moderavdelingen. Stein har altså frem til han sluttet nå i høst vært aktivt i nefrologifaget i over 28 år.

**«Hva synest du er det mest spesielle du har opplevd i denne perioden?»**

-Da jeg startet med denne virksomheten, var hemodialysebehandling fortsatt i sin spede begynnelse her i Norge. Det var viktig for oss at resultatene skulle bli gode ved en slik ny behandlingsform. Derfor var seleksjon av pasienter spesielt nøye. Vi kunne bare ta voksne pasienter med terminal nyresvikt, de skulle være over 20 år, og ikke eldre enn 50. Utover sin nyresykdom måtte de ikke ha andre kompliserende sykdommer, sier Stein. Dersom resultatene hadde blitt dårlige på

*«Vi kunne bare ta voksne pasienter med terminal nyresvikt, de skulle være over 20 år, og ikke eldre enn 50»*



det tidspunktet, ville det aldri blitt gitt økte ressurser til et slikt behandlingstilbud. I dag derimot er denne avantgarde behandlingen som vi oppfattet det som, blitt en ren rutinebehandling og et tilbud som de fleste med terminal nyresvikt får. Det er ganske spesielt å se på det tilbudet som finnes i dag når man tenker tilbake på den lille prøvende virksomhet som eksisterte da jeg startet i dette fagfeltet.

**«Peritoneal dialysebehandling har alltid vært et godt tilbud ved Ullevål sykehus, og i mye større utstrekning enn ved andre sykehus, hvorfor det?»**

Du vet det at peritoneal dialyse hadde en mye lengre historie enn hemodialyse, helt siden Liavaag i Drammen begynte med denne behandlingsformen i 1947, sier Stein. Det var en enkel metode, og den har egentlig ikke endret seg så mye i løpet av denne tiden. I motsetning til hemodialyse som var en meget komplisert prosedyre i starten med blanding av dialysevæsker, tilpassing av pH, problemer med blodtilgang o.s.v. var det ved peritoneal dialyse lite kateterproblemer og peritonitter i denne perioden, og det var jo stort sett bare snakk om korttidsbehandling.

Peritoneal dialyse som behandlingsform har i Stein sin tid på Nyremedisinsk avdeling, vært sterkt økende. Fra nesten utelukkende i bruk for akutt dialyse, har kronisk peritoneal dialyse blitt et tilbud for nyresyke i økende grad. I dag er om lag halvparten av pasientene med terminal nyresvikt i peritoneal dialyse. Nyremedisinsk avdeling har eksplandert i den tiden Stein var sjef, og med økende vektlegging på et bedret poliklinisk tilbud ikke bare for nyrepasienter, men også for diabetes- og hypertensjons-gruppen.



**«Hvordan vurderer du situasjonen i dag, Stein?»**

- Jeg er faktisk bekymret over hvordan sykehus og helsetjenesten har utviklet seg de siste år, sier Stein. Tidligere var ikke vanskelig å få fatt i de relevante leger og tjenester, og få hjelp, der og da når du hadde behov for det. Til og med større ting kunne man bestemme seg for og få gjort. I dag er det nærmest slik at man får skyldfølelse når man legger inn en pasient, og man må tigge og be om de mest enkle ting. Dette synes jeg er en skremmende utvikling.

-Jeg vil også legge til at det å være leder for en avdeling har endret seg i løpet av den tiden jeg har vært avdelingsoverlege, sier Stein. Fra å være sjef for en klinisk avdeling hvor oppgavene var å vurdere tiltak og metoder for eget fag og avdeling, er det nå blitt en hovedoppgave å se til at overordnede administrative påfunn blir overholdt. Krav til faglig standard, sikkerhetstiltak, oppfølging og videreutdanning er økende, samtidig som ressursknappheten gjør dette stadig vanskeligere. Man kommer i et helt håpløst dilemma mellom krav fra politikere og byråkrater og pasientbehov. Dette er det vanskelig å leve med, og da jeg gikk av som avdelingsoverlege så var det med et underskudd på 6 millioner.

