

# PRAKSISNYTT

Informasjon Kommunikasjon Samarbeid  
Praksis-Konsulent-Ordninga

Allmennpraksis Sjukehus Spesialistpraksis

Nr. 1 Årg. 7

8. jan. 2004



Sentralsjukehuset i Rogaland  
Helse Stavanger HF

## NYTT FRÅ GERIATRISK SEKSJON

### HOSPITERING

Hospiteringsordninga på SIR er godt i gong og tilbakemeldingane frå både allmennpraktikarar og spesialavdelingar er gode. Stadig fleire avdelingar kjem med i ordninga. I Praksisnytt nr. 9 og 11 – 2003 inviterer medisinsk klinikk til hospitering på fleire seksjonar som cardio, gastro, lunge, nyre og infeksjon. Nå er òg geriatrik seksjon klar til å ta mot hospitantar. Opplegget er i tråd med det generelle oppsettet for hospitering slik det kjem fram i praksiskonsulentordninga si heimeside <http://praksis.sir.no> og Praksisnytt nr. 7-2002.

### Ein viktig stad for hospitering

Geriatrisk seksjon er ein sær interessant stad for hospitering fordi ein her driv med kroniske sjukdomar hos eldre der oppfylginga i kommunane er avgjerande for resultatet og der gråsona mellom spesialistmedisin og allmennmedisin er stor. Meir enn nokon annan stad trengs det her godt samarbeid, god arbeidsfordeling, gjensidig forståing og kunnskap om kvarandres faglege kvardag for å gjera ein god jobb på begge nivå.

*Legane ved geriatrik seksjon*

### Praktiske moment

Det praktiske opplegget er omtalt i den generelle orienteringa.. Husk i tillegg at påmelding for hospitering på geriatrik skal gå til Ingeborg Løland Åsfjell (E-mail: [aasf@SiR.no](mailto:aasf@SiR.no)) som vil senda eit skriv med praktisk informasjon og opplysa om kontaktperson på seksjonen. Kort tid før hospiteringa bør allmennpraktikaren og kontaktpersonen møtast for å gå gjennom interesser, læringsmål og prioriteringar for hospiteringsopphaldet. Samtalen skal enda opp i ein konkret plan for hospiteringsdagane.

### CT CEREBRI VED TILVISING FOR DEMENSUTREDNING.

I Praksisnytt nr. 11 – 1999 er der tilrådingar som gjeld tilvising av aldersdemente til 3 ulike poliklinikkar. Det blir ikkje presisert noko ønske om at ein bør rekvirera CT cerebri før tilvising dersom dette ikkje tidlegare er tatt i symptomperioden. Geriatrisk poliklinikk ber nå om at dette blir gjort i god tid slik at resultatet ligg føre ved undersøkinga på poliklinikken.

*Eivind Vestbø  
Praksiskonsulent*

# Nytt godt år?

Praksiskonsulentordninga, PKO, stiller med litt ny utsjånad på fana til Praksisnytt av året, dels også enkelte endringar på heimesida vår, som stadig er i utvikling. M.a. har vi fått inn ein *knapp* for praksiskonsulenten på sida over avdelingar, som eit symbol på at vi vil arbeida med å binde saman første- og andrelinetenesta, og prøve få til eit endå betre samarbeid, med god utnytting av ressursar til beste for pasientar. (Ein kan minna om at knappen er ”festa i allmennmedisinen”, då alle praksiskonsulentar driv dagleg allmennpraksis.) Så langt saknar vi fleire aktive innspel frå allmennpraksis, men også SiR-tilsette kan nytta oss i større grad!

Av saker som har vore vellukka førre året er det spesielt verd å nemna *hospiteringsordninga* for allmennpraktikarar. For den som vil prøve seg her, er det lettast å orientera seg ved å bruka heimesida vår. Fleire kollegar har prøvd seg, og evalueringa er jamt over god, det eg kjenner til. Etter kvart er det mange avdelingar som har oppretta tilbod, og ei veke på SiR gir teljande poeng til spesialistutdanninga i allmennmedisin.

På enkelte avdelingar eller seksjonar har praksiskonsulenten sett på profilen av poliklinikkarbeidet i lag med sjukehuslegen. Dette har vore starten på ein prosess mot betre utnytting av SiR sine ressursar på enkelte avdelingar, og har resultert i informasjonsskriv publiserte i Praksisnytt. Det har også resultert i enkelte returnerte tilvisingar. PKO meiner at dette er nødvendig for å få til ei endring i tilvisingspraksis der ein meiner det er nødvendig. Men vi har presisert at dette bør gjerast i ein god tone og kollegial form!

Elektroniske meldingar byrjar å få eit visst omfang, men krev ein del av mottakarane for at det skal fungera greitt. Ein kan seia at ting går ikkje heilt ”på skinner” ennå, men utviklinga er på rett veg, og 2004 vil venteleg koma med mykje nytt i høve til elektronisk kommunikasjon. Innføring av Nasjonalt

helsenett vert ei stort og komplisert utfordring på fleire plan, og set krav til godt samarbeid. Og midt i all teknikk – ikkje gløym kvaliteten på innhaldet vi kommuniserer! Dette er bærebjelken i samarbeidet, der god kvalitet vil gagna pasientane.

Medio januar går eit todagars seminar av stabelen på Soria Moria i Oslo, der målgruppa er komande praksiskonsulentar i Oslo og nærområdet. Fleire i PKO på SiR vil vera aktivt med på seminaret, og praksiskoordinator Olav Thorsen vil saman med praksiskoordinator på Stord, Odd Jarle Kvamme, leia dette kurset.

I desse dagar vert allmennlegane saumfarne av trygdeetaten når det gjeld bruk av ”Blåreseptordninga”. Det er då naturleg å minna om at dei same reglar gjeld for sjukehuskollegar som for allmennlegar. Om vi ikkje praktiserer regelverket likt, vert pasientane usikre, og det kan gå med mykje tid til å forklara korleis regelverket er. Særs gjeld dette medikament i gruppene under punkt 2, 7, 12, 37 og 41.

Stadig fleire pasientar startar opp med Marevan, også i høg alder, og dei fleste går til kontroll ved fastlegekontoret. For enkelte kan det vera store problem å få stilt inn INR-verdi, og dei praktiske ulemper kan langt på veg overstiga ”medisinsk nytte”. Her vil ein minna om at ein kort telefon frå sjukehuslege til fastlege i mange høve kan verka førebyggjande mot unødig frustrasjon, då fastlegen oftast kan gje verdifulle tilleggsopplysingar. Ein telefon til fastlegen ved utskriving med vektlegging av særskilt viktig oppfølging vil også vera nytting, t.d. i høve til kreftpasientar. Det same gjeld i høve til ”lett demens”. Sentralbordet på SiR meiner å ha oppdaterte ”hemmelege” telefonnummer på fastlegekorpset, slik at ein skal sleppa unødig venting. (Får ein ikkje svar etter kort tid, kan det henda at fastlegen ikkje er tilgjengeleg nett då.)

Asgeir Haugedal  
Redaktør

# PRAKSISNYTT

Informasjon Kommunikasjon Samarbeid  
Praksis-Konsulent-Ordninga

Allmennpraksis Sjukehus Spesialistpraksis

Nr. 2 Årg. 7

8. jan. 2004



Sentralsjukehuset i Rogaland  
Helse Stavanger HF

## KLINIKK FOR BLOD- OG KREFTSYKDOMMER

Klinikk for blod- og kreftsykdommer (KBK) er Helse Stavangers spesialavdeling for diagnostikk, behandling og oppfølging ved blod- og kreftsykdommer. Klinikken åpnet i mars 1999, og består av 2 sengeposter, poliklinikk og strålebehandlingsavdeling.

Klinikk for blod- og kreftsykdommer er lokalisert i et eget bygg som er plassert mellom sydybygget og Psykiatriske klinikk. Bygget består av tre etasjer, og har forbindelse med sydybygget i U-etasjen.

I vestibylen til Klinikk for blod- og kreftsykdommer foregår frammøtere registrering av pasienter til poliklinikk, strålebehandling og CT-undersøkelser. Klinikken har 44 senger fordelt på to sengeposter (1K,2K) som hver består av 18 enerom og 2 tomannsrom.

Vi er det eneste sykehuset i Norge som har valgt å samle blod- og kreftsykdommer i én avdeling. Dette har vi gjort fordi vi finner mange fellestrekk i blod- og kreftsykdommene, både når det gjelder utredning, behandling, pleie og omsorg. Samtidig kan vi utnytte ressursene bedre.

Helse Stavanger var det første sentralsykehuset i Norge som fekk et strålebehandlingstilbud til kreftpasienter.

KBK har lagt vekt på å skape en avdeling som er åpen, synlig og lett tilgjengelig for pasienter og pårørende. Det er åpent vaktrom i kjernen av sengepostene, med dagligstuen på den andre siden. Vi har ingen fast visitt-tid, da vi mener at familie og venner er en viktig ressurs for pasientene. Hvert rom har TV, et lite kjøleskap og eget bad med dusj og WC. Videre har vi innredet et samtalerom med en liten kjøkkenbenk og et lekebord for barna.

Vestibylen i T-etasjen er et stort lyst venterom for pasienter og pårørende. Det er et tekjøkken i vestibylen, der det på dagtid serveres mat og drikke

til de som venter. Denne servicen organiseres og betjenes av Odd Fellow- og Rebekka losjer i Stavanger og Sandnes.

Du finner hjemmesidene våre på internett [kbk.sir.no](http://kbk.sir.no)

### **Avdeling 1K – onkologisk sengepost**

Avdelingens filosofi er å følge kreftpasienter gjennom hele sykdomsforløpet, også i den palliative sluttfasen. Onkologisk sengepost 1K tar raskt imot for utredning av malignitetsuspekte tilstander. Avdelingen har et tilbud til alle former for kreft med unntak av blod- og lymfeknute sykdommer som tilhører hematologisk sengepost.

Avdelingen har ansvar for pasienter som får strålebehandling, cellegiftbehandling og komplikasjoner til slik behandling.

Pasientene får symptomlindrende behandling ved smerter, kvalme, ved utilfredsstillende ernæringsstatus, infeksjoner, pusteproblemer mm.

Det vektlegges et godt samarbeid med pasient, pårørende og primærhelsetjenesten.

### **Avdeling 2K - hematologisk sengepost**

Den hematologiske sengeposten 2K tar primært for seg utredning og behandling av pasienter med forskjellige blodsykdommer. Avdelingen behandler både maligne og benigne sykdommer.

Eksempler på dette er høy eller lav blodprosent (polycytemi, anemi), sykdommer med beinmargsvikt, alle former for blodkreft (leukemier), alle former for lymfekreft (lymfomer), tilstander med blødningstendens (hemofilier og trombocytopenier) samt blodpropper (dyp venetrombose, lungeemboli).

De fleste pasienter som innlegges med blodpropp gjennomfører en begrenset malignitetsutredning.

### **Avdeling poliklinikk**

Poliklinikken holder til i T-etasje og er åpen 4 dager i uken fra kl. 0800 – 1800 og fredag fra kl. 0800 – 1530. Poliklinikken gir ca 4.000 cellegiftbehandlinger per år og gjennomfører totalt ca 16.000 konsultasjoner årlig. Alle pasienter med onkologiske og hematologiske problemstillinger som trenger poliklinisk oppfølging behandles her. I tillegg utfører avdelingen blodtapping (veneseccio) av hemokromatose pasienter. Mange pasienter får også blodoverføring på poliklinikken.

### **Avdeling stråleterapi**

Stråleterapiavdelingen holder til i T-etasje og er åpen 5 dager i uken, kl. 0800 – 1600. Avdelingen er stengt i helger og på helligdager. Avdelingen har 2 strålebehandlingsmaskiner, en planleggingsmasking og egen computertomograf (CT). Her arbeider stråleterapeuter, radiografer, leger, fysikere, ingeniører, sekretærer og renholdere. Alle har et nært samarbeid for å gi en god og sikker behandling.

Avdelingen gir både kurativ og palliativ strålebehandling. Behandlingen gis både til pasienter som er innlagt på sykehuset og til pasienter som bor hjemme. Klinikken har en avtale med Alstor Hotel for polikliniske pasienter med lang reisevei, som bor på hotellet i behandlingsperioden.

### **Palliativt utadrettet team**

KBK har fra starten i 1999 hatt to kreftsykepleiere som har vært bindeleddet mellom sykehuset og primærhelsetjenesten. Sykepleierne har bistått med hjemmebesøk, sykehjemsbesøk og veiledning. KBK styrker og utvider denne funksjonen fra 01.01.04 - med etablering av et utadrettet palliativt team (5 sykepleiere, en lege og en sekretær). Klinikken vil i perioden fremover planlegge organiseringen av dette teamet i fellesskap med samarbeidspartene i primærhelsetjenesten.

## **SAMARBEIDSRUTINER**

### **Henvisning til sykehus**

KBK har ikke ventetid for maligne sykdommer. Pasientene kan henvises per brev eller per telefon til vakthavende lege. 85% av alle henviste pasienter får behandlingstilbud innen 3 arbeidsdager. KBK ønsker henvist direkte til klinikken alle med sterk mistanke om malignitet, det være seg stort vektapp, mistanke om metastaser, ascites, pleuravæske eller

andre symptomer på ondartet sykdom. Disse vil tas imot umiddelbart. Mistanke om kreft i bryst, tarm eller prostata mm henvises til kirurgiske spesialavdelinger som før.

