

Praksisnytt

INFORMASJON

KOMMUNIKASJON

SAMARBEID

PRAKSISKONSULENTORDNINGEN



Stent ved lumbalt aortaaneurisme

Etter lang tids forberedende arbeid og trening kan nå SiV tilby utvalgte pasienter med utposning på hovedpulsåren å bli operert gjennom blodårene i lysken med stentgraft.

– Dette betyr at vi nå har et komplett tilbud innen karkirurgi ved SiV, sier avdelingsoverlege ved radiologisk avdeling, Anders Mikael Hager.

I slutten av april ble de fire første pasientene operert med såkalt stentgraftbehandling. Operasjonen foregår i et samarbeid mellom karkirurger og intervensjonsradiologer, og går ut på at en metallforsterket kunstig åre (et stentgraft) føres inn gjennom pulsårene i lysken og plasseres på innsiden av utposningen på hovedpulsåren i magen. Hensikten med operasjonen er å hindre at utposningen brister og forårsaker alvorlig blødning.

– Skånsommere inngrep

For pasientene betyr det at i stedet for å bli åpnet fra brystbenet og helt ned til symfyen, slipper de unna med ett tommelfingerbredt snitt i hver lyske. Fordi operasjonen gjennomføres med lokalbedøvelse, blir det også lettere for pasientene å komme seg etter inngrepet.

– Denne operasjonsmetoden egner seg spesielt for eldre og pasienter som av andre grunner ikke tåler åpen kirurgi like godt. Etter operasjonen er pasientene oppe og går samme dag, forklarer seksjonsleder ved karseksjonen, Torbjørn Bakken og overlege ved radiologisk seksjon, André Amundrød.

- Nøye seleksjon og kontroll

Ved vurderingen på poliklinikken er det enda viktigere enn før å få gode henvisninger om pasientens grunn sykdommer, funksjonsnivå i hverdagen samt medikamentliste. Dette er avgjørende for vurdering av hva pasienten tåler av type inngrep og fastlegen kjenner disse forholdene best.

Stentgraftpasientene må i tillegg gå til livslangt kontrollopplegg årlig for å avdekke et eventuelt sviktende graft som krever reintervensjon/behandling. En del pasienter ønsker på grunn av dette ikke stentbehandling med det kontrollopplegget det medfører samt usikkerhet rundt langtidsholdbarheten.

- Reintervensjonsratene burde ligge rundt 15 % forutsatt at indikasjonene for stentbehandling ikke strekkes, opplyser karkirurg Torbjørn Bakken. Når det gjelder valg av inngrep, har vi sagt at vi i utgangspunktet vil vurdere de under 75 år til åpen operasjon og de over 75 til stentgraft. Men individuelle hensyn, blant annet allmentilstand, vil influere på avgjørelsen.

Carl Morten Levy, praksiskonsulent kirurgisk klinikk, carl.morten.levy@siv.no

Innhold

Stent ved lumbalt aortaaneurisme.	side 1
Pasientforløp kols	side 1
Diagnostikk av malaria	side 2
Diagnostisk pakkeforløp	side 3
Ventetider for gastro- og koloskopi	side 4
Barn - hvem gjør hva?	side 5
Samlokalisering av tjenester	side 5 ved Nordre Vestfold DPS
Ny praksiskonsulent	side 6
Endret formel for eGFR hos voksne	side 6

Pasientforløp kols

Sykehuset har nå i samarbeid med kommunene i Vestfold utarbeidet et pasientforløp for kols.

Se mer informasjon om forløpet her:
www.siv.no/kols

Diagnostikk av malaria

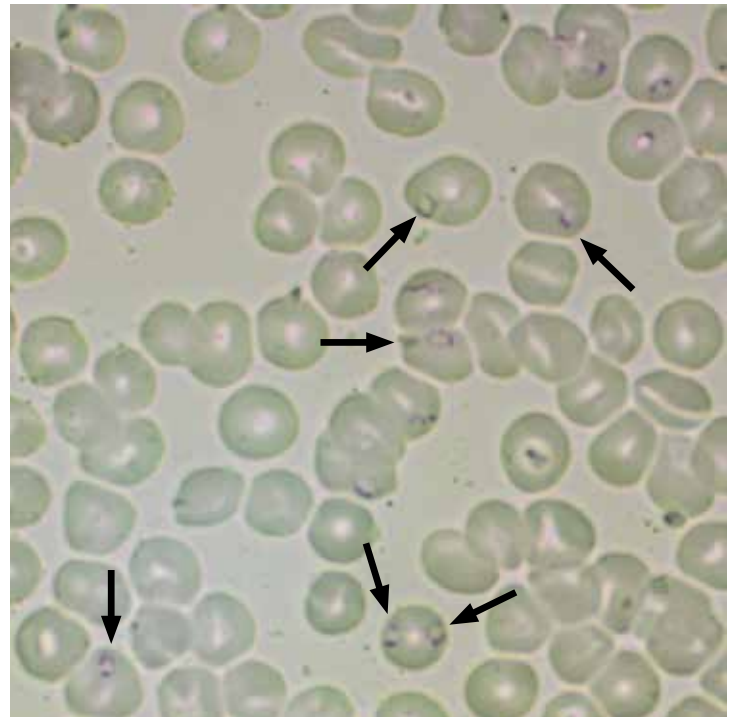
Hvilken plass har hurtigtesten i diagnostikk? Malaria bør alltid vurderes ved febertilstander etter opphold i malariaområder.

