

Praksisnytt

INFORMASJON

KOMMUNIKASJON

SAMARBEID

PRAKSISKONSULENTORDNINGEN



Antibiotikaresistens på høstens samhandlingsmøte

Praksiskonsulentene ved SiV inviterer til samhandlingsmøte onsdag 1. november 2017 kl. 18-21, auditoriet SiV. Hovedtema blir antibiotikaresistens.

Antibiotikaresistens tar livet av 25 000 mennesker i Europa hvert år.

Kampen mot antibiotikaresistens er i gang. Regjeringen har iverksatt «Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens 2015-2020». Vi er nå halvveis i denne perioden og Sykehuset i Vestfold er godt i gang med dette arbeidet.

Landsnittet for antibiotikareseptor i 2015 var 381 resepter per 1000 innbyggere per år. Vestfold lå på 412, og var det tredje dårligste fylket. Spriket var fra 320 i Troms til 438 i Østfold. Regjeringen har som mål å redusere antall resepter til 250 per 1000 innbyggere innen 2020.

Det er store forskjeller også innad i kommunene i Vestfold, der spriket lå fra 367 til 501. Hvordan er det i din kommune? I din praksis?

Primærhelsetjenesten står for 90% av foreskrevet antibiotika.

Kom og lær mer om riktig bruk av antibiotika. Vi har invitert foregangs personer innen antibiotikabruk i både primærhelsetjenesten og i spesialist-helsetjenesten.

Hvordan kan vi sammen unngå utvikling av resistente bakterier?

Innhold

Antibiotikaresistens	side 1
Samhandlingsmøte	side 1
Diagnostikk av hemokromatose	side 2
Sjekkliste ved henvisning til MR	side 3
EVF og MCV	side 4
Rekvirering av pasientreiser	side 4
Samarbeidsmøte mellom fastleger og psykiatrien	side 4
Osebergkurset - overvekt og assosierte sykdommer	side 4

Samhandlingsmøte 1. november

Tid: kl. 18.00 - 21.00

Sted: Auditoriet ved Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

Tema: antibiotikaresistens

KURS

Diagnostikk av hemokromatose i allmennpraksis

Bakgrunn: Hematologisk seksjon ved SiV får henvist mange pasienter med høy ferritin for utredning av hemokromatose. Her kan imidlertid vi som fastleger gjøre mesteparten av utredningen selv.

Prevalensen av homozygot genfeil som kan gi hemokromatose er 0,7 %, dvs 7 av 1000 pasienter. Men bare noen få av disse pasientene vil utvikle en klinisk alvorlig hemokromatose med patologiske jernavleiringer.

Diagnostikk av hemokromatose

Inngangsporten til utredning for hemokromatose er forhøyet ferritin eller søsken med tilstanden. Ferritin er i likhet med CRP et akuttfaseprotein, som øker ved inflammasjon. En forhøyet ferritinverdi bør derfor kontrolleres sammen med CRP. Skade av leverceller, f.eks. pga. leversteatose, medikamenter, metabolsk syndrom, og høyt alkoholforbruk kan gi forhøyet ferritin. Således er det fornuftig å undersøke leverprøver, og evt ultralyd av lever som en del av utredningen.

Vedvarende forhøyet ferritin over øvre referanseområde av ukjent årsak gir indikasjon for videre utredning. Det må bestilles fastende transferrinmetning (s-jern/TIBC) x100) i minst to prøver, med minimum 6-8 ukers mellomrom. Hvis transferrinmetningen er under 45%, er sannsynligheten for hemokromatose lav. Ved stabilt høy ferritin og høy transferrinmetning, bør man bestille gentesting for hemokromatose.

Positiv gentest underbygger diagnosen og 80-90% av pasienter med hemokromatose er C282Y-homozygote. Pasienter med hemokromatose kan anbefales å informere søsken og voksne barn om arvelig hemokromatose slik at de kan få kontrollert sin jernstatus.