### **Utskrivningsprosedyre**

Pasientene utskrives med foreløpige utskrivningsrapporter som de får med seg. Epikrise sendes vanligvis elektronisk 2-4 dager etter utskrivelsen. I de tilfeller hvor pasientene ønsker å få pleie og oppfølging hjemme eller på sykehjem avholdes det nettverksmøte med hjemmesykepleie før utskrivning. Det vil være ønskelig om fastlegene i større grad enn nå hadde mulighet å delta i nettverksmøtene. Palliativt utadrettet team vil få en sentral rolle i gjennomføringen av gode palliative pasientforløp utenfor sykehus.

### **Henvisning til blodtransfusjon**

Pasienter som trenger blodtransfusjon kan henvises til poliklinikken. Det må sendes skriftlig henvisning eller tas telefonisk kontakt for å avtale. Pasienten må ta blodprøver (blodbank) før transfusjon finner sted.

### **Pasientens bok**

KBK har som ledd i kvalitet ønske om å bedre pasientbehandlingen og samhandling med pasientene som er forfattet i PASIENTENS BOK.

Denne ligger tilgjengelig på internett:

[www.kbk.sir.no/pasientens\\_bok](http://www.kbk.sir.no/pasientens_bok)

Pasientens bok inneholder lettfattat informasjon om alle diagnoser og behandlingsformer som gis ved klinikken. Den enkelte pasient får skrevet ut sine aktuelle avsnitt og får disse i en perm. Pasientens bok inneholder også informasjon om de mest vanlige alternative behandlingsformer.

Pasientens bok oppdateres hvert halvår.

### **Kontaktpersoner:**

*Ruth Midtgarden (praksiskonsulent, Legesenteret Mariero)*  
*Dagfinn Øgreid (klinikkdirektør, KBK)*  
*Inger Kristin Grødem (sekretær, KBK)*



## SAMARBEID MELLOM HUDAVDELINGEN, PLASTISK KIR. AVD. OG ALLMENNPRAKTIKERNE OM PREMALIGNNE OG MALIGNNE HUDLIDELSER

Hudavdelingen og Plastisk kirurgisk avdeling, SiR, Helse Stavanger har et nært samarbeide omkring behandlingen av premaligne og maligne hudtumorer. Der er tidligere utsendt retningslinjer til våre kollegaer fra allmennpraksis omkring behandlingen av slike tilstander. I det følgende har vi foretatt en rekke oppdateringer.

- **Solare (aktinieske) keratoser**  
Dette er en svært vanlig, premalign hudlidelse, spesielt hos eldre mennesker med lys hudtype og betydelig soleksposisjon. 1 av 1000 lesjoner pr. år utvikler seg til plateepitelcarcinom.

**Henvisning:** Hudavdelingen.

Hudavdelingen har undervisningen av ca. 80 medisinske studenter fra UiB per år. Solare keratoser er en velegnet tilstand til praktisk undervisning av medisinske studenter.

**Behandling:** CO<sub>2</sub> laser, cryoterapi, elektrokoagulasjon, curettering. Imiquimod krem (Aldara) eller 5-FU krem kan være alternative behandlinger hos utvalgte pasienter. Fotodynamisk terapi (PDT) brukes oftest til multiple elementer.

**I allmennpraksis:** Allmennpraktikere kan behandle lette lokaliserte tilfelle med Aldara krem eller bruke cryoterapi. Hudforandringene kan observeres uten behandling, dersom keratosene er lite uttalte og det klinisk ikke er mistanke

om carsinomutvikling. Ved usikkerhet anbefales histologisk undersøkelse (stansbiopsi). Pasienten bør beskytte seg mot ytterligere solskade.

- **Basalcellecarcinom**  
Hyppigste form for hudkreft, som vanligvis er ufarlig og ikke metastaserende. Enkelte typer som morphea (skleroserende) type kan være mer aggressive, og spesielt ved legemsåpninger som øyne nese, munn og øregang må spesiell varsomhet iakttas. Denne typen behandles best med kniveksisjon uansett lokaliseringen.

**Henvisning:**

- a) **Lokalisasjon ved legemsåpninger:** Plastisk kir. avd.
- b) **Lokalisasjon i ansiktet forøvrig:** Hudavdelingen
- c) **Lokalisasjon på truncus og ekstremiteter:** Hudavdelingen

**Behandling:** CO<sub>2</sub> laser, cryoterapi, kniveksisjon, curettering, elektrokoagulasjon. fotodynamisk terapi (PDT).

**I allmennpraksis:** Små verifiserte eller mistenkte basalcellecarcinomer kan fjernes kirurgisk med fri kant. Man kan også bruke curretage og cryoterapi, men da bør diagnosen være verifisert med biopsi på forhånd. Husk risiko for keloidutvikling ved kirurgiske inngrep i skulderområdet og spesielt presternalt.

- **Plateepitelcarcinom (spinocellulær cancer)**

Mer aggressiv form for hudkreft. Metastaserer sjelden dersom det utvikler seg fra en solar keratose. Cancere på hud som ikke har vært soleksponte er de mest aggressive.

**Henvisning:** Plastisk kir. avd.

**Behandling:** Behandles vanligvis med kniveksisjon.

**I allmennpraksis:** Ved mistanke om plateepitelcarcinom bør det tas vevsprøve for histologisk verifisering eller henvises raskt mhp biopsi og behandling dersom mistanken er sterk. Små mistenkte eller verifiserte plateepitelcarcinomer kan fjernes av allmennpraktikeren med 2 mm fri kant.

- **Dysplastiske nevi**

Hudavdelingen mottar henviste pasienter med dysplastiske nevi og pasienter med uregelmessig utseende føflekker, men har ikke kapasitet til oppfølging av samtlige pasienter i denne kategori.

**Henvisning:** Hudavdelingen.

**Oppfølging:** Pasienter med mange dysplastiske nevi som samtidig enten har egen eller familiær forekomst av malignt melanom.

- **Malignt melanom**

**Henvisning:**

a) **Histologisk verifisert over 0,75 mm tykkelse eller ved sterk mistanke:** Plastisk kir. avd.

b) **Usikker diagnose og lite ønskelig med eksisjonsbiopsi:** Hudavdelingen.

**Behandling:** Kirurgi

**I allmennpraksis:** Ved mistanke om malignt melanom kan primærlege utføre eksisjonsbiopsi med 2 mm fri kant. Ved sterk klinisk mistanke kan allmennpraktikeren henvise direkte til plastisk kir. avd. Mindre lentigo maligna kan allmennpraktikeren eksidere selv med 1 cm fri kant. Ved maligne melanomer der tykkelsen er under 0,75 mm kan allmennpraktikeren likeledes eksidere selv med 1 cm fri kant.

**Oppfølging:**

- a) **Hensikt:** Oppdage lokale residiv og nye maligne melanomer.  
b) **Hypighet:** Hver 3. måned i 1 år, deretter hver 6. måned i 3 år og så hver 12. måned i inntil 10 år.

**Innhold:** Klinisk undersøkelse.

Informere om solvaner og selvundersøkelse.

Ved mistanke om metastaser: røntgen, ultralyd, laboratorieundersøkelser.

*Thomas Ternowitz*  
Professor, avd. overlege,  
Hudavd.

*Jan Terje Røttingen*  
Avd. overlege plast.kir. avd

*Eivind Vestbø*  
Praksiskonsulent

# PRAKSISNYTT

Informasjon Kommunikasjon Samarbeid  
Praksis-Konsulent-Ordninga

Allmennpraksis Sjukehus Spesialistpraksis

Nr. 4 Årg. 7

27. jan. 2004



Sentralsjukehuset i Rogaland  
Helse Stavanger HF

---

## LINDRENDE BEHANDLING for alvorlig syke og døende

**Målgruppe:** Leger ved SIR og leger i kommunehelsetjenesten

Sykepleiere ved SIR og i kommunehelsetjenesten

**Sted:** Begge dager i Aulaen i 2.etasje, SIR

**Pris:** Gratis

### 16. mars Smertelindring: dag 1

14.30 – 15.00 Registrering

15.00 – 15.45 Smertefysiologi v/Per Egil Haavik\*

16.00 – 17.30 Vurdering av medikamentell smertebehandling til kreftpasienter  
v/Per Egil Haavik

17.30 – 18.00 Pause

18.00 – 19.30 Annen smertebehandling  
Smerter som er vanskelige å håndtere/intraktable smerter  
v/Per Egil Haavik

### 24. mars Symptomlindring: dag 2

14.00 – 14.30 Presentasjon av KLB  
Hva er lindrende behandling? v/Dagny Faksvåg Haugen\*\*

14.30 – 15.00 Symptomregistrering,  
presentasjon av ESAS og "Lindring i Nord"

15.15 – 16.45 Symptomlindring: kvalme, obstipasjon, delir/kognitiv svikt.  
Symptomlindring i terminalfasen v/Dagny Faksvåg Haugen

16.45 – 17.15 Pause

17.15 – 18.00 Tverrfaglig samarbeid. Samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten  
Palliativt team ved SIR

18.30 – 19.00 Palliativ omsorg i 1.linjetjenesten, - diskusjon

Kurset er søkt godkjent med 10 timer til valgfritt kurs for leger og av NSF som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist

**Påmelding:** Astrid Klungtveit [klad@sir.no](mailto:klad@sir.no) **innen 1. mars 2004,**

tlf 51519615

**Kontaktperson** vedr kurset: Torhild Thorstvedt [thto@sir.no](mailto:thto@sir.no) ,

tlf 51511898

**Arrangør:** Praksiskonsulentgruppen v/ lege Ruth Midtgarden,  
SIR v/ Klinik for blod og kreftsykdommer, og  
Kompetansesenteret i lindrende behandling, Helse Vest.

\* og \*\*, se neste side.

\* Per Egil Haavik er seksjonsoverlege ved Smertepoliklinikken ved SIR.

Haavik er spesialist i anestesi siden 1984. Han har i tillegg vært tilsynslege ved sykehjem i Stavanger i 13 år frem til 2000. Han var også regional medarbeider ved Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest i 2002-2003

\*\*Dagny Faksvåg Haugen er leder/overlege ved Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest i 80% stilling, har 20% stilling som overlege ved Kreftavdelingen, Haukeland Universitetssykehus. Dr. med. 1996, spesialist i onkologi 1998. Fra 2001 leder av Norsk forening for palliativ medisin.

## Hospiteringsveke på barneavdelinga

Allmennlegar kan hospitera ei veke på barneavdelinga for å læra om arbeidet ved sjukehuset, auka kompetansen innan pediatri og få 25 valfrie poeng til vidare-/etterutdanning i allmennmedisin. Tidspunkt for hospiteringa er valfritt, men på grunn av studentundervisning kan ikkje barneavdelinga ta i mot hospitantar første seks veker etter sommarferien og sju første veker etter nyttår. Hospiteringa varer ei veke, og det blir ikkje gitt økonomisk kompensasjon. Det blir likevel gitt 25 valfrie poeng til vidare-/etterutdanning i allmennmedisin.

Arbeidsdagen varer frå 08-15.30, men det vil vera høve til å delta på vakt om ettermiddag/kveld. Timeplanen (sjå under) kan tilpassast evt. ønske frå hospitanten. Hospiteringa må avtalast med avdelingsoverlege, som også kan svara på praktiske spørsmål ikring ordninga. Praksiskonsulent kan også svara på spørsmål.

*Det er viktig at den som ønsker å delta i hospiteringa set seg inn i dei generelle retningslinjene for hospitering på <http://praksis.sir.no/Hospit/Index.htm>.*

*Den som ønsker å hospitera på barneavdelinga bør lesa Markestad T. Tilnærming til det akutt syke barnet. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 608-11  
[http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/pa\\_lt.visSeksjon?vp\\_SEKS\\_ID=271625](http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/pa_lt.visSeksjon?vp_SEKS_ID=271625)*

<b>TIMEPLAN</b>					
Tidspunkt	<b>Måndag</b>	<b>Tysdag</b>	<b>Onsdag</b>	<b>Torsdag</b>	<b>Fredag</b>
08.00-08.45	Morgonmøte	Morgonmøte	Morgonmøte	Morgonmøte	Fredagsmøte
08.45-09.00	Rtg	Rtg	Rtg	Rtg	Morgonmøte / rtg
09.00-12.00	Generell barnepost 4D	Allergipoliklinikk	Generell barnepoliklinikk	Akuttposten 3E	Akuttposten 3E
12.00-12.30	Lunch	Lunch	Lunch	Lunch	Lunch
12.30-15.30	Generell barnepost 4D	Allergipoliklinikk	Generell barnepoliklinikk	Akuttposten 3E	Akuttposten 3E
Ettermiddag / kveld	Evt. vakt	Evt. vakt	Evt. vakt	Evt. vakt	Evt. vakt
Postansvarleg:					

*Knut Øymar*  
Kst. avdelingsoverlege  
[oykn@sir.no](mailto:oykn@sir.no)

*Knut Vassbø*  
Praksiskonsulent  
[knut.vassbo@bjerkreim.kommune.no](mailto:knut.vassbo@bjerkreim.kommune.no)

# PRAKSISNYTT

Informasjon Kommunikasjon Samarbeid  
Praksis-Konsulent-Ordninga

Allmennpraksis Sjukehus Spesialistpraksis

Nr. 5 Årg. 7

10. feb. 2004



Sentralsjukehuset i Rogaland  
Helse Stavanger HF

## Handtering av plattfot og bruk av Ortopedisk verkstad.

Ortopedisk avdeling får henvist eindel pasientar til vurdering av plattfot (Pes Planovalgus / Calcaneovalgus)

Plattfot (som ikkje er ledd i syndrom/større deformitetar) blir aldri operert.

Det store fleirtal normaliserer seg før 6-årsalder og treng ikkje tiltak av noko slag.