Malaria er en febersykdom som forårsakes av Plasmodium-parasitten, som overføres til mennesker ved myggstikk. Det finnes fem hovedtyper av plasmodier som kan infisere mennesker: Plasmodium falciparum, P. vivax, P. ovale, P. malariae og P. knowlesi. Infeksjon med P. falciparum kalles også "malign malaria" på grunn av høy risiko for alvorlig sykdom og død.

De andre malariaformene kan gi kraftige symptomer, men er ytterst sjelden livstruende. Inkubasjonstiden fra myggstikk til symptomer er for P. falciparum 7-14 dager, for P. vivax og P. ovale 8-14 dager og for P. malariae 7-30 dager. I sjeldne tilfeller kan inkubasjonstiden være betydelig lengre. Flertallet av norske malariatilfeller, og nesten alle importerte tilfeller fra Afrika, er forårsaket av P. falciparum. De resterende malariatilfeller i Norge skyldes nesten utelukkende P. vivax.

Symptomer og diagnostikk

Feber er viktigste symptom, og alle pasienter med importfeber etter reise i land hvor malaria er utbredt, må vurderes med hensyn til denne diagnosen. Andre symptomer kan være oppkast, diaré, hodepine, uro, og smerter i rygg, ledd og muskler. Pasienter med klinisk mistanke om malaria skal som hovedregel innlegges i medisinsk avdeling. Der som det er lav klinisk mistanke om malaria, men pasienten har vært i malariaendemisk område siste tre måneder og har feber, men er klinisk kjekk, kan primærlegen bestille blodprøver for å utelukke malaria. Helst skal man konferere med infeksjonslege før man bestiller blodprøver. Infeksjonslegen kan gi råd om diagnostikk og oppfølging. Ut fra reiseanamnese og klinikk kan det for eksempel være nødvendig å lage tykk- og tynndråpe selv om hurtigtesten er negativ. Dette vil ikke bli gjort uten at man har avtalt dette på forhånd med lege på sykehuset.



Plasmodium falciparum-ringformer i utstryk fra en pasient med høygradig parasitemi etter opphold i Nigeria.

Malaria-hurtigtest kan ikke utelukke alle malariaformer; mikroskopi er gullstandard

Malaria-hurtigtesten gjøres i EDTA-blod ved sentrallaboratoriet og utgis som positiv dersom det påvises malariaantigen i prøven. En negativ test kan utelukke alvorlig malaria med svært høy sannsynlighet.

Malaria-antigentesten har høy sensitivitet ved falciparum-infeksjon, men er mindre sensitiv ved andre plasmodiumarter. Ved positiv test vil laboratoriet automatisk lage tykk- og tynndråpe (blodutstryk). Tykk- og tynndråpe kan imidlertid ikke bestilles av primærleger uten at de har avtalt dette på forhånd med infeksjonslege (det må da stå tydelig på rekvisisjonen). Det er nemlig infeksjonslege som mikroskoperer preparatene. Både tillaging, farging og mikroskopi er tidkrevende og skal ikke bestilles uten klar indikasjon. Ved lavgradig parasitemi kan hurtigtesten være negativ, mens tykkdråpen kan vise de typiske ringformene. Tynndråpen er mindre sensitiv enn tykkdråpen, og brukes for artsdiagnostikk og bestemmelse av parasitemigrad (dvs. antall parasitter per antall røde blodlegemer).

Helle Hager, avdelingsoverlege sentrallaboratoriet
helle.hager@siv.no

Aktuelle analyser:

- utvidet hematologistatus med retikulocytter (pasienter med alvorlig malaria har nesten uten unntak trombocytopeni, anemi og retikulocytose)
- LD og bilirubin (begge oftest økt p.g.a. hemolyse av infiserte erytrocytter)
- CRP, leverprøver, kreatinin, natrium, kalium
- malaria-hurtigtest
- mikroskopi av tykk og tynn-dråpe (må avtales spesielt med infeksjonslege)

Diagnostisk pakkeforløp - hva er det?

