

PRAKSISNYTT - FIH

Praksis - konsulent - ordningen

Samarbeid Informasjon Kommunikasjon
Allmennpraksis - Sykehus – Spesialistpraksis

Nr 7/99 24.11.99

| | |
|---|--|
| Barneavdelingen - kan det være astma? | Nytt fra sentrallaboratoriet: TT-INR |
| Nytt fra barneavdelingen | Redaksjonen |

Barneavdelingen - kan det være astma?

Barne poliklinikken ved FIH, har lang erfaring i astma og allergi problemer, og har stabilt personale. Som noe nytt er der også tilsatt en sjukepleier i 50% stilling for å kunne drive astma skole for barn og foreldre.

Jeg skal skrive litt om hvem som bør henvises, men først noen generelle

"astma poeng":

- **Lomudal** er stort sett "out" som astma medisin.
- **Prikk test** er mye bedre enn PRIST og RAST
- **Ukomplisert pollenallergi** behøves ikke prikktestes eller henvises, bør diagnostiseres og behandles i allmenn praksis. Gjelder ikke hvis der er astma i tillegg.
- I påvente av time for utredning (ca. 3 mnd. ventetid), ønsker **H. Mo** tlf. kontakt for råd om tiltak i venteperioden.
- astma barn på **steroid behandling** bør ha oppfølging (helt eller delvis) ved ped.pol. (noen få barn er "overfølsomme" for steroider, og kan få bivirkninger som vekstretardasjon, psykiske plager mm)
- dersom vi tenker på **spirometrivurdering**, kan vi like godt henviser til full utredning for astma. Da blir spirometri utført, og resultater lagret i database.
- viktig å finne barn med subklinisk obstruksjon eller såkalt "**stum astma**". Viser seg ved redusert fysisk yteevne.
- **alvorlige astma anfall** skal innlegges eller henvises alt ettersom.
- 40% av barn som får klinisk bronkiolitt med **RS virus**, utvikler astma
- **premature med RS virus** får ofte apnè som debut symptom, og skal innlegges.
- **tilnærming**: primærlege med nødvendig kompetanse-pediater-sjukepleier-fysioterapeut-psykolog, og ikke å forglemme nødvendig kompetanse hos foreldre-barnehage-skole.

Litt om kriterier for henvisning til 2.linjetjenesten.

(se også bronkial astma hos barn og unge, NSAM's handlingsprogram)

Barn med astma bør vel ha vært til utredning hos pediater i hvertfall en gang. Mange følges med regelmessige kontroller ved ped.pol, mange burde kanskje gått vekselvis hos primærlege og pediater, og noen får kanskje ingen kontroller, bare medisin over tlf. ????

Kriterier: aldersavhengige:

- 0-3 år: mer enn 2-3 **BPO (bronko pulmonale obstruksjoner)** for utredning/diagnose
- 3-5 år: mer enn 5 BPO eller BPO varighet over 3-4 uker
- 5-18 år: hvis BPO til tross for behandling
- fortsatt astma symptomer ved skolestart

Kriterier: aldersuavhengige:

- usikker diagnose, mistanke om subklinisk obstruksjon
- behov for utredning av IgE mediert allergi
- behov for vedlikeholdsbehandling med steroider
- dårlig beh. effekt
- mestingsproblemer: dårlig compliance mht; behandling og evt. psykososiale problemer
- utprøving og forskrivning av forstøverapparat
- alvorlig astmaanfall

Nytt fra barneavdelingen

Her er et åpent brev til alle medkollegaer i allmenn praksis.

Jeg ønsker fremover å ta opp henvisningsrutiner til barne avdelingen for følgende emner:

- Astma-allergi
- Vekstforstyrrelser
- Utredning av forsinket psykomotorisk utvikling, inkludert spørsmål om MBD, DAMP etc.

Jeg ønsker forslag fra dere som jeg kan ta med til barne avdelingen og diskutere der, sammen med barneavdelingens behov for nødvendige opplysninger fra oss til dem ved henvisninger.

Og en annen sak:

Hva med videre oppfølging etter utredning i 2.linjetjenesten?