Tidlegare ytte trygda refusjon til ortopediske hjelpemiddel (innlegg/sole) i spesielle tilfelle og etter rekvisisjon frå ortoped. Frå 010103 er diagnosen plattfot stroke frå lista som kan gi refusjon (uansett alder) og ortopedvurdering har difor ingen hensikt i høve til hjelpemiddel/økonomi.

Dersom allmennlege eller foreldre/pas vil ha hjelpemiddel vurdert, kan ein tilrå pasienten vurdering hjå Ortopediingeniør direkte utan henvising ved:

**Ortopediteknikk as**  
**Breidablikkvn 3B**  
**4017 Stavanger**  
**tlf. 5188 5660**

Slik vurdering kostar for tida ca 150 kr.

Dersom ortopediingeniøren mistenker tilstand som bør vurderast av ortoped, tilbyr dei dette hjå ortoped som dei samarbeider regelmessig med, alternativt ber dei pasienten kontakte fastlegen for ny vurdering.

### Konklusjon:

- Plattfot er fysiologisk fram til 6-årsalder.
- Spesifikke tiltak påverkar ikkje forløp/utfall.
- Ved smerter/ gnagsår/ funksjonsreduksjon er vurdering hjå Ortopediingeniør aktuelt.
- Plattfot skal ikkje henvisast Ortopedisk avdeling.

Ortopedisk avdeling, SiR, jan 04

*Sigmund Lende*  
seksjonsoverlege, Barneortopedisk seksjon

*Kåre Øygarden*  
praksiskonsulent

# Hospitering ved radiologisk seksjon

Den velvoksne garde av allmennleger husker gjerne røntgenavdelingen som et sted de har sett i turnustiden eller ved senere perioder i sykehusarbeid. Demonstrasjoner foran store tavler som gikk på skinner opp og ned og fram og tilbake, der bildene hang tett i tett gjennomlyst av et kaldt lys i et ellers mørkt rom, er nå historie. En moderne radiologisk avdeling - som den på SiR - har gjort betydelige investeringer i nytt utstyr, og er nå heldigitalisert. Sist ankomne MR-apparat er fra okt-03, multislice CT ankommet i febr-04. Bilder sendes elektronisk både internt og til eksterne mottagere, og kan ses på store dataskjermer med god oppløsning under bildepresentasjoner for de forskjellige kliniske seksjoner. CT- og MR-bilder presenteres i digitaliserte tredimensjonale roterbare bilder som gir en fantastisk framstilling av pasientens anatomi og patologi. En kan zoome inn og ut av strukturer som ønskes sett nøyere på, og spesielt MR-teknologien kan i visse sammenhenger konkurrere med invasive undersøkelser som f.eks. angiografi og ERCP.

SiR har, sammen med Ullevål Universitets-sykehus, landets største radiologiske avdeling; inkl. mammografi- screening var produksjonen i 2003 knapt 230.000 undersøkelser. En avd. av en slik størrelse og med samtidig stor bredde i undersøkelsesrepertoar skulle ha mye å vise fram!

Nå er muligheten for å få et innblikk i den nye æra til stede for allmennlegene. Radiologisk seksjon har, også ut fra egen nytte og glede, sagt seg villig til og har laget et opplegg for ukeshospitering for allmennleger.

Hospiteringen gir selvsagt tellende kurspoeng for spesialitet i allmennmedisin, og det er lagt opp til fleksibilitet i opplegget mht hospitantens egne ønsker og behov (eks: generell radiologi vs. fordypning innen en modalitet).

Vi ber om at du som ønsker en nyttig oppdatering innen radiologi sender søknad til kontaktperson **Jorunn Havnen** via tlf **481 54 382** eller e-post [hajr@sir.no](mailto:hajr@sir.no), både for å få informasjon om hospiteringsprogram og praktiske forhold.

Med vennlig hilsen

*Jorunn Havnen*  
Seksjonsoverlege

*Ole-Kristen Zweidorff*  
Overlege/ Praksiskonsulent

## Hent alle Praksisnytt frå Internett til eigen arbeidsstasjon

Det er komen ny oppmoding om å gjera kjent at ein heller enkelt kan henta ned alle tidlegare Praksisnytt frå internett via heimesida til PKO. Desse ligg pakka på tre filer som får plass på ein vanleg diskett, og kan tas med til arbeidsstasjonen og pakkast ut der (sjå rettleiing). Når

det kjem nye nummer, er det nok å henta den siste oppdateringsfila. Sjå <http://praksis.sir.no>

*Asgeir Haugedal*  
Redaktør



## Attraktive forskningstilbud for 2 pasientgrupper

*Kenneth Dickstein.*

Det er økende fokus på anemi og hjertesvikt. Man har klare indikasjoner på øket mortalitet og morbiditet ved relativt liten grad av anemi. Vi har innledet et meget interessant og langsiktig samarbeid om denne problemstillingen. En internasjonal placebokontrollert studie fokuserer på effekten av darbepoetin-a (Aranesp) gitt subcutant i 1 dose annenhver uke i 6 måneder hos hjertesvikt-pasienter med Hgb 9,5 – 12,5 g/dl. Det gjøres rutinemessig oppfølging med ultralyd-undersøkelser, og deltakerne følges tett.

### Derfor er vi interessert i pasienter med hjertesvikt og Hgb < 12,5 g/dl.

Pasienter med hjertesvikt som er intolerante for ACE-hemmere bør behandles med A2-blokkere. Hittil har man ikke hatt dokumentasjon for hvilke doser som gir

optimal behandlingseffekt. De studiene som er gjennomført hittil gir klare indikasjoner på at den vanlige doseringen er for lav. En internasjonal studie fokuserer på dette problemet. HEAAL-studien rekrutterer nå pasienter og man vil sammenligne langtidseffekten av losartan 50 mg daglig med 150 mg daglig hos ca 3300 deltakere. Det er ingen placebo-gruppe i denne studien.

### Derfor er vi interessert i pasienter med hjertesvikt og ACE-hemmer intoleranse.

Aktuelle pasienter som er interessert kan henvises til undertegnede (tlf. 51518000) eller prosjektsykepleier Jorunn Nilsen ved Stavanger Helseforskning, Pb 3118 Hillevåg, 4095 Stavanger (tlf. 51910912) for vurdering ved kardiolog. Vi kan også kontaktes for uforpliktende informasjon på e-post adressene [dike@sir.no](mailto:dike@sir.no) (Dickstein) eller [jorunn.nilsen@stahf.no](mailto:jorunn.nilsen@stahf.no).

## Kommentar frå PKO:

Klinisk forskning er bra, og kan stimulera til auka samarbeid omkring våre sams pasientar. Men det kan høva å minna om at rutinar treng å skjerpast, då det har kome kommentarar frå fastlegar til PKO på dette tema som viser at

- Det er viktig at fastlegen får god og relevant informasjon om forskingsprosjektet før pasienten vert inkludert i studien.
- Det er viktig at fastlegen får relevant informasjon under studien.
- Det er viktig at fastlegen gir tilbakemelding til prosjektleiar under studien om evt. endringar i medisinerings og andre relevante høve.
- Det må leggast til rette for at slik kommunikasjon går lett og smertefritt.

*Asgeir Haugedal, redaktør*

# SiRs intra- og internett i ny drakt

Tekst: Signe Vaula

Helse Stavanger HF - Sentralsjukehuset i Rogaland har fått nye intra- og nettsider. Nettsidene er logisk oppbygget, er oversiktelige med praktiske nedtrekksmenyer og har et fyldigere innhold - og et nytt design.

Nyheter og pågående prosjekter ved sykehuset er lagt til forsiden for at intra- og nettsidene skal være så dynamiske som mulig.

Nettsidene er i stadig utvikling i form av oppdateringer og ytterligere informasjon som legges ut kontinuerlig.

Intranettet, også kalt SiR-nettet, skal være en sentral portal for all mulig informasjon som er relevant for de som jobber på sykehuset. Her kan ansatte få vite hva som rører seg i organisasjonen, i form av nyheter og

arrangementer. De kan finne nyttig informasjon som HMS-håndbøker, velferdstilbud, skjema, styringsdokumentasjon, medisinsk fagbibliotek og en rekke viktige lenker til eksempelvis Norsk Elektronisk Legehåndbok.

På nettsidene ligger mye av den samme informasjonen som på intranettet, selv om informasjon er tilrettelagt for eksterne målgrupper, spesielt pasienter og andre viktige målgrupper. Her finnes blant annet nyttig pasientinformasjon, beskrivelse av SiRs klinikker, avdelinger og stabsenheter, postlister og styresaker. Les mer her: [www.sir.no](http://www.sir.no)

Det er blitt satt sammen en gruppe nettredeaktører for hver av klinikkene og en rekke andre områder som sørger for å legge ut og oppdatere informasjon både på intra- og internett.

## NY LOGGBOK I AKUTT MOTTAK

- aktuelt for allmennlegene:

Fra mandag 1. mars starter akuttmottak med data-loggføring av pasientene.

Vi ønsker da opplysninger i denne rekkefølgen :

1. Hvilken avdeling meldes pas. til (medisinsk, kirurgisk, ortopedisk, nevrologisk, kreft- og blodsykdommer, gynekologisk, barn).
2. Fødselsnummer på 11 siffer fordi vi da har oppkobling mot folkeregisteret, og personalia vil automatisk komme når personnr. tastes inn. Dette vil gi sikrere opplysninger, og hindre stavefeil o.l.
3. Innleggelsesdiagnose
4. Hastegrad grønn, gul eller rød - som ved bestilling av ambulanse.

Dere kan nok oppleve litt lenger ventetid og evt. noen startproblemer hos oss den første tida. Håper på forståelse for dette – og på et fortsatt godt samarbeid!

Med vennlig hilsen

*Eva Egeland*  
vakthavende sykepleier i akutt motta

# PRAKSISNYTT

Informasjon Kommunikasjon Samarbeid  
Praksis-Konsulent-Ordninga

Allmennpraksis Sjukehus Spesialistpraksis

Nr. 7 Årg. 7

5. april 2004



Sentralsjukehuset i Rogaland  
Helse Stavanger HF

---

## NYTT FRA GYN. POL.

Det vil fra 01. mars - 31.mars foregå spørreundersøkelse og tidsstudie ved gyn. pol.

Dette er et ledd i revisjon av " TILBUDET VED GYNEKOLOGISK POLIKLINIKK", en rapport utarbeidet i 2000. Alle pasienter vil få utdelt et to siders spørreskjema samt frankert svarkonvolutt. Arbeidet med revisjonen vil bli avsluttet senest i løpet av 2004!

Så vil vi minne om at vi innimellom opplever at pasienter som ønsker ab. prov ikke får timeavtale fort nok hos fastlegen sin. Det kan nok ha mange årsaker, vi hører og ser resultatene av for lang ventetid!

Hvis det er praktisk for dere, kan dere bestille tid for pas. som ønsker svangerskapsavbrudd mens pas. venter på tlf:

51 51 94 10 avd.sykepleiers kontor eller  
51 51 93 85 ekspedisjon gyn. pol.

Pasienter som ønsker det, kan fortsatt komme med henvisningen og få time til forundersøkelse!

Med vennlig hilsen

*Irene Mathisen*

Avd.sykepleier gyn. pol.

## Samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten

Inntrykk etter møte mellom 5 praksiskonsulenter og mange leger fra medisinsk avdeling (Sirdalsseminaret); litt å tenke på for sykehusleger og for fastleger. Poeng fra innlegg, dialog og "etterpåkløkskap" er fritt gjengitt:

### \* Fra medisinsk klinikk innlegg v/ Erna Harboe:

**Med:** Største volum innleggelser skjer mellom kl 14 og 23. Da ofte opphopning av pas. i akuttmottak, vanskelig for legene å få tid og rom til grundig vurdering av hva som er innleggende leges bestilling/ hva pasienten trenger i sykehuset/ hvor pasienten skal plasseres. Om en hadde hatt bedre innleggesskriv, tid og plass, kunne en håndtert flere pasienter som medisinske vurderinger. Innleggelser virker ikke alltid like gjennomtenkte, flere pas. kunne vært bedre forhåndsutredet av egen lege. Legevaktslegene generelt svakere kvalitet på og siling av innleggelser.

**PKO:** Kan vi fastleger bidra med å styre strømmen av innleggelser litt mer mot formiddagen? Kan vi i større grad strebe etter å legge konsultasjoner hvor vi kan forvente innleggelse som resultat tidligst mulig på dagen? Det handler om vår avtalebok og pasientadministrasjon.

**Med:** Innlegges akutt pleie er det bedre å kalle det akutt pleie enn en mer eller mindre fiktiv diagnose.

**PKO:** I slike situasjoner er løsningsfokuserede telefonkonsultasjoner kanskje enda mer viktig. Innleggesskriv med klare bestillinger kan bedre kvalitet på pasientforløp.

**Med:** **Medisinske vurderinger** i akutt mottak er tidkrevende for den spesialisten som gjør dem, men ressursbesparende for sykehuset, idet innleggelser kan unngås. Det kan oppstå problem når pasienter forventer innleggelse og kun får en poliklinisk vurdering.

**PKO:** Medisinsk vurdering i akutt mottak er et godt tilbud som gir oss i 1. linjen en mulighet til å unngå innleggelse av og til. Pasientene må informeres om hva det innebærer, og vi må være tydelige i bestilling av hva vi ønsker vurdert.

### \* Fra PKO's innlegg v/ Asgeir Haugedal:

**PKO:** Fastlegene opplever for tiden økt oppmerksomhet fra trygdekontor vedrørende etterfølgelse av **blåreseptforskriften**. Det medfører store problem ved reseptfornyng når det er uoverensstemmelse mellom sykehuslegens og fastlegens praktisering av denne.

