

Nefrologisk Forum Nr 1 2006

Nefrologisk Forum

Årgang 12, nr. 1

April 2006



Innhold

| | |
|--|----|
| Redaktørens spalte..... | 3 |
| Formannsnytt..... | 4 |
| Nyremedisinsk avdeling ved Ullevål universitetssykehus v/ Else Wiik Larsen og Ingrid Os..... | 5 |
| Kjønnsaspekter ved kronisk nyresykdom.Hypertensjon og bruk av blodtrykksenkende medisiner. Forekomst av makrovaskulær sykdom Marie Grøn Sælen, Line Katrine Prøsch og Ingrid Os..... | 9 |
| PD-virksomheten ved Nyremedisinsk avdeling, Ullevål Universitetssykehus v/ Ingrid Os, Helga Gudmundsdottir, Marianne Røneid, Tone Øverli Løken og Else Wiik Larsen..... | 12 |
| Barn og PD v/ Helga Gudmundsdottir, Tone Øveraas Løken og Marianne Røneid..... | 14 |
| Kardiovaskulær sykdom hos dialysepasienter ved Ullevål Universitetssykehus Ingrid Os, Gry Frøslid, Håvard Viko, Aud Høieggen og Wenche Løland..... | 17 |
| Livskvalitet, psykologiske aspekter og søvnforstyrrelser i dialyse. Tone Brit Hortemo Østhus, Ingrid Os, Toril Dammen og Inger Hilde Nordhus..... | 21 |
| 24 timers blodtrykk hos nyretransplanterte pasienter Aud-E. Stenehjøm, Ingrid Os..... | 23 |
| Nytt skjema for søknad om individuell refusjon av uremimidler Aud-E. Stenehjøm og Maren Krogh..... | 26 |
| Referat fra årsmøte i NNF, Rikshospitalet 17.11.05..... | 30 |
| Årsberetning, NNF 2005..... | 33 |
| Referat fra styremøter i NNF, nov-05 og jan 06..... | 37 |
| <u>Spørreskjema</u> : Hvordan bør Norsk Nyremedisinsk Forening og industrien samarbeide i forbindelse med NNFs møter?..... | 44 |

Redaksjonen er avsluttet 3/4-06, opplag ca 250 eksemplarer
I redaksjonen
Egil Hagen (redaktør)
Sørlandet Sykehus Arendal
4809 Arendal
e-mail: egil.hagen@sshf.no
Medarbeidere
Harald Bergrem
Terje Apeland
Anders Hartmann

Redaktørens Spalte

Velkommen til det første Nefrologiske Forum i 2006. Denne gangen forsøkes det et nytt format, dels fordi skriften ble for liten i forrige nummer og dels fordi det er med et stort antall figurer som nødvendiggjør A4 format. Jeg har måttet improvisere for å få med alle figurene, og ber om tilgivelse for at figurenes plassering og størrelse ikke alltid er perfekt. Vi har fått et nytt styre i NNF siden sist. Harald Bergrem har overtatt presidentvervet etter Einar Svarstad og Terje Apeland er ny sekretær, nye stryremedlemmer er Else Wiik Larsen og Anne Fagerheim, Markus Rumpsfelt sørger for kontinuitet fra det gamle styret. Styret ønskes lykke til med de mange utfordringer som venter.

På generalforsamlingen i november ble det utnevnt nye æresmedlemmer i NNF: Per Fauchald, Stein Halvorsen, Erling Saltvedt og Lars Westlie, veteraner innen norsk nyremedisin som vi har all grunn til å være stolte av.

Det er Ullevål Universitetssykehus som har ansvaret for de faglige innleggene i dette nummer. De har sendt flere fyldige innlegg hvilket har medført at dette er et av de mest innholdsrike Forum noen sinne.

Else Wiik Larsen og Ingrid Os gir en omfattende beskrivelse av nyremedisinsk virksomhet ved UUS. Det er den desidert største nyremedisinske avdelingen i landet. Virksomheten spenner over et stort spekter, og jeg tror vi som jobber på mindre steder kan ha mye å lære av metoder og problemløsninger fra Ullevål.

Marie Grøn Sælen, Line Katrine Prøsch og Ingrid Os skriver om kjønnsaspekter ved kronisk nyresvikt, hypertensjon av bruk av antihypertensiva. Materialet er basert på journalgjennomgang fra 6 sykehus. Man har sett på pasienter med over 200 micromol/l i creatinin. Ikke overraskende er det flere menn enn kvinner som har høyt blodtrykk og makrovaskulær sykdom, men

kjønnsforskjellen er kanskje ikke så stor som man kunne forvente.

Helga Gudmundsdottir, Ingrid Os og Else Wiik Larsen og medarbeidere beskriver PD virksomheten ved UUS og deretter følger et kapittel om PD og barn, med vekt på akutt PD hos denne spesielle gruppen.

Innen dette feltet har Ullevål har en unik erfaringsbredde som vi andre kan dra nytte av i vår kliniske praksis.

Ingrid Os og medforfattere skriver om kardiovaskulær sykdom hos dialysepasienter ved UUS. Det dreier seg retrospektive data fra første halvår i 2005. Det kommer frem at sykdomspanoramaet hos dialysepasientene har forandret seg de siste 20 – 30 årene. Det er en større andel som har nefrosclerose og diabetes nefropati og gjennomsnittsalderen har økt. Mange av pasientene er multimorbide.

Livstilssykdommer begynner å dominere som årsak til kronisk nyresvikt og det slås et slag for profylaktisk behandling.

Tone Brit Hortemo Østhus og medforfattere skriver om livskvalitet, psykologiske aspekter og søvnforstyrrelser ved dialysebehandling. Dette er et viktig, men vanskelig tema som uten tvil krever tverrfaglig kompetanse. Aud Stenehjelm og Ingrid Os skriver om 24 timers blodtrykk hos nyretransplanterte. De poengteres blant annet at dette er en metode som bør benyttes fordi vi får verdifull tileggsinformasjon.

Det er på siste side et spørreskjema vedrørende vårt forhold til legemiddel og dialyseindustrien. Jeg oppfordrer alle til svare på dette, enten ved å klippe ut skjema og sende, eller svare elektronisk. Det er viktig å svare raskt fordi vårmøtet nærmer seg.

Til slutt vil jeg ønske alle vel møtt til vårmøtet i Fredrikstad. Det blir sannsynlig ”the best ever”.

Egil Hagen

Formanns nytt Nefrologisk Forum nr 1 2006

Etter å ha overtatt foreningens relativ ydmyke maktsymboler (en tsjekkisk soldatlue funnet på gaten i Praha for snart en mannsalder siden samt en formannsklubbe i tre, gave fra Scanmed i anledning foreningens 25 års jubileum) har livet til den nye formannen begynt å falle på plass.

Den viktigste saken for det nye styret har vært forslaget om omorganisering av legeföreningen. NNF har deltatt i en felles høringsuttalelse sammen med de andre indremedisinske spesialforeningene (fagmedisinske foreninger fra 1/1 2007 hvis forslaget går i gjennom i mai) . Kortversjonen er at alle spesialforeningene ønsker en høy grad av selvstendighet som tidligere og full kontroll over egne ressursser.

Et annet utfordring som nå viser seg er samarbeidet mellom forening og industri. Regelverket som er utarbeidet av DNLF og LMI sier at kombinasjonen kurs med tellende timer og industristøtte er umulig. Begge parter har en streng tolkning av dette spørsmålet, slik at det nå blir umulig å legge møter nær hverandre i tid og rom, hvis det kan sies at et møte med tellende timer er lagt opp til et industristøttet møte på en slik måte at det legger til rette for å delta på begge. Dette blir en viktig sak i første styremøte som er 25/4: hvordan kan samarbeidet mellom oss som nefrologer på den ene siden og representanter for legemiddel- og utstysindustri på den andre siden best foregå til pasientenes beste ?

En konsekvens av de gjeldende reglene er at fagkurset i nefrologi, som skulle holdes i forkant av Vårmetet i Fredrikstad 4/7 er avlyst da det ikke ville kunne gi tellende timer. Videre vurderer flere

spesialforeninger å avholde sine faglige møter uten at industrien er tilstede med utstilling.

Angående denne saken; i dette nummeret av Nefrologisk Forum finner dere et kort spørreskjema som jeg ber dere om å besvare og returnere.

World Kidney Day, 9 mars 2006, har dukket opp på arenaen for første gang, startet av International Society of Nephrology og International Federation of Kidney Foundations. Foreningen har laget en pressemelding og sendt den ut (etter beste evne) til aviser etc over hele landet. Seksjonsoverlegene har også fått den og blitt oppfordret til å ta kontakt med lokale media. Publisitet er som kjent viktig, kanskje spesielt for den som opplever en økende pågang av pasienter ofte uten tilsvarende økning i tilførte ressurser.

I følge Torbjørn Leivestads utsendte oversikt over dialyse- og transplantasjons status i landet for 2005 økte antall hemodialyser med 9.5 %. Samtidig lurer Rikshospitalets transplantasjonskirurger på hvor living donor parene blir av. De har økt tx kapasiteten pga lange ventetider, men opplever nå at tilgangen på Ld tx synes å være fallende. Kan der være en viss endring i synet på bruk av LD hos foreningens medlemmer ? Dette viktige temaet vil bli tatt opp under Vårmetet i Fredrikstad, dvs nok en god grunn til å melde seg på til Vårmetet.

Jeg ønsker alle en fin vår og på gjensyn i Fredrikstad.

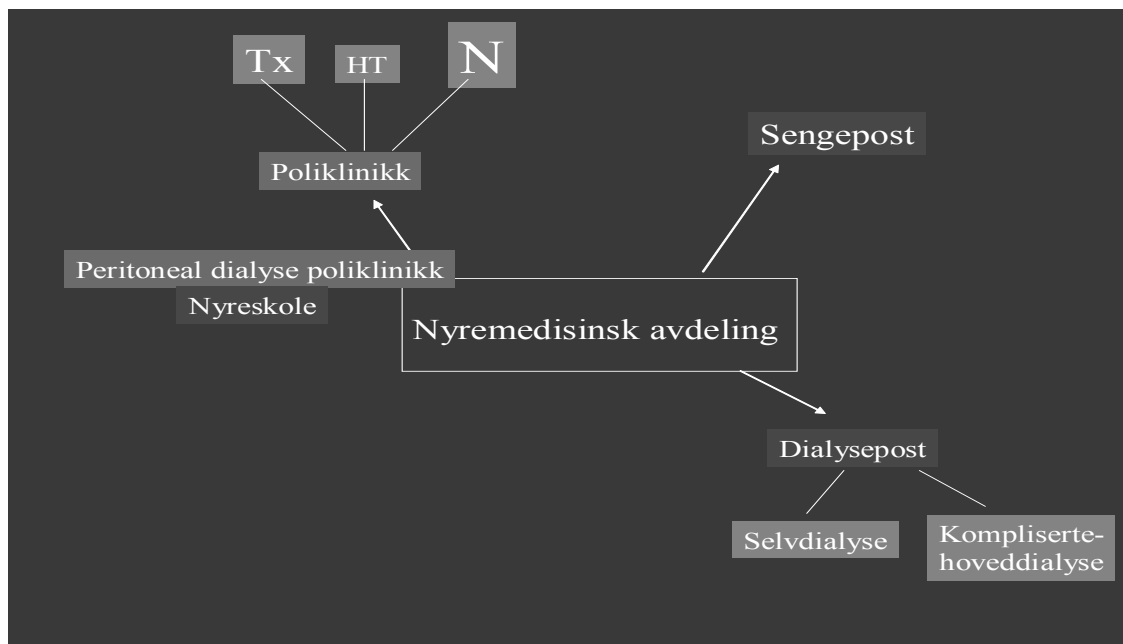
Harald Bergrem

Nyremedisinsk avdeling ved Ullevål universitetssykehus

Else Wiik Larsen og Ingrid Os

Det første bildet viser Nyremedisinsk avdeling og virksomheten ved de ulike enhetene. Diabetespoliklinikken som har vært underlagt Nyremedisinsk avdeling

siden 1991, forventes å bli flyttet fra avdelingen i løpet av mai 2006, er derfor ikke tatt med.

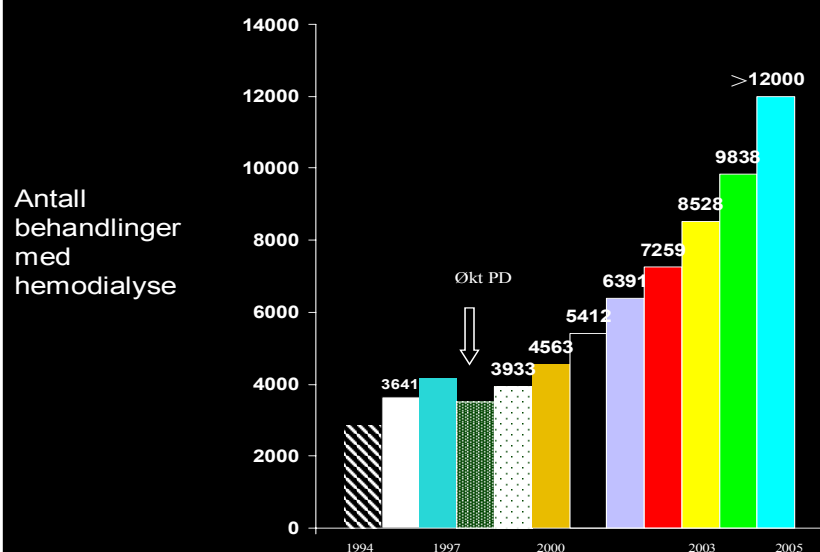


Landets største nyremedisinske avdeling har et nedslagsfelt som svarer til ca 1/8 av befolkningen i Norge, og med særlige utfordringer siden Oslo også har et stort antall ikke-etniske nordmenn med en høyere forekomst av nyresykdommer enn etniske nordmenn. På dialysepostene utgjør ikke-etniske nordmenn ca 30-35%, mange behersker ikke det norske språket og en del er analfabeter. Kulturelle forskjeller kan være vanskelig å oppfatte både for helsepersonell og pasienter. Den dramatiske økningen UUS har opplevd de siste 10 åra med flere nyresyke, flere nyretransplanterte, og en sterk økning i antall pasienter med behov for

dialysebehandling, medfører at UUS har måttet legge for hvordan vi skal takle denne situasjonen.

Vi har de siste 7-8 år laget estimat på ca 18% årlig økning i antall hemodialysebehandlinger – dette har stort sett holdt stikk inntil 2005 hvor dette viste seg å være en betydelig underestimert. Det siste året var økningen på 24,8%, og vi passerte mer enn 110 dialysepasienter (PD og HD) og mer enn 12000 hemodialysebehandlinger (Intensivavdelinger ikke inkludert). Vi forventer at økningen vil fortsette ut fra erfaringen fra vår voksende nyrepoliklinikk.

Markant økning i hemodialyseaktiviteten ved UUS



Poliklinikken har 6000 legekonsultasjoner årlig, et arbeid tilsvarende ca. 4 legeårsverk. Hovedsaklig er det primær nefrologi, men også et ikke ubetydelig antall transplantasjonskontroller siden ca 230 nyretransplanterte kontrolleres her. Komplisert eller refraktær hypertensjon utgjør et mindre antall av de polikliniske konsultasjonene, men vi tilbyr fortsatt som vi har gjort de siste 10-15 år 24 timers BT-registreringer på pasienter fra allmennpraksis. De flere hundre registreringene årlig beskrives av legene, men medfører ikke konsultasjoner. All peritonealdialysebehandling tas hånd om ved poliklinikken med unntak når det er behov for innleggelser (peritonitt og lignende, se egen artikkel).

Vi hadde landets største diabetespoliklinikk (etablert i Nyremed.avd i 1991), men pga den store økningen i antall nyrepasienter ble det besluttet i 2005 at denne poliklinikken skulle ut av Nyremedisinsk avdeling, og vi regner med at den flytter i løpet av mai 2006 til Avdeling for forebyggende medisin. De tre diabetesykepleierne følger også med. De har drevet utstrakt

virksomhet i poliklinikk og med tilsyn, og ikke minst med diabeteskole sammen med noen av overlegene ved avdelingen. Fortsatt vil Nyremedisinsk avdeling ha ansvar for pasientene med diabetes nefropati, men dette blir et delt ansvar med Avdeling for forebyggende medisin.

