



SI'ste Nytt 1/ 2011

INFORMASJON FRA **DIVISJON LILLEHAMMER**

→Direkte til dagkirurgi

Det er et mål for Kirurgisk avdeling å kunne ta en del pasienter direkte til dagkirurgi uten å ha vurdert dem poliklinisk først. Dette vil være en fordel for pasienten som kan komme raskere til behandling, og som da slipper med en tur til sykehuset. Det vil også bedre situasjonen for andre pasienter ved at en reduserer presset på Kirurgisk poliklinikk.

For å kunne ta pasienter direkte til dagkirurgi, er sykehus-et avhengig av gode henvisninger fra oss fastleger. De trenger informasjon om pasientens totale helsetilstand, verifisert med kliniske funn av nyere dato. (f.eks Hjerne-/Lunge status og BT), beskrivelse av aktuelt problem, grunngivning for behandlingsbehov og dagens funksjon/funksjonssvikt. Det er også viktig at pasienten er, i så stor grad som mulig, informert om operasjonen og tatt stilling til om pasienten ønsker dette.

Noen tilstander egner seg ofte til å ta inn direkte til dagkirurgi.

- Carpal Tunnel syndrom
- Triggerfinger
- Hallux Valgus
- Ganglion
- Dupuytren's kontraktur
- Kne/skulder skopier
- Sterilisering av menn
- Enkelte typer brokk



I andre tilfeller vil det bli gjort individuelle vurderinger, men også her er våre henvisninger leverandør av premissene. Som fastleger kjenner vi våre pasienters helse bedre enn både indremedisiner og anestesilege som kan kobles inn for å vurdere operabilitet/toleranse for anestesi osv. Det er avgjørende at vi gir så gode opplysninger som vi kan slik at våre pasienter får et så trygt, godt og raskt tilbud som mulig.

Jeg har tidligere sendt ut spørsmål om hvordan fastlegene i regionen ser på det å få tilbake henvisninger som er mangelfulle. Det var ingen som hadde motforestillinger mot dette, og derfor har kirurgisk inntakskontor allerede begynt å gi tilbakemeldinger. Sykehuset er pålagt å vurdere henvisningene de har fått, og å underrette pasientene, innen 30 virkedager fra mottatt dato. Ved behov for utfyllende opplysninger vil henvisnede lege bli forespurt om

å skaffe disse. Det er avgjørende med raskt svar, for å sikre rask behandling.

Det er et mål å kunne ta flere pasienter direkte til dagkirurgi og at samarbeidet skal bidra til bedre pasientforløp.

Rita Hansen Møller, praksiskonsulent SI Lillehammer

→Konferanseplikt på indremedisin

Fra 3. januar i år har indremedisinsk endret sin vaktstruktur. Følgende viktige endringer:

1. Vaktstående LIS-lege har vurderingsansvar for alle nyinnlagte og jobber sammen med vaktstående turnuslege om pasientmottak. Begge har tilstedevakt hele døgnet.
2. Bakvaktordningen på medisin er styrket og er nå tredelt. En generell medisinsk bakvakt, en nyrelegevakt og en hjertelegevakt. Alle bakvakter har hjemmevakt om natten.
3. Vaktteamet ønsker å være forberedt på hva som kommer, derfor innfører medisinsk avdeling konferanseplikt. For å gjøre dette enklest mulig for alle parter ber vi fastlegene ringe akuttmottaket som tidligere og melde pasientene. Innleggende lege blir så viderefremidlet til vaktstående LIS-lege medisin for konferering. I spesielle situasjoner kan vaktstående LIS-lege tilkalles direkte for konferering på vakttelefon **912 48 562**.

Med disse tiltak vil vaktkompetansen ved indremedisin på SI Lillehammer bli styrket for at vi kan gi enda bedre pasientbehandling. Styrkingen i akuttmottak har som mål å føre til smidigere pasientforløp og konferering vil her hjelpe oss i å være godt forberedte på innkomne problemstillinger. Med oftere direkte kontakt mellom fastleger og sykehusleger håper vi at vårt gode samarbeid skal bli ytterligere forbedret.

Avdelingsjef/avd. overlege Ole Jonas Rolstad, Indremedisin Lillehammer

Stoff til SI'ste Nytt, kontakt praksiskonsulenten:

- praksiskonsulent Rita Hansen Møller,
- e-post: rita.hansen.moller@gmail.com



Sykehuset Innlandet HF

HELSE  SØR-ØST

→Prosjekt Ambulanse

Deler av ambulansetjenesten i Innlandet utøves av private ambulansetjenester på kontrakt med Sykehuset Innlandet. På møte i april 2009 vedtok styret for Sykehuset Innlandet at sykehuset skulle overta driften av all ambulansetjeneste i Innlandet. Siden overtagelsen vil medføre økte investerings- og driftskostnader ble det vedtatt en trinnvis innføring i periode 2011 – 2013.