**Med:** Sykehuskolleger må være obs på dette, p.t. spesielt på statiner og protonpumpehemmere.

**PKO:**

- **Utskrivningsklare pasienter.** Hvordan defineres dette? Kriterier? I forskriften heter det: Problemstillinger slik de var formulert av innleggende lege skal være avklart, øvrige problemstillinger som har framkommet skal som hovedregel være avklart. Kommunikasjonen mellom sykehus- og fastlege før utskriving har potensial for bedring.
- **Epikriser:** Legene i 1. linjen gleder seg over kortere epikrisetid, men enda er der en del epikriser som er sene i forhold til vårt/pasientens behov. **Epikriser med samhandlingsplan** er ønskelig og vil få positive konsekvenser for pasienten.
- **Faste medisiner:** Usikkerhet omkring medikasjon ved/etter utskrivelse av sykehus er hverdagstema og medfører feil og frustrasjoner. Korrekte **medikamentopplysninger** ved innleggelse og ved utskriving med kopi til både hjemmetjeneste og fastlege er avgjørende for god oppfølging.

**Hovedinntrykk fra debatten:** De alvorlige konflikter mellom gruppene synes ikke å eksistere. "Partene" er svært innstilt på samhandling og forbedring. De temaer som engasjerer mest i debatt mellom sykehus- og allmennleger synes nettopp å være de områdene der samhandling kan bedres. Dette tilsvarer de områder der det ofte hersker usikkerhet omkring hvem som skal ha hovedansvaret for pasienten.

*Ref. v. Ruth Midtgarden, Olav Thorsen og Ole-Kristen Zweidorff*



## PCI: Nytt behandlingstilbud ved hjerteinfarkt

Hjerteutredningen, SiR har nå etablert døgnkontinuerlig utblokkingservice ved hjerteinfarkt. Vi vil i det følgende informere om rasjonale for behandlingen, og de praktiske konsekvenser for primærhelsetjenesten.

### Hvorfor PCI ved hjerteinfarkt?

Basert på EKG inndeles akutte hjerteinfarkt nå som enten ST elevasjons (STEMI) eller Non-ST elevasjonsinfarkt (NSTEMI). Begge pasientkategorier skal innlegges som ØH. Ved NSTEMI vil vi ved bekreftet diagnose utføre koronar angiografi og evt. revaskularisering med perkutan koronar intervensjon (PCI, tidligere PTCA, "utblokkning") i løp av få dager etter innkomst. Ved STEMI har pasient en okklusiv trombe i en større epikardial arterie som det er av avgjørende betydning å få fjernet raskt enten vha. trombolyse eller PCI.

Ved kort sykehistorie vil trombolyse (Metalyse, streptokinase) gi effektiv rekanalisering av den infarktrelaterte arterie i ca. halvparten av tilfellene. Ofte gjenstår en reststenose som må blokkes på et senere tidspunkt. Ved PCI derimot, lykkes vi å åpne 95% av okklusjonene, og implantasjon av stent medfører få tilbakefall (restenose). Sammenlignet med trombolyse gir PCI en markant reduksjon av den samlede forekomst av død, reinfarkt og hjerneslag (8% vs. 14%). Det er også en betydelig helseøkonomisk gevinst med kortere liggetid, færre reinnleggelser og kortere sykemeldingsperiode.

### Organisering av infarkt PCI på Vestlandet

På bakgrunn av det overnevnte foregår det nå en radikal omlegging av infarktsomsorgen i Norge. Dersom det tidsmessig er gjennomførbart skal pasienter med STEMI fraktes til sykehus med mulighet for primær

(infarkt) PCI. I Helseregion Vest vil det si enten Haukeland sykehus eller SiR. SiR har ansvar for Rogaland samt noen tilgrensende kommuner. I praksis kan vi nå en befolkning på ca. 400 000 innen en halv time vha. ambulanse eller helikopter! Vi har som mål at fra diagnosen er stillet til åren er åpnet, skal det gå mindre enn 90 minutter. For å få til dette er det avgjørende at alle ledd i behandlingsskjeden handler raskt og riktig.

### Innleggelse via ambulanse

For pasienter som innlegges via ambulanse/luftambulanse er det nå etablert gode rutiner. Blokketeamet blir varslet i god tid før ankomst sykehus og EKG er tatt i ambulansen og sendt inn for analyse. Dette innebærer at pasienten går direkte til angio lab for blokkning uten tidstap.

### Innleggelse via allmennlege eller legevakt

Undersøkelser har vist at ca. 40% av infarktpasientene enten innlegges via primærhelsetjenesten eller kommer direkte.

Allmennlegen skal som før selvfølgelig stille preliminær diagnose og yte førstehjelp (se under). Dersom EKG viser typisk ST

elevasjonsinfarkt må AMK kontaktes for hurtigst mulig transport til sykehus med ambulanse. Dersom mulig må **EKG faksnes til hjerteovervåkingen SiR for analyse.** (Tlf.: 5151 9160, Faks.: 5151 8960). Når AMK og hjerteovervåkingen er varslet, vil det trigge hele behandlingsskjeden og medføre rask behandling. Særlig på kvelds- og nattetid er

**Tidsfaktoren er viktigst!  
Ikke bruk tid til annet enn**

- Første hjelp
- EKG
- Varsling!

dette viktig da tidlig varsling medfører at angiolab er klar, og blokketeam er på plass før pasienten ankommer sykehus.

## Flere praktiske spørsmål

### Hvilke pasienter er aktuelle for primær infarkt PCI?

- Pasienter med fra 0 til 24 timers sykehistorie **OG** ST elevasjon i EKG.
- Kontraindikasjonene er få. Meget høy alder og allmenntilstand som ikke tilsier aggressiv invasiv behandling er viktig. Pasienter i kardiogent sjokk på bakgrunn av infarkt har meget dårlig prognose. Akutt PCI er indisert og kan være livreddende. Infarktpasienter som innkommer etter, eller under pågående resuscitering blir også angiografert og evt. PCI behandlet akutt.

### Hvilken forbehandling skal gies?

- Symptomatisk behandling som morfin, kvalmestillende, surstoff oa. gis som før. Anleggelse av veneflon er praktisk viktig.
- Antitrombotisk behandling: Alle skal ha 300 mg hurtigvirkende acetylsalisylsyre. Når det gjelder øvrig

antikoagulasjonsbehandling gjenstår det fortsatt mye forskning før det optimale regime er etablert. I Helseregion Vest er det vedtatt å gi trombolyse (Metalyse + Klexane ferdig pakke) prehospitalt dersom forventet tid fra stillet diagnose til blokkering overstiger 120 minutter. Det vil for oss i praksis si pasienter fra Lund og Sokndal dersom det ikke er flyvær, samt skip og installasjoner i Nordsjøen. Behandlingen kan diskuteres med vakthavende kardiolog eller NLA lege.

### Hva med andre kardiologiske problemstillinger?

- Ved behov kontaktes Kardiologisk bakvakt/medisinsk forvakt som før. Invasiv blokkevakt er et eget team. Faks nummeret til hjerteovervåkingen er kun for å melde infarktpasient.

### Husk: Tapt tid er tapt myokard!

*Cardiologisk seksjon, SiR*

## Schizofrenidagene 2004 - 1. til 5. november

For 16. året på rad arrangeres Schizofrenidagene i Stavanger, Stavanger Forum. Nordens største psykiatrikonferanse samlet i fjor over 2000 deltakere fra inn og utland.

### Godkjenninger for spesialiteten

Det søkes om godkjenning til tellende timer, vedlikeholdskurs og emnekurs innen spesialitetene, hos det enkelte fagforbund. Se nettsidene [www.schizofrenidagene.no](http://www.schizofrenidagene.no)

### Arrangør

Sentralsjukehuset i Rogaland (SiR) Psykiatrisk Klinikk, Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning, Mental Helse Rogaland, Landsforeningen for Pårørende innen psykiatri Rogaland.

### Faglig ansvarlig

Sjefslege Jan Olav Johannesen, SiR, Psykiatrisk klinikk

For opplysninger om konferansen, kontakt Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning telefon 5193 8800, e-post [elin@psykopp.no](mailto:elin@psykopp.no) eller se [www.schizofrenidagene.no](http://www.schizofrenidagene.no) Se også under **Oppslagstavle** på PKO sine nettsider.

Velkommen til Stavanger i november

# PRAKSISNYTT

Informasjon Kommunikasjon Samarbeid  
Praksis-Konsulent-Ordninga

Allmennpraksis Sjukehus Spesialistpraksis

Nr. 9 Årg. 7

16. april 2004



Sentralsjukehuset i Rogaland  
Helse Stavanger HF

## Nytt om slagbehandling ved SiR

Nevrologisk avdeling har tatt over behandlingen av alle akutte slagpasienter ved SiR. Tidligere har slagpasienter blitt behandlet både ved Nevrologisk avdeling og Medisinsk avdeling. I løpet av det siste året har man bygget ut den eksisterende slagenheten og avdeling M4 for rehabilitering ved Stavanger sykehus for å møte behovet som nå oppstår. Meningen er å bedre tilbudet for pasientene.

Hjerneslag behandles best i slagenhet hvor rask diagnostisering, tidlig mobilisering og rehabilitering er systematisert. I Norge drives slagenheter både av medisinske og nevrologiske avdelinger, men det viktigste er at behandlingen samles i en slagenhet.

Februar 2003 godkjente Statens legemiddelverk trombolyse som behandling for akutt hjerneinfarkt. Vi informerer her om hvilke endringer dette fører med seg for SiR:

## Trombolyse ved akutt hjerneinfarkt

Behandlingen kan gis til pasienter mellom 18 og 80 år med akutt hjerneinfarkt, og må påbegynnes innen 3 timer fra symptomdebut. Trombolyse er kontraindisert ved en del tilstander som gir økt blødningsfare. Den gis heller ikke ved svært lette eller forbigående symptomer og ved svært store hjerneinfarkt, fordi gevinsten da er liten eller oppveies av risikoen for blødninger.

I etableringsfasen vil vi kunne ha problemer med å tilby trombolyse på alle tider av døgnet. For fastleger og legevakt som får melding om pasienter med akutt oppstått hemiparese og/eller afasi de siste 1-2 timene, er likevel det viktigste å få pasienten raskt i sykehus, selv om det i praksis vil bli en minoritet som kan få trombolyse.

**Bakgrunnen for legemiddelverkets godkjenning er randomiserte placebokontrollerte studier i USA og Europa (NINDS, ECASS, ATLANTIS) og metaanalyser (<http://www.strokeupdate.org/>, <http://www.legemiddelverket.no/>).**

Tore Solbakken, nevrologisk avdeling

### Oversikt over stengte senger ved SiR i 2004

uke	10	14	15	16	21	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	41	43	51	52	1	
<b>Medisinsk</b>																					
4H (S)							25	25	25	25	25	25	25	25							
3A (S)			8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
<b>Kir/ort</b>																					
1A (S)			20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
4E (S)							21	21	21	21	21	21	21	21							
5H (S)							25	25	25	25	25	25	25	25	25						
<b>Kl.spes.med</b>																					
2B (R)	6	4	6	4	6	4	4	6	6	6	6	6	6	6	4	4	4		4	6	4
2A (R)	12	8	12	8	12	8	8	12	12	12	12	12	12	12	8	8	8		8	12	8
6D nevr.(R)	6	4	6	4	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	4	4	4	4	6	4
6D slag(R)						4	6	6	6	6	6	6	6	6	4						2
Nevrov.(R)	1	1	2	1	1	1	1	1	4	4	4	4	2	2	2	2	1	1	1	2	1
<b>KK/barn</b>																					
4B (S)	11		11		11				11	11	11	11	11	11						11	11
4D (R/S)	13	20	13	20	13	20	20	20	20	20	20	20	20	20						13	
3E (S)	14																				
3D(S)	21																				
<b>KBK</b>																					
1K (R)			7										7	7						7	7
2K (R/S)			7						22	22	22	22	7	7						7	7
<b>Rehab</b>																					
Sandnes (S)			19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
Eigersund (S)									20	20	20	20									
<b>Total red.</b>	<b>84</b>	<b>37</b>	<b>111</b>	<b>84</b>	<b>96</b>	<b>90</b>	<b>163</b>	<b>169</b>	<b>225</b>	<b>225</b>	<b>225</b>	<b>225</b>	<b>195</b>	<b>189</b>	<b>96</b>	<b>65</b>	<b>52</b>	<b>64</b>	<b>113</b>	<b>89</b>	

I tillegg stenger psykiatrisk klinikk, sengepost B1 uke 29.30 og 31

**Forklaring til tabellen:** S betyr stengt sengepost, R betyr redusert sengepost med det antall senger som står oppført.

Medisinsk klinikk slår sammen 3A og 3B f.o.m. ¼ - 04. 3B øker antall senger med 4 til 23 senger. 3A har ingen senger.

Sissel Hauge, fagsjef



## Direkte henvisning fra primærhelsetjenesten til private behandlingsinstitusjoner

Den pasientgruppe som er mest nærliggende å henvise til privat behandling, er de pasienter som trenger dagkirurgisk behandling.

En del av pasientgruppene vil utvilsomt få et bedre tilbud om de kan tas imot på kortere varsel ved en privat institusjon. På den annen side vil det være en ulempe for avdelingen hvis hele diagnosegruppa går utenom oss, og vi dermed mister muligheten til å gi opplæring til våre spesialistkandidater.

