

PRAKSISNYTT - FIH

Praksis - konsulent - ordningen

Samarbeid Informasjon Kommunikasjon
Allmennpraksis - Sykehus – Spesialistpraksis

Nr 14/2000 27.09.00

Mestringssenteret Fotsår	Diabetespoliklinikken FiH-labnytt	Den diabetiske fot FHK-prosjektet	Diabetisk neuropati Praksiskonsulentordni ngen	Sirkulasjonsforstyrrels er Redaksjon
-------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------

MESTRINGSSENTERET - FIH

Mestringssenteret ved FiH ble offisielt åpnet i februar 2000. Senteret er tilrettelagt spesielt med tanke på pasienter med kroniske lidelser. Disse skal her få økt kunnskap om sin kroniske sykdom på en slik måte at det fører til endring i livsstil og en bedre mestring av sykdommen.

Mestringssenteret har pr. i dag følgende tilbud:

- Hjertesviktpoliklinikken (presentert i Praksisnytt-FIH Nr. 5/2000)
- Diabetespoliklinikken
- Dialysen
- Lungeteamet
- Ernæringsfysiologen

Diabetespoliklinikken og lungeteamet holder til i Wrangel-huset vis-a-vis psykiatrisk avdeling.

DIABETESPOLIKLINIKKEN

Henvisninger mottas fra primærhelsetjenesten, både fra hjemmesykepleien og fra legene. Den drives av diabetessykepleierne Kari M. Skjold og Astrid Ellefsen, sammen med overlege Bjørn Nedrebø og avd. overlege Lars Holst-Larsen.

Sykepleierne er å treffe på telefon mandag til fredag kl. 08.30 –14.00, og telefonnummeret er 52 73 25 67 / 68.

Det vil være naturlig at diabetespoliklinikken har et nært samarbeid med ernæringsfysiologen, og også med dialysen når det dreier seg om diabetikere med nyresvikt.

Indikasjon for henvisning kan være :

- Pasient som skal innstilles på insulin, og trenger opplæring for dette. Det er imidlertid ønskelig at flere allmennleger tilegner seg kunnskap om dette og innstiller pasientene sine på insulin selv i de tilfeller dette skal gjøres.
- Pasient som er vanskelig å regulere tilfredsstillende.
- Diabetikere med kroniske fotsår.

Det satses på en tett oppfølging av pasienten til å begynne med. Målet er at pas. skal tilbake til primærhelsetjenesten så fort som mulig.

Type II diabetikere som innstilles på insulin følges opp ved poliklinikken i ca. ½ år, deretter skal pas. tilbake til primærhelsetjenesten. Enkelte pasienter, spesielt yngre type I diabetikere, og særlig de som begynner å utvikle komplikasjoner (for eksempel nyresvikt), kan ha behov for regelmessig oppfølging også fra 2-linjetjenesten.

I sykehusets nedslagsfelt er det for tiden 30 – 40 diabetikere som benytter pumpe, og det er naturlig at også disse har regelmessig kontakt med diabetespoliklinikken.

Når pas. går tilbake til primærhelsetjenesten, skal det skrives epikrise, og pasienten får med skriftlig informasjon i en eller annen form.

I tilfeller der pasienten har fått kontakt med diabetespoliklinikken på annen måte enn via egen lege, har gjerne epikriserutinene sviktet. Dette skjer ofte, noe som de fleste allmennleger har erfart. Fastlegeordningen vil kunne gjøre dette enklere.

DEN DIABETISKE FOT

Diabetikere må lære å stelle godt med føttene sine!

- Gå med romslige sko som ikke klemmer.
- Gå ikke barbent eller i sandaler.
- Ikke for trange sokker.
- Skift sokker ofte.
- Fotbad max. 5 min. Hel hud skal ikke bløtes opp.
- Tørk føttene godt.
- Klipp neglene rett av.
- Bruk en god krem.
- Inspiser føttene daglig, eventuelt med speil.
- Stell av føttene hos fotpleier med spesialutdannelse 1 gang pr. mnd. må anbefales.
- Pass på begynnende sår!

I Rogaland og Hordaland gjøres 1/3 av alle amputasjoner på diabetikere.

70% av alle amputasjoner som gjøres på diabetikere skyldes fotsår som progredierer med dyp infeksjon og gangren.

60% av diabetikere som har amputert, er døde i l.a. 5 år.

Man tenker seg et diabetisk fotteam, som bør bestå av:

- Diabetessykepleier
- Indremedisiner (diabetesansvarlig)
- Fotterapeut med utdannelse innen diabetiske føtter
- Karkirurg og ortopedisk kirurg
- Ortopeditekniker

Hovedårsaker til problemer med en diabetiske fot:

- Dårlig blodtilførsel – ischemi. Gir dårlig tilvekst og sårtilheling.
- Dårlig nerveledning – økt belastning og påkjenning
- Nedsatt syn/blindhet
- Infeksjoner
- Høy alder – langvarig diabetes (spesielt aleneboere)
- Tidligere fotsår
- Ødemer
- Dårlige sosiale forhold
- Trange sko ⇒ feilstillinger, trykkskader.

Diabetisk neuropati

Angriper særlig de lengste nervebanene, og føttene er særlig utsatt. Pas. får redusert følelse særlig i beina, og føler han/hun går på puter.