Behandling av hemokromatose

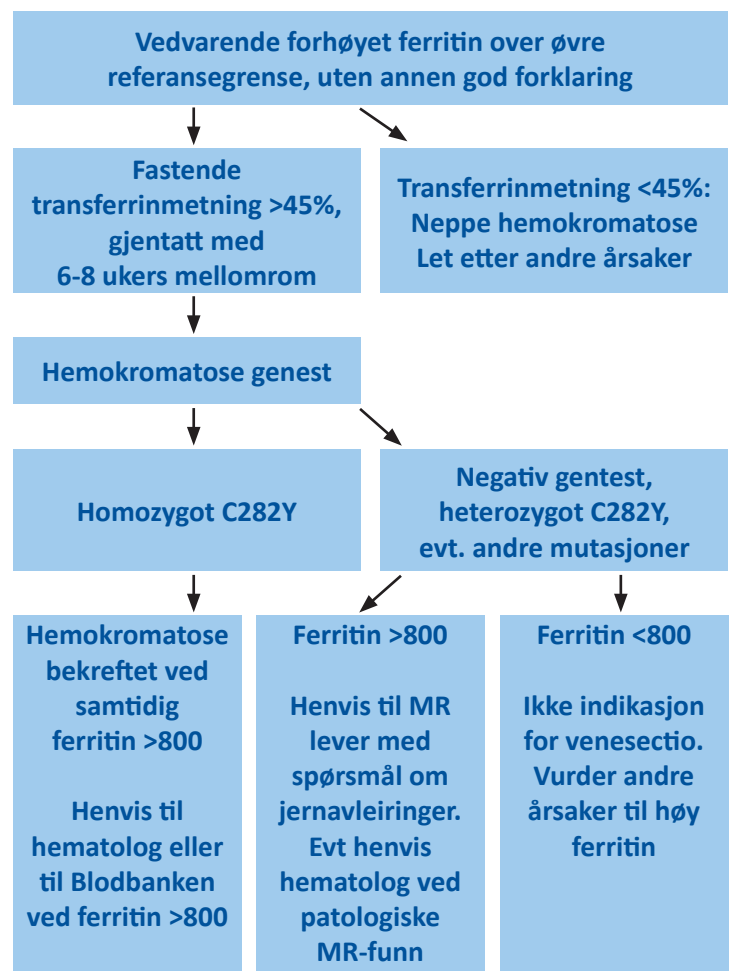
Ved påvist hemokromatose og ferritin ≥ 800 $\mu\text{g/L}$ er behandlingen venesectio, terapeutisk tapping, som i Vestfold utføres ved Blodbanken i Tønsberg, Sandefjord og i Larvik. Behandlingen utføres vanligvis hver 14. dag. I henhold til oppdatert handlingsprogram for hemokromatose utgitt av Norsk Selskap for Hematologi i 2016, er behandlingsmål nå ferritin under øvre referansegrense, dvs. < 150 $\mu\text{g/L}$ for kvinner og < 200 $\mu\text{g/L}$ for menn (ikke under 50 $\mu\text{g/L}$ som tidligere). Henvvisning kan sendes av fastlegen direkte til Blodbanken (foreløpig ikke elektronisk, men på papir). Bruk gjerne skjema som ligger under behandlingen Blodtapping på nettsidene til SiV. Hvis pasienten har lavere ferritin, men er ung og frisk, kan han/hun rådes til å melde seg som blodgiver. Avgjørelse om forebyggende tapping bør ikke ensidig baseres på ferritinverdi, men på en helhetlig vurdering av kjønn, alder, komorbiditet, genotype, slektsanamnese og andre forhold som kan ha betydning.

Hvem skal henvises til hematolog?

- Pasienter med homozygot C282Y som samtidig har forhøyet ferritin over 800, og forhøyet transferrinmetning kan henvises til hematolog ved SiV hvis pasienten/fastlegen har behov for informasjon og råd om videre oppfølging av tilstanden/sykdommen.
- Ved negativ gentest, men vedvarende betydelig forhøyet ferritin (> 800) der videre utredning ikke har avdekket annen forklaring til ferritinøkningen. Negativ gentest utelukker ikke primær hemokromatose. Pasienten kan gjerne først henvises til MR lever med spørsmål om jernavleiringer.

Under følger en forenklet utgave av flytskjema for utredning av hemokromatose i allmennpraksis, utviklet i samarbeid med seksjonsoverlege Emil Nyquist ved hematologisk seksjon.

Emil Nyquist, seksjonsoverlege, emil.nyquist@siv.no
 Helle B. Hager, avdelingsoverlege, helle.hager@siv.no
 Torbjørn Aunan, praksiskonsulent, torbjorn.aunan@siv.no



Sjekkliste ved henvisning til MR

Tips til hvordan besvare spørsmålene på sjekklisten til magnetisk resonanstomografi (MR)-henvisninger ved Sykehuset i Vestfold.

En MR-maskin lager bilder med et statisk magnetfelt og radio-bølger, hvor begge deler har stort potensial til å gi skader hos pasienten. Derfor er det svært viktig å fylle inn sjekklisten sammen med pasienten før MR-undersøkelsen.