Ullevål universitetssykehus har hovedundervisningen av nyresykdommer i det medisinske studiet ved Universitetet i Oslo. Nyremedisinsk avdeling møter over 100 studenter i 5.termin to ganger årlig med klinikker, gruppeundervisning og forelesninger – med en såpass stor undervisningsplikt har avdelingen ønsket flere vitenskapelige ansatte utover professoratet i nyremedisin, men dette er ennå ikke oppfylt. Vi ser at nyrefaget oppleves som vanskelig da grunnlaget i fysiologi og anatomi fra tidligere terminer er såpass sparsomt at det tildels vanskeliggjør den kliniske undervisningen. Undervisningsopplegget bærer preg av at den utviklingen som vi har sett i nyrefaget ikke er fulgt opp fra de i fakultetet som har planlagt studiet. Avdelingen har derfor ved gjentatte anledninger tatt opp dette med fakultetet, og pekt på svakhetene ved

undervisningsopplegget, og håper etter hvert å vinne mer gehør. Forskning er også viktig ved en universitetsklinikk. Avdelingen deltar i en rekke studier, men ønsker mer fokus på egeninitiert aktivitet. For tiden er det hovedveiledning av 3 doktorgradstipendiater, i tillegg til en fjerde som kommer i løpet av 2006. Avdelingen er også med som biveiledere for 3 andre doktorgradskandidater som utgår fra andre avdelinger ved UUS. Flere medisinske studenter er engasjert i avdelingen med det obligatoriske prosjektarbeidet.

Nyremedisinsk avdeling de siste 10 åra – en del milepæler

- 1995:** økt satsning på PD-virksomhet (se egen artikkel)
- 1998:** økt fokus på ressurskrevende virksomhet
- 1998:** nytt vannrenseanlegg og økt antall dialyseplasser (fra 13→16)
- 1999:** hele maskinparken moderniseres, alle dialysemaskiner byttes ut
- 2001:** oppstart av Nyreskole fire 3-dagers kurs årlig
- 2001:** antall sengeplasser på sengepost reduseres fra 18→15
- 2001:** økningen i antall dialyspasienter medfører at man starter arbeidet med å etablere ny dialysepost
- 2004:** åpning av dialysepost med 14 stasjoner (Selvdialysen)
- 2004:** økt fokus på PD-virksomhet
- 2004:** økt opptaksområde med 12%
- 2004:** antall hemodialysebehandlinger nærmer seg 10000/år – ikke inkludert pasienter med CVVHDF –behandling pga akutt nyresvikt på intensivavdelingene
- 2005:** sammenslåing av nyremedisinsk og gastromedisinsk sengepost
- 2005:** reduksjon i antall sengeplasser fra 15→12
- 2005:** Diabetespoliklinikken vedtatt flyttet
- 2005:** antall dialyseplasser økes ytterligere med 4 på hoveddialyseposten

-**2005:** antall dialysepasienter passerer 10000 og ved årslutt er det gjort mer enn 12000 hemodialyser i avdelingen

Utfordringene for avdelingen er altså mange

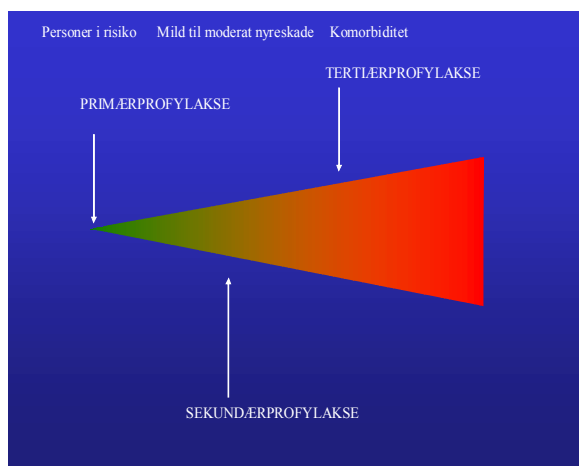
- Antall pasienter med behov for dialyse øker
- Antall pasienter med kronisk nyresykdom øker
- Pasientene som tas i terminal dialysebehandling blir eldre, hos oss er nå 25% 75 år eller eldre
- Mange tas i nyreerstattende behandling uten at de er aktuelle for transplantasjon, ca halvparten
- Det har skjedd en utvikling teknisk og medisinsk
- Det stilles større krav til kvalitet
- Pasientrettigheter er viktige
- Informasjonsplikten er sterk
- Kostnader øker
- Vi har utdanningsplikt for medisinske studenter, leger i utdanning i generell indremedisin og i grenspesialiteten nyresykdommer
- Forskningsplikt

Planlegging for de neste 10-20 år

Vi må ta høyde for de forandringene som skjer i befolkningsgrunnlag og -sammensetningen, i sykdomspanoramaet, og de økte krav som stilles til behandlingsskvalitet.

Dette må nødvendigvis føre til økning i både dialysekapasitet og andre tilbud i avdelingen. Dersom vi estimerer at det er en økning i hemodialysebehandlinger på 15% årlig, vil vi i løpet av de neste 5 år (dvs i 2010) ha ca. 25000 behandlinger årlig. Dvs vi må planlegge ytterligere fasiliteter for dialysebehandling, i sykehus og utenfor sykehus. Oslo har som kjent 4 sykehus – slik at satellitter med bedret nyrekompetansen på utvalgte sykehus er en vei å gå. Denne utviklingen må styres fra UUS.

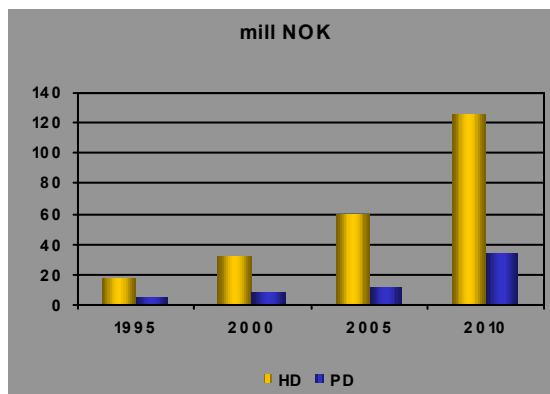
Vi vet mye om antall nyresyke, ikke minst fra Nord-Trøndelagsundersøkelsen, og vi vet fra egen klinisk erfaring og uttalige studier både her i Norge og i andre land at det å være nyresyk er farlig, ikke minst med hensyn til utvikling av hjerte- og karsykdom. Vi vet også at sannsynligheten for å dø av hjerte- og karsykdom er langt større enn å havne i dialyse. Forebygging må starte tidlig, og primærprofylakse er viktig. Det betyr at UUS må få bedre samhandling med primærhelsetjenesten i hele Oslo. Vi må klare å identifisere personer med risiko, personer med mild og moderat nyreskade for å starte forebyggende tiltak. Det medfører også at vi ønsker å nå flest mulig med informasjon om nyresykdommer og tiltak for å oppdage dette tidlig. Dette arbeidet planlegges også lokalt slik som det gjøres flere steder og i NNFs regi.



Videre diskuteres også hvordan vi skal følge opp pasienter med kronisk nyresykdom og når de skal henvises til oss. Dette er en diskusjon som vil fortsette, med mer utstrakt bruk av GFR som et mål for nyrefunksjonen. I Oslo er det logistiske problemer med mange sykehus, privatpraktiserende indremedisinere, og hundretalls primærleger. Samtidig som vi er bekymret for sene henvisninger (ca 15-20% av pasienter i dialyseavdelingen var ukjente for nyremedisinsk avdeling 3 mnd før dialysestart, men enn viss bedring fra

en survey gjort i 1998 hvor det var ca 25% som var ukjente for oss).

Det er viktig med forebygging også ved etablert nyresykdom, både for å hindre progresjon av nyresykdom og å hindre hjerte- og karsykdom. Kostnadene ved dialysebehandling forventes å økes betraktelig. Dette er et grovt estimat for kostnadene ved UUS.



Poliklinikken og avdelingen har også en utfordring fordi vi får stadig flere nyresyke pasienter med alvorlig komorbiditet. De overlever sin alvorlige hjertesykdom, utvikler hjertesvikt og får sin nyresvikt. Samarbeidet med kardiologene er derfor viktig. Infeksjonssykdommer øker også risiko for nyresykdom og vi må derfor foreberede oss på utfordringene både med hepatitt C-relatert nyresykdom som vi allerede har noen av, og med nyresyke med HIV. Samarbeidet med infeksjonsmedisinere er viktig også fordi mange av våre pasienter er immunosupprimerte og risikoutsatte for alvorlige infeksjoner. På grunn av det store antall innvandrere i Oslo, er vi særlig oppmerksom på tuberkulosefaren. Infeksjoner utgjør den nest viktigste årsaken til at våre dialysepasienter innlegges i avdelingen, etter hjerte- og kar problematikk. Kateterinfeksjoner er et problem, og vi arbeider derfor meget aktivt med å øke antall hemodialysepasienter med fistel. Pr. i dag har nærmere 60% av hemodialysepasientene fistel, og vårt mål er at 75% skal ha dialysetilgang via fistel.

Ved en gjennomgang av dialysepasienter i behandling ved UUS våren 2005, fant vi at om lag hver 4. pasient var 75 år eller eldre. Det er ingen grunn til å tro at denne andelen blir mindre. Videre følger det at et økende antall pasienter vil aldri kunne bli transplantert. Dette medfører nye problemstillinger som vi må diskutere. Hva med pasienter i sykehjem? Hva skal skje når våre eldre dialysepasienter har stort pleiebehov og trenger omsorg utover det som kan gis i hjemmet? Når er det riktig å avslutte dialysebehandling? Eller når skal vi si at dialysebehandling ikke kan gis?

Til tross den enorme økningen i pasientvolumet har ikke avdelingen blitt styrket med legeressurser de siste 10 år. Det er strenge kvalitetskriterier for god behandling av nyresyke i alle stadier. Dette stiller store krav både til avdelingen og legene. For å klare dette, er det åpenbart at det må tilføres ressurser til avdelingen i form av legestillinger og at støttefunksjoner må bedres. Som andre sykehus ser vi for oss at sykepleietjenesten i større grad kan bistå i poliklinisk arbeid, noe som er godt etablert for PD-poliklinikken og diabetespoliklinikken,

men vi savner ressurser til også å kunne få dette til ved den generelle nyrepoliklinikken og transplantasjonspoliklinikken. Det vil uten tvil være et løft for avdelingen dersom dette lykkes. Det er attraktive stillinger for sykepleiere og det vil avlaste legetjenesten som dermed kan fokusere i større grad på problemer som krever større kompetanse. Vi arbeider også med bedring av logistikk, men med en gammel bygningsmasse og med skiftende administrasjon med ulike målsetninger og prioriteringer, har dette vært vanskelig.

Til tross for dette, er vi stolte og glade over å arbeide ved Nyremedisinsk avdeling, UUS. Det er en spennende arbeidsplass med store utfordringer, utrolig spennende medisin og fantastisk samarbeid mellom ulike avdelinger, være seg barneavdelinger, intensivavdelinger, andre medisinske og kirurgiske avdelinger. Det er ikke en kjedelig dag. Det er landets største sykehus med hovedvekt på akuttmedisinske innleggelse, og dette preger vår hverdag på godt og vondt.

Kjønnsaspekter ved kronisk nyresykdom. Hypertensjon og bruk av blodtrykksenkende medisiner. Forekomst av makrovaskulær sykdom.

Marie Grøn Sælen, Line Katrine Prøsch og Ingrid Os
Nyremedisinsk avdeling, Ullevål universitetssykehus og Fakultetsdivisjon Ullevål,
Universitetet i Oslo

Menn får oftere nyresykdom enn kvinner, og progresjonsraten for ulike nyresykdommer synes å være raskere hos menn sammenlignet med kvinner. Det er ca 2/3 menn i dialysebehandling. Samme fordeling finner man igjen i antall nyretransplanterte i Norge. Bakgrunnen for denne kjønnsforskjellen er ikke sikkert

klarlagt, men eksperimentelt er det blant annet visst at testosteron har en uheldig effekt på progresjon av nyresykdom. Andre forhold som er blitt diskutert er forskjeller i blodtrykk og lipidverdier, men dette kan neppe forklare hele kjønnsforskjellen hos mennesker. Det har vært spekulert i mulige kjønnsforskjeller i glomerulær struktur og lokal

hemodynamikk, kanskje ved at kjønnshormoner bidrar til ulik utvikling av patologiske prosesser.

Vi gjennomgikk journaler ved 6 forskjellige sykehus (Ullevål universitetssykehus, Akershus universitetssykehus, sykehusene i Fredrikstad, Tønsberg, Elverum og Lillehammer). Pasienter med kronisk nyresykdom med kreatinin $> 200 \mu\text{mol/L}$ ble inkludert i undersøkelsen, og det var videre en forutsetning at de gikk til regelmessig kontroll ved sykehuset med intervaller på mindre enn 3 mnd. De skulle ikke ha startet dialysebehandling eller gjennomgått nyretransplantasjon. Hensikten med denne undersøkelsen var:

1. Å se om kjønn var av betydning for valg av blodtrykksenkende medikamenter
2. Å se om kjønn påvirket komorbiditet, spesifikt kardiovaskulær sykdom

Vi presenterer her foreløpige resultater siden disse data ennå ikke er publiserte. Endringer i tallene kan forekomme ved nærmere gjennomgang av data.

Det var 28% kvinner i dette materialet på 348 pasienter, og alderen var noe lavere hos kvinner (60,5 mot 64,0 år). De fleste kunne klassifiseres i stadium 3 og 4 av kronisk nyresykdom.

Blodtrykk og pulstrykk

Det var flere menn enn kvinner som hadde for høyt blodtrykk i vår undersøkelse. Blodtrykksforhøyelse definert som BT $> 140/90$ mmHg eller bruk av blodtrykksenkende medikamenter var vanlig. Mens bare 3 % hadde normotensjon blant menn, hadde rundt 9-10% av kvinner normalt blodtrykk ($p=0.02$). Bilde 1 viser blodtrykkene hos alle pasienter på henholdsvis henvisningstidspunkt og på tidspunktet for denne undersøkelsen. Tiden fra henvisning til denne undersøkelsen varierte fra få mnd til mange år. Som vi ser av figur 1 var det ingen forskjell mellom menn og kvinner

med hensyn til blodtrykket verken på henvisningstidspunktet (156/88 vs 153/86 mmHg) eller ved undersøkelsestidspunktet (144/81 vs 140/80 mmHg). Det var en signifikant blodtrykksreduksjon for begge kjønn etter at de ble tatt hånd om av nyrelegene.

Pulstrykket var høyt både blant kvinner og menn, i gjennomsnitt godt over 65 mmHg for begge kjønn – men gikk noe ned etter å ha blitt tatt hånd om av nyrelegene, men er fortsatt høyt (Fig.2). Pulstrykket er et indirekte mål på karstivhet. Median verdi for hele materialet var 66 mmHg med stor variasjon fra 25 til 140 mmHg i pulstrykk, Mens 25 % hadde pulstrykk over 80 mmHg, hadde bare en tilsvarende del ($\frac{1}{4}$) pulstrykk under 55 mmHg. Blodtrykkskontrollen definert som BT $< 130/80$ mmHg hos de som var hypertensive var like dårlig for begge kjønn, mellom 14 og 15% . Satte vi grensene noe høyere $< 140/90$ mmHg var resultatet langt mer oppløftende, nemlig 37 og 41 % for menn og kvinner (ingen forskjell mellom kjønnene). Dette er resultat som er bedre enn det man finner i allmennpraksis i Norge hvor de fleste pasientene har essensiell hypertensjon. Det som det er vanskelig å få kontroll på er det systoliske blodtrykket – mens hhv 16 og 17% hadde systolisk blodtrykk < 130 mmHg, hadde 37 og 41% diastolisk blodtrykk under 80 mmHg. Dersom grensene for god blodtrykkskontroll ble satt til < 140 eller < 90 mmHg, ble tallene betydelig høyere – men igjen systolisk hypertensjon dominerer.

Valg av blodtrykksmedikamenter

Det var ingen sikker forskjell i antall brukte medikamenter 2,7 (M) vs 2,6 (K) medikamenter. Det ser imidlertid ut til å være en viss forskjell mellom kjønn når det gjelder valg av BT-medikament (Fig.3). Dosen av sløpfediuretika var nærmere 50% høyere blant kvinner (160 mot 110 mg).

Komorbiditet

Vi undersøkte om forekomsten av makrovaskulær sykdom var forskjellig blant kvinner og menn med kronisk nyresykdom, og mer spesifikt om det var forskjell i koronarsykdom. Det var en høy andel av pasientene som hadde tegn til makrovaskulær sykdom, og det var signifikant flere av mennene enn kvinnene (41 mot 29%, $p = 0,03$). Tilsvarende observerte vi for koronarsykdom (33 mot 20%, $p = 0,02$)

Det må tas et visst forbehold om medikamentbruk siden vi ikke klarer å skille mellom de som fikk medikamenter som påvirker blodtrykket av andre årsaker, feks proteinuri eller koronarsykdom. Dette er ikke spesifikt angitt i journalene. Ekskluderer vi de koronarsyke, forsvinner den statistiske forskjellen i bruk av CCB flere menn har koronarsykdom er andelen som bruker betablokkade like høy blant kvinner og menn. Hos denne pasientgruppen er makrovaskulær sykdom utbredt både blant kvinner og menn, men det er fortsatt en viss kjønnsforskjell dog ikke så uttalt som generelt i befolkningen.