- **Artroskopier** (kne, skuldre, noen få anklær, en del av inngrepene med spesielle prosedyrer så som stabilisering i skulder, fjernelse av brusk/menisk i knær, eventuelt shavinger).
- **Fotkirurgi** (hallux valgus, eksostoser, hammertær, Mortons metatarsalgi etc.)
- **Fjernelse av osteosyntesemateriell** (plater, skruer eller pinner i ekstremiteter)
- En gruppe som foreløpig ikke har fått tilbud om dagkirurgisk behandling her er **fremre korsbåndrupturer**. Disse kan i prinsippet behandles dagkirurgisk, og det gjøres ved enkelte sentra. Det er ressurskrevende pasienter og enkelte private sentra har kompetanse og ressurser til å behandle disse dagkirurgisk.

I prinsippet er de grupper som er nevnt ovenfor pasienter som kan henvises av primærleger direkte til private institusjoner, såfremt institusjonene har kompetanse til å behandle dem.

For oss er det imidlertid viktig å understreke at vi ikke må miste kompetanse selv med tanke på behandlingstilbud for denne gruppen. Dette er desto mer viktig ettersom vi må regne med å ta oss av eventuelle komplikasjoner etter inngrep som utføres ved private institusjoner.

*Sigmund Lende* , avdelingsoverlege

# Påmelding til ukes-hospitering ved Nevrosenteret

Nevrologisk avdeling inviterer til hospitering for allmennpraktikere (gir 25 valgfrie poeng til videre og etterutdannelse i allmenmedisin)

Det gis anledning til å delta ved visittgang og gjennomgang av pasienter ved slagposten og ved vanlig nevrologisk avdeling.

Man deltar i avdelingens møter og ved poliklinikk.

Legen må:

- Melde seg på hospitering ved å kontakte Brit Frøyland: [frbr@sir.no](mailto:frbr@sir.no), tlf: **5151 8419**.
- Selv sette seg egne læringsmål for hospiteringsuken
- 4 uker før hospiteringsuken sender hospiterende lege sine læringsmål til overlege Elise Tandberg e-postadresse: [eta@SIR.NO](mailto:eta@SIR.NO)
- Etter hospiteringsuken fyller legen ut et evalueringsskjema. Disse behandles anonymt av hospiteringskoordinator Ruth Midtgarden.

## Vaktservice fra Røntgenavdelingen

### Bakgrunn:

Rtg.avd. er en serviceavd. Vi ønsker fortsatt å gi god service til klinikerne i deres arbeid. Men for å kunne gjøre dette trenger vi bedre "kjøreregler" på vaktarbeid.

19.april –04 mistet vi 14,5 årsverk – ca 10% av nedbemanningen på SIR, og vaktteamet blir derfor redusert.

### Ambulante pasienter / Øyeblikkelig hjelp:

- **Rtg. thorax:** Pneumoni og pneumothorax
- Enhver ambulant ØH undersøkelse på **CT og ultralyd** må avtales med vakthavende radiolog før pas. sendes til rtg. Ring **51519264** og oppgi telefonnummer vakthavende radiolog kan ringe tilbake.
- Ved henvisning til **rtg. akutt abdomen** skal pasienten først vurderes av vakthavende kirurg.

*Rasmus Svihus, avdelingsoverlege*



## KOLS-skolen på SIR

Lungeseksjonen, i samarbeid med fysioterapiavdelingen på SIR startet våren 2001 opp med lungeskole for pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom.

Undervisningslokalene har vært på medisinsk poliklinikk og på fysioterapiavdelingen.

Høsten 2003 ble Mestringssenteret på SIR åpnet og den teoretiske delen ble flyttet dit.

Ca. 80 pasienter har til nå deltatt på KOLS-skolen. Mål for lungeskolen har vært at pasienten gjennom økte kunnskaper om sin sykdom og systematisk trening skal bli bedre i stand til å mestre hverdagslivets utfordringer.

- bedre livskvalitet
- bedre funksjonsnivå
- begrense sykdomsprogresjon
- redusert behov for innleggelser (funn fra andre lungesentra har vist dette)

Før kursstart møter pasienten til undersøkelse på lungepoliklinikken for testing og konsultasjon med sykepleier og fysioterapeut. Det blir utført 6 minutters gangtest med bruk av oksymeter og Borgs skala, spirometri, og det fylles ut et livskvalitetsskjema (St.Georges Respiratory Questionnaire) Målet med disse testingene er å få et innblikk i hvordan sykdommen påvirker dagliglivet og å plassere riktige pasienter sammen på kursene.

### Kurs

Pasientene innlegges som dagpasienter på sykehuset (og har dermed ingen egne utgifter) to dager i uken i 4 uker.

Undervisning og trening fra 09.30-14.45.

Lege underviser anatomi og fysiologi, sykdomstilstander og medisinsk behandling. Sykepleier tar for seg medikamenter og inhalasjonsteknikk, lungefunksjonsundersøkelser, røyking og røykeslutt, angst/depresjon og mestring av hverdagen med en kronisk lungesykdom.

Sosionom orienterer om trygderettigheter. Ergoterapeut informerer om arbeidsbesparende hjelpemidler og energiøkonomisering. Klinisk ernæringsfysiolog underviser om ernæringens betydning for KOLS-pasienten.

Brukerne er representert ved Landsforeningen for hjerte- og lungesyke og Norges Astma og allergiforening.

En vesentlig del av lungerehabilitering er fysioterapi og deltakerne får både teoretisk undervisning og fysisk trening av fysioterapeut. Undervisningen dreier seg om pusteteknikk, mestring av tung pust, energiøkonomisering, avspenning og slimmobilisering og råd om fysisk trening og aktivitet.

Den fysiske treningen foregår i gruppe, men med individuell tilpassing.

Pårørende er velkomne til å delta på kurset. Siste kursdag oppfordrer vi dem til å bli med, da denne dagen går med til oppsummering av kurset og det blir også tatt opp som eget emne hvordan det er å være pårørende til en med kronisk sykdom.

### **Etter kurs**

Det blir lagt vekt på nødvendigheten av videre regelmessig trening når kurset er slutt. Vi deler ut lister over de organiserte treningstilbud for lungepasienter som finnes i nærområdet. Deltakerne får ved kursslutt henvisning til trening hos fysioterapeut i kommunene. Denne treningen er gratis. Deltakerne innkalles til kontroll inkl. nye tester etter tre og ni måneder.

### **Erfaringer**

Alle kurs blir evaluert regelmessig av både deltakere og forelesere. Polikliniske pasienter har stor nytte av økte kunnskaper om sykdommen. Pasienter lærer mye av hverandre. Det må gis god tid til pauser og sosialt samvær under kursene. Pasientene våger å prøve ut fysisk styrke i ”trygge” omgivelser. Deltakerne bør ha omtrent samme funksjonsnivå. De dårligst fungerende KOLS-pasientene bør gå på kurs som starter på forsommeren eller tidlig høst, da de ofte får forverring på vinteren og greier ikke fullføre kurset i fire uker.

Dersom pasienten ønsker hjelp til røykeslutt henviser vi evt til Hjertelagets røykesluttkurs

### **Samarbeid med primærhelsetjenesten**

Etter første kontrolltime på lungepoliklinikken blir det fylt ut rapport som går til primærlege. Vi oppfordrer primærhelsetjenesten til å følge opp kursdeltakerne med hensyn til røykeslutt og videre regelmessig trening.

### **Henvisning**

Henvisning sendes til lungepoliklinikken.

Vi ønsker at den inneholder data om pasientens hjerte- og lungefunksjon og fysiske begrensninger. Det er spesielt viktig at nydiagnostiserte KOLS-pasienter blir henvist. Også de med mild KOLS bør henvises.

*Kjersti Wathne, avdelingssykepleier  
Oddveig K. Garpestad, seksjonsoverlege*

## **Følgende avdelinger ved SiR har nå tilbud om ukeshospitering som gir 25 poeng.**

- Klinikk for blod og kreftsykdommer
  - Ortopedisk avdeling
  - Kvinneklubben
  - Medisinsk avdeling
  - Barneavdelingen
  - Røntgen avdelingen
  - Geriatrik avdeling
  - Nevrosenteret

**Se praksiskonsulent-hjemmesiden for påmelding .**

# PRAKSISNYTT

Informasjon Kommunikasjon Samarbeid  
Praksis-Konsulent-Ordninga

Allmennpraksis Sjukehus Spesialistpraksis

Nr. 12 Årg. 7

7. mai 2004



Sentralsjukehuset i Rogaland  
Helse Stavanger HF

---

## LUNGESEKSJONEN

Lungeseksjonen har 5 overlegestillinger, for tiden er 4 besatt, 1 overlege har permisjon dette året. I tillegg er det 1 utdanningskandidat i lungesykdommer.

### Telefontider til legene:

Olav Langaker: 11.30 til 12.00  
Arild Ruud/Heidi Grundt: Før kl 13.00 settes tlf. til sengeposten, etter kl. 13.00 via calling.  
Oddveig K. Garpestad: Før kl 13.00 settes tlf. til poliklinikken, etter kl. 13.00 via calling.

### Sengeposten:

2 av overlegene (Arild Ruud og Heidi Grundt) har hovedansvaret for pasienter på sengeposten. I tillegg har de en del poliklinikk, spesielt innenfor sine hovedfelt (Ruud: cancerpasienter, Grundt: pasienter med hjemmerespirator/BIPAP og CF).

Lungeseksjonen har fått ansvar for pasienter som trenger hjemmerespirator, i forbindelse med tilpasning av utstyr og opplæring av personell/pårørende. Dette skjer i samarbeid med intensivavdelingen, og ved behov tar vi også kontakt med Kompetansesenteret for hjemmerespiratorbehandling i Bergen. Vi har opprettet 1 stilling for sykepleier til dette arbeidet, som jobber både på sengepost og poliklinikken.

### Poliklinikken:

2 av overlegene, Olav Langaker (enkelte dager) og Oddveig K. Garpestad, jobber på poliklinikken. Ventetiden har gått betydelig ned på lungepoliklinikken i det siste. Aktiviteten har økt betydelig det siste året, og vi har også utvidet med kveldspoliklinikk hver 14. dag. Som tidligere vil vi be om gode henvisninger med alle relevante opplysninger, inkl. hvilke medisiner pasienten står på, og om det er tatt røntgen-bilder, og hvor disse er tatt. Ved nyoppståtte symptomer ønsker vi nytt rtg. thorax.

Det siste året har vi utvidet arbeidsområdet på poliklinikken idet mer og mer av cancerutredningen foregår her. Også ved CT-veiledede/ultralydveiledede biopsier møter pasienten på poliklinikken selv om de er innlagt på sengeposten. Dersom alt er greit får pasienten reise hjem på permisjon til neste dag, og utskrives så om alt er i orden. Videre informasjon gis i forbindelse med poliklinisk time noen dager senere. Vi har erfaring for at pasientene er fornøyd med denne måten å organisere utredningen på.

Avdelingsleder (evt. annen sykepleier) er kontaktperson mellom undersøkelsene/timene på poliklinikken.

## Vi ønsker fortsatt å være hovedavdeling for utredning og behandling av lungekreft ved SIR.

En ber om at henvisningene sendes til lungepoliklinikken. De vil så bli vurdert med tanke på innleggelse eller poliklinisk utredning. Målet er at utredningen skal starte innen en uke.

### **Thoraxmøte:**

Hver uke sammen med onkolog, patolog, radiolog, kirurg. De aller fleste cancerpasienter har blitt diskutert her før stillingtagning til behandling, også ofte drøftinger av videre utredning når påbegynt utredning ikke har gitt diagnose.

### **Cytostatika til lungekreftpasienter:**

Gis på KBK's poliklinikk av lungelegene (Ruud og Garpestad). Hovedsakelig møter disse pasientene på onsdager.

### **Diagnosestasjonen:**

Langaker har hatt ansvar for diagnosestasjonen siste par år. Alt arbeid som angår tuberkulose eller mistenkt tuberkulose foregår her. Lege til stede 1-2 dager pr. uke, mens sykepleier er tilstede alle dager. Nytt er opprettelse av tuberkulosekoordinatorstilling, og innføring av DOT (direkte observert behandling).

### **Utadrettet virksomhet:**

Lungeseksjonen har etter hvert fått flere sykepleiere med spesialfunksjon. Disse jobber dels på post og dels på poliklinikk.

1. **Astmasykepleier** (oksygensykepleier).
2. **NIV** (non invasiv ventilasjon)-**sykepleier**. Treffes tirsdag og fredag på poliklinikken. Hovedansvar er pasienter med behov for NIV-behandling hjemme (CPAP, BIPAP og hjemmerespirator).
3. **CF-sykepleier** jobber 50% på post, 50% på poliklinikk.
4. **Tuberkulose-koordinator**. Nyopprettet full stilling lokalisert til diagnosestasjonen. Skal være veileder/rådgiver/overvåke alt som har med tuberkulose å gjøre. Sentral når det gjelder DOT-behandling.
5. **KOLS-skole** drives av sykepleier. Henvisning sendes til lungepoliklinikken.
6. **Røykestoppkurs** arrangeres av Hjertelaget.
7. **Kreftsykepleier**. Sykepleier med spesialutdanning innen onkologi både på sengepost og lungepoliklinikk som også har kontakt med pasienter som er hjemme.
8. **Hospitering**: Planlegges for sykepleiere i primærhelsetjenesten/sykehjem. Kontaktperson: Kjersti Wathne, lungepoliklinikken.  
*For leger*: Seksjonen tar imot allmennleger som vil hospitere på seksjonen. Søknad sendes til medisinsk klinikk.

*Oddveig K. Garpestad*

Seksjonsoverlege, lungeseksjonen

# PRAKSISNYTT

Informasjon Kommunikasjon Samarbeid  
Praksis-Konsulent-Ordninga

Allmennpraksis Sjukehus Spesialistpraksis

Nr. 13 Årg. 7

7. mai 2004



Sentralsjukehuset i Rogaland  
Helse Stavanger HF

## Påmelding til ukes-hospitering ved Nevrosenteret

Nevrologisk avdeling inviterer til hospitering for allmennpraktikere (gir 25 valgfrie poeng til videre og etterutdanning i allmennmedisin)

Det gis anledning til å delta v visittgang og gjennomgang av pasienter ved slagposten og ved vanlig nevrologisk avdeling.