Styrets vedtak er begrunnet i følgende forhold:

- Ambulansetjenesten er en del av sykehusets kjernevirksomhet og anses som sykehusets forlengede arm utad.
- Det forventes at ambulansetjenesten vil ta i bruk ny teknologi og mer komplekst utstyr, noe som i økende grad stiller krav til kompetanse. Det er viktig å utvikle tjenesten likt i hele området.
- Det forventes at flere behandlingsløp vil starte i ambulansen og personellet vil i større grad utføre medisinsk behandling sammen med sykehusets leger. Krever tettere samarbeid.
- Sykehus kan ikke gå konkurs, men det kan derimot private ambulanseaktører. Dette er en risiko og kan true tilbudet til befolkning.

Fra 1. januar 2011 overtar Sykehuset Innlandet ansvaret for driften av ambulansetjenesten i Glåmdalsregionen, Nordre og Søndre Land, Gausdal og Midt Gudbrandsdalen.

Overtagelsen omfatter ca 70 årsverk og 11 operative ambulanser. Tjenesten vil bli administrert fra Gjøvik, men med lokale seksjons- og stasjonsledere.

Beredskapen blir den samme som tidligere og overtagelsen endrer ikke på stasjoneringen av ambulansene.

Sykehuset Innlandet har som mål at overtagelsen skal skje på en "smidig måte" og uten at brukerne skal merke dette.

Sykehuset har som mål å utvikle tjenesten ved å ta i bruk tilgjengelig ny teknologi og organisere tjenesten i tråd med de behov brukerne og helsevesenet har i Innlandet.

Pressemelding fra Sykehuset Innlandet HF

→Kronisk nyresvikt

Nefrolog Hans Iver Børresen har revidert prosedyren for utredning, behandling og oppfølging av kronisk nyresvikt. Den fullstendige prosedyren kan lastes ned fra SI sine hjemmesider under "Samhandling". Jeg har plukket ut det jeg mener er viktigst for oss allmennleger:

Måling av nyrefunksjon:

Det finnes kalkulatorer for beregning GFR på internett <http://www.nephro.no/>

Sykehuslaboratoriet angir på oppfordring beregnet GFR

Hvem skal henvises til nyreseksjonen:

- Unge pasienter med sannsynlig kronisk nyreaffeksjon skal henvises tidlig med henblikk på diagnostikk og behandling (s-kreatinin > normalområdet i 2 eller flere prøver).
- Pasienter med proteinuri 2+ i gjentatte prøver.
- Pasienter med nefrotisk proteinuri uavhengig av nyrefunksjon
- Diabetikere med proteinuri.

- Pasienter med mikroskopisk hematuri eller makroskopisk hematuri der urologisk utredning er negativ (Unge pasienter < 30 år kan henvises direkte til nyreseksjon ved mikro-skopisk hematuri).
- Pasienter hvor man kjenner årsaken til nyresvikten henvises til med pol når beregnet kreatininclearance: < 40 ml/min. (tilsvarer s-kreatinin omkring 200 µmol/l)
- Svært dårlige pasienter med andre alvorlige sykdommer enn nyresvikt og som ikke kan tilbys dialyse kan behandles av allmennpraktiserende lege med råd og veiledning fra nefrolog.
- Ved rask utvikling av nyresvikt eller ved uremi som skal behandles legges pasienten inn som øhj eller halv øhj.
- Dersom pasienter følges både på nyrepoliklinikken og med mellomkontroller hos fastlege, ønsker nyrelegen å få beskjed ved eventuelle medisinerendringer.

Huskeliste nyresviktpasienter:

- Tenk gjennom valg og dosering av medikamenter. Ved bruk av alle vannløselige medikamenter (inkludert aktive vannløselige metabolitter) juster dosen.
- Unngå bruk av nefrotoksiske medikamenter; NSAID, aminoglykosider, sulfapreparater, enkelte cytostatika (se Felleskatalogen)
- Reduser eller seponer ACE-hemmere/AII-antagonist i forbindelse med akutt sykdom som gir fare for dehydrering.
- Husk faren for hyperkalemi ved samtidig bruk av ACEI/AII-antagonist og kaliumsparende diuretika.
- Sørg for at blodtrykket er velregulert.
- **Henvi i tide til nyreseksjonen**
- Unngå iv eller ia rtg kontrastundersøkelser hos risikopasienter.
- Følg væskeinntak og diurese hos pasienter som er predisponert for nyresvikt og som får behandling/undersøkelser som innebærer fare for akutt forverring av nyresvikten. Spør om de drikker og tisser normal mengde
- Mist aldri en nyresviktpasient av syne, de kommer alltid tilbake med ubehagelig høy kreatinin.
- Ved interkurrente sykdommer hos pasienter med betydelig redusert nyrefunksjon skal man være liberal med å legge pas. inn som ØHJ.

Hans Iver Børresen, nefrolog SI og

Kristine Gaarder, praksiskonsulent SI Elverum-Hamar