Det må derfor kunne konkluderes med at fortsatt er det vanskelig å oppnå god blodtrykkskontroll både blant kvinner og menn med kronisk nyresykdom til tross for at de fleste bruker flere enn 2 medikamenter. At det hovedsaklig er kronisk nyresyke i stadium 3 og 4 kan

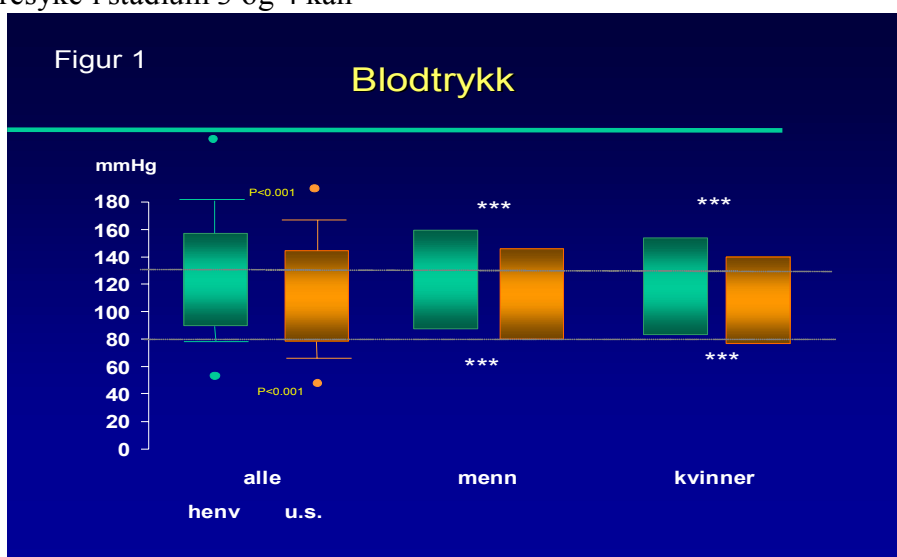
pga antallet er betydelig mindre, men numerisk er den like stor.

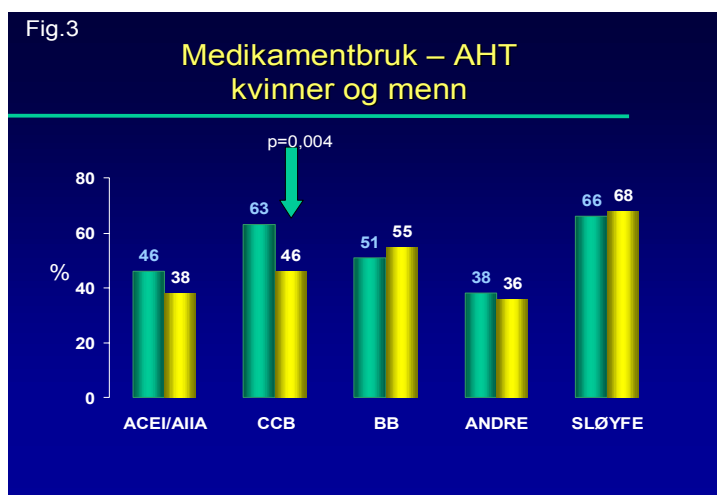
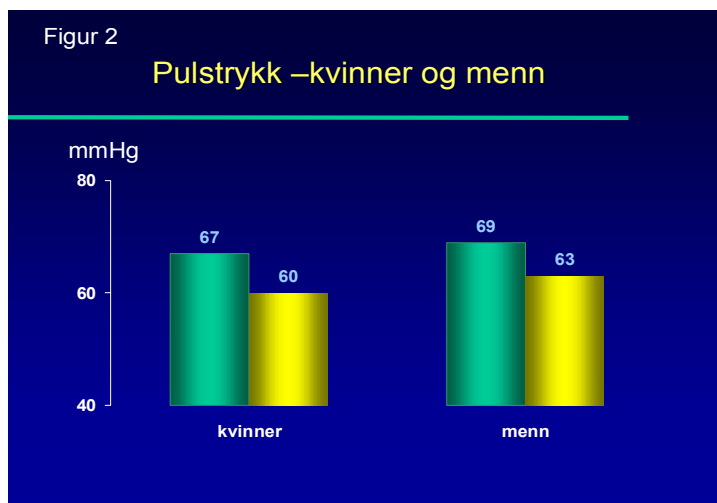
Oppsummering og konklusjon

Nesten alle av nyrepasientene som ennå ikke har kommet i stadium 3 og 4 har hypertensjon, men noe flere menn enn kvinner. Blodtrykkskontrollen er like god (eller dårlig) for begge kjønn, og rundt 15% hadde BT < 130/80 mmHg. Bruk av mange medikamenter er utbredt blant nyrepasientene uansett kjønn, men det ser ut til å være en viss forskjell i bruken siden mer menn enn kvinner bruker kalsiumantagonister, og det er kanskje noe mer utbredt bruk av ACE-hemmere eller AIIantagonister. Derimot bruker like mange sløyfediuretika, men kvinner bruker høyere dose. Til tross for at

muligens forklare den noe beskjedne bruk av blokkere av renin-angiotensin-systemet. Dosene av sløyfediuretika er forskjellig mellom kjønn, men dosene kan sikkert økes noe med fordel for å bedre blodtrykkskontrollen. Kjønnsforskjellen når det gjelder forekomst av koronarsykdom er mindre enn den man ser ellers i befolkningen.

Takk til deltagende sykehus og spesielt til Helga Gudmundsdottir, Odd Helge Hunderi, Dagfinn Dyrbekk, Erik Arnesen, Dag Paulsen og Helge Skjønberg





PD-virkomheten ved Nyremedisinsk avdeling, Ullevål universitetssykehus

Ingrid Os, Helga Gudmundsdottir, Marianne Røneid, Tone Øverli Løken og Else Wiik Larsen

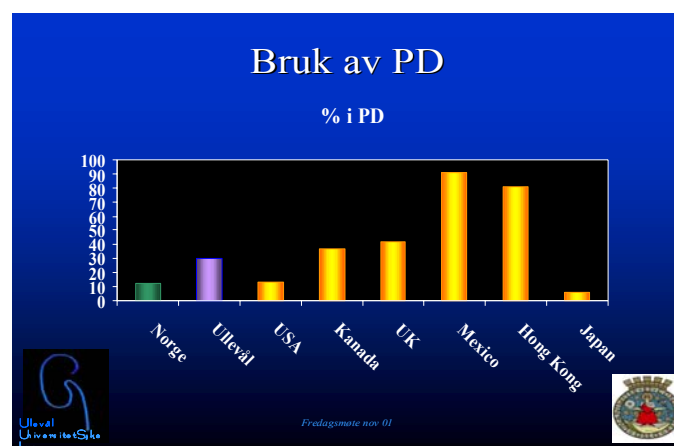
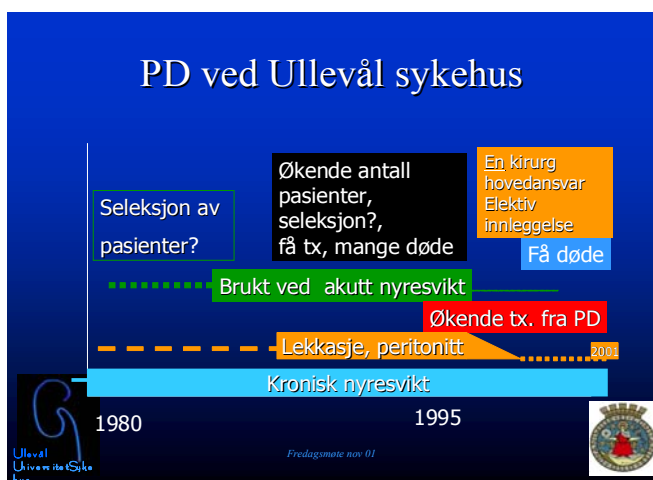
Antall dialysepasienter og antall dialysebehandlinger har økt betydelig ved Ullevål universitetssykehus de siste årene, og den årlige økningen på 15-20% i antall hemodialyse- behandlinger ser ikke ut til å endre seg (se figur over utviklingen i artikkelen om Nyremedisinsk avdeling).

Dette nødvendiggjorde blant annet en systematisk satsning på peritoneal dialyse (PD) ved sykehuset i 1998 selv om det allerede tidligere på 90-tallet hadde skjedd en økning pga stor entusiasme blant personalet for denne behandlingsformen. Dette nærliggende bildet illustrerer litt av historien for PD-virkomheten ved UUS.

Bildet er laget i anledning et internt foredrag ved UUS og for NNFs vårmøte i Ålesund fro noen år siden. Fra 1997/98 har vi hatt en dedisert kirurg til å ta seg av kateterinnleggelse for PD etter at vi i flere år hadde slitt med mange problemer med bl.a.lekkasje og hyppige peritonitter i den tidlige fasen av behandlingen. De tekniske problemene som vi hadde hatt, og som gjorde at mange måtte konvertere til hemodialyse, forsvant med at vi fikk en kirurg med interesse og ansvar for dette. Senere har vi ytterligere en gastrokirurg som legger inn PD-kateter, og som også yter topp service og oppfølging av disse pasientene.

figur). Bakgrunnen for den ulike bruken av PD kan forklares utifra mange forhold, tradisjoner, men kanskje ikke minst økonomiske årsaker siden PD-behandling er noe billigere enn HD-behandling, og krever mindre personell. Hos oss var det nok i hovedsak begrunnet utifra begrenset hemodialysekapasitet siden PD-behandling ble direkte belastet avdelingens driftsbudsjett og således dyrere enn HD-behandling før de nye

refusjonsreglene kom. Vi har i alle fall inntil nå krevd at pasienter som skal starte med PD-behandling må mestre dette selv uten at helsepersonell eller familiemedlemmer må hjelpe til.



Ullevål universitetssykehus har tradisjonelt alltid hatt en høy andel PD-pasienter, og brukte også PD-behandling ved akutt nyresvikt i en periode, men dette er ikke lenger i bruk hos oss med unntak av hos barn. Det er omtalt et annet sted i dette Nefrologiske forum.

Bruken av PD har alltid vært betydelig ved UUS i forhold til andre nyremedisinske seksjoner/avdelinger i Norge, men fortsatt betydelig under bruken i enkelte land (se

De siste 2-3 år har antallet PD-år vært ganske stabil, med vel 268 pasientmnd, dvs 22,3 pasient-år i 2005, og totalt har 40 pasienter på et eller annet tidspunkt brukt kronisk PD-behandling. Pr 31.12.05 var det 20 pasienter i PD. Det er en del pasienter som konverteres til HD-behandling, i gjennomsnitt har dette ligget rundt 15% årlig, sist år var det 6 pasienter som måtte starte i HD, men vi har også det siste året konvertert 2 pasienter fra HD til PD.

Det er igjen økt fokus ved vår avdeling på bruken av PD hos pasienter med kronisk nyresvikt, siden den relative andelen ved

vårt sykehus har vært noe synkende, rundt 18-20%. Ingen voksne fikk behandling med PD for akutt nyresvikt, denne behandlingstilnærmingen ble stort sett forlatt på midten av 90-tallet- hovedsaklig fordi mange av disse pasientene hadde livstruende hyperkalemi og overhydrering som ikke ble raskt nok korrigert med PD. Bildet øverst i neste spalte viser utviklingen i bruken av PD fra 1980 og frem til i dag. Tallet viser til antall PD-år, og ikke antall pasienter som selvsagt er betydelig høyere.

Samtidig har det vært en viss teknisk utvikling innenfor PD-virksomheten. Ved vårt sykehus er det mange av pasientene som i dag bruker automatisert (A) PD, og det er mulig å individualisere behandlingen i større grad enn tidligere. Alle blir opplært i CAPD, men ut fra en totalvurdering får mange pasienter tilbud om APD.

Rutinemessig går pasientene til kontroll hver 4. uke og det er laget et standardisert prøvetakingsoppsett. PET gjøres nå rutinemessig ca 2 mnd etter oppstart og deretter hver 6 mnd. Det er videre gjennomgang av alle PD-pasienter hver 14. dag hvor alle legene ved avdelingen deltar. Pasientene selv fører egen PD-dagbok med anførsel av styrke på dialysevæske, vekt og totalt væsketrekk – og med kommentarfelt for eksempel fibrinutfelling, smerter ved skift osv. I samme bok føres også medikamentlister. Pasientene er ellers instruert i å ta direkte kontakt med avdelingen ved problemer, dvs unngå forsinkelser særlig når det gjelder peritonittbehandling.

Kvaliteten av PD-behandlingen er blitt bedre. Blodtrykkskontrollen er god blant PD-pasienter, og bedre enn blant HD-pasienter, dette kan skyldes en bedre kontroll med volum. Særlig er det bedre systolisk blodtrykkskontroll til tross for at pasientene i PD er eldre enn HD-pasientene, i gjennomsnitt > 10 år eldre enn pasienten ved Selvdialysesenteret, og 1 år eldre enn de på hoveddialyseposten. Pasientene har mindre restriksjoner enn HD pasientene mht til væskeinntak, de kan

selv regulere trekket. Det er også mindre bruk av erythropoietin enn hos HD-pasientene, til tross for at Hb faktisk er høyere. Relativt sett er flere av pasientene som behandles med PD i arbeid. Antall peritonitter har sunket betraktelig de siste årene. Det siste året hadde vi 0,7 tilfelle pr. pasientår, dvs 16 peritonitter, eller sagt på en annen mnd 1 peritonitt pr 16,7 mnd. Regner vi bare peritonitter hvor det var positiv bakterieoppvekst var det 0,5 pr pasientår. To av pasientene hadde to peritonitter hver.

Denne positive utviklingen skjer til tross for at PD-virksomheten ved vårt sykehus har små areal, og egentlig er bare 1 rom allokert denne virksomheten. Videre er bemanningen lavere enn andre steder som har langt færre pasienter. To sykepleiere driver poliklinikken i dag. Det er de samme som også har ansvaret for Nyreskolen ved UUS som nå består av et 3 – dagers kurs for pasienter og pårørende, samt oppfølgingssamtaler. Nyreskolen som ble startet i 2001, arrangeres ca 3-4 ganger årlig. Alle de faste overlegene deltar i denne undervisningen hvor også ulike dialyseformer får bred omtale. Dette slik at pasientene skal være best mulig orientert om tilbudene ved UUS, og til en viss grad kunne være med i beslutningsprosessen om valg av dialysebehandling.

Vi har gode rutiner for opplæring, kontroll og oppfølging av våre PD-pasienter. PD-sykepleierne driver opplæring av helsepersonell ved andre avdelinger og ved egen sengepost. Selve opplæringen av pasientene foregår poliklinisk så sant det er praktisk mulig. Vi har også meget god oversikt over virksomheten, med god statistikk for ulike formål.

Alt i alt føler vi at PD-behandlingen blir godt ivaretatt ved UUS, men ønsker oss selvsagt bedre lokaler og en bedret personell-situasjon slik at vi kan bli enda bedre og øke aktiviteten ytterligere selv om UUS vel er det sykehuset i landet som har størst og lengst erfaring med denne behandlingsformen.

Barn og PD

Overlege Helga Gudmundsdottir og PD-sykepleiere Tone Øveraas Løken og Marianne Røneid

Dialysekrevene nyresvikt forekommer sjelden hos barn. Forekomsten varierer etter geografi, alder og rase og det finnes få studier på nyresvikt og behandling av denne hos barn. I Norsk Nefrologi Register (NNR) defineres barn som de som er yngre en 15 år. I USA tar man med alle som er under 20 år og definerer dem som barn i registrene. Det er viktig å huske at kun barn med kronisk nyresvikt blir meldt til NNR. De siste 5 årene (2001-2005) har 40 barn i Norge startet behandling for terminal nyresvikt. 27 gutter og 13 jenter i alderen 13 dager til 14,7 år. 21 barn ble transplantert predialytisk, 12 barn startet i HD og 7 barn i PD. 2 barn døde i løpet av denne perioden, den ene grunnet malign sykdom og den andre etter en komplisert abdominal operasjon. På Ullevål har vi i løpet av denne 5 års perioden startet PD på 5 barn, 1 startet i HD og 1 av de 5 barna som startet i PD måtte etter hvert bytte behandling til HD. Fram til dd i 2006 har vi startet akutt PD på 3 barn i tillegg til 2 som behandles med HD. Alle disse har samme diagnose, hemolytisk uremisk syndrom (HUS) og det er i skrivende stund uvisst om disse barna trenger langvarig behandling.

Bukhulen/bukhinnen har vært brukt i behandling av alvorlige syke barn i hvert fall fra 1918. "PD" ved akutt nyresvikt hos barn ble beskrevet for første gang i 1948, da i form av "continuous peritoneal lavage". Fra 1976 har man brukt PD ved kronisk nyresvikt hos barn og i dag er APD den vanligste behandlingen av barn med kronisk nyresvikt på verdensbasis. På Ullevål har vi sterk tradisjon og god erfaring med barn i PD. Vi samarbeider tett med barnelegene og med våre PD-sykepleiere står vi for opplæring av

foreldrene, barna og personalet på barneavdelingen hva angår gjennomføring av PD. Når barna er innlagt på sykehuset ligger de på barneavdelingen og vi ser til dem daglig. Etter utskriving følges de opp på vår PD-poliklinikk samtidig som de blir fulgt opp av barnenefrologene.