Man deltar i avdelingens møter og ved poliklinikk.

### Legen må:

- Melde seg på hospitering ved å kontakte *Brit Frøyland* [frbr@sir.no](mailto:frbr@sir.no) tlf: 51518419.
- Selv sette seg egne læringsmål for hospiteringsuken
- 4 uker før hospiteringsuken sender hospiterende lege sine læringsmål til overlege *Elise, Tandberg* E-postadresse [eta@SIR.NO](mailto:eta@SIR.NO)
- Etter hospiteringsuken fyller legen ut et evalueringsskjema. Disse behandles anonymt av hospiteringskoordinator *Ruth Midtgarden*.

## INFO

### Elektronisk meldingsutveksling – et samarbeidsprosjekt mellom sykehus og kommunehelsetjenesten.

Fastlegene vil i tiden som kommer kunne oppleve å motta elektronisk utskrivingsrapport etter opphold på avdelingene 3F og 3B på SiR. Utskrivingsrapporten er rettet mot kommunens pleie- og omsorgstjeneste, og inneholder i tillegg til foreløpig epikrise og legemiddelinformasjon også en sykepleier rapport. Den elektroniske utskrivingsrapporten er et resultat av et samarbeid mellom SiR og Stavanger kommune. Etter ønske fra praksiskonsulentene sendes den i kopi til pasientenes fastlege.

## Prosjekt e-meldinger mellom SiR og Stavanger kommune

Helse Vest ble våren 2003 tildelt tilskudd fra Sosial- og helsedirektoratet til utvikling av elektronisk utveksling av sykepleiefaglig dokumentasjon mellom sykehusene i Helse Vest og kommunenes pleie- og omsorgstjeneste. E-meldingprosjektet ble tildelt Helse Stavanger og gjennomført høsten 2003 i samarbeid med helse- og sosialtjenesten i Stavanger kommune.

Prosjektet ble delt inn i to deler:

1. Forberede og gjennomføre et pilotprosjekt
2. Utvikle aktuelle meldingsstandarder

### Resultat

E-meldingsprosjektet har i Samarbeid med KITH utviklet XML-Schema for en elektronisk melding som kan benyttes til kommunikasjon mellom sykehus og kommunehelsetjenesten. Det er utarbeidet beskrivelser som viser hvordan den kan benyttes til utskrivingsrapport/ fagrapport, søknad om kommunale tjenester og melding om innskriving, utskriving eller utskrivingsklar pasient. Ved sending av meldingen vil en også benytte "Generell melding for overføring av journalinformasjon" som er tilpasset i forbindelse med prosjektet.

Prosjektet har avtalt med leverandørene *Dips* og *TietoEnator* å tilpasse de generelle journalsystemene som benyttes av SiR til å kunne sende utskrivingsrapport, og med kommunens journalsystemleverandør *Acos* å kunne motta/sendte de meldingene som er utviklet. Videre har prosjektet testet elektronisk overføring av fysioterapiepikrise fra SiR til Stavanger kommune, og er nå i ferd med å starte pilotprøving av elektronisk forsendelse av utskrivingsrapport fra to pilotavdelinger på SiR. I første omgang vil disse meldingene bli overført via trygd-helsepostkassen ved bruk av epikrisestandarden.

Det er avtalt oppfølging fra KITH med justering av meldingsbeskrivelsen ut fra de erfaringene vi får i pilotforsøk med utskrivingsrapporten når denne kan sendes i nytt meldingsformat høsten 2004.

### Status pr 03.05.2004:

- Sykepleierne og legene på sengepost medisin 3F på SiR har fått opplæring og har startet å sende utskrivingsrapport elektronisk til pasientens fastlege og Stavanger Kommune (for de pasienter som mottar kommunal tjeneste/pleie-omsorg). Første utskrivningsrapport er sendt. I en overgangsperiode (antar ca 1 mnd) vil det bli sendt papirutskrift i tillegg til elektronisk sending
- Sykepleierne og legene på sengepost medisin 3B på SiR vil få opplæring i løpet av mai.

*Egil Rasmussen* fra Stavanger kommune er prosjektleder, mens *Målfrid Meling* fra SiR leder styringsgruppen.

Kontaktpersoner for Stavanger Kommune:

*Sissel Skarsgaard*. E-post: [Skarsgaard@stavanger.kommune.no](mailto:Skarsgaard@stavanger.kommune.no)

Kontaktperson for Sentralsjukehuset i Rogaland:

*Ove Nordstokke*. E-post [noov@sir.no](mailto:noov@sir.no)

# PRAKSISNYTT

Informasjon Kommunikasjon Samarbeid  
Praksis-Konsulent-Ordninga

Allmennpraksis Sjukehus Spesialistpraksis

Nr. 14 Årg. 7

1. juni 2004



Sentralsjukehuset i Rogaland  
Helse Stavanger HF

## Oppdatert presentasjon av KBK

Presentasjonen av Klinikk for blod og kreftsykdommer som kom i Praksisnytt nr. 2 årgang 7 er revidert, og **ny versjon ligger under PKO siden** <http://praksis.sir.no>

Revisjonen består i at det er tydeliggjort noe mer at **organspesifikke tumores henvises organ relatert avdeling for utredning.**

*Ruth Midtgarden*  
Praksiskonsulent

## Feil nummerering av førre Praksisnytt

Nummer 12, årgang 7, kom ut to ganger. Nummeret med tema **ukeshospitering ved nevrosenteret og informasjon om elektronisk meldingsutveksling mellom sjukehus og kommunehelsetenesta** skal vera **nummer 13**. Rett utgåve ligg på nettsida vår for utskrift. Ver venleg å henta ned denne, eller retta for hand på nummeret du har fått.

*Redaktøren*

## ØNH-avdelingen ved SiR

Presentasjon av en "gjenåpnet" avdeling

*Det er ingen hemmelighet at ØNH-avdelingen ved SiR i en periode nærmest opphørte å eksistere. Derfor er det nå med stor glede vi kan presentere en "gjenåpnet" aktiv avdeling med nær fullbesatte over- og ass.legestillinger.*

**Legestillinger:** 6 overleger (noe usikker bemanning til høsten) og 4 ass.leger ansatt ved avdelingen.

### Behandlingstilbud/ muligheter/ henvisningsrutiner:

**Behandlingskapasitet:** 19 plasser på sengeavdelingen (2A). ØNH-avd. har en avansert høresentral, 3 opr. stuer og en velutstyrt polikl.

**Ventetid** på poliklinikk og operasjoner er stort sett ikke mer enn 3 mnd., bortsett fra septumopr.(opptil 1 år) og noe søvnutredning/behandling (opptil 6 mnd).

- **"Øyeblikkelig hjelp" vs. "1/2-øyeblikkelig hjelp"**  
Henvisende lege skal alltid konferere med vakthavende ØNH-lege, da mye kan ordnes på tlf./vente til vanlig arb.tid dagen etter. Avd. har døgnvakt, men ikke tilstedevakt. Vakthavende har ikke fri påfølgende dag. Pas. som blir sett om natten av legevakt og trenger 1/2-ØNH-vurdering/ behandling, kan møte med henv. på polikl. neste dag uten forhåndsmelding så fremt ikke dette er viktig i forhold til evt. beh. av pas. Pas. som er reell ø.hj-pas. MÅ forhåndsmedes til avd., slik at vakthavende lege kan være på plass så snart som mulig!
- **"Haster":**  
Sende henv. hvor ønsket prioritering kommer tydelig frem (dager? uker?). Ring gjerne til vakthavende!  
Eks.: Sterk cancermistanke, uavklarte tumores, ansiktsfrakturer.
- **Elektiv behandling:**  
Innkalles etter vanlig henvisning, prioritert etter angitt og oppfattet alvorlighetsgrad.
  - Innleggelsestrengende opr.: Tonsillectomi., div. tumores, ørekirurgi, nese/bihulekir., snorkeopr. (UPPP). Som hovedregel tas kun imot direkte til opr. fra ØNH-spes. Alle andre vurderes poliklinisk først.
  - Innleggelsestrengende ellers.: Cancerutredning, evt. annet som er uhensiktsmessig å utrede poliklinisk, en del søvnutredninger/ C-PAP tilpasning. Også her vil alle fra almenpraktiserende lege først vurderes poliklinisk.
  - Dagkirurgi: Paracentece/adenotomi, småtumores, en del septumplast., noen bihulekiopr., snorkeopr., etc. Noen utvalgte barnetonsillectomier tas også dagkirurgisk.
  - Polikl. vurderinger: Vertigoutredninger og generelle ØNH problemstillinger (i tillegg til ovennevnte preoperative vurderinger.

—► **Overgang mellom de ovennevnte hastegrader er flytende og må gjerne være gjenstand for dialog.**

## **Kontroll etter behandling ved ØNH-avd:**

- **Kontrolleres ved ØNH polikl.:**  
"Dren-barn", de fleste opr. pasientene, cancerpas., externe otitter, peritonsillære abcesser.
- **Kontrolleres hos fastlege:**  
Noen øreapas., enklere ØNH-problemstillinger, som vurderes til at ikke spesialist må følge opp.

Med kollegial hilsen

*Tatjana Bergsland Finsnes*  
Avdelingsoverlege

*Ole-Kristen Zweidorff*  
Praksiskonsulent



## HVORDAN BØR ALLMENNPRAKTIKERNE FORHOLDE SEG TIL MISTENKTE ALLERGISKE REAKSJONER PÅ PENICILLINBEHANDLING?

Akutte legemiddelreaksjoner er vanlige i allmennpraksis og kan gi diagnostiske utfordringer. Det kliniske spektrum varierer fra alvorlige symptomer som anafylaksi og toksisk epidermal nekrolyse til ufarlige morbilliforme eksantemer.

På mistanke om legemiddeltøst straksallergi (type I-allergi) er det kun penicillintesting som er tilstrekkelig validert til å kunne brukes i klinisk praksis. Og pasienter i allmennpraksis kan lett få et CAVE penicillin som er uberettiget, og som kan gi unødvendige restriksjoner på penicillinbehandling i ettertid.

Penicillinallergi er årsak til 75 % av alle dødsfall ved anafylaktisk reaksjon. En standardisert testing for penicillinallergi kan i høy grad plukke ut de pasientene som har ekte straksallergi. Ved å avkrefte penicillinallergi kan pasienten få penicillin ved fremtidig behandling. Vi anbefaler videre at pasienter med ukompliserte morbilliforme utslett ikke rubriseres som CAVE penicillin, og at pasienten dermed kan få penicillin neste gang det er indisert.

Hudavdelingen sammen med Barneavdelingen på SiR tilbyr utredning av suspekt straksallergi for penicillin, der allmennpraktikeren gjennom RAST-tester ikke har kunnet stille diagnosen selv.

### Straksallergi overfor penicillin: type I-allergi

Straksallergi kommer til uttrykk som urticarielle reaksjoner og eventuelt anafylaksiutvikling. Det er IgE mediert reaksjon, og er i så fall potensielt livstruende. Forskjellige deler av penicillinmolekylene kan fungere som antigen; såkalte major og minor determinanter.

Testingen utføres i 3 trinn og man begynner med det minst ressurskrevende. Ved positive utslag avsluttes videre testing og man konkluderer med bekreftet straksallergi overfor penicillin.

Dersom alle tester er negative, konkluderer man at pasienten ikke har straksallergi overfor penicillin, og kan bruke penicillin på lik linje med normalbefolkningen.

### Prosedyre:

1. I allmennpraksis: rekvireres RAST for spesifikke immunglobuliner mot penicillin V og G. RAST-test: sensitivitet: 40-70% og spesifisitet: 80-95%. Ved positiv test har man verifisert allergien på grunn av testens høye spesifisitet, og pasienten er CAVE penicillin. Negative tester utelukker ikke penicillinallergi og pasienten må henvises til videre utredning: trinn 2 og 3.

- Henvisning til Hudavdeling:  
voksne pasienter og barn over 14 år.
- Henvisning til Barneavdeling:  
barn under 14 år.

### Se flytdiagram:

2. Prikktest og evt. intradermal test med major og minor determinanter: sensitivitet: 70 % og spesifisitet: 97-99%.

Ved positiv test er allergien verifisert. Ved negativ test går man videre til peroral provokasjon.