Diagnostisk pakkeforløp tar sikte på å fange opp det de andre pakkeforløpene ikke inkluderer. Dette er tilstander der symptomer/ funn gir mistanke om kreft eller annen alvorlig sykdom det haster å avklare, og sykdomsbildet ikke tilsier entydig organspesifikk utredning.



Som oftest foreligger følgende primært nyoppståtte symptomer og funn:

- Allmenn sykdomsfølelse
- Uttalt tretthet
- Større utilsiktet vekttap
- Feber uten kjent årsak
- Uforklarlig lav hemoglobinverdi
- Diffuse skjelettsmerter
- En eller flere alarmerende laboratorieprøver, som ikke umiddelbart kan forklares
- Markant økning i antall kontakter med helsevesenet hos en pasient med lavt forbruk av helsetjenester tidligere
- Markant økning i medisinforbruk, for eksempel antibiotika eller analgetika, hos en pasient med tidligere lavt medisinforbruk

Innledende diagnostikk – undersøkelser før henvisning

- Anamnese og grundig klinisk undersøkelse som omfatter undersøkelse av hjerte, lunger, abdomen, samt inspeksjon av hud, palpasjon av lymfeknuter, bryster eller testikler, gynekologisk undersøkelse og rektal eksplorasjon
- Blodprøver: Hb, MCV, MCH, leukocytter m/diff, retikulytter, trombocytter, CRP, natrium, kalium, kreatinin (eGFR), calcium (total), albumin, glukose, HbA1c, bilirubin, ALAT, ALP, pancreasspesifikk amylase, LD. Hos menn > 50 år også PSA. Ytterligere blodprøver ut fra konkret mistanke
- Temperatur, vekt
- Urinprøve, stiks for glukose, protein, leukocytter, nitritt og blod

- Feces for blod. Ved positiv prøve vurderes henvisning direkte til pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft

Merknad: Mange vil stusse over at SR og elektroforese ikke er med i basisutredningen i anbefalingen fra Helse- direktoratet. De fleste fastleger vil nok inkludere også disse prøvene, men merk at høy SR i seg selv ikke er nok til å henvise til dette pakkeforløpet.

Henvisning til pakkeforløp

Pasienter hvor årsaken til symptomene fortsatt er uavklart etter primær utredning, henvises til SiV hvor infeksjons- medisinsk seksjon er ansvarlig for utredningen. Ta gjerne kontakt med infeksjonsmedisinsk lege før henvisning (tlf 33 34 10 88).

Innled henvisningen med «Diagnostisk pakkeforløp – mis- tanke om alvorlig sykdom».

Pasienten må underrettes om at han/hun er henvist til utredning for å utelukke/påvise kreft/alvorlig sykdom. Brosjyren med pasientinformasjon vedrørende "Diag- nostisk pakkeforløp" bør deles ut til pasienten ved hen- visningstidspunktet. Det ligger lenke til brosjyren på SiVs sider om pakkeforløpet. brosjyre kan skrives ut ved behov.

Se også informasjon på www.siv.no/diagnostisk

Tore Stenstad, seksjonsoverlege ved infeksjons- seksjonen, tore.stenstad@siv.no

Carl Morten Levy, praksiskoordinator, carl.morten.levy@siv.no



Ventetider for gastro- og koloskopi og konsultasjoner ved poliklinikk fordøyelssykdommer

Ventetidene ved poliklinikk fordøyelssykdommer har i den siste tiden økt. Vi vil dessverre ikke klare å forbedre ventetidene før høsten 2015.

Pasienter som inngår i pakkeforløp, polyppkontroller eller de som ut fra henvisningen er vurdert til behandling innen én måned vil bli prioritert for time. Det er derimot usikkert om de får time innen fristen.

Det blir i disse dager sendt ut brev til pasienter på venteliste for koloskopi med kopi til fastlegene om antatt ventetid.

Fritt valg av behandlingssted

Fritt sykehusvalg kan være behjelpelige med å finne et annet behandlingssted for pasienten hvis pasienten ønsker det, tlf 800 41 004. Se også deres nettsider www.frittsykehusvalg.no.

Kontakttelefon

Det blir også etablert en kontakttelefon ved poliklinikk fordøyelssykdommer for spørsmål. En del henvendelser vil nok også gå til fastlegene. Kontakttelefonens nummer er 33 34 34 29.

De som svarer på kontakttelefonen samarbeider med Fritt sykehusvalg og har derfor oversikt over ventetidene til andre aktører som har avtale med Helse Sør-Øst om tjenester innen gastro - koloskopi.

Vi beklager situasjonen som har oppstått.