**«Du er jo en engasjert person, Stein, så hva driver du på med for tiden?»**

-Jeg er jo på Ullevål iallfall et par dager i uken. Har litt poliklinikk en dag, og så har jeg jo i flere år vært engasjert i museet på sykehuset. Her arbeider jeg med såvel faglige, administrative og håndverksmessige saker. På museet så har vi et bibliotek med bl.a. det eldste medisinske tidsskriftet i Norge, EYR, fra 1826, og flere andre. Det er fortsatt mye å ta fatt på. Vi holder til i den gamle epidemiologipaviljong B, som skriver seg fra 1887, og bygningen er delvis ført tilbake til slik den var på den tiden. Kiils dialysator er en viktig del av samlingen vår.

**«Det må da være midt i blinken for deg, Stein.»**

-Ja, du vet, jeg er jo en samler. Ja, jeg vil kalle meg en prinsipiell samler. Det er i ganske stor grad likegyldig hva det er. Jeg kan ha like så stor glede av å finne en tomflaske som jeg kan få pant for som til å få tak i et stikk av stor verdi. Jeg er en slags allrounder, og har et bredt interessefelt. Min brede interesse også faglig medisinsk er vel årsaken til at jeg aldri tok noen medisinsk doktorgrad. Utenom medisin har jeg mange gleder. Jeg samler på bøker, medaljer, mynter, frimerker, stikk, ja "you can name it".

## Familie og tilhørighet

Huset på Lilleaker bærer preg av interesse for gammel norsk tradisjon og historie. Sammen med Putte har han skapt et utrolig vakkert hjem for sin familie, og hvor han nå gleder seg over nærvær av 2 barnebarn. Ved at barnebarna bor i umiddelbar nærhet, så kan "Beste" være med å forme deres oppvekst, og samværet med dem gir "meg utrolig mye glede og setter livet mitt i perspektiv".

Alle som har møtt Stein vet at til tross for at han er en ekte Oslo-gutt med flere generasjoner Oslo-boere i sin slekt, og med en kunnskap om byen som gjør at at Oslo oppleves som en liten landsby, er han også en av de få som kan snakke "kav" heidalsdialekt og han har en mer inngående kjennskap til Heidal og Gudbrandsdalen generelt enn de fleste innfødte.

*-Heidal og det jeg har opplevd der, er noe av det største i mitt liv. Jeg har følt en så sterk tilknytning at jeg søkte dit i min turnustjeneste og nå benytter jeg enhver anledning til å komme dit. Fra jeg første gang kom dit i midten av 30-åra som liten gutt, har jeg opplevd slutten av det gamle sjølbergings-samfunnet i Gudbrandsdalen. Det jeg har vært med på i Heidal har preget mitt liv.*

*-Jeg har gledet og gleder meg over forskjellige fassetter i livet, og i en historisk tradisjon. Jeg synes det er leitt med historieløsheten i dagens samfunn.*

Vi som har arbeidet sammen med Stein, vet at hans interesse for historie i den videste forstand er enorm. Den som vil ha med seg mer enn det vanlige, bør slå følge med Stein gjennom by og landskaper.

Stein oppleves som en sann kliniker i ordets beste mening, ofte i en slik grad at nyere analysemetoder eller biopsi ofte synes unødvendig. Han har i stor grad levd og åndet for avdelingen med en sterkt og personlig tilknytning. Den har vært hans.

Stein har altså gått av som avdelingsoverlege ved Nyremedisinsk avdeling. Men han er en meget aktiv pensjonist som nå kan glede seg over å kunne bruke mer tid på andre av sine interessefelt enn medisin. Han er en sjelden fugl i det medisinske miljø nettopp fordi han ikke alltid har gått på en opptråkket sti, men også fordi han innehar enorm kunnskap på andre felt enn det medisinske. Derfor vil fortsatt Stein prege det vårt nyremedisinske miljø.