3. Peroral provokasjon med penicillin: enkeltblindet placebokontroll.

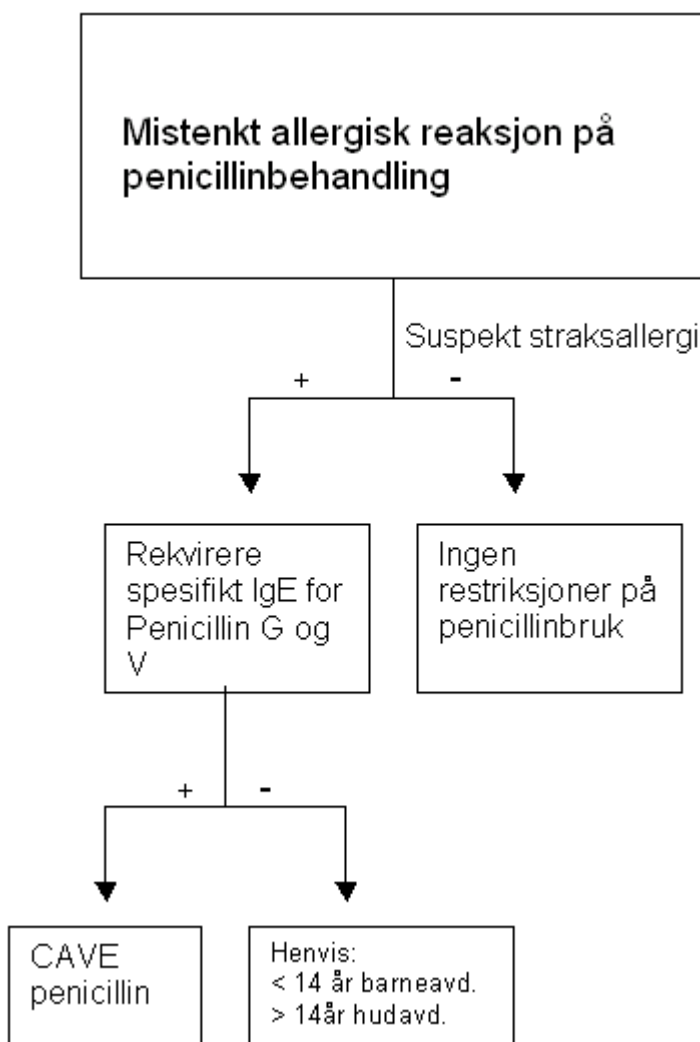
### Morbilliform eksantem:

Det morbilliforme eksantem, som opptrer innen 2 uker etter påbegynt behandling, er ikke IgE-mediert og gir derfor ingen anafylaksirisiko. Allergitredning har derfor ingen hensikt. Allmenntilstanden er som

regel upåvirket, men utslett og kløe kan vare 1-4 uker. Vi anbefaler at pasienter med ukompliserte morbilliforme utslett ikke rubriseres som CAVE penicillin.

Symptomatisk behandling med fuktighetskrem, lokale gruppe III kortisonpreparater, antihistamin og kaliumpermanganat bad, kan i uttalte tilfelle være nyttig. De vanskeligste tilfellene kan også henvises til Hudavdelingen.

De sjeldne, men alvorlige reaksjoner som Stevens-Johnsons syndrom og toksisk epidermal nekrolyse må henvises som ø-hjelp mhp innleggelse. Disse reaksjonene er oftest residiverende, og ved sikker diagnose anbefales ikke ny penicillinbehandling.



### Hudavdeling, SiR:

Overlege *Freddy Hestholm*

Prof. avd. overlege *Thomas Ternowitz*

Dr. *Eivind Vestbø*, praksiskonsulent

### Barneavdeling, SiR:

Seksjonsoverlege *Knut Øymar*

Dr. *Knut Vassbø*, praksiskonsulent

# PRAKSISNYTT

Informasjon Kommunikasjon Samarbeid  
Praksis-Konsulent-Ordninga

Allmennpraksis Sjukehus Spesialistpraksis

Nr. 16 Årg. 7

2. juli 2004



Sentralsjukehuset i Rogaland  
Helse Stavanger HF

---

## PSYKIATRISK KLINIKK

**Alderspsykiatrisk post B1** vil være stengt i ukene 29, 30, 31.

Av den grunn vil det i 1-2 uker før posten stenger være inntaksstopp.

Alderspsykiatriske pasienter som innlegges i denne perioden får sin behandling ved voksen psykiatriske sengeposter basert på geografisk tilhørighet.

Fra uke 32 vil innleggelser av pasienter til alderspsykiatrisk sengepost B1 gå som normalt.

Sengeposten har 14 senger som skal dekke hele Sør-Rogaland.

Overlege Nanna Figved, Psykiatrisk Klinikkk post B1. Noen av behandlerne ved B1 har forskjøvet ferien sin, slik at de vil være tilgjengelig for konsultasjoner og råd på sykehuset i disse ukene.

**APP** (Alderspsykiatrisk poliklinikk) opprettholder tilbudet. Behandlerne ved APP kan i enkelte tilfeller også reise ut til sykehjemmene dersom det skulle være nødvendig. Viktig å komme i en dialog så fort som mulig når akutsituasjoner oppstår, men en bør ikke gå utenom tilsynslegen ved sykehjem når det gjelder f. eks innleggelse. Bruk legevakten dersom tilsynslegen er på ferie. Vakthavende for- og bakvakt + CL-tjenesten (Liaison-tjenesten) kan også brukes.

### **Akutt Mottakspost C2 (AMC2)**

tar imot alle øyeblikkelig hjelp innleggelser til psykiatrisk klinikk, og for opptaksområde til Jæren Distriktspsykiatriske senter fra kl 15.00 – 08.00 hverdager, samt lørdag/søndag/helligdag. Det er viktig for oss m.h.p. paragrafinnleggelser (3-6 (observasjon) og 3-7 (tvungen innleggelse, der pasient har en alvorlig sinnslidelse), at innleggende lege beskriver de psykotiske symptom/suicidale tanker/planer/handlinger pas. har, samt oppgir hvem man har kontaktet som skal være pasientens tutor.

### **NØKKELTELEFONER I PSYKIATRISK KLINIKK**

**AMC2:** 51515090

**APP:** 51515190

**B1:** 51515060

Med vennlig hilsen

*Kjetil Hustoft*  
seksjonsoverlege AMC2

*Dag Årslund*  
seksjonsoverlege alderspsykiatrisk seksjon

## Ventetider på røntgenavdelinga

PKO minner om at det ligg oppdaterte ventetider for rtg. SiR på PKO-sida på internett. Denne blir oppdatert fast ca. 20. i kvar månad, og gir grei oversikt over ventetidene.

### Sandnes røntgen

har stengt veke 29 – tom 32.

### Stavanger røntgen

har stengt frå veke 28 – tom 30.

### Kveldspoliklinikken

har stengt frå veke 26 – tom 32.

Ellers er det noe redusert aktivitet ved hovedavdelinga grunna ferieavvikling

For 20. juni 2004 er ventetider som fylgjer:

US.	AMB.
Colon	3 veker, 6 veker på Stavanger
CT	10 – 11 veker
DSA	8 veker
HSG	9 veker
Mammografi	0
MR	7 veker
Mucg	7 veker
Myelografi	8 veker
Sialo (og herniografi)	10 veker
Skjelett	2 veker, 5 veker (ST)
Thorax	1 veke, 6 veker (ST)
Tynnt. m/ sonde	3 veker
Ultralyd	4 veker, (doppler –over sommaren)
Urografi	0, Frå veke 32 tas alle urografiar på Rogaland
CT-kveld (uten kontrast)	Over sommaren
MR – kveld	Over sommaren
Ultralyd -kveld	Over sommaren

## Kollegasignering og kontroll av elektroniske laboratoriesvar og epikriser

Det er sommar og ferietid. Då kan det vera passande å minna om at ein signerer elektroniske laboratoriesvar og ser etter viktige epikriser for kollega som er borte på ferie. Døme på korleis dette kan gjerast står i **Praksisnytt 13, 2003**. Har ein ikkje dette nummer lenger, kan det hentast frå internettsida vår.

Snart leverer alle avdelingar på SiR elektroniske epikriser til dei som kan ta imot dette. Ennå er det litt startvanskar på sist tilkomne avdelingar. Røntgen leverer også elektroniske svar, men her står det ennå att litt flikking før resultatet er slik ein vil forventa. Erfaringar frå mange brukarar er likevel positive, med raske svar straks dei er skrivne.

Det ligg føre planar om å utvida repertoaret på elektroniske meldingar frå SiR frå hausten. Informasjon vil koma i Praksisnytt etter kvart som nye meldingar kjem til.

## Fritekst-søk i Praksisnytt m.m.

På internettsida vår kan ein søka på fritekst for å finna fram til tema eller emne som er omhandla i tidlegare Praksisnytt. Dette kan vera enklare enn å leita i papirversjonar. Det er også nyttige lekkjer til internettsider for SiR-avdelingar. Kontakt med den enkelte praksiskonsulent er enkelt via denne sida, om det er emne som ein ynskjer å ta opp i høve til samarbeid mellom SiR og allmennpraksis.

*Asgeir Haugedal*  
Redaktør

# PRAKSISNYTT

Informasjon Kommunikasjon Samarbeid  
Praksis-Konsulent-Ordninga

Allmennpraksis Sjukehus Spesialistpraksis

Nr. 17 Årg. 7

8. sep. 2004



Sentralsjukehuset i Rogaland  
Helse Stavanger HF

## Situasjonen i Akuttmottaket, SiR

*Det registreres et stadig økende antall dager der antall pasienter innlagt SiR via Akuttmottaket (AM) i.l.a. 1 døgn overstiger 90, og dager da antall pasienter liggende samtidig i AM overstiger 30.*

AM ved SiR har 8 undersøkelses-/behandlingsrom, og er personalmessig og bygningsmessig dimensjonert for maksimalt 15 pasienter. Det sier seg selv at utfordringene mht ivaretatt pasientsikkerhet øker jo flere pasienter hver ansatt til enhver tid har ansvar for.

2 faktorer bestemmer antall pasienter i AM: 1) Hvor mange som kommer inn til og 2) hvor mange som bringes ut av AM.

### Ad 2): INTERNE FORBEDRINGER

SiR har internt gjennomført flere tiltak for å redusere antall pasienter liggende samtidig i AM. Bl.a. er antallet leger i AM økt, slik at pasientene blir ferdig primærundersøkt og brakt videre til sengepost. Planleggingen av et større AM er godt i gang, men vil ta tid å få ferdigstilt. Radiologisk service og laboratorieservice er forbedret og venting på slike undersøkelser er kortet ned.

Likevel forverres situasjonen.

### Ad 1): PRIMÆRLEGENES BIDRAG

Primærhelsetjenesten utfører en kjempejobb for sine pasienter. En del pasienter trenger likevel spesialisthjelp på sykehus, og videresendes på forskjellig måte; noen legges inn tiltrengende akuttbehandling, andre søkes inn elektivt, atter andre bes undersøkt poliklinisk. De aller fleste primærleger ber om adekvat hjelp på riktig nivå for sine pasienter.

Dog kan vi ikke fortie at vi stadig reagerer på at pasienter akuttinnlegges uten at vi kan finne dette medisinsk rasjonelt. Det er intet problem å raskt håndtere en adekvat akuttinnleggelse. Det er imidlertid et paradoks at jo mer "unødvendig" innleggelsen er, jo mer tid tar det å håndtere den. Å "snu" en pasient som ikke trenger innleggelse er svært tidkrevende, selv om den medisinske del av problemet er relativt beskjeden.

### OPPFORDRING TIL SAMHANDLING

- Ta kontakt telefonisk når du er usikker på om pasienten skal legges inn akutt eller ikke; sammen skal vi alltid finne en løsning. Vi kan da også diskutere evt. forhåndsundersøkelser som kan gjøres, om pasienten skal komme fastende, være forhåndstømt til u.s. etc.
- Om bakgrunnen for en akuttinnleggelse er mer sosial enn medisinsk begrunnet: Si fra om det; da blir det lettere for oss å være behjelpelig med riktig løsning på problemet.
- Om pasienten ikke trenger innleggelse akkurat der og da: Ring og avtal tid for når han/hun skal komme (neste morgen, over helgen etc.).
- Vi vil ta kontakt med innleggende lege i de tilfeller vi anser henvisning som mulig å håndtere på annen måte enn som akuttinnleggelse (hvis pas. kan "snues".)
- Direkte tilgang til **GIPS: Mobiltf. 952 92 088** (Gjelder innleggelser i med.klin.).

Med vennlig hilsen

Aase L. Kalberg

O.l. med. klinikk

Hans M. Lossius

Avd.o.l. akuttklinikken

Marit Qvam

Avd.s.pl. akuttklinikken

Ole-Kr. Zweidorff

O.l. med.klin/akuttklin.

# Informasjon om Lærings-og meistringssenteret, LMS, ved SiR

LMS vart etablert siste halvår 2002 og flytta inn i nyoppussa lokale august 2003, tidlegare "vaskeribygget" ved SiR. LMS er organisatorisk plassert under rehabiliteringsklinikken.

Målgruppa vår er pasientar og pårørande med kroniske sjukdommar/nedsett funksjonsemne både hjå barn og vaksne. Rehabiliteringsklinikken har tilbod til fleire av desse gruppene i dag. Det fyrste året har me difor prioritert å få etablert tilbod til pasientar og pårørande med kroniske sjukdomar.

Ved LMS legg me vekt på at brukarane skal ha stor plass når med planlegg, gjennomfører og evaluerer dei forskjellige tilboda. Me legg og vekt på eit tverrfagleg samarbeid av helsepersonell innan ulike fagfelt.

I haust har me meistringskurs for personar med kols, nyoppdaga diabetes, nyoppdaga cøliaki, osteoporose, tinnitus, morbus Menière, ca. prostata diagnostisert fyrste halvår 2004 og myalgisk encefalopati/ "kronisk utmattelsessyndrom".

I samarbeid med bl.a. LMS i Haugesund vert det og arrangert temakveld i Haugesund for foreldre til barn med kronisk sjukdom/nedsett funksjonsemne med familierapeuten Jesper Juul.

For helsepersonell som er i kontakt med barn eller foreldre vil Jesper Juul ha fagdag påfølgjande dag, dette er og i Haugesund.

I haust vil me arrangera eit nytt kurs på 16 timar for helsepersonell i helsepedagogikk.

Til hausten ynskjer me å starta eit tilbod for ungdom med type 1-diabetes. Ein tenkjer seg aldersgruppa frå 14 år og ut vidaregåande skule.

Ved rehabiliteringsklinikken avdeling Egersund, er dei i gang med å utrede faginnhaldet for å få til meistringstilbod for personar med langvarige smerter. Det same gjer dei for personar med kols i samarbeid med lungepoliklinikken SiR og LMS SiR.