Vi har måttet starte akutt med PD på de fleste av våre pasienter. Barnekirurgene legger inn PD-kateteret i narkose og der det er mulig (avhengig av barnets størrelse) bruker vi kateter med 2 cuff, standard, rett Tenckhoff kateter. Vi har alltid tilgjengelig barnekateter i 3 forskjellige lengder og kirurgen avgjør ut ifra barnets størrelse hvilket som brukes.

Ved oppstart PD bruker vi den svakeste PD-væsken og begynner forsiktig med 10-20 ml/kg per skift. I løpet av 2-3 dager økes volumet til maks 40-50 ml/kg per skift. Overflaten av peritoneum er relativt større hos barn enn voksne slik at ekvibrering skjer tidligere. I tillegg har ofte peritoneum bedre transportegenskaper, dvs de er høytransportere. Vi starter derfor med kort dwell tid på 40-60 minutter og øker den ved behov opp til 100 minutter. I praksis blir det derfor cyklus av 1 til 2 timers varighet. Pasienten får denne behandlingen hele døgnet i akutt fasen enten med manuelle skift (CAPD) eller maskin (APD). Når situasjonen er stabil er det ønskelig med overgang til APD på natten og behandlingsfrie dager.

Erfaringsmessig er PD enkel og trygg behandling av barn med nyresvikt. Den krever ikke avansert utstyr og det er enkelt å legge inn kateter både på de aller minste barna og de dårligste. Det er ikke fare for disequilibriumsyndrom og behandlingen har lite effekt på hemodynamikk. Det er viktig hos ustabile barn med akutt nyresvikt. Vi har ikke måttet overføre barn fra PD til HD grunnet problemer med

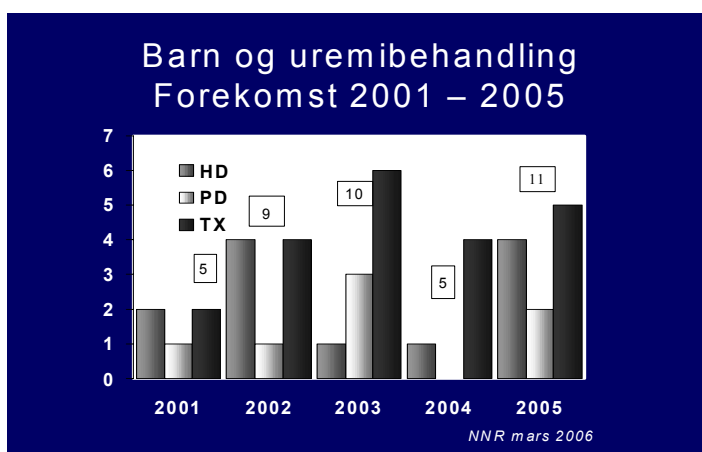
væsketrekk eller pga dårlig dialysekvalitet. PD som behandling av kronisk nyresvikt gjør at behandlingen kan utføres hjemme, det blir færre timer på sykehuset en ved HD og barnet får derfor mest mulig normal barndom. PD gjør at kost- og væskerestriksjoner er minimale. Det har stort sett vært lett å lære opp og motivere foreldrene til å utføre behandlingen hjemme. Ved spesielle omstendigheter byr behandlingen også på muligheten av at barnet lever sitt vanlige liv hjemme/på skolen på dagtid og kommer til sykehuset på kvelden for å få sin nattlige behandling med APD.

Det er noen begrensninger ved PD. Barn som tidligere er operert i buken, spesielt nyopererte barn kan som regel ikke behandles med PD. Ureterostomi, pyelostomi eller ileostomi er ikke kontraindikasjon men kan øke faren for exit site infeksjoner og peritonitt. Det diskuteres om aktiv kolitt er en relativ kontraindikasjon. Nedsatt lungefunksjon er en relativ kontraindikasjon for PD. Det grunnet faren for at væske i buken vil problemene som kan oppstå ved å måtte behandle barn i dialyse over flere år slik

redusere lungefunksjonen ytterligere. Dette har vi klart å unngå med å starte forsiktig med lavt volum per skift og trappe opp over lang tid. På den måten har vi med hell klart å behandle barn med alvorlig hjerte- og lungesvikt med PD over lengre tid. Peritonitt forekommer oftere hos barn en voksne. Dette forklares først og fremst av at barn som regel er mer fysisk aktive enn voksne som gjør at det oftere blir drag i kateteret med påfølgende fare for exit site infeksjon og peritonitt. Diagnose og behandlingsprinsipper er de samme som hos voksne.

Mål for kvaliteten av dialyse hos barn er ikke godt definert og Kt/V og kreatiniclearance brukes lite. Det viktigste er å følge med på hvordan barna vokser og trives.

I Norge er vi privilegert med meget god og effektiv transplantasjonsvirksomhet i tillegg til at holdning til donasjon fra levende giver er bra. Flere barn enn voksne blir transplantert predialytisk og om lag 80% av barna får nyre fra levende giver. Det betyr at i Norge opplever vi ikke de situasjonen er i mange land, bla i resten av Norden.



Kardiovaskulær sykdom hos dialysepasienter ved Ullevål universitetssykehus

En retrospektiv undersøkelse blant dialysepasienter ved Ullevål universitetssykehus i perioden 1.1 til 1.6.2005 – foreløpige tall.

Ingrid Os, Gry Frøslid, Håvard Viko, Aud Høiegggen og Wenche Løland
Nyremedisinsk avdeling, Ullevål universitetssykehus og Fakultetsdivisjon Ullevål, Universitetet i Oslo

Den viktigste dødsårsaken blant dialysepasienter er kardiovaskulær sykdom. Dette er uavhengig av kjønn, alder og grunnsykdom. I vestlige land antas det at ca 1/3 -1/2 av kronisk nyresyke har koronar sykdom før de starter i dialyse (se ellers tall i artikkelen av Sælen et al. i dette bladet), og vi må anta at forholdene ikke er forskjellig i Norge. Det er videre anslått at sannsynligheten for at dialysepasienter utvikler koronarsykdom eller hjertesvikt er om lag 20% årlig, og dette ligger mange ganger over det man forventer ellers i befolkningen. Vi vet at overlevelse i dialyse er dårlig særlig hos de med uttalt venstre ventrikkelhypertrofi,

også før de har fått manifest koronarsykdom. Koronarsykdom hos dialysepasienter er forbundet med redusert overlevelse, men overlevelsen er særlig påvirket ved samtidig koronarsykdom og hjertesvikt. I et arbeid publisert i American Journal of Cardiology i fjor fant man at overgangen fra å være kronisk nyresyk uten dialysebehov til å bli dialyseavhengig var forbundet med en betydelig kalsifiserende aterosklerose når man så på plakkmorfologi og morfometri ved hjelp av intravaskulær ultralydundersøkelse (fig.1, Am J cardiol 2005; 96: 892 av Gruberg L og medarbeidere)

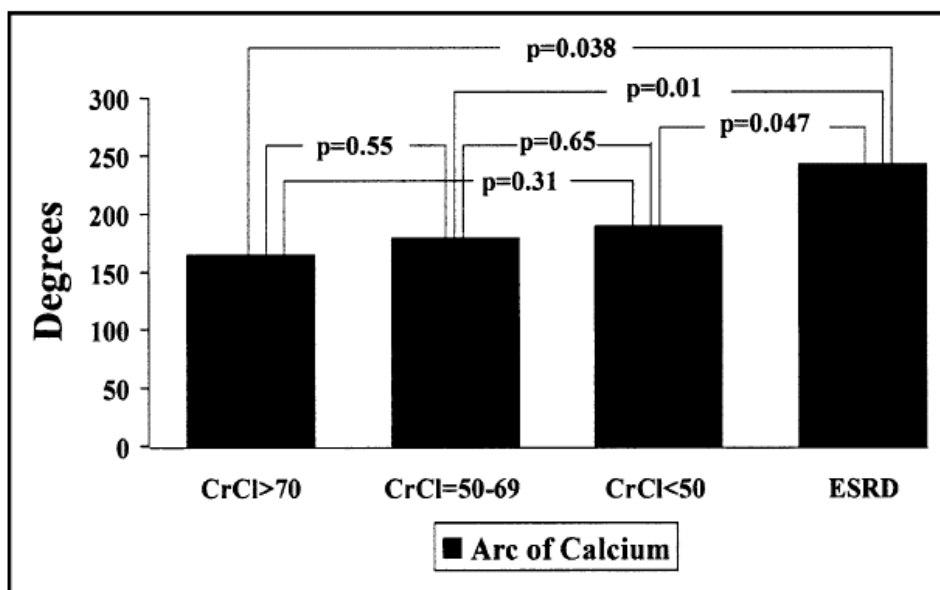


Figure 1. Degrees of arc of calcium according to CrCl.

Dialysepasienter ved Ullevål universitetssykehus

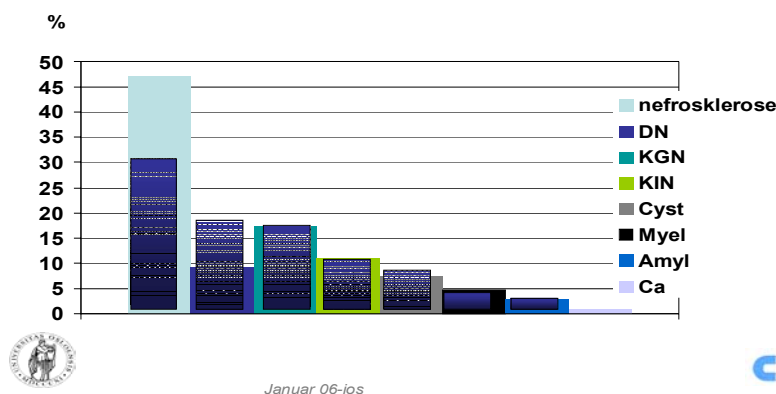
Vi har gjennomgått retrospektivt pasienter som var i kronisk dialysebehandling ved Ullevål universitetssykehus i perioden mellom 1.1. og 1.6.2005. Vi gjennomgikk totalt 110 pasienter som enten fikk behandling med hemodialyse eller peritoneal dialyse. Journalene ble gjennomgått bl.a. for å se på forekomst av makrovaskulær sykdom.

Årsaken til kronisk nyresykdom har endret seg med årene – noe som også bekreftes

av tall fra Norsk nyregister. I denne pasientgjennomgangen fant vi svært mange med nefrosklerose, og sammen med diabetesnefropati var det bakgrunnen for terminal nyresvikt hos flere enn 50%. Blant de med nefrosklerose hadde også mange diabetes, og kan godt også ha diabetesnefropati, men sikker diabetesnefropati var tilstede i 9% og uten at man mistenkte nefrosklerose som årsak – mange av disse var verifisert med biopsi tidligere.

Fig.2

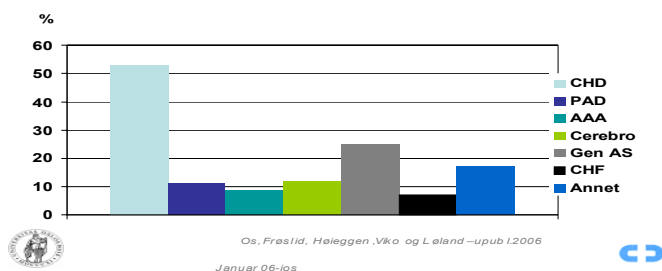
Grunnsykdom blant dialysepasienter ved UUS og sammenlignet med data fra Norsk nyregister



Som vi ser av Figur 2 er ikke tallene så veldig forskjellig fra Norsk nyregister (lagt i skygge ved siden av), med unntak av nefrosklerose og diabetesnefropati. Vår definisjon har nok vært strengere, men totalt utgjør disse den samme andelen uansett om man ser på UUS eller NNF's registrering. Det er derfor all grunn til at dialysepasientene ved

Ullevål universitetssykehus er representative selv om vår dialysepopulasjon bare utgjør ca 1/7 av landets dialysepasienter. Vi ser av Figur 3 at forekomsten av alvorlig kardiovaskulær sykdom blant våre dialysepasienter er høy, og mer enn 50% har fått diagnosen angina pectoris, hjerteinfarkt eller koronarsykdom

Fig.3 Forekomst av kardiovaskulær sykdom blant dialysepasienter



Nærmere 10% hadde perifer karsykdom av betydelig grad, og 9% hadde abdominalt aortaaneurysme som ble fulgt. Hjertesviktdiagnosen er nok underdiagnostisert i

vårt materiale, siden ikke alle med lungestuvning eller perifere ødemer er inkludert, bare de som har fått diagnosen kongestiv hjertesvikt. Gjennomgått cerebrovaskulær sykdom ble funnet hos flere enn 10%.

Fig.4

De med og uten kjent karsykdom (n=110)

| | |
|--------------------------------------|------------------|
| Alder (år) | 66,2 vs 54,6 *** |
| Diabetes % | 44 vs 28 *1 |
| BMI kg/m ² | 23,6 vs 24,6 |
| Hypertensjon % | 89 vs 77*1 |
| Pulstrykk før mmHg | 69 vs 65 |
| Pulstrykk etter mmHg | 67 vs 63 |
| KT/V | 1,31 vs 1,36 |
| Hb g/dL | 11,1 vs 11,8* |
| Albumin g/L | 35,5 vs 37,9* |
| CRP | 31,0 vs 21,4 |
| Totkol mmol/L | 4,3 vs 4,4 |
| LDLkol mmol/L | 2,1 vs 2,1 |
| PTH pmol/L | 27 vs 38 |
| Ca albkorr _{predial} mmol/L | 2,42 vs 2,44 |
| Fosfat _{predial} mmol/L | 2,1 vs 2,1 |
| Ca*P produkt | 4,9 vs 5,0 |

Røyking totalt ca 28%??

Os, Frøslid, Høieggan, Viko og Løland –upub.2006



Januar 06-ios

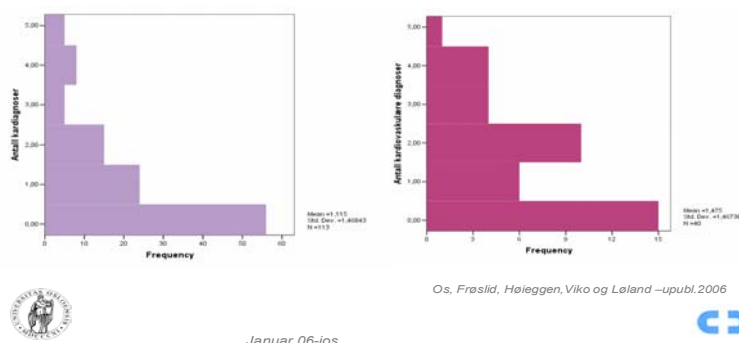


Var det spesielle kjenntegn hos de med koronarsykdom? Fra figur 4 ser vi at de var eldre, det var flere med diabetes, de hadde noe mer hypertensjon definert som bruk av antihypertensiva, eller blodtrykk > 140/90 mmHg. Pulstrykket var høyt hos alle, både før og etter dialyse. KT/V var lik i de to gruppene, og det var heller ikke forskjell i lipidverdiene. Ellers var de med Mange av pasientene har uttalte karforandringer i flere kargebet. Særlig gjelder dette diabetikere. I Figur 5 ser vi fordelingen av antall kardiagnoser blant diabetikere vs ikke-diabetikere i vår dialysepopulasjon. Men også fordi dialysepopulasjonen generelt er blitt i gjennomsnitt mye eldre, økes den kardiovaskulære sykkelighet.

kardiovaskulær sykdom karakterisert av signifikant lavere Hb og albumin. Vi har den senere tid vært svært opptatt av kalk/fosfatproduktet – målt med å multiplisere albuminkorrigert kalsium tatt før dialyse med fosfatverdien tatt før dialyse. Som vi ser er gjennomsnittet

høyt, og over det som er satt som et ønsket mål.

Fig. 5 53% har fått kardiovaskulær diagnose (n=110); blant diabetikere har 62,5% kardiovaskulær diagnose – og det er flere med mange diagnoser



Januar 06-ios

Os, Fresliid, Høeggen, Viko og Løland –upubl.2006



Så våre dialysepasienter er virkelig alvorlig karsyke. Dette betyr at mange aldri vil kunne bli transplantert, og det betyr at dialysepopulasjonen vil øke – og den blir sykere. Dersom de skal transplanteres, må mange pasienter gjennomgå omfattende karkirurgisk intervensjon, ikke bare i koronartreet, men også store abdominal aortaoperasjoner og ulik perifer karkirurgi. Det betyr også at risikoen for dialysekomplikasjoner øker med hemodynamisk ustabilitet under dialysene med hypotensjon, vansker med væsketrekk, problemer med vaskulær tilgang osv - og ikke minst stort hospitaliseringsbehov.