## Kommentarer til innlegg om 24 timers blodtrykksmåling

Nefrologisk forum nr.2,1997.

Artikkelen om 24 timers ambulatorisk blodtrykksmåling (1) i septembernummeret av Nefrologisk forum var god og oversikkelig. Imidlertid savnet jeg mer presise forslag til retningslinjer for diagnostikk av høyt blodtrykk og referansene.

Forfatterene konkluderte bl.a. ut fra Staessens metaanalyse (2) at et normalt gjennomsnittlig systolisk blodtrykk gjennom døgnet bør ligge nærmere 120-130 mmHg enn 140 mmHg. Normalt diastolisk trykk på dagtid ble anført til 75-80 mmHg, og på nattetid 65-70 mmHg. Dette betyr sannsynligvis ikke at forfatterene mener at en pasient med gjennomsnittlig 24 t systolisk blodtrykk på 131 og diastolisk dagtrykk på 81 mmHg har hypertensjon (?)

Staessen metanalyse (2) inkluderte 3476 antatt normotensive som hadde gjennomsnittlig 24 timers blodtrykk lik 118/72, dagtid 123/76 og natt 106/64 mmHg. Ved å legge til to standardavvik lanserte han sine grenseverdier for normalt blodtrykk; 139/87 (24 timer), 146/91 (dagtid/våken), 127/79 (natt/søvn).

Et amerikansk ekspertpanel (3) har foreslått at ambulatorisk hypertensjon foreligger hvis 24 t BT er høyere enn 135/85 eller høyere enn 140/90 på dagtid. I følge Norman Kaplan (4) vil personer med lavere blodtrykk enn 135/85 i løpet av dagen meget sjelden ha venstre ventrikkel hypertrofi og nærmest alltid være normotensive. På den annen side vil bruk av høyere blodtrykksgrenser føre til at reelt hypertensive med organkomplikasjoner blir oversett.

### Referanser

1. Os I, Stenehjem A. 24 timers ambulatorisk blodtrykksmåling. Nefrologisk forum sept.1997
2. Staessen JA et al. Mean and range of the ambulatory pressure in normotensive subjects from a meta-analysis of 23 studies. Am J Cardiol 1991; 67: 723.
3. Pickering TG, for an American Society of Hypertension Ad Hoc Panel. Recommendations for use of home (self) and ambulatory blood pressure monitoring. Am J Hypertens 1996; 9:1
4. Kaplan N, Rose BD. Ambulatory blood pressure monitoring and white coat hypertension. UpToDate Jun 7, 1997.

Jøran Hjelmæsæth

*« Personer med lavere blodtrykk enn 135/85 i løpet av dagen har meget sjelden venstre ventrikkel hypertrofi og er nærmest alltid normotensive ».*

*Innlegget fra overlege Hjelmæsæth er ikke vurdert av forfatterne, men hans synspunkter virker fornuftige og er ikke i konflikt med den tidligere artikkelen.*

*Red.*

## REFERAT FRA STYREMØTE I NORSK NYREMEDISINSK FORENING

**HOTELL PLAZA onsdag 17.september kl 15.00-1830.**

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

### 1.Referatgodkjennelse

Referatet fra forrige møte 18/6-97 ble godkjent

### 2. Fremdrift av «pending projects»

Poliklinikkregistreringen anses avsluttet, referert i forrige Nefrologisk forum. Kontakte Departmentet vedrørende diskusjon om dialysetakster, ansvar Hartmann.. E-mail etableres til alle styremedlemmer.