Birgitte Seip, seksjonsoverlege, gastromedisinsk seksjon
birgitte.seip@siv.no

Barn - hvem gjør hva?

Barneavdelingen: Sykdommer hos barn under 16 år som ikke dekkes av tilbudene under.

- *Leger kan henvise.*

Kirurgi- / øre-nese-hals- / øye-problematikk:

Direkte til fagavdelingen uavhengig av alder

- *Lege henviser.*

BUPA barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling:

Utredning og behandling av barn og ungdom i alderen 0 til 18 år og deres familier som har behov for tjenester på spesialisthelsenivå for å avhjelpe psykiske problemer, for eksempel ADHD, relasjonsskade, traumer etc. hos barn med antatt normal kognisjon.

- *Lege eller leder ved barneverntjenesten kan henvise. Aldersgruppen 0-18 år.*

Habiliteringssenteret på Solvang: Utredning av psykisk og fysisk utviklingshemmede barn der man mistenker motoriske og språklige vansker. Jobber tverrfaglig om pasienter hvor ofte flere kommunale instanser allerede er involvert. 0-16 år, men egen avdeling for voksne også.

- *Lege må stå som henviser. Ønsker kopi av lokale rapporter fra fysioterapeut, pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) etc.*



Glenne regionale senter for autisme: Har utredning, diagnostikk og behandling av forstyrrelser i autismspekteret som sine hovedoppgaver. For oss i Vestfold fungerer Glenne både som lokalt og regionalt senter.

- *Fastleger, barnevernledere og OFA (overordnet faglig ansvarlig i kapittel 9 -saker der autisme er aktuelt) kan henvise. Både barn og voksne.*

Kari Wessel Larsen, praksiskonsulent
kari.wessel.larsen@siv.no



Samlokalisering av tjenester ved Nordre Vestfold DPS

Døgnseksjonen allmennpsykiatri og det polikliniske dagtilbudet ved Grefsrud i Holmestrand flyttet i mai til nye og ombygde lokaler ved nordre Vestfold DPS på Linde, Nøtterøy.

For pasienter som ikke har mulighet til å møte i Tønsberg og som tilhører poliklinikkene for rus og avhengighet og psykose, vil det fortsatt være kontorer for poliklinisk og ambulant virksomhet ved tidligere Horten sykehus.

Grethe Reizer, avdelingssjef nordre Vestfold DPS
grethe.reizer@siv.no



NORGE P.P. PORTO BETALT



Ny praksiskonsulent

Spesialist i allmenntidisin Geir Fredborg (55) er ansatt som praksiskonsulent med arbeidssted klinikk fysikalsk tidisin og rehabilitering i Stavern.

Han har jobbet som fastlege i Sandefjord fra 1995.

Foruten legeutdannelsen er han også utdannet fysioterapeut, hvilket gir en interessant bakgrunn for arbeidet i klinikken han skal betjene.

- Jeg gleder meg til å begynne arbeidet. Kysthospitalet i Stavern har en rekke verdifulle tilbud. Mange av disse er for lite kjent blant fastlegene. Dette er av de ting jeg håper å kunne endre på, sier Geir Fredborg.



Endret formel for eGFR hos voksne fra 15. juni 2015

Estimert glomerulær filtrasjonsrate (eGFR) er et viktig verktøy ved utredning og oppfølging av kronisk nyresykdom. Resultatet rapporteres sammen med s-kreatinin hos individer over 16 år og beregnes på bakgrunn av s-kreatinin, alder og kjønn.

MDRD-formelen (Modification of Diet in Renal Disease) har vært brukt hos oss siden 2006. Formelen er basert på en populasjon med en relativt stor andel nyresyke pasienter. I 2009 publiserte Chronic Kidney Disease Epidemiological Collaboration (CKD-EPI) en ny formel basert på en blandet populasjon med og uten kronisk nyresykdom.

Denne formelen anbefales nå nasjonalt og internasjonalt. Det er vist at CKD-EPI formelen gir et mer riktig estimat, spesielt hos de med bare lett nedsatt GFR. Det gjør at vi kan utgi en tallverdi ved alle

GFR områder, mens vi tidligere bare ga ut > 60 mL/min/1,73m².

Testen er dermed bedre egnet til å påvise lett grad av nyresvikt. I forbindelse med overgangen kan s-kreatinin være veiledende for å vurdere endringen i den rapporterte eGFR.

I v rt laboratoriesystem gjøres beregningene basert på personer av europeisk avstamning. Dersom personen er av afrikansk eller afroamerikansk opprinnelse, må den oppgitte eGFR multipliseres med 1,15.

Morten Lindberg, overlege ved sentrallaboratoriet
morten.lindberg@siv.no