Så hva kan vi gjøre med dette. Når pasientene er etablert i dialyse, er vel prosessen kommet langt – men det er vel holdepunkter for at vi kanskje kan bedre blodtrykkskontrollen blant våre dialysepasienter (og hvilket blodtrykk skal vi da bruke?), men iallfall ha større fokus på kalsifisering i dialysetiden ved

å prøve å bedre kalk/fosfat-metabolismen og den sekundære hyperparathyreodisme. Dialysekvaliteten er viktig, også for blodtrykkskontroll og kalk/fosfatomsættningen. Men skal det monne må vi selvsagt begynne langt tidligere, og faktisk før de første tegn til nyresykdom kommer. Vi har sett at kardiovaskulær sykdom er utbredt både blant kvinner og menn med kronisk nyresykdom i stadium 3 og 4 (Sælen et al. I dette bladet).

Sykdomspanoramaet har endret seg de siste 20 år, og vi ser at også blant våre dialysepasienter er livsstilssykdommer dominerende med mer enn 50% med diagnosen nefrosklerose og diabetes. Det betyr at primærforebyggede tiltak må startes i ung alder – og med en strategi rettet mot hele befolkningen, med fokus på saltinntak, sukkerinntak, fettinntak og fysisk aktivitet. Alt annet blir sekundær- og tertiærprofylakse.

Livskvalitet, psykologiske aspekter og søvnforstyrrelser i dialyse.

En multisenter tværssnittstudie ved 9 ulike dialyse-sentre i Norge (Helse Øst, Helse Sør, Helse Vest og Helse Nord).

Tone Brit Hortemo Østhus, Ingrid Os, Toril Dammen og Inger Hilde Nordhus.
Nyremedisinsk avdeling, Medisinsk divisjon, Avdeling for forskning og Undervisning, Psykiatrisk divisjon, Ullevål universitetssykehus, Fakultetsdivisjonen Ullevål, Universitetet i Oslo, og Institutt for utviklingspsykologi, Universitetet i Bergen

Jeg, (Tone Brit Hortemo Østhus) har nå vært stipendiat ved Nyremedisinsk avdeling på Ullevål universitetssykehus siden mars i fjor, nokså nøyaktig ett år. Her kommer en sammenfatning av prosjektet som jeg jobber med, bakgrunn for studien og litt om data-innsamlingen så langt.

Pasienter med terminal nyresvikt øker i Norge. I følge Norsk nefrologiregister ble det i 2003 registrert 436 nye pasienter med terminal nyresvikt som startet med nyreerstattende behandling . 66 % av disse pasientene kvalifiserte til nyretransplantasjon (www.nephro.no) Det vil si at vi får en stadig økende gruppe pasienter i Norge som rekrutteres til livslang dialysebehandling.

Behandlingsregime i dialyse er svært omfattende, og ofte har pasientene annen alvorlig sykdom i tillegg som hjerte – og karsykdom. Disse pasientene har derfor en betydelig belastning i forhold til livskvalitet. I følge studier som er gjort i utlandet er psykiske belastning, psykiske lidelser, utmattelse (fatigue) samt søvn- og tretthetsproblemer vanlig i denne pasientgruppen. Dette gir ytterligere belastning. Det finnes ingen norske data på dette området. Det forligger heller ingen omfattende internasjonale undersøkelser av verken forholdet mellom slike faktorer og helse- relatert livskvalitet (HRQOL), eller sammenligning av pasienter behandlet med hemodialyse (HD) og peritoneal dialyse (PD).

Helse relatert livskvalitet (HRQOL), hva er det? Bruk og betydning i dialyse

Helse-relatert livskvalitet (HRQOL) er et multidimensjonelt konsept som omfatter hvordan en person fungerer fysisk, psykisk, sosialt og hvordan egen helse oppleves (general health perceptions) . Konseptet HRQOL er et validert system som kan være spesielt nyttig å bruke i pasientgrupper med kronisk sykdom, som for eksempel terminal nyresvikt (ESRD). Ved å gjennomgå litteraturen finner vi at det er nær sammenheng mellom helserelatert livskvalitet, dødelighet og innleggelseshyppighet blant dialysepasienter (se for eksempel den amerikanske DOPPS (American Journal of Kidney Diseases, November 2004, Volume 44 , no 5, ” Health related quality of life in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study” (DOPPS), Donna L. Mapes et al .) Over 17 000 hemodialyse-pasienter fra sentra i USA, Europa (ingen norske sentra) og Japan var inkludert i studien. HRQOL kan brukes som ett mål for resultat av medisinsk behandling eller som prediktor for dødelighet og hospitalisering. Den beste måten å måle HRQOL blant dialysepasienter på er å bruke både et generelt livskvalitets -spørreskjema og et sykdomsspesifikt spørreskjema. Ved å bruke et generelt spørreskjema kan man sammenligne livskvalitetsskårer hos dialysepasienter med normdata (frisk befolkning),

eller med andre sykdomsgrupper. Dette kan være klinisk nyttig fordi vi kan kartlegge spesielle behandlingsbehov for dialysepasienter. Ved i tillegg å bruke et sykdomsspesifikt spørreskjema vil vi kunne fange opp problemer/plager som er mer direkte knyttet til dialysebehandlingen og nyresvikt (eksempelvis ”har du problemer med dialysekateteret/fistelen?”), dette skjema har høyere sensitivitet i vår pasientgruppe. Det er altså subjektive opplysninger som ligger til grunn for beregningen av ulike livskvalitetsskårer (totalskårer og ulike subskårer for de ulike dimensjonene) og disse kan man så relatere til kliniske og sosiodemografiske data. HRQOL konseptet har også blitt kalt ”pasient fokusert helse relatert livskvalitet”, fordi det er pasienten selv som definerer ”hvor skoen trykker” for ham/henne, og i hvilken grad og på hvilke områder livskvaliteten blir påvirket av dialyse-situasjonen. I den nyeste litteraturen på dette feltet blir det foreslått at man i fremtiden kan designe instrumenter hvor pasienten selv også vektet de ulike dimensjonen ulikt, slik at noen vil kunne tillegge fysisk helse/funksjonsevne større vekt enn psykisk helse/funksjonsevne og så videre.

Studiedeltagelse innebærer at pasientene svarer på spørreskjema som omhandler aktivitetsnivå, søvn, tretthet, angst og nedstemthet, samt hvordan man opplever sin egen helse. Alle spørreskjemaene er validerte (to av skjemaene tidligere beskrevet under HRQOL). Skjemaene besvares under en eller flere dialysesesjoner. (PD pasientene svarer på skjemaene i forbindelse med at de er på sykehuset til kontroll). En forutsetning for studiedeltagelse er selvsagt informert skriftlig samtykke. For å oppnå en tilstrekkelig statistisk styrke har vi beregnet at minst 300 pasienter må inkluderes i studien. Et mindre utvalg (ca. 100) av studiedeltagerne gjennomgår også et strukturert psykiatrisk intervju (hvor man følger DSM 4 standard kriterier, dette

Litt om prosjektet

Dette prosjektet er et tverrfaglig samarbeid mellom Nyremedisinsk avdeling og Psykiatrisk avdeling på Ullevål universitetssykehus.

Initiativtagerne bak prosjektet er Ingrid Os (overlege og professor i nyremedisin), Toril Dammen (førsteamanuensis og overlege i psykiatri med særlig kompetanse innenfor psykosomatikk) og Inger Hilde Nordhus (professor i psykologi og med kompetanse særlig innenfor søvnforstyrrelser, Universitetet i Bergen). Det er bevilget penger fra Helse Øst for gjennomføringen av prosjektet. Flere sykehus er med, i tillegg til Ullevål universitetssykehus, sykehusene i Lillehammer, Elverum, Fredrikstad, Tønsberg, universitetssykehusene i Stavanger, Tromsø og Bergen og Akershus Prosjektet har vært under planlegning ca 1 1/2 år forut for oppstarten av datainnsamlingen i august i fjor. I tillegg til en grundig litteraturgjennomgang har vi brukt såkalt pasientkonsulenter i planleggingen. En av disse er Hilde Johansen som under planleggingen av studien ble transplantert, men hun gjennomførte kort tid før det spørreundersøkelsen og gav oss god og viktig tilbakemelding.

intervjuet regnes som gullstandard for diagnostikk av affektive lidelser (alvorlig og lettere depresjon samt angst lidelser) i psykiatri). Intervjuene gjøres av psykiater Toril Dammen som har erfaring med dette fra studier i andre alvorlig somatiske sykdomsgrupper. Disse intervjuene vil brukes til å validere enkelte av spørreskjemaene som går på psykisk belastning. I tillegg får man mulighet til å kontrollere søvnforstyrrelser opp mot psykiske lidelser. Etter at datainnsamlingen startet i august i fjor har vi inkludert ca. 100 pasienter, hovedsakelig ved Ullevål universitetssykehus hvor datainnsamlingen startet først. Vi kommer til å fortsette med å samle inn data på alle de samarbeidene sykehusene og har fått mange gode samarbeidspartnere.

En beskrivende studie

Prosjektet er hovedsakelig en beskrivende studie. Vi ønsker å kartlegge livskvalitet, forekomst av søvnforstyrrelser, angst og depresjoner for å kunne si noe om hvilke typer behov dialysepasienter i Norge har. Ved å gjøre en slik spørreundersøkelse ønsker vi å finne fram til de spørreskjemaene som er mest praktiske og som egner seg best til å bruke rutinemessig i klinikken. Dette for å kunne fange opp pasienter som kan ha nytte av annen type

behandling og oppfølging i tillegg til dialysen. Med denne studien håper vi at man kan legge grunnen for en bedre forståelse av nyresykdom og livskvalitet, og dermed hvordan forholdene kan legges best mulig til rette på dialysepostene i framtiden. Studien vil også være en byggestein for videre forskning på helserelatert livskvalitet blant dialysepasienter. Et naturlig neste skritt etter et kartleggingsarbeid vil være en randomisert kontrollertintervensjonsstudie.

24 timers blodtrykk hos nyretransplanterte pasienter

Aud-E. Stenehjelm, Ingrid Os

Hypertensjon er en betydelig risikofaktor for transplantat svikt hos nyretransplanterte pasienter. En viktig årsak til blodtrykks (BT) stigning hos disse pasientene er immundempende medikamenter som f.eks ciclosporine, tacrolimus og prednisolon. Imidlertid kan også svikt i graft funksjonen føre til høyt BT som er vanskelig å kontrollere.

Optimal BT behandling kan redusere risikoen for kronisk transplantat nefropati. BT behandling er vanligvis styrt etter BT måling på kontoret. Ambulatorisk BT (ABT) måling er blitt lett tilgjengelig de senere år og viser seg å være bedre enn BT målt på kontoret som prediktor for hypertensive organskader og kardiovaskulær risiko. ABT målinger avslører også nattlige BT svingninger som kan være tegn på økt kardiovaskulær risiko og progresjon av nyreskade hos pasienter med nyresvikt.

På nyremedisinsk poliklinikk på Ullevål sykehus screenet vi derfor alle nyretransplanterte som hadde vært transplantert > 1 år og som hadde dobling av albuminutskilling i urin og/eller økning i serum kreatinin > 20 % siste året. Av 187 pasienter, fylte 75 inklusjonskriteriene som indikerte begynnende transplantatsvikt. Bare 4 takket nei, 22 kunne ikke delta av

ulike årsaker og 49 pasienter ble innkalt til 24-timers ABT. De leverte morgenurinprøve til bestemmelse av albumin både ved påkobling og avkobling av 24 timers BT apparatet. Kontor BT ble målt 3 repeterte ganger med tilpasset cuff med sphygmomanometer etter 5 minutters hvile i sittende stilling. Hypertensjon ble definert som kontor BT $\geq 140/90$ mmHg og /eller bruk av blodtrykksenkende medikamenter.

Vi fant at 86 % av pasientene var hypertensive etter ovennevnte definisjon. Fig.1 viser ABT, normalt skal døgn BT være < 125/80 mmHg. Bare 16 % av pasientene hadde 24 timers ABT under denne grensen, BT var 133/80 mmHg i gjennomsnitt. Bare 18 % av pasientene hadde BT fall ≥ 10 % om natten sammenlignet med dag BT og 39 % av pasienten steg i BT om natten. Videre fant vi at 53 % av pasientene hadde kontor BT < 140/90 mmHg, gjennomsnitt var 113/82 mmHg. Dersom vi senket grensen til < 130/80 mmHg, ble andelen pasienter med adekvat kontor BT redusert til 20 %. Gjennomsnittlig 24 timers ABT < 125/80 mmHg ble brukt som standard for adekvat BT kontroll og sensitivitet og spesifisitet for ulike grenseverdier for kontor BT ble utregnet for å forutsi BT kontroll. Receiver operating characteristics (ROC) kurver med arealet under kurven (AUC) viste 0,83

(95 % CI 0,70 – 0,95, $p = 0,002$) for SBT og 0,73 (95 % CI 0,58 – 0,88, $p = 0,007$) for diastolisk (D)BT. Sensitiviteten for å forutsi 24 timers SBT kontroll ved kontor SBT < 140 mmHg var 50 % og sensitiviteten for å forutsi 24 timers DBT kontroll med kontor DBT < 90 mmHg var 25 % (Tabell I).

Pasientene med albuminuri (>300mg/L) steg i BT om natten (6,7 % og 3,6 % for henholdsvis SBT og DBT, mens de med normoalbuminuri hadde fall i BT om natten (- 2,3 % og - 5,9 % for henholdsvis SBT og DBT, $p = 0,04/0,03$), Fig. 2. Vi fant en svak, men signifikant sammenheng mellom fallet i BT om natten og kreatinin clearance ($r = 0,30$, $p < 0,05$).

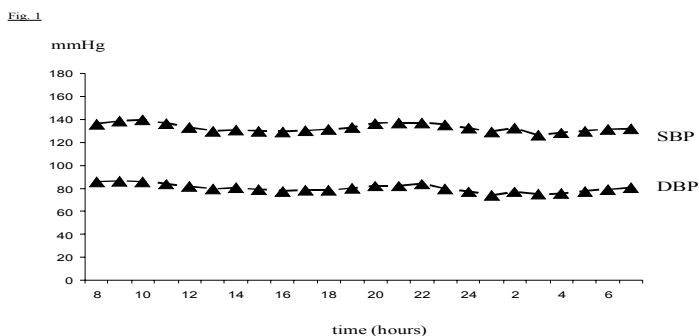
Hovedfunnet i studien vår er at kontor BT synes å underestimere den reelle forekomsten av manglende BT kontroll hos nyretransplanterte pasienter. Ettersom optimal BT behandling hos nyretransplanterte kan redusere risikoen for kronisk transplantatnefropati, er det av stor betydning at BT måling som ledd i oppfølging av nyretransplanterte gjøres med en metode som kan avsløre pasienter med høyt og dårlig kontrollert BT. Alle pasientene i denne studien hadde funn forenlig med begynnende transplantatnefropati i form av stigende kreatinin (s-kreatinin 145 $\mu\text{mol/L}$) og økt proteinutskilling etter gjennomsnittlig 5 år etter transplantasjonen, bare noen få var

biopsert, og 75 % av pasienten hadde serum kreatinin under 191 $\mu\text{mol/L}$. De var med andre ord i en tidlig fase av transplantatnefropati og muligheten for å forsinke utviklingen med intensivt BT behandling og optimal BT kontroll burde være tilstede.

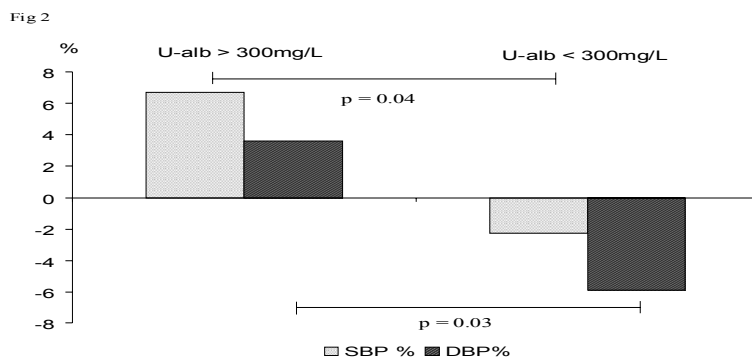
Manglende fall i BT om natten synes å karakterisere nyretransplanterte pasienter. Vi fant at mer enn 1/3 av pasientene hadde invertert døgnrytme med stigende BT om natten. Det har vært hevdet at normal døgnrytme delvis gjenvinnes 1 år etter transplantasjonen når immunosuppressiv medikasjon er redusert og nyrefunksjonen er forbedret sammenlignet med før transplantasjonen, dette kan ikke vi bekrefte. Forskjell i graftfunksjon, i medikament type og dose, i tidspunkt for ABT i forhold til transplantasjonen, kan forklare de sprikende funnene i forekomst av unormalt døgnmønster i BT, de refereres i området 25 % – 90 %.

For å oppsummere; kontor BT synes å underestimere manglende BT kontroll når ABT brukes som standard. Hovedtyngden av pasientene hadde unormal BT døgnrytme, noe som kan få konsekvenser for behandlingsstrategier, og denne informasjonen fås bare gjennom ABT. Derfor burde 24 timers ABT gjøres på alle nyretransplanterte pasienter for å sikre adekvat BT kontroll.