### 3. Korrespondanse

INN:

- Brev om høstuken fra indremedisinsk forening
- Nordisk nefrologisk selskap-adresser,tlf, fax og e-mail liste over «nasjonale» formenn
- Dnlf forslag om avvikling av voldgiftsregleringen motforestillinger
- Brev fra H. Jansen om standardbrev til utenlandske dialyseavdelinger vedrørende meticillinresistente stafylokokker. Tilsvar fra Hartmann
- Søknad om medlemskap-dr. Aud-Eldrid Stenehjem-godkjennes
- Brev fra Pfizer-utdanningskurs-positivt tilsvar fra styret
- Dnlf- Fjernundervisning-svar v. Einar Svarstad om dagens aktivitet.
- Brev fra Arnt Jacobsen om dekning av kr.2562- for utgifter v. foredrag EDTA, til Foreningens Stipend.
- Søknad om medlemskap-dr. Anna Bjerre-godkjennes
- UNIFOR om disposisjon av foreningens stipend kr 400 000, statutter godkjennes
- ISN Clinical Trial Task Force-forespørsel om «trials» i Norge regissert av foreningen
- Dnlf forespørsel om valg i spesialforeningene-sendes valgkomiteen v. Helge Jansen
- Dnlf-godkjente spesialister i nefrologi. A. Abdelmoncim og Louis Rossos overført fra Severige og Astrid Dale.
- Dnlf-godkjente spesialister i nefrologi. Cecilia Montgomery Øien overført fra Sverige
- Forespørsel om møte med hypertensjons-og nyreforeningen fra Sanofi/BMS'
- ISN- forespørsel om norsk affiliation-søknad sendes v. Hartmann

### Korrespondanse

UT:

- Orientering til tysk dialysepasient (Wolfgang Kluge)
- Annes blomster-Lars Westli 60 år
- UNIFOR-forespørsel om disposisjon av foreningens stipend
- Forespørsel til Terje Apeland om å lage web-side for foreningen
- Forespørsel til MSD om å finansiere web-side for foreningen
- Forespørsel til OH Hunderi og D Dyrbekk om vurdering av legebemannning v. nyreseksjonene
- Dnlf forslag om avvikling av voldgiftsregleringen protester fra styret
- Til Prevancure Sverige om formidling av heftet: Dialysens historie
- HP Hansen takk for styremøtearrangement
- Til regionsykehusene vedrørende mulig program for høstuka i indremedisinsk forening
- Til Jøran Hjelemsæth vedrørende aktuelt i nefrologien, høstuka, indremedisinsk forening
- Til indremedisinsk forening-ved Steinar Madsen -høstukeprogram
- Til nytt medlem Anna Bjerre
- Til nytt medlem Aud-Eldrid Stenehjem

### 4. Nefrologisk forum

Stoff til nytt nummer og fremtidig organisering diskutert- årsmøtesak

### 5. Årsmøteinnkalling/program

Innkalling går ut sammen med neste Forum, program:

Årsberetning  
Regnskap  
Valg (Nyreregisteret inklusive)  
Stipendutdeling  
Nefrologisk forum

### 6. Vintermøtekomite-program/regnskap fra forrige møte

Hallvard Holdaas, Trond Jenssen og Knut Aasarød valgt til komite. Congrex tilskrives om oppgjør fra forrige vintermøte.

### 7. Janssen-Cilag/annonse-utlyst dnlf med frist i år 1. November, øvrige stipender utlyst i Forum (Organon samt foreningens)

8. Registrering av akutt dialyse, Einar Svarstad utarbeider skjema som presenteres på samarbeidsmøtet

9. Eventuelt- ingen temaer tatt opp

*Referat v. Anders Hartmann*

## REFERAT FRA ÅRSMØTET I NORSK NYREMEDISINSK FORENING 14.11.97.

**RIKSHOSPITALET'S AUDITORIUM, MED  
AVD B, KL 16.30**

Til stede: 33 medlemmer til og med pkt 4.  
Deretter 37 medlemmer.

1. Åpning av møtet ved formannen. Ingen bemerkninger til innkallingen.

2. Årsberetning. I tillegg til årsberetningen ble det bemerket at foreningen har fått Internett-side.

3. Regnskap. Foreningens økonomiske situasjon er god. Revisor anmerket at Regnskapshusets posteringer og bokføring ikke er god nok. Regnskapets balanse og innhold er imidlertid godkjent av revisor og ble tiltrådd av årsmøtet med akklamasjon.