Sykehuset i Vestfold har to MR-skannere med ulik magnetfeltstyrke. Vi koordinerer vårt timeoppsett ut fra pasientsikkerhet og hvor vi kan få tatt den beste MR-undersøkelsen for den aktuelle pasienten. Personalet ved sykehusets MR-avdeling bruker mye tid til å verifisere om et eventuelt implantat er sikkert å ta inn i MR-maskinen.

Vi har lange ventelister for å få utført undersøkelser, og dersom vi først får informasjonen når pasienten møter opp til time, kan det være for seint. I ytterste konsekvens kan det skje en alvorlig komplikasjon på grunn av et implantat som ikke blir fanget opp; brannskade, cerebralt klips i bevegelse. Vi kan da bli nødt til å sende hjem pasienter som kunne vært undersøkt på en annen maskin (magnetfeltstyrke) eller med alternative bildeprotokoller.

Ofta hører vi påstanden at pasienten har utført MR-undersøkelser tidligere og derfor må jo implantatet være MR-sikkert. To ulike MR-undersøkelser kan være veldig ulike med tanke på magnetfeltstyrke og potensial for oppvarming av metall i kroppen. Det er derfor ikke tilstrekkelig å vite at pasienten har vært til MR før, og dermed anta at det er helt i orden å gjøre det på nytt.

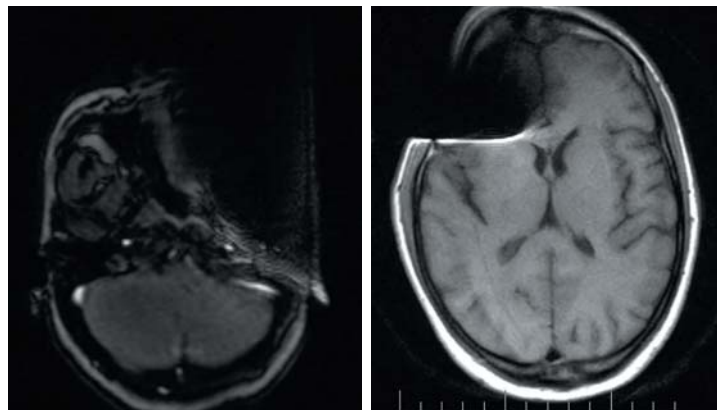
Pasienter som har vært til større inngrep blir ofte utstyrt med pasient-ID kort med navn på implantat, leverandør, type-nummer. Her står de vitale data som vi på MR trenger.

Eksempler på type implantater som det er viktig å opplyse om:

- Tekniske implantater: elektroniske medisinpumper/ stimulatorer/pacemaker
- Hjertestenter /andre typer stenter/vaskulære klips/coiler/ emboliseringsmateriale
- Ortopediske proteser/implantater
- Ventrikelshunter/cochleaimplantater/VAP
- Brystimplantater
- Fremmedlegemer: metallsplint på øyet /granatsplinter/ skuddskader



Fig. 1 viser brannsårl i hud på pasient og en arteriekrans som har smeltet / tatt fyr under MR-skanning. I tillegg har metalliske implantater potensial til å ødelegge bildene (se figur 2), og gjøre disse ubrukelige.



Figur2. Eksempler på effekten av metalliske implantater på bildekvalitet. Slike bilder er i verste fall ubrukelige.

På grunn av stor pågang etter MR-undersøkelser er det viktig at timer ikke går til spille. For et raskest mulig timeoppsett er det viktig at sjekklisten er korrekt utfyllt

Det er tidkrevende å finne korrekte opplysninger og verifisere undersøkelseskriteriene for de ulike implantater. Vi er derfor helt avhengig av at sjekklisten som følger henvisningen er fylt ut så komplett som overhodet mulig og trenger å vite navn på implantat, modell og type nummer før pasienten ankommer undersøkelsen.

Informasjon om implantater, som dere antar er MR-sikre, er det også viktig at dere fyller inn i skjemaet (eksempelvis hjertestenter, hofteproteser) slik at vi skal kunne optimalisere undersøkelsene og passe på at bildene ikke blir ødelagt.

Helsedirektoratet har publisert et læringsnotat om hendelser som har oppstått knyttet til mangelfull eller feil informasjon i MR-sjekkliste. Læringsnotatet er relevant for alle leger som rekvirerer MR-undersøkelser, for radiologiske avdelinger og for alle som jobber med kvalitet- og pasient-sikkerhet:



Vi er svært takknemlige for all hjelp vi kan få til å gjennomføre så mange undersøkelser som mulig på en rask, effektiv og trygg måte.