Ambulatorisk blodtrykksmåling hos nyretransplanterte pasienter (n = 49)



Nyretransplanterte pasienter (n = 49) med overt albuminuri steg i blodtrykk om natten, mens de med normoalbuminuri falt i blodtrykk om natten



Sensitivitet og 1- spesifisitet for kontor blodtrykk med ambulatorisk blodtrykk som standard for å predikere god blodtrykks kontroll hos nyretransplanterte pasienter.

| | Kontor blodtrykk | |
|-------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| | Sensitivitet (sann positiv) | 1 - spesifisitet (falsk positiv) |
| SBT (mmHg) | | |
| 100 | 1.0 | 1.0 |
| 106 | 1.0 | 0.80 |
| 110 | 0.97 | 0.80 |
| 120 | 0.83 | 0.50 |
| 130 | 0.67 | 0.10 |
| 135 | 0.56 | 0.10 |
| 140 | 0.50 | 0.00 |
| AUC (95% CI) | 0.83 (0.70-0.95) | p=0.002 |
| DBT (mmHg) | | |
| 60 | 1.0 | 1.0 |
| 70 | 0.96 | 0.82 |
| 75 | 0.96 | 0.55 |
| 80 | 0.80 | 0.50 |
| 85 | 0.38 | 0.14 |
| 90 | 0.25 | 0.09 |
| AUC (95% CI) | 0.73 (0.58-0.88) | p=0.007 |

Nytt skjema for søknad om individuell refusjon av uremimidler

Aud-E. Stenehjøm, Nyremed avd Ullevål universitetssykehus (aud.stenehjøm@ullevål.no) og Maren Krogh, farmasøyt RTV

Farmasøytene i Rikstrygdeverket (RTV) tok initiativ til et samarbeid med Norsk nyremedisinsk forening (NNF) om utarbeidelse av standard søknadsskjema for refusjon av uremimidler (de legemidlene som ikke er i blåreseptlista) våren 2005.

Bakgrunnen for henvendelsen var at det finnes en uendelighet av skjemavarianter (like mange som nyreavdelinger?), RTV ønsket å rydde opp som ledd i å forkorte saksbehandlingstid og å komme i dialog med nefrologene.

På vegne av NNF hadde Solveig Sæta og Aud-E. Stenehjøm møte med RTV v/farmasøyt Maren Krogh og rådgivende lege Sigurd Hortemo i august 2005, og nytt skjema (1),

utarbeidet på bakgrunn av de fleste gamle, er på trappene til å bli utlagt på NNFs hjemmesider (www.nephro.no). Det skal aldri gjøres endringer i skjemaet før RTV har godkjent det og det er meningen at alle nefrologer skal bruke skjemaet. Det skal sendes til legemiddelkontoret i pasientens hjemfylke, altså ikke til pasientens lokale trygdekontor etter utfylling. Rent praktisk må behov for endringer meldes til styret i NNF som videreformidler til RTV. Dette vil forhåpentligvis gi rask og lik saksbehandling i hele landet. Som dere ser, har vi fått inn en rute for avkryssing dersom det ønskes kopi av vedtaket

Litt om saksgang og terminologi i forbindelse med individuell søknad om refusjon av legemidler:

Regelverk:

- Individuell søknad om refusjon av utgifter til legemidler behandles etter § 5-14 eller § 5-22 i folketrygdloven.
- § 5-14: Pliktmessig dekning etter § 10 a (gjelder vårt skjema) eller § 2
- § 5-22: Bidrag legemidler

Saksbehandling av individuelle søknader (Fig. 1):

- Saksbehandlingen for individuelle refusjonssøknader er delegert fra RTV til 1 legemiddelkontor i hvert fylke og 5 regionale fagkontor.
- Legemiddelkontor, saksbehandlere uten farmasøytisk eller medisinsk kompetanse
- Fagkontor, saksbehandlere med farmasøytisk kompetanse

Hva er vedlegg 1?

- Særlige retningslinjer, gitt av Rikstrygdeverket, for saksbehandlingen av individuelle søknader ved legemiddelkontor.
- I dag er det ca 130 vedlegg.
- Vedlegg 1 lages hovedsakelig på bakgrunn av høy saksinnngang for enkelte preparater.

- For å oppnå lik saksbehandling prøves det å gjøre vedleggene så konkrete og presise som mulig.
- Vedlegg 1 er ikke uttømmende, dersom ikke annet kommer fram av vedlegget
- Er det vedlegg 1 for et preparat, og søknaden oppfyller vilkårene kan legemiddelkontor fatte vedtak om refusjon uten å gå via fagkontor.
- Dersom søknaden ikke oppfyller vilkårene på vedlegg 1 skal saken vurderes ved regionalt fagkontor før legemiddelkontoret fatter vedtak.
- Vedlegg 1 oppdateres på internettsidene til trygdeetaten: www.trygdeetaten.no

Saksbehandlingstider

- Nye tidsgrenser for saksbehandling av individuelle søknader:
- Normtid på 3 uker, og ytre grense er 2 måneder.
- For prioriterte saker er normtiden 1,5 uker, og ytre grense er 4 uker.

Noen spørsmål

- Hvorfor er ikke mimpara på skjemaet? Det er dessverre ikke mulig foreløpig. Skjemaet er laget for preparater som behandles ved legemiddelkontoret. Individuell refusjon av mimpara krever farmasøytbehandling og individuelle opplysninger om pasienten. Derfor må standard RTV skjema (§ 10 a) benyttes (NB dette skjemaet sendes også til legemiddelkontoret).
- Hvorfor er ikke neurontin, tegretol, lyrica på skjemaet? Det gis ikke refusjon for smertebehandling i dag, men det arbeides med et nytt smertepunkt og uremisk polyneuropati/nevrogen smerte er tatt med i det videre arbeidet.

Lykke til



Nefrologisk Forum Nr 1 2006

Søknad om individuell refusjon. Brukes bare til pasienter med kronisk nyresvikt

| | |
|-----|-------------------------|
| Til | <i>Legemiddelkontor</i> |
|-----|-------------------------|

| |
|----------------------------|
| <u>Pasientopplysninger</u> |
| Navn: |
| Fødselsnummer: |
| Adresse: |

Søknad om individuell refusjon etter § 10 a for dekning av utgifter til viktige legemidler ved kronisk nyresvikt.

Overnevnte lider av kronisk nyresvikt og skal behandles for dette med følgende nødvendige medisiner mer enn

3 måneder i løpet av ett år. (Sett ring rundt preparatene det søkes om.)

Preparater til å senke serumfosfat/øke serum kalk

Titralac tabletter / Novaluzid / Link

Renagel / Phos-Ex

Fosrenol (for Fosrenol skal tidligere behandling og begrunnelse for valg av behandling oppgis)

Tidligere behandling (oppgi preparatnavn):

Begrunnelse for valg av behandling:

Metabolsk acidose

Natron tabletter / pulver

Forhindre anemi

Aranesp / Eprex / Neorecormon

Reduksjon av hyperkalemi

Resonium kalsium

Uremiske symptomer - kløestillende

Atarax / Phenergan / Vallergan

Kalsiumtilskudd

Preparatnavn:

(Det refunderes kun kalktabletter som er markedsført i Norge og som er å få kjøpt i apotek)

Vitamintilskudd

Renavit

Hypertensjon

Carduran / Sinalfa (tidligere behandling og begrunnelse for valg av behandling oppgis)

Tidligere behandling:

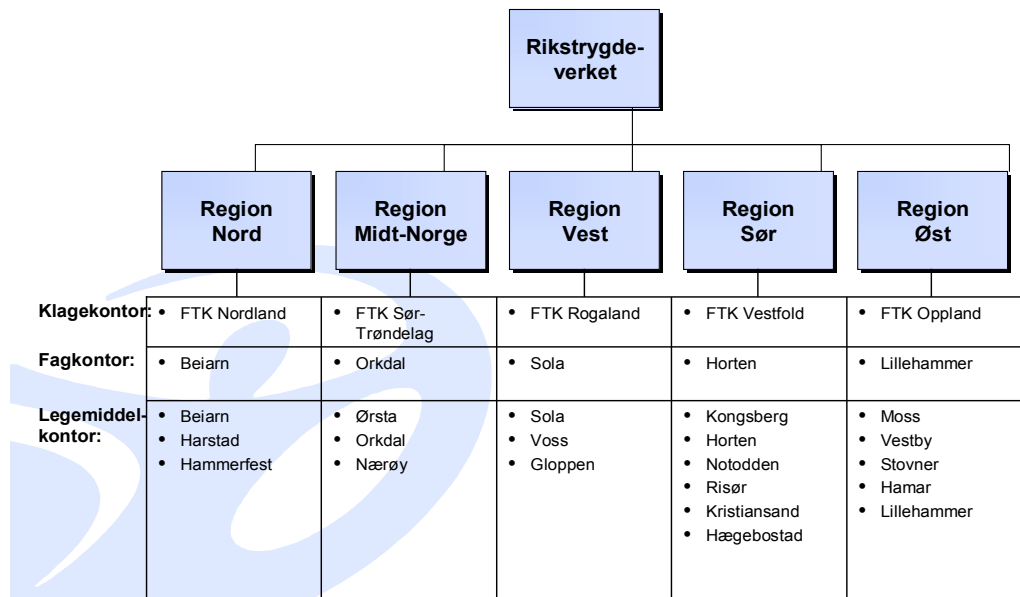
Begrunnelse for valg av behandling:

Det ønskes tilsendt kopi av vedtaket

Med vennlig hilsen

(Legens navn, id-nummer og stempel)

••• Individuelle søknader



Trygdeetaten

**Referat fra årsmøte i NNF
Rikshospitalet 171105 KL. 14.30 – 16.00**

Tilstede: ca. 60 medlemmer

Valg av møteleder og referent var enstemmig:

Møteleder: Einar Svarstad (leder NNF)

Referent: Solveig Sæta (sekretær NNF)

Sak 1 – Årsberetning

Årsberetningen for 2005 ble lest av Einar Svarstad og Solveig Sæta, med følgende rettelse: Det er pr. d.d. 4 æresmedlemmer (ikke 3) i foreningen, og totalt 188 (ikke 187) medlemmer. Årsberetningen ble godkjent av årsmøtet uten ytterligere kommentarer.

(Vedlagt referatet.)

Sak 2 – Regnskap

Regnskapet ble gjennomgått av Einar Svarstad og Solveig Sæta og godkjent av Årsmøtet. Kommentar fra Knut Joachim Berg om at styret bør motta rapport om evt. utdelinger fra Bergsmarkens fond. Så langt har dette ikke vært rutine.

Sak 3 – Kontingent

Foreningen har god økonomi, og kontingenten for 2006 holdes uforandret på kr. 150,- (kr. 0,- for æresmedlemmer).

De forestående endringene i Legeforeningens organisasjonsstruktur vil etter hvert medføre endringer også for kontingentordningen.

Sak 4 – Valg

Ved Anders Hartmann, leder i valgkomiteen.

Styret og alle utvalgene var i år på valg, og den nye sammensetningen er som følger:

Styret:
Harald Bergrem (leder)

Spesialitetskomiteen (forslag til Dnlf):
Rolf Christiansen (leder)

Terje Apeland (sekretær)
Anne Fagerheim
Else Wiik-Larsen
Markus Rumpsfeld
Karsten Midtvedt (vara)
Aud Stenehjem (vara)

Bjørn Odvar Eriksen
Bastian Lie
Jan Bitter

Kursutvalget:

Kristian Heldal (leder)

Hallvard Holdaas
Hans-Arne Myhre
Rolf Christiansen
Repr. fra det nye styret (må utnevnes av styret)

IT-utvalget:

Bjørn Helge Vikse (leder)

Einar Svarstad
Knut Åsarød
Anna Varberg Reisæter

Veiledergruppen (forts. uendret):

Odd Helge Hunderi (leder)

Gunnar Fjermeros
Else Wiik-Larsen
Dagfinn Dyrbekk
Knut Aasarød

Kvalitetsutvalget:

Stig Arne Kjellevold (leder)

Håvard Aksnes
Lasse Gøransson
Odd Aakervik
Morten Reier Nilsen

Valgkomiteen:

Trond Jenssen (leder)

Cecilia M. Øien
Einar Svarstad

Sak 5 – Forslag æresmedlemmer

Styrets innstilling til 4 nye æresmedlemmer fikk Årsmøtets fulle tilslutning:

Per Fauchald
Stein Halvorsen
Erling Saltvedt
Lars Westlie

Sak 6 – Stipender

Stipendene for 2005 utdeles i sin helhet ved Årsmøtet. Nytt i år er opprettelsen av foreningens stipendfond, hvor legemiddelfirmaer har bidratt med hvert sitt beløp. Utdelingen av stipendmidler fra dette fondet foretas uavhengig av firmaenes definerte beløp. Utbetalingen fra dette fondet beløper seg til NOK 200 000,- for 2005, og følgende firma (i alfabetisk rekkefølge) har bidratt:

Amgen (NOK 20 000,-)

Astellas Pharma (NOK 15 000,-)

Nefrologisk Forum Nr 1 2006

Genzyme (NOK 30 000,-)

Novartis (NOK 30 000,-)

Roche ("NeoRecormon-stipendet" NOK 35 000,-)

Roche ("CellCept-stipendet" NOK 30 000,-)

Wyeth (NOK 40 000,-)

I tillegg har Roche Norge AS opprettet et organtransplantasjonsfond, "CellCept-fondet" på NOK 200 000,-. Inntil NOK 50 000,- utbetales i 2005.

Nyreforeningens reise- og forskningsstipend utbetaler inntil NOK 50 000,- for 2005.

Styret mottok i år hele 18 meget gode prosjektsøknader som omfattet et stort nefrologisk register. Styret innstiller på følgende stipend for 2005:

1) NNF-stipend NOK 50 000,-

Aud-E. Stenehjelm (Ullevål Universitetssykehus)

2) Industristipend NOK 200 000,-

Ståle Sund NOK 40 000,- (Førde Sykehus)

Anders Åsberg NOK 30 000,- (RH/UiO)

Bjarne Iversen NOK 30 000,- (Haukeland Universitetssykehus)

Knut Åsarød NOK 30 000,- (St.Olavs Hospital)

Sadollah Abedini/

Hallvard Holdaas NOK 30 000,- (RH)

Silje Rafaelsen NOK 20 000,- (RH)

Cecilia M. Øien NOK 10 000,- (St.Olavs Hospital)

Marit Dahl Solbu NOK 10 000,- (Universitetssykehuset Nord-Norge)

3) Cell Cept Stipend NOK 50 000,-

Bjarte Fosby NOK 40 000,- (RH)

Stein Bergan NOK 10 000,- (RH)

Sak 7 – Rapport fra Spesialitetskomiteen

Ved Kristian Heldal.

Spesialitetskomiteen har i år besøkt 2 sykehus (Haukeland Universitetssykehus og Stavanger Universitetssykehus), og begge er godkjent videre som utdanningssted.

Det er i 2005 godkjent 5 nye spesialister. I tillegg er en spesialist overført fra Sverige.

Forslag til ny sjekklister til spesialiteten er ute på høring.

Målbeskrivelsen og spesialistreglene er ikke revidert.

Hønefoss 241105

Solveig Sæta

Sekretær NNF/referent Årsmøtet

Årsberetning 2005

Årsberetning fra og med 131104 til og med 171105.

MEDLEMMER

Styret har bestått av følgende:

| | |
|-------------------------|---------------|
| Einar Svarstad | - leder |
| Solveig Sæta | - sekretær |
| Karsten Midtvedt | - styremedlem |
| Egil Hagen | - styremedlem |
| Markus Rumpsfeld | - styremedlem |
| Aud-E. Stenehjelm | - varamedlem |
| Cecilia Montgomery Øien | - varamedlem |

Medlemsmassens status pr. 161105 er som følger:

| | |
|--------------------|------------|
| Æresmedlemmer | 4 |
| Ordinære medlemmer | 184 |
| Totalt: | 188 |

(Medlemskap for representanter for legemiddelindustrien/utstyrsleverandører er fra i år sagt opp i henhold til Legeforeningens nye retningslinjer for samarbeid med industrien, gjeldende fra 010105.)

MØTEAKTIVITET

Nordiske Nyredager ble avholdt i Bergen 4.-7. mai 2005, og foreningens tradisjonelle Vår møte utgikk derfor i år. Det var i alt 321 deltakere inkludert foredragsholdere. Følgende land var representert blant delegatene: Sverige, Danmark, Finland, Island, Estland, Latvia, Litauen og Norge. Fra Norge var der i alt 131 deltagere. Til sammen var der ca 70 deltagere fra industrien. Organisasjonskomiteen bestod av Bjarne M. Iversen (formann), Hallvard Holdaas, Ingegjerd Sekse og Einar Svarstad. Sistnevnte var kongressens president. Møtet var organisert med 4 hovedsponsorer (Amgen, Genzyme, Nebo og Novartis), og med nasjonale og internasjonale foredragsholdere. Møtet var faglig sett variert og meget godt, og med et innholdsrikt sosialt program. Tilbakemeldingen har vært gjennomgående god. Under møtet ble det også avholdt styremøte i Scandinavian Society of Nephrology (referat vedlagt).