4. Valg. I styret var Per Tore Lyngdal og Knut Aasarød (varamedlem) på valg. Valgkomiteén foreslo Tor Erik Widerøe og Joar Julsrud som nye kandidater. Det ble reist benkeforslag på Aud Stenehjelm, Ullevål, Gerd Berentsen, Haugesund og Terje Apeland, Stavanger.

Nytt medlem: Gerd Berentsen  
Nytt varamedlem: Tor Erik Widerøe

Til spesialistkomiteén var det ingen nyvalg.

Som ny styreformann for Norsk Nyrebiopsiregister ble oppnevnt Bjarne Iversen (erstatter Jarle Oftad).

Som revisorer ble Else Wik Larsen og Knut Joachim Berg gjenvalgt.

Som valgkomité ble Helge Jansen, Lars Westli og Hans Halland gjenvalgt.

5. Stipendutdelinger.

Til Cilag Janssen stipendet var det en søker.  
Kr 30.000,- tildelt Jøran Hjelmesæth.

Utdelinger fra Organons reise- og utdanningsstipend:

Håns-Jacob Bangstad, Aker	10.000,-
Anna Bjerre, Ullevål,	2.800,-
Karsten Midtvedt, RH	15.000,-
Arnt Jacobsen, RH	2.560,-

Utdelinger fra Foreningens stipend for 1997:

Terje Apeland og Harald Bergrem	12.400,-
Solbjørg Sagedal, RH	30.000,-

6. Medlemskontingent. Medlemskontingenten, kr 150,-, opprettholdes uendret.

7. Nefrologisk forum. Det planlegges ett nummer til i 1997, samt ett supplementum fra American Society of Nephrology. Driften opprettholdes med intensjon om 4 årlige utgivelser og driftsbudsjett på kr 30.000,-/ år.

Oslo, 14.11.97

*Trond Jenssen  
Sekretær*

***Så vil vi i  
styret for  
foreningen  
ønske alle  
våre  
medlemmer  
en riktig god  
Jul og et  
godt nytt år.***

*Bjarne Iversen  
ble ny  
styreformann  
for Norsk  
Nyrebiopsi-  
register*

*Gerd Berentsen  
ble ble nytt  
medlem i  
foreningens  
styre».*

## Møter med særlig relevans for nefrologer i 1998

Uten ansvar for mulige feil

Renal Association Advanced Nephrology Course, London 27.-29. januar 1998.

Norsk nyremdisinsk forening's Vintermøte, Hotel Bergstaden, Røros, 6.-8. mars 1998.

Third european Peritoneal dialysis Meeting, Edinburg 5.-7. april 1998.

The Third Scientific Meeting of the Hypertension in Diabetes Study Group (EASD), Budapest 24.-25. april 1998

13th Scientific Meeting of the American Society of Hypertension, New York 13.-16. mai 1998.

XXXV Congress of the European Renal Association (EDTA-ERA), Rimini 6.-9 juni 1998.

17th Scientific meeting, International Society of Hypertension (ISH), Amsterdam, 6.-14. Juni 1998.

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

31. årlige møte for American Society of Nephrology (ASN), Philadelphia, USA, nov 1998.

XV International Congress of Nephrology, Buenos Aires, 2.-6. mai 1999.

XXXVI Congress of the European Renal Association (EDTA-ERA), Madrid 5.-8 september 1999.

*Har dere  
bidrag til  
foreningens  
historie- skynd  
dere å kontakte  
Lars Westli*

*Lars legger nå  
siste hånd på  
verket som vi  
håper å  
presentere i  
neste nummer av  
Forum.*

*Det ville være  
dumt hvis noe  
viktig blir glemt!*

*Vi tar gjerne i mot  
avrettering av møter  
som dere synes  
mangler på listen-  
eller har du funnet  
feil?*

*Red.*