Fleire tilbod er under planlegging. Me vil fortløpande leggja ut informasjon om aktivitetane våre på heimesida til "Lærings- og meistringssenteret" [www.helse-stavanger.no](http://www.helse-stavanger.no).

Har de spørsmål kan de kontakte :  
Leiar LMS SiR **Marie Fjelde Hausken**  
Tlf. 5151 3082, E-mail: hamf@sir.no



## Stadig nye pasientrettar krev godt samarbeid mellom allmennpraktikar og sjukehus

Sidan pasientrettighetslova kom i 1999 har ho gått gjennom fleire endringar som har styrka pasientane sine rettskrav. Dette gjeld både §2-1 rett til helsehjelp, §2-2 rett til vurdering, §2-4 rett til valg av sykehus og §2-6 om rett til syketransport. Sosial- og helsedirektoratet har nyleg sendt ut rundskriv 15-12/2004 som omhandlar endringane og praktiseringa av dei slik dei er blitt etter 1. sept. d.å.

Rundskrivet er tung lesing og tankar om ansvar, tidsbruk og alternativkostnad melder seg snart. Men juristane og staten har talt. Tunge direktiv er som tunge pasientar; vi må finna ei løysing i dagleg praksis anten vi vil eller ikkje. Sjukehuset har i alle høve tatt dette på alvor.

Eit utvalg nedsett av adm. direktør i mars 2004 har greidd ut om pasientrettighetslova og konsekvensar for sjukehuset. Den 27. aug. d.å. blei dette lagt fram på eit seminar for sjukehusstilsette der ass. helsedirektør Geir Sverre Braut haldt eit glimrande innlegg om tankar bak og tolkingar av lova.

Ein kortversjon av stoda for oss alle, både innanfor og utanfor sjukhus, er at pasientane har fått fylgjande rettार:

### **Rett til vurdering**

Innan maksimalt 30 dagar, eller før dette dersom fagleg vurdering tilseier det. Tilvisande primærlege må gi gode nok opplysningar for denne vurderinga. Desse kan supplerast av vurderande lege, og

pasienten kan bli innkalla om nødvendig. Tilvisande lege bør koma med framlegg om hastegrad ( sjå malen for "den gode henvisning" som nå er lagt inn i Winmed). Fleire tilhøve skal vurderast. Har pasient rett på nødvendig helsehjelp etter lova, eller skal han/ho setjast opp på uprioritert venteliste dersom sjukehuset har eit tilbod om behandling av tilstanden? Eller skal pasienten avvisast med at det offentlege ikkje gir tilbod om slik behandling ( t.d. kosmetiske operasjonar ) ? Dersom pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, fylgjer neste rett automatisk. Pasientar har då også rett til å få ein bindande frist for når vidare utredning eller behandling skal finna stad. Fastlegen kjem heller ikkje lett frå dette dersom pasientane er rettsbevisste. Til og med den første tilvisinga for vurdering går etter prinsippet om fritt sjukehusval, og vi har ei lovfesta plikt til orientering og medverknad. Elles er legeföreninga for tida med rette oppteken av at det må utarbeidast standardar for den faglege fristvurderinga, noko som sjølvsagt vil vera med på å hindra rein vurderingsshopping frå pasientane si side.

### **Rett til anke og ny vurdering**

Når vurderinga er gjort, vil det gå ut skriv til pasienten med kopi til fastlegen. Ikkje berre om pasienten har rett på nødvendig helsehjelp og frist, men òg opplysning om anke på fristen eller ny vurdering dersom dei medisinske premissane som fristen bygger på, verkar å vera feil for pasienten.

Dette blir eit langt og komplisert skriv som pasienten truleg raskt tek med til fastlegen for tolking og råd. I den situasjonen som pasienten nå er, kan han både anka, krevja ny vurdering eller utredning/ behandling etter fritt sjukehusval på anna sjukehus. Og framleis har fastlegen plikt til å hjelpa til med dette. Her kjem samarbeidet med sjukehuset inn for fullt. Vi må skriva så gode tilvisingar vi kan, med tanke på spesialisten si vurdering. Til gjengjeld må sjukehuset leggja mykje arbeid i det skriftlege vurderingssvaret til pasienten,. Dei bør òg oppretta ein opplysningstelefon som rettleier pasientane vidare . Dei bør elles hjelpa til med å senda tilvisingar vidare til nytt sjukehus når pasienten ønsker dette. I praksiskonsulentordninga må vi overvaka utviklinga og ta opp dei problema som måtte oppstå.

#### **Rett til fritt sjukehusval**

Dette gjeld både vurdering, utredning og behandling. Og pasienten kan skifta sjukehus mellom kvart trinn. Skal vi som fastlegar sleppa unna eit pasient-administrativt skrekkszenario, må vi håpa på fylgjande: At dei som er mest opptekne av fritt sjukehusval er både web- og grønt nr. kompetente. Vi må setja vår lit til at sjukehuset gjer ein god pasientlogistikkjobb. At rettstenkinga til pasientane utvikler seg

gradvis. At andre instansar kanskje trer hjelpande til ( I Finnøy er det framlegg frå eldrerådet om at kommunen sitt servicetorg skal hjelpa dei eldre med fritt sjukehusval)

#### **Rett til omgjering av frist dersom tilstanden forverrer seg i ventetid**

Både fastlegane og våre kollegar på sjukehuset kjenner til presset mot ny kontakt med sjukehuset for å få korta inn ventetida. Vurderingane er vanskelege og tidsdsbruken stor. Nå vil nok dette freista dei opplyste pasientane endå meir sidan dei nå kan har rett til ny bindande frist. Dersom dette blir eit stort problem, bør kanskje PKO ta initiativ til utarbeiding av overordna generelle prinsipp for slike nyvurderingar slik at vi har noko å møta pasienten med i standen for innhaldslause brev til sjukehuset.

I alle høve er praksiskonsulentordninga blitt viktigare enn nokon gong. Gråsona mellom sjukehus og fastlege blir stadig større. I fleire år har vi streva med å finna gode løysingar på kvar grensene skal gå, kven som skal gjera kva? Dette gjeld både rein klinikk og attestar, men nå òg administrasjon av pasientrettar. La oss håpa at vi finn gode løysingar i saman !

*Eivind Vestbø  
praksiskonsulent*

## **Hospiteringsordninga på SiR**

Vi minner om hospiteringsordninga på SiR, som omfattar mange avdelingar. Gå inn på heimesida vår og finn ei avdeling som freistar. <http://praksis.sir.no/Hospit/Index.htm>

Ei veke hospitering gir verdifull erfaring og kunnskap, også nyttige kontaktar på SiR, i tillegg 25 valfrie poeng til vidare- og etterutdanning i allmenntmedisin. Bonus er betre samhandling i helsetenesta.

Tida mellom nyår og påske er den beste tida å gjennomføra hospitering grunna låg aktivitet i høve til studentar.

# PRAKSISNYTT

Informasjon Kommunikasjon Samarbeid  
Praksis-Konsulent-Ordninga

Allmennpraksis Sjukehus Spesialistpraksis

Nr. 19 Årg. 7

28. okt. 2004

## ØYEAVDELINGEN

Øyeavdelingen med poliklinikk og dagkirurgi er flyttet til nye lokaler i Hillevåg.

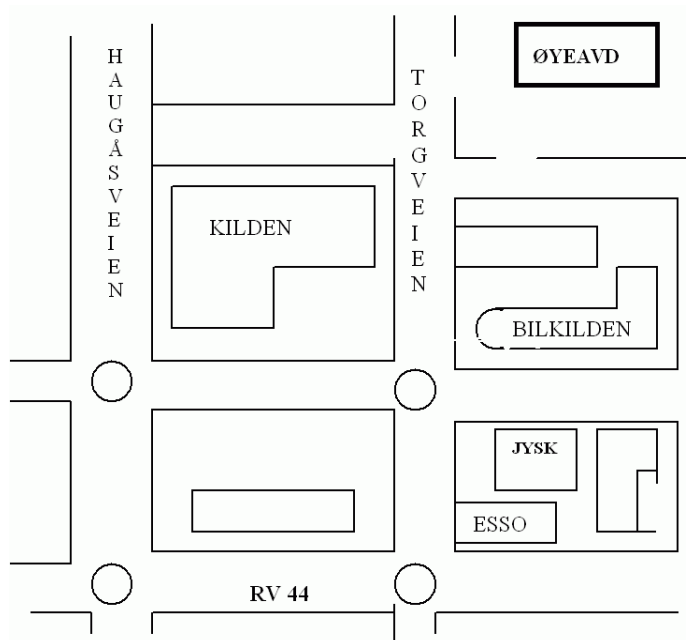
De nye lokalene ligger ved siden av Kilden kjøpesenter i Hillevåg.

**Adresse:**

**Torgveien 25.**

**Henvendelser til øyepoliklinikken :  
Tlf. 47 90 57 59**

**Opplysninger om operasjoner eller  
ventetid:  
Tlf. 47 90 13 59**



### Generell orientering:

Øyeavdelingen er en tredjelinjetjeneste. Bare unntaksvis bør søknader fremmes direkte fra primærhelsetjenesten til øyeavdelingen. Langt de fleste problemstillinger bør henvises til de privatpraktiserende øyeleger, evt. optiker.

Utenom de privatpraktiserende legers kontortid kan vakthavende lege ved øyeavdelingen kontaktes. Han/hun har hjemmevakt.

Om natten kan de fleste aktuelle øyesykdommer behandles av primærlegen, slik at øyelege overtar behandlingen dagen etter, der det er nødvendig. Da kan pasienten om nødvendig møte neste morgen **kl. 09:00** på øyepoliklinikken uten at vakthavende lege er forespurt på forhånd.

Lørdag er poliklinikken i Hillevåg åpen for ø.hj. fra kl. 900. Søndag er poliklinikken stengt. Evt. poliklinisk tilsyn i helgene må avtales med øyeavdelingen/vakthavende øyelege på forhånd. Vakthavende øyelege vil vanligvis være tilstede på øyepoliklinikken lørdag formiddag **kl. 10:00**.

Utenfor vanlig kontortid kan vakthavende lege ved øyeavdelingen kontaktes pr. tlf.

**Telefonnummeret fåes oppgitt på ØNH/Øyeavdelingen 2A : Tlf. 51518771**

## Smertefullt rødt øye

1. **Akutt glaucom:** Forekommer svært sjelden. Øyet er meget trykkømt og kjennes hardt ved palpasjon. Synet på øyet er vanligvis sterkt svekket. Sterke smerter kan forårsake kvalme og redusert allmenntilstand.
2. **Akutt iridocyclitt:** Rødt øye, tåkesyn og fotofobi. Smerter. Ofte liten eller uregelmessig pupille. Henvises øyelege samme dag eller neste morgen.
3. **Keratitt:** Symptomer som ved iridocyclitt i tillegg fargetagende lesjon på cornea ved farging med Fluorescein. Henvises øyelege samme dag eller neste morgen.
4. **Fremmedlegeme:** Gir vanligvis ruskfølelse. Hvis lokalisasjonen av fremmedlegeme er vanskelig kan Fluoresceinfarging og evt. også kortvarig lokalbedøvelse gjøre det lettere å stille diagnosen. Dersom spesialistbehandling er nødvendig kan den oftest utsettes fra natt til neste dag. Kloramfenicol salvebandasje er en god behandling natten over. Det er ikke mer smertefullt med et ikke-fjernet fremmedlegeme enn erosjonen som lages når fremmedlegeme fjernes.
5. **Etseskader:** Alkaliske etseskader spesielt skader forårsaket av sterkt alkaliske midler, bør som regel kontrolleres av øyelege. Førstehjelp med grundig skylling er viktig.
6. **Sveiseblink (keratitis fotoelectrica):** Gir ofte ruskfølelse på ett eller begge øyne. Behandles med salvebandasje, evt. supplert med Voltaren øyedråper og generell analgetica. **Ikke behandling med lokalanestetica.** Trenger vanligvis ikke henvisning til øyelege.

## Akutt synstap:

Ved akutt synstap kontaktes vakthavende øyelege.

## Kroniske tilstander:

**Cataract:** Ved mistanke om cataract henvises pasienten til øyelege utenfor sykehuset.

**Glaucom:** Akutt glaucom henvises tiltrengende øyeblikkelig hjelp.

Ved mistanke om kronisk glaucom eller subakutte tilstander kan følgende forslag brukes som veiledende retningslinjer:

Ved trykkmålinger over 35 mm konfereres med vakthavende lege på øyeavdelingen.

Trykkmålinger mellom 25 og 35 mm bør sikres undersøkelse hos øyelege innen 1 uke.

Trykk mellom 23 og 25 mm bør kontrolleres hos primærlegen innen 1 uke.

**Strabismus:** Ved mistanke om strabisme hos barn under - eller i skolepliktig alder, kan disse henvises våre ortoptister.

Ved nedsatt syn ved 4 års-kontroller uten strabisme, må disse henvises privatpraktiserende øyelege.

## Utstysliste:

Følgende minimums utstyr til øyeundersøkelse bør forefinnes på alle primærlegekontorer:

### Medikamenter:

- **Alcaine** (lokal anestheticum)
- **Fluorescein** minims.
- **Tropicamid** minims (pupilledilatasjon).

### Instrumenter:

- **Schiøtz tonometer.**
- **Oftalmoskop**
- **Synstavle** - visus må være undersøkt før henvisning til øyelege.
- **Corneaskrape**

Rune Hapnes, øyeavdelingen

Berit Nakling, øyeavdelingen

Ole K. Zweidorff, praksiskonsulent