I forkant av møtet ble det for første gang i regi av foreningens Kursutvalg arrangert "formøte" for norske utdanningskandidater i nefrologi, med til sammen 16 deltagere. Fokus var lagt på to hovedtemaer (Ca/P-stoffskiftet og Immunmodulerende behandling v/glomerulonefritter), og tilbakemeldingen fra deltakerne var meget god. Tilsvarende møte skal arrangeres foran hvert Vår møte, og en tilstreber at forkurset foran Nordiske Nyredager skal bli et felles møte for nordiske utdanningskandidater.

European Renal Association (ERA/EDTA) ble avholdt 4.-7. juni 2005 i Istanbul. Rikshospitalet markerte seg med 3 foredrag (Jøran Hjelmæth, Anders Hartmann og Hallvard Holdaas), og der var flere norske poster.

American Society of Nephrology (ASN) fant sted i Philadelphia 8-13. november 2005 med sedvanlig god norsk oppslutning. Hallvard Holdaas presenterte data fra Alert Extension studien i foredrags form, og gledelig mange medlemmer bidrog med i alt 17 postere!

Norsk Indremedisinsk Forenings Høstmøte 3.-5. November 2005

Norsk Nyremedisinsk Forening deltok heller ikke i år med eget program, men overlege Lasse Gøransson fra Stavanger Universitetssjukehus deltok under "Nytt fra grenspesialitetene" med innlegget: Hjertesykdom hos nyrepasienter, hva betyr kalkstoffsiftet?

Styremøter i Foreningen

Det har vært avholdt 4 styremøter siden forrige årsmøte (130105, 010405, 040605 og 090905). Møtereferatene er gjengitt i årets utgaver av Nefrologisk Forum. Møtet i september var et fellesmøte med Spesialitetskomiteen. Kvalitetsutvalget har vært representert på de fleste møtene.

Viktige saker i foreningens arbeid har vært følgende:

- Arbeidet med Veilederen (Håvard Aksnes)
- Retningslinjer for dialysevannkvalitet (se under Kvalitetsutvalget).
- Pasient- og nefrologprognoser; brev fra Einar Svarstad til Hans Petter Aarseth i SHDir og Einar Skoglund i Legeforeningen. (Se vedlegg.) Under denne saken også arbeidet med kartlegging av de ulike seksjoners ordninger for vakt/beredskap og tjenesteplaner/godtgjøring. (Odd Helge Hunderi og Veiledergruppen.)
- Indremedisinsk samarbeid og spesialforeningenes nye roller. (Se "Orienteringssaker")
- Spesialistutdanningen. (Se "Orienteringssaker")
- Siste del av arbeidet med nefrologiske prosedyrekoder (KITH, implementeres fra 010106).
- Samarbeid med Rikstrykdeverket om standardisering av søknadsskjema for nefrologiske preparater på § 10A. (Aud-E. Stenehjøm og Solveig Sæta representerer NNF. Se "Orienteringssaker".)

KVALITETSUTVALGET

Kvalitetsutvalget har bestått av Håvard Aksnes (leder), Markus Rumpsfeld, Lasse Gøransson og Trond Eide. Fra i høst overtar Stig Arne Kjellevold som leder etter Håvard Aksnes. Arbeidet med nettversjonen av Veilederen skrider fram, og stadig flere kapitler får sitt innhold. Fortsatt gjenstår imidlertid mye arbeid for de respektive kapittelredaktørene, før Veilederen kan kalles fullstendig.

Kvalitetsutvalget har i tillegg arbeidet med Retningslinjer for dialysevannkvalitet (gruppe bestående av Heinrich Kloke, Håvard Aksnes, Børge Rolvsen og Vincent Maure). Forslaget fra gruppen forventes ferdig om kort tid, og sendes deretter til høring i Sosial-og Helsedirektoratet..

IT-UTVALGET

IT-utvalget har bestått av Terje Apeland (leder), Knut Aasarød, Einar Svarstad, Aud-E. Stenehjøm og Håvard Aksnes. På nettstedet www.nephro.no finner vi bl.a. Veilederen, Årsrapporter fra Norsk nefrologiregister, møteoversikter, ulike skjema, oversikt over Foreningens utvalg samt relevante linker.

KURSUTVALGET

Kursutvalget har bestått av Hans Arne Myhre (leder), Kristian Heldal, Hallvard Holdaas og Solveig Sæta. Utvalget har vært i arbeid i ett år og har hatt hovedfokus på arrangement av forkurset for nefrologiske utdanningskandidater foran Nordiske Nyredager (se for øvrig "Møteaktivitet"). Forkurset blir en årlig foreteelse koblet til Vårmetet, og fra 2006 vil Kursutvalget stå for organiseringen av det faglige innholdet i Vårmetet i samarbeid med den lokale arrangementskomiteen. I tillegg har utvalget oversikt over det totale kurstilbudet for utdanningskandidatene, og vil bidra med nye kurs/tema i den grad det er behov for det. På sikt er det et ønskemål å se på muligheten for felles nordiske kurs for nefrologiske utdanningskandidater.

NEFROLOGISK FORUM

Forum har utkommet 2 ganger i 2005, og Egil Hagen er redaktør. Henholdsvis Rikshospitalet og Bergen har hatt ansvaret for de faglige bidragene. Ordningen hvor styret utnevner ansvarlige sykehus for hvert nummer, fungerer utmerket og videreføres. Neste nr. utkommer mars 2006, og Ullevål Universitetssykehus er ansvarlig for det faglige innholdet.

Nytt i år er at MSD ikke lenger står for trykking og utsendelse av Forum. Avtalen med MSD ble avvirket etter at Legeforeningen implementerte de nye retningslinjene for samarbeid med Legemiddelindustrien. Foreningen finansierer selv trykking og distribusjon. Allkopi AS har fått anbudet på trykking og utsendelse, og dette vil også ha lay-out-messige konsekvenser. Forum framstår derfor fra i høst i fornyet utgave.

ØKONOMI

Foreningens økonomi er meget god. Et imponerende overskudd på kr. 1 006 921,- fra Nordiske Nyredager i Bergen har bidratt sterkt til dette. Verdien av Norsk Nyremedisinsk Forenings forsknings- og Utdanningsfond i Unifor var ved utgangen av september kr. 696 415,-. Det er besluttet å utdele kr. 18 000,- av disse midlene v/årets stipendutdeling, som sammen med foreningens egne midler utgjør et samlet stipend på kr. 50 000,-. De tidligere ”industrisponsede stipend” er fra og med i år endret til utbetaling av stipend fra et såkalt ”stipendfond”, hvor flere legemiddelfirmaer bidrar. Den totale summen til utbetaling herfra i inneværende år er kr. 250 000,-. (Se for øvrig under Stipend i Årsmøtedokumentene.)

ORIENTERINGSSAKER

INDREMEDISINSK SAMARBEID OG SPESIALFORENINGENES NYE ROLLER

Legeforeningens organisasjonsstruktur står foran vesentlige endringer som implementeres fra 010107. Vedtaket omfatter 3 forbedringsstrategier, som kort oppsummeres som følger:

- 1) Fagets plass i foreningen skal styrkes.
Det innføres obligatorisk faglig medlemskap. Spesialforeningene omdøpes til *fagmedisinske foreninger*. For vår del innebærer dette obligatorisk medlemskap i Norsk Indremedisinsk Forening i tillegg til Norsk Nyremedisinsk Forening. Særkontingenten bortfaller, og alle medlemmer med autorisasjon blir ilagt et ”fagkontingent-tillegg” i kontingenten i Legeforeningen. De fagmedisinske foreninger får økonomisk tilskudd til driften. Fordelingsnøkkelen her er ennå ikke fastlagt. Foreningene selv kan bare innkreve kontingent for assosierte medlemmer. Det gis imidlertid adgang til å utskrive en tilleggskontingent, begrenset oppad til 10 % av kontingenten til Legeforeningen. Intensjonen er at de fagmedisinske foreninger skal styrkes m.h.t. ressurser og rettigheter, for å sikre bedre vilkår for utviklingsarbeidet i de ulike fagforeninger. Landsstyrerepresentasjon som velges på grunnlag av fagmedisinsk tilhørighet skal fordobles.
- 2) Øke graden av representativitet i foreningens organer.
Det innføres krav om gjennomgående representasjon for yrkesforeningene i lokalforeningenes styre, i eget landsråd og i landsstyret.
- 3) Foreningen skal gjøres mer fleksibel innenfor rammen av hovedstrukturen.
Antallet av lokalforeninger og yrkesforeninger skal kunne endres når forholdene tilsier det. Nåværende fylkesavdelinger består som lokalforeninger (behøver ikke begrense seg til fylke, men bør ikke være mindre enn et helseforetaksområde). Funksjons- og oppgavefordeling mellom lokalforeninger og yrkesforeninger skal beskrives klarere.

SPESIALISTUTDANNINGEN

Legeforeningen har mottatt en høring fra Helse- og Omsorgsdepartementet hvor essensen er som følger:

- HOD delegerer ansvaret for spesialistutdanningen til SHDir, som i den sammenheng oppretter et rådgivende fagorgan med utg.pkt. i NR.
- Godkjenningen av overlegehjemler ”dereguleres”, dvs. overlates til helseforetakene.
- Sentral regulering av underordnede legestillinger beholdes.
- SHDir skal overvåke legemarkedet og utarbeide prognoser for framtidig etterspørsel.
- SHDir godkjenner utdanningsinstitusjoner etter forslag fra RHF.

NNF/Spesialitetskomiteen støtter dereguleringen av overlegehjemlene. Det gir bl.a. kortere argumentasjonsvei i forhold til opprettelse av nye overlegestillinger ved det enkelte HF. Den sentrale reguleringen av utdanningsstillingene ønskes beholdt slik høringen foreslår.

Vi er imidlertid usikre på Nasjonalt Råds framtidige rolle. Funksjonene kan overtas av RHF-ene og legeforeningen m/spes.komiteer, men dette kan slå uheldig ut ved at man får store regionale forskjeller i prioriteringer. Alternativet er at NR videreføres, men med sterkere representasjon fra Legeforeningen. Spesialitetskomiteene som sådan bør videreføres, evt. som egne komiteer av rådgivere underlagt og lønnet av SHDir.

SAMARBEID MED RTV ANG. SØKNADER §10A

Aud Stenehjøm og Solveig Sæta deltok for NNF på et møte i RTV 230805 vedr. utarbeidelse av et standard søknadsskjema for ”nefrologiske preparater” (§10). Tilstede var også lege Sigurd Hortemo og farmasøyt Maren Krogh (begge RTV).

Maren Krogh tok initiativ til dette møtet etter et møte for RTV’s farmasøyter i Stavanger. Bakgrunnen er et felles ønske fra nefrologer og RTV om å ”rydde opp” i en noe uklar praksis, slik at man kan få et standardisert søknadsskjema som inneholder de nødvendige opplysninger. På møtet ble regelverket og saksbehandlingen gjennomgått, og det ble utarbeidet forslag til søknadsskjema.

Styret har hatt skjemaet til gjennomlesning og diskusjon, med en del kommentarer og tilføyelser. Disse er meldt tilbake til Maren Krogh for videre bearbeidelse av skjemaet. Når den ferdige utgaven foreligger, skal den legges ut på nettsidene våre. Foreningen får ansvaret for oppdatering og distribusjon, og alle nefrologer forutsettes å benytte dette skjemaet til søknad om prep. på §10 (lokale varianter av søknader utgår). RTV skal godkjenne evt. endringer.

Aud og Solveig opplevde dette som et meget konstruktivt og nyttig møte. Nefrologene og RTV har helt klart felles interesser av å gjøre prosessen mest mulig standardisert. Dette vil også bidra til å forkorte saksbehandlingstiden ytterligere. Det bør også nevnes at det i RTV arbeides med å føre en rekke av de aktuelle preparatene over til ”blåreseptordningen” (§9). Dette er imidlertid en mer tidkrevende prosess, og behandles på annet nivå (Storting).

Hønefoss/Bergen 151105

Einar Svarstad
Leder

Solveig Sæta
Sekretær

REFERAT STYREMØTE NORSK NYREMEDISINSK FORENING SAS-HOTELLET OSLO 161105

Tilstede fra styret: Einar Svarstad, Karsten Midtvedt, Markus Rumpsfeld, Solveig Sæta
Aud-E. Stenehjem (vara)

Tilstede utvalgsledere: Stig Arne Kjellevoll (Kvalitetsutvalget), Odd Helge Hunderi
(Veiledergruppen), Kristian Heldal (Kursutvalget)

Forfall: Egil Hagen og Cecilia M. Øien (begge styret)
Terje Apeland (leder IT-utvalget)

Sak 1 – Referat

Referat fra fellesmøte styret/spesialitetskomiteen i Hardanger 090905 ble gjennomlest og godkjent med følgende rettelse:

Retningslinjene for dialysevannkvalitet er ikke sendt til høring i Sosial-og Helsedirektoratet enda. Heinrich Kloke arbeider med å ferdigstille saken før den sendes SHDir.

Sak 2 – Orienteringssaker

Post inn:

- Referat fra Minutes of the European Board of Nephrology 040605.
- Orientering fra Einar til styret om det nye kodeverket fra KITH (NCMP) som implementeres i sin nåværende form fra 010106. Kodeverket er sendt ut til alle sykehus og finnes på nettsidene www.kith.no/ncmp.

Vedtak: Det neste styret bør ta oppgaven med å lage en kortversjon til bruk i nefrologisk praksis. Prosedyreverket er organisert anatomisk og ikke etter fagområder, slik at prosedyrer relevante for nefrologi er spredt på mange ulike kapitler.

- Korrespondanse med Terje Apeland vedr. møtoreferater som legges ut på nettsidene. Praksis i dag er slik at sekretær i samarbeid med leder skriver referatene slik at de egner seg for å publiseres i sin helhet på nettsidene.
- Brev fra Legeforeningen om valg av medlemmer til spesialitetskomiteene 2005. Spesialforeningene kommer med forslag, og Legeforeningen foretar den endelige utvelgelsen. NNF sender inn forslaget til medlemmer og varamedlemmer etter å ha avholdt Årsmøte 171105.

Oppfølging: Einar.

- Forslag til endret sjekklister for spesialiteten i nyresykdommer mottatt fra Legeforeningen til høring. Forslaget er utarbeidet av spesialitetskomiteen. Bl.a. er punktet om selvstendig oppstart av akutt dialyse fjernet i den reviderte listen, og dette medførte noe diskusjon. Punktet er erstattet med "Ansvarlig for gjennomføring av akuttdialyse".

Vedtak: Styret melder tilbake at forslaget til ny sjekklister godkjennes med noen mindre justeringer og presiseringer

Oppfølging: Einar

Post ut:

- Einar har sendt takkebrev til alle sponsorer av Nordiske Nyredager (Novartis, Nebo, Genzyme og Amgen).
- Gambro, Vingmed og Novartis ønsker å abonnere på Nefrologisk Forum (kr. 1500,- pr. år). Faktura sendt ut v/Solveig.
- Siden forrige styremøte har vi fått hele 7 nye medlemmer til foreningen. Velkomstbrev ut v/Solveig.

Sak 3 – Regnskap

Regnskapet foreligger for regnskapsåret 011004 – 300905 og vil bli gjennomgått på Årsmøtet 171105. Viser til kommende referat herfra. Det store overskuddet på ca. 1000 000 NOK fra Nordiske Nyredager gjør det mulig å sikre foreningens kvalitetsarbeid videre.

*Vedtak: Styret legger fram for Årsmøtet forslag om å styrke Unifors konto med kr. 400 000,-, samt overføre kr. 150 000,- til hhv. Nyrebiopsiregisteret og Norsk Nefrologiregister.
(Oppfølging: Einar)*

Sak 4 – Årsrapport

Årsrapporten ble gjennomlest og godkjent til framlegging for Årsmøtet 171105, med følgende rettelse: Foreningen har 4 (ikke 3) nåværende æresmedlemmer.