Ann Kristin Buskland,
fagansvarlig radiograf MR
ann.kristin.buskland@siv.no





NORGE P.P. PORTO BETALT

EVF og MCV utgis på tilsendte prøver tatt samme dag

Ingenting varer evig, heller ikke innholdet i hematologistatus. I 2006 sluttet sentrallaboratoriet å gi ut EVF (erytrocytt volumfraksjon eller hematokrit) og MCV (gjennomsnittlig volum av erytrocyttene) for tilsendte prøver fra primærhelsetjenesten for å unngå falskt høye verdier på grunn av prøvens alder alene.

Erytrocyttene sveller i blodprøven ved økende alder av prøven etterhvert som tilgangen på glukose avtar. I tillegg benytter våre hematologiinstrumenter (som også brukes ved de fleste andre norske laboratorier) et prinsipp som gir økt tendens til høy MCV for gamle prøver fordi cellene sfæres/svelles i analyseprosedyren. EVF måles ikke, men utregnes som produktet av MCV og antall erytrocytter, og blir derfor også falsk høy når prøven ikke er fersk.

Flere fastleger har imidlertid etterlyst svar på EVF – og ny gjennomgang av dokumentasjon fra instrumentleverandøren viser en holdbarhet på åtte timer for EVF og MCV. Forutsatt at prøvetakingstidspunkt (både dato og klokkeslett) er påført rekvisisjonen og prøven analyseres innen åtte timer, vil dere nå få svar på EVF

ved bestilling av enkel hematologistatus og i tillegg MCV ved bestilling av utvidet hematologistatus.

EVF er særlig viktig ved kontroll av pasienter med polycytemia vera. For øvrig gir analysen ingen eller liten informasjon utover det hemoglobin gir. Grovt anslått kan EVF beregnes om 3 x hemoglobinverdien. MCV er nyttig ved utredning av anemi, men MCH (gjennomsnittlig hemoglobinnhold i erytrocyttene) gir samme informasjon som MCV, og er i tillegg meget stabil.

Helle B. Hager, avdelingsoverlege
Sentrallaboratoriet
helle.hager@siv.no

Rekvisirering av pasientreiser

Behandler i primærhelsetjenesten utsteder rekvisisjon på medisinsk grunnlag til førstegangsbehandling i spesialisthelsetjenesten. Ved dagbehandling og poliklinikk skal henvisende behandler rekvisirere tur/retur.

Ved utskrivning, videre henvisning til annet sykehus, nødvendige kontrollundersøkelser og radiologiske undersøkelser som er initiert av spesialisthelsetjenesten, er det aktuell avdeling eller poliklinikk som har ansvaret for å rekvisirere transporten.

Følgende behandlergrupper kan utstede rekvisisjoner på medi-

Presisering om hvem som skal rekvisirere pasienttransport:

sinsk grunnlag: Lege, psykolog, jordmor, fysioterapeut, kiropraktor, logoped, audiopedagog, sykehusansatt oversykepleier eller avdelingssykepleier, faglig ansvarlig på røntgenavdeling eller laboratorium samt ortopediingeniør. Dessuten kan ansatte i sosialtjenesten rekvisirere reise til rusmiddelinstusjon, og tannlege i forbindelse med tannbehandling som dekkes av folketrygdloven § 5-6.

Pasientreiser kan kontaktes på tlf. 05515 for mer informasjon.

Arne Aarflot, Praksiskonsulent, e-post: arne.aarflot@siv.no

Samarbeidsmøte mellom fastleger og psykiatrien

Søndre Vestfold DPS etablerer en møtearena der fastlegene i Sandefjord inviteres til en fast samarbeidsmøterekke med den kommunale psykiatritjeneste og Søndre Vestfold DPS med

oppstart september 2017. Møtene vil for det enkelte legekantor avholdes hver femte uke.

Les mer på www.siv.no/fastleger-sandefjord

Osebergkurset - overvekt og assosierte sykdommer

Senter for sykkelig overvekt ønsker å etablere regelmessig kursvirksomhet hvor de setter fokus på overvekt og assosierte sykdommer. Sammen med Praksiskonsulentordningen har de valgt å etablere «Osebergkurset».

Målet er å tilby et årlig emnekurs med ulike temaer hvor overvekt er sentralt. Det første kurset arrangeres høsten 2017, og tar for seg fedme, diabetes og hjertesykdommer. Vi tror det å arrangere faste emnekurs ved sykehuset «vårt» er et tilbud som

leger i Vestfold vil ha glede og nytte av, og håper å se mange påmeldte til dette første kurset.

Se www.siv.no/osebergkurset for kursinfo og påmelding.