Hvem "eier" de "spennende" pasientene ?

Skal de sitte fast i 2. linje tjenesten, eller kan vi dele på oppfølging og ansvar for visse pasient-grupper mellom 1.og 2. linje tjenesten? Jeg tror at der er mange fordeler med et delt ansvar etter et avtalt opplegg.

- Barnelegene kan få øket kapasitet på poliklinikken.
- Vi kan be om konsulent bistand også på "lettere" problemstillinger.
- Barnelegene kan få se mange forskjellige barn fremfor mange like barn.
- Vi vil bli bedre kjent med "kronikerne" under fredelige forhold, og ikke kun når der er problemer som må løses som ø.hj.
- "Kronikerne" blir bedre kjent med primærlegen sin.
- Vi styrker aksen: pasient- primærhelsetjenesten –spesialisthelsetjenesten, til felles beste for alle.

Et eksempel:

Et barn med diabetes forsvinner fra primærhelsetjenesten straks sykdommen er et faktum, for så å forbli i 2. linje tjenesten. Vi glemmer nesten alt om barnets eksistens.

Dersom dette barnet går til avtalte kontroller 4 ganger i året, kunne 1 av disse, evt. 2 kontroller bli lagt til primærhelsetjenesten, dvs. hos **faste leger**. (Det forutsetter at det fremdeles finnes *noen* faste leger i allmennpraksis, og flere skal der bli, hører jeg....)

Man kunne legge en plan for kommende års kontroller, så mange her og så mange der, og hvem som gjør hva, med tilbakemelding til hverandre etter oppdrag utført.

Er dette en vei å gå ? Vennligst kom med innspill! Muligens gjelder dette ikke bare barn, men også voksne med medisinske eller kirurgiske problemstillinger.

For eller imot ? Tips en praksis konsulent !

Ring meg: 90893980, eller send en e-post: emills@online.no

Eric Mills

P.S. Det er åpenbart en stor frustrasjon at enkelte allmenn leger sender medisinske ø.hj. problemstillinger til rtg. uten å diskutere med noen her på huset først, om hvem som skal evt. se pas., eller om pas. skal returneres og at henvisende lege får svar om 1-2 dager, eller ringer selv samme kveld, eller neste morgen ?

Det er jo bare å si til pasienten at nå er bildet tatt, kontakt legen som sendte deg.

Det er jo henvisende lege sitt ansvar så lenge ingen er blitt pålagt ansvaret.

Det er jo ikke vits å lage en 1.linje problemstilling som hører hjemme i 2. linje.

Og vi vet jo alle hvor frustrerende det er å få andres uløste problemer i fanget når vi har så mye annet å gjøre selv ?

Som nevnt før, det er slendrian å sende pasienter til rtg. uten å avtale med pediater eller medisiner på forhånd,

dersom de skal involveres. Det er heller ikke lett for rtg. å vite hva vi har tenkt, dersom det ikke er sagt eller skrevet noe om det. Skjerpings!

(Gjelder ikke kirurgiske skader, som det finnes rutiner på). D.S.

Nytt fra sentrallaboratoriet – TT-INR

Husk at fra 01.11.99 er måleenheten for effekten av Marevanbehandling endret, og oppgis nå i TT-INR enheter, der stigende tallverdi angir økende behandlingsintensitet.

Tommelregel: Økende blødningsfare ved TT-INR *over 5* (i motsetning til tidligere TT % *under 5*).

Terapeutisk område for *venøse* indikasjoner er INR i området **2.0-3.0** (DVT, lungeembolier og atrieflimmer), og for *arterielle* indikasjoner er INR i området **2.5-3.5** (sekundær MI profylakse, mitralstenose etc). Kunstige hjerteventiler +/- ASA krever INR opp mot **4**.

Marianne Svindland

Praksiskonsulentordningen Redaktør Marianne Svindland Tel sentr. 52 73 20 00

Fylkessjkehuset i Haugesund Spesialist i allmenntmedisin Tel.direkte 52 73 20 60

5513 HAUGESUND Praksiskoordinator Telefax 52 73 20 19