Sak 5 – Stipender

NNF deler i år ut stipendmidler på totalt kr. 300 000,- fordelt slik:

| | |
|---|----------------------------|
| Nyreforeningens Reise- og Forskningsstipend | totalt inntil kr. 50 000,- |
| Industrisponsede stipend ("Stipendfondet") (bidragsytere er Amgen, Astellas Pharma, Genzyme, Novartis, Roche og Wyeth) | totalt kr. 200 000,- |
| Organtransplantasjonsfondet ("CellCept-fondet") (opprettet av Roche, totalt pålydende kr. 200 000,-) | totalt inntil kr. 50 000,- |

Der var hele 18 søknader til stipendene. Styret har enstemmig vedtatt følgende fordeling:

1)NNF-stipend NOK 50 000,-

Aud-E. Stenehjelm (Ullevål Universitetssykehus)

2)Industristipend NOK 200 000,-

| | | |
|-------------------|--------------|------------------------------------|
| Ståle Sund | NOK 40 000,- | (Førde Sykehus) |
| Anders Åsberg | NOK 30 000,- | (RH/UiO) |
| Bjarne Iversen | NOK 30 000,- | (Haukeland Universitetssykehus) |
| Knut Åsarød | NOK 30 000,- | (St.Olavs Hospital) |
| Sadollah Abedini/ | | |
| Hallvard Holdaas | NOK 30 000,- | (RH) |
| Silje Rafaelsen | NOK 20 000,- | (RH) |
| Cecilia M. Øien | NOK 10 000,- | (St.Olavs Hospital) |
| Marit Dahl Solbu | NOK 10 000,- | (Universitetssykehuset Nord-Norge) |

3) Cell Cept Stipend NOK 50 000,-

Bjarte Fosby NOK 40 000,- (RH)

Stein Bergan NOK 10 000,- (RH)

Styret drøftet hvordan foreningen skal håndtere koblingen mellom stipendgiver og stipendmottager, og spørsmålet om tilstedeværelse av de ulike firmaene ved stipendutdelingen, slik vi har praktisert tidligere. I tråd med nye prinsipper for samhandling med Legemiddelindustrien ble det fattet følgende vedtak:

Vedtak: Stipendutdelingen skjer på Årsmøtet uten tilstedeværelse av Legemiddelindustrien. Beløpene fordeles uavhengig av firmanavn, men det opplyses for medlemmene hvilke firmaer som har bidratt, og med hvilke beløp.

Sak 6 – Vår møtet 2006

Vår møtet avholdes i Fredrikstad 4.-7.mai.

Kursutvalget samarbeider med den lokale arrangementskomiteen (leder Odd Helge Hunderi) om det faglige programmet, og det foreligger nå en foreløpig skisse som ble lagt fram for styret. Spesielt kan nevnes at prof. John Feehally fra UK bidrar med foredrag om ”Guidelines CKD identification and management”.

Kursutvalget har også tema og forelesere på plass for ”Forkurset” for nefrologiske utdanningskandidater (avholdes torsdag 0405 før Vår møtet starter). Ferdige spesialister er også hjertelig velkommen til å delta på Forkurset!

Det vil denne gang bli avholdt 3 industrisponsede satelittsymposier (mot tidligere 6). I tillegg blir det industriuavhengige symposier med fagkrefter fra vårt eget miljø.

Sak 7 – Rapport fra utvalgene

Veiledergruppen v/Odd Helge Hunderi:

Ny Veileder er under utarbeidelse og skal harmoneres med Kvalitetsutvalgets Veileder, herunder også evt. navneendring.

Kursutvalget v/Kristian Heldal:

Kursutvalget jobber videre framover med Vår møtet 2006 m/tilhørende Forkurs. Utvalget samarbeider også med arrangør av de tradisjonelle kursene til spesialiteten, bl.a. tx-kurset.

Kvalitetsutvalget v/Stig Arne Kjellevold:

Arbeidet med Veilederen fortsetter. Fortsatt mangler en del fra enkelte av kapittelredaktørene, og noen kapitler er modne for revisjon.

(Terje Apeland fra IT-utvalget meldte forfall til møtet.)

Sak 8 – Status pasient- og nefrologprognoser

Odd Helge Hunderi i Veiledergruppen har utarbeidet en oversikt over arbeidsordninger for nefrologer i Norge, med tilhørende kommentar. Viser til publikasjon i Forum. Det er naturlig at det nye styret overvåker utviklingen med tanke på en mer ensartet praksis for bl.a. vaktordninger og tjenesteplaner.

Sak 9 – Norske retningslinjer for dialyse av eldre/

Denne saken ble ikke behandlet. Det vil være naturlig at det neste styret vurderer behovet for å utforme generelle retningslinjer på dette feltet i lys av den gryende prioriteringsdebatten i helseforetakene.

Sak 10 – ”Tidlig kardiovaskulær nefrologi”

Det er behov for å utarbeide norske retningslinjer for identifikasjon, behandling og henvisning av pasienter med tidlig kronisk nyresykdom. Einar har tatt initiativ til et samarbeid om dette med hhv. Gisle Roksdal (leder i NSAM) og Jan Emil Kristoffersen (leder Aplf), og det er avtalt et orienterende møte den 19.12. for å avklare videre strategier. Harald Bergrem og Einar deltar fra foreningen.

Knut E. Lundin i Norsk Indremedisinsk Forening, Einar Skoglund i Legeforeningen og Hans Petter Aarseth i Sosial- og Helsedirektoratet er også orientert om saken, og det er naturlig og nødvendig at relevante spesialiteter, Dnlf og helsemyndigheter involveres i dette viktige arbeidet.

Dette blir forøvrig et av hovedtemaene på Vårmetet og Forkurset 2006.

Sak 11 – Norsk Indremedisinsk Forening

Brev fra leder Knut E. Lundin til alle spesialforeningene i forbindelse med Legeforeningens nye organisasjonsstruktur som implementeres fra 010107. Det reises i den forbindelse en rekke spørsmål, bl.a.:

- formelle forhold mellom foreningene som forvalter hoved- og grenspesialitetene
- organisasjonskartet i Legeforeningen
- valg til Landsstyret
- fordeling av økonomi

Det foreligger ennå ingen formelle utspill fra Dnlf eller Norsk indremedisinsk forening i organisasjonssaken. Foreningen (Einar) har svart på uformell forespørsel fra Lundin og anbefalt at vårt syn vil være at spesialforeningenes formenn bør være representert i styret i Norsk indremedisinsk forening. Disse viktige prosessene vil utvilsomt bli en av de store sakene for det nye styret.

Sak 12 – Scandinavian Society of Nephrology

SSN avholdes 23.-26. mai 2007 i Göteborg. Dette betyr at det nye styret må ta stilling til om Vårmetet i vår forening skal utgå eller erstattes av et ”Vintermøte” i 2007. Vi har tidligere bestemt at Tromsø skal ha vårmetet i 2007, men i lys av SSN-møtet må denne saken altså revideres av det nye styret (NB!)

Sak 13 – Evt.

Ingen saker.

Hønefoss 121205
Solveig Sæta
Avtroppende sekretær NNF

REFERAT fra STYREMØTE i NORSK NYREMEDISINSK FORENING

Losby gods, fredag 20. januar 2006

Tilstede fra det nye styret: Markus Rumpsfeld, Harald Bergrem, Else Wiig Larsen, Anne Kristine Fagerheim og Terje Apeland

Tilstede fra det gamle styret: Einar Svarstad, Karsten Midtvedt (også vararepresentant i det nye styret),

Forfall: Aud Stenehjem (vara)

1) Sak– Referat fra siste styremøte 16 nov 05

- a) Referatet ble gjennomlest og behørig kommentert av representantene fra det gamle og nye styret. Referatet ble godkjent med følgende kommentarer:
- b) *Einar Svarstad skal sende takkebrev til alle sponsorer av Nyreforeningens stipender. Utbetalingen er noe forsinket pga sen tilgang til nettbank for den nye sekretæren, men vil skje i nær fremtid.*
- c) Ved sist styremøte besluttet man å overføre kr 400 000 til NNFs forsknings og utdanningsfond i Unifor. Pga av begrensninger i nettbank ble kun 300 000 overført. *Den nye sekretæren vil derfor overføre de resterende 100 000 kr til Unifor i nær fremtid.*
- d) Vår møtet 2006 skal være i Fredrikstad 4.-7.mai. Den lokale arrangementskomiteen ledes av Odd Helge Hunderi og er alt godt i gang med arbeidet. Statusrapport imøtesees.
- e) Vår møtet 2007 i NNF kolliderer med Nordic Society of Nephrologys møte 23.-26. mai 2007 i Göteborg.
Vedtak: Vår møtet i 2007 utgår. Det vil ikke bli holdt et vintermøte. Foreningens møter i 2007 blir derfor det nordiske møtet i Göteborg samt Kvalitetsdagen/Årsmøtet i forb. m Samarbeidsmøtet. Harald snakker med Rüdiger Ganss, AHUS, der de hadde sagt seg villige til å arrangere vår møte hvis foreningen ønsket det.

2) **Veileder for nyremedisinsk virksomhet og Veileder i Nefrologi: hvor mye bør/skal gjøres ?**

Vedtak: " Veileder for nyremedisinsk virksomhet " som trykksak opprettholdes og oppdateres, men den rent medisinske informasjon bør i større grad kanaliseres til Web-Veilederen dvs " Veileder i Nefrologi" (tidl Kvalitetshåndboken). Harald informerer Odd Helge Hunderi. Muligens må en av "veilederene" skifte navn for å unngå misforståelser.

3) **Oppfølging av Einars brev til sykehusdirektører/avdelingsoverleger/Sosial- og helsedirektorat**

Vedtak: Initiativet som er tatt er betimelig og viktig. Alle relevante instanser har mottatt brevet. Det synes som der er god forståelse for problemet. Harald snakker med Jan Petter Aarseth om videre arbeid med saken

4) **Økonomi: invitasjon til industrien om å støtte NNFs arbeid**

Vedtak: Det nye styret vil gjøre henvendelse til industrien om fortsatt støtte til forskning/stipender innenfor gjeldende regelverk. Harald snakker med Anders Hartmann / Roche om CellCept stipendet som kanskje er i en særstilling

5) Stipender

Disse vil bli utbetalt så snart bankforbindelsene er kommet i orden.

Vedtak: Ovenstående tas til underretning

6) RTV og refusjon av nyremedikamenter: status

I Auds fravær orienterte Else om saken. Aud og Solveig Sæta har vært i møte med RTV som er positiv til å samle "nyremedikamentene". Mimpara blir holdt utenfor inntil videre.

Kontaktperson i RTV er Maren Krogh.

Vedtak: Saken tas til etterretning. Styret ber Aud om fortsatt ta seg av denne saken, evt i samarbeid med Else. Hvis ikke noe høres fra RTV ved utgangen av februar bør man ta kontakt.

7) Representant fra styret i Kursutvalget

Vedtak: Anne Kristine Fagerheim ble foreslått – og utnevnt- som styrets representant i Kursutvalget .

8) Høringssaker

Landsstyresak : Nye lover for DNLF

Denne saken var hovedsaken under møtet. Lovforslaget ble gjennomgått. Diskusjonen fokuserte på endringer i medlemskap, endringer i kontingent, spørsmål om assosierte medlemmer.

Vedtak: Harald utarbeider et høringsnotat på vegne av NNF. Dette vil bli sendt ut separat til styrets medlemmer til kommentar. Høringsfrist i DNLF er 23/2-06.

9) Prosedyreliste for utdanningskandidater (høeringsfrist 18/11-05)

Vedtak: Det ble tatt til orientering at saken er ferdigbehandlet og videresendt DNLF av forrige styre.

10) Hva bør styret arbeide med videre ?

a) Samarbeid med primærlegene om den ”nye nefrologien”

Vedtak: Styret støtter det arbeidet som ble startet da Einar og Harald hadde møte med representanter for NSAM og APLF 19/12-05 i Bergen. Referat fra dette møtet er utsendt, med kopi til Hans Petter Aarseth, SHDIR og Einar Skoglund, DNLF.

b) Samarbeid med pasientforeninger (LNT, Diabetesforbund, Nasj.f. Hlsyke

Saken ble ikke diskutert. LNT skal feire sitt 25 års jubileum i mai med møte på UUS. Flere av foreningens medlemmer er engasjert til å holde foredrag

c) Nye prosedyrekoder for poliklinikk: bør NNF utarbeide en kortversjon ?

Vedtak: Foreningen bør sende ut et forslag til kortversjon. Det er mest nærliggende å sende den som nyreseksjonen på Haukeland US kommer fram til da de har vært prøveavdeling for prosedyrebruk. Dette sendes kun til seksjonsoverlegene ved sykehusene.

d) Hvilket sykehus har ansvar for Nefrologisk Forum nr 2 / 06 ? (og videre?)

Vedtak: Harald snakker med redaktøren. Det synes naturlig at gruppe 1 avdelingene fortsatt blir ansvarlige for et nummer hver. Det er en fordel hvis det kan lages et langsiktig oppsett for ansvar for 2 nummer per

Møter

e) Vår møte 4-7/5-06. Hva med vår møte AHUS 2007 ? Se ovenfor

f) Faglig møte i Bergen 22-23/5-06

Einar orienterte. Invitasjon er sendt ut til sykehusene

g) Kvalitetsdagen 06 og Samarbeidsmøtet 06

I diskusjonen ble det klart at Samarbeidsmøtet må holdes på RH som tidligere og at Kvalitetsdagen va kommet for å bli og måtte holdes i/nær Oslo pga Samarbeidsmøtet. Men - RH behøver ikke være vert også for Kvalitetsdagen (samtale nylig med Anders Hartmann), denne kunne gjerne legges til UUS eller AHUS. (AHUS vil gjerne være vertskap når det nye sykehuset er ferdig).

Vedtak: Marcus snakker med Ingrid Os om UUS vil/ønsker å påta seg å arrangere

Kvalitetsdagen i forb. Med Samarbeidsmøtet 2006. Program for Kvalitetsdagen bør diskuteres med Torbjørn Leivestad, Kurskomiteens formann og styret på neste møte.

h) *Høstmøtet:*

De siste årene har en rep. for NNF holdt foredrag på Høstmøtet. Erfaringene med egen faglig sesjon har vært ymse, med bl a meget dårlig fremmøte. Pga stor deltagelse fra NNFs medlemmer på ASN er motivasjonen for å bidra/delta på Høstmøtet liten. Styret går inn for å fortsette nåværende modell med et foredrag fra en av medlemmene. Det er mulig at ny organisasjonsform av spesialforeninger/Norsk Indremedisinsk Forening vil føre til endringer i møteform.

i) Nordiske Nyredager Göteborg

Det er viktig at så mange som mulig fra NNF deltar både personlig og faglig.

j) Industrimøter

k) Endring i mulighet for deltagelse ?

Rochedagen 3/2, Nyttårsnyrer 10-11/2

l) Internasjonale møter

i) Heidelberg 23-25/3

ii) EDTA Glasgow juli 06

iii) ASN San Diego november 06

Det synes ikke som noe HF har innført totalforbud mot industrisponset deltagelse på faglige møter.

11) Neste styremøte i NNF

a) Neste styremøte holdes tirsdag 25/4-2006 kl 13-19 i Legenes Hus, Oslo. Lunsj på kantinen 1 etg fra 12.15. Møterom: Marie Spångbergs rom 1 etg

Utvalgsledere vil bli invitert:

i) Rolf Christiansen (leder Spesialitetskomiteen - forslag til Dnlf)

ii) Kristian Heldal (leder Kursutvalget:)

iii) Bjørn Helge Vikse (leder IT-utvalget)

iv) Odd Helge Hunderi (leder Veiledergruppen)

v) Stig Arne Kjellevold (leder Kvalitetsutvalget)

b) *Der er satt av en time til NNF under vårmøtet i Fredrikstad 4-7/5-06.*

Referent : Terje Apeland

Hvordan bør Norsk Nyremedisinsk Forening og industrien

(legemiddel – og dialyseutstøysindustri) samarbeide i forbindelse med NNFs møter??

Styret ber om at medlemmene svarer på de enkle spørsmålene nedenfor. Send svaret til styrets sekretær,

Terje Apeland, Med. Klinikk, Stavanger Universitetssykehus, PB 8100, 4068 Stavanger eller til fax 51519906 eller på e-mail til apte@online.no Svarene vil bli lagt fram på Vår møtet i Fredrikstad.

Bakgrunnen er reglene om samarbeid leger-industri som er vedtatt av både DNLF og LMI. Et utslag er at Forkurset i nefrologi i forkant av Vår møtet i Fredrikstad måtte avlyses da muligheten for å gi tellende timer bortfalt pga at Vår møtet støttes av industri (DNLFs regler) og at industrien ikke vil støtte et møte hvor det gis tellende timer (heller ikke et formøte i forkant av det møtet som egentlig støttes)

Jeg mener at :

1. Vår møtet må inkludere industri utstilling som nå. De som er i utdanningsstilling må finne de nødvendige tellende timer på andre kurs. ENIG ____ UENIG ____ VET IKKE ____
2. Vår møtet må endres slik at det gir tellende timer. Dvs at industrien uteblir fra møtet og deltagerne må søke støtte i Legeforeningens fond II, eller egne evt med støtte fra egen avdeling. ENIG ____ UENIG ____ VET IKKE ____
3. Nærvær av industriutstilling (medikamenter, dialyseutstyr, etc) på møtene til NNF er viktig for at kollegene kan holde seg faglig oppdatert. ENIG ____ UENIG ____ VET IKKE ____
4. Hvis du skulle velge mellom industristøttet møte uten tellende timer for de som er under spesialisering (nåværende ordning) og møte uten industri hvor hele programmet kunne gi tellende timer; hva ville du velge ?

Industristøttet møte som nå ____ Møte uten industristøtte _____

Du er : ferdig utdannet nefrolog i fast stilling _____

Lege i utdanningsstilling _____