Pasienten får redusert smerte- og vibrasjons- og leddsans, og kjenner ikke så godt forskjell på varme og kulde. Stikk og trykk merkes dårlig.

Forandringer i de små musklene i foten kan medføre feilstillinger i form av hammertær, hudfortykkelse på trykkipunkter, tørr hud med sprekkdannelser. Derfor finnes neuropatiske sår særlig på trykkipunktene: tåballene, tærne og helen.

Sirkulasjonsforstyrrelser - ischemi

Foten er kald og bleik, claudicatio. Ikke følbart puls i fotarteriene. Ved diabetisk ischemi kan også de minste blodkarene helt perifert være angrepet med tydelig følbart puls i arteriene, men likevel ischemi perifert i huden. Sårne ved ischemi er lokalisert særlig oppå tærne, fotryggen og leggen.

Fotsår

Diabetikere med kroniske fotsår er en spesielt utfordrende kategori. Det eksisterer mange trosretninger og feilinformasjon når det gjelder behandlingen av kroniske fotsår hos diabetikere. Eldre behandlingsmetoder er nødvendigvis ikke riktig i dag. Den evige sannhet har ingen, men vi må tro at verden går fremover.

Diabetessykepleierne har tatt en del kurs og har løpende erfaringsutveksling med andre fagpersoner og spesialsykepleiere ved andre sykehus, og holder seg stadig oppdatert oppdatert.

Det er viktig at helsepersonell i 1.-linjetjenesten snakker samme språk som de gjør i 2.-linjetjenesten, ellers blir pasientene lett forvirret og mister tilliten.

Det er ingen tvil om at det gjøres mye feilbehandling etter de erfaringer som man har pr. i dag.

I utgangspunktet er det viktig å finne ut om et sår er arterielt, venøst eller rent diabetisk betinget sår eller en kombinasjon. Behandlingen er forskjellig ved de forskjellige sårtyper.

Diabetes-sykepleierne ved FiH behandler diabetiske sår etter en modell fra King's College :

- God blodsukkerregulering
- Røykestopp
- Riktig ernæring
- Smertebehandling
- Infeksjonsbehandling. Antibiotika gis over noe lengre tid enn vanlig systemisk behandling, aldri antibiotika lokalt.
- Lokalbehandling
- Ødembehandling
- Avlastning (for eksempel spesialsko, krykker, ro, gips, rullestol m/fotbrett.
- Utredning (angiografi, karkirurgi osv.)
- Bedre sirkulasjon – bedre tilheling.

Dårlig regulering av diabetes med høyt blodsukker gir redusert sirkulasjon i de små blodårene. Dette forsinker sårtilhelingen, og kan bidra til progresjon istedenfor helbredelse.

Avlastning må først og fremst skje ved bruk av riktig sko. Den må være laget av riktig materiale, ha riktig lengde, bredde og høyde. Spesielt viktig er dette hvis pas. har nevropati, og kjenner dårlig hvor en mistilpasset sko trykker. Eventuelt kan pas. få spesiallaget ortopedisk sko med fotseng, event. silikonavlastning.

Spesialsko er dyre. Pas. betaler en egenandel for dette.

Rikstrygdeverket arbeider med refusjon for fotsenger.

Det er også viktig at pas. har sko både til innendørs og utendørs bruk.

Den lokale sårbehandlingen:

- Bakt.us. med resistensbestemmelse.
- Såret behandles rent, ikke sterilt.
- Såret skal ikke vaskes med saltvann. Kan eventuelt overskylle såret med saltvann (husk: lufttørre før ny bandasje).
- Ikke grønsåpebad, dette gir et alkalisk miljø, og virker ugunstig.
- Ikke lokalt antibiotika.
- Tørre kompresser/bandasjer som ikke sitter fast i såret, men samtidig er fuktighetsbevarende (for eksempel Sorbact, Melolin, Lyofoam, Actisorb, kullbandasje). Det skal ikke benyttes Duoderm eller andre colloide kompresser. Disse blir for tette, og tillater ikke at såret får luft. Gel (Sterigel eller lignende) kan benyttes for å løse opp nekrose.
- Det som legges på såret, skal ha kroppstemperatur før det legges på.
- Lufting av såret. Obs. romtemperatur
- Sårskift minimum 1 gang pr. dag, oftere hvis såret væsker mye. I enkelte tilfeller kan det være tilstrekkelig med sårskift annenhver dag.
- Beskjæring av sårkanten med skalpell 1 gang pr. uke, event. hver 2. uke.

Hard hud (callus) kan være utgangspunkt for nye sår.

Hvis nekrose/hard hud: Sterigel på såret. Lyofoam kompress. Tubifast bandasje.

Sorbact bandasje fester seg ikke til såret, virker vannavstøtende og trekker til seg bakterier.

Diabetespoliklinikken, FIH

FIH-LAB NYTT

Svarutgivelse til pasienter:

Fung. avdelingsoverlege Jørgen Lyngbye orienterer om følgende praksis som skal gjelde ved sentrallaboratoriet ved spørsmål om utlevering av prøvesvar:

- a. Svar på blodtype, hvor resultat foreligger i laboratoriets datasystem, utgis ved personlig henvendelse og mot behørig legitimasjon.
- b. Andre svar utgis ikke av laboratoriet. Her henvises pasienten til å henvende seg til rekvirerende lege eller avdeling.

RETTING av opplysninger i Praksisnytt-FIH nr. 13/2000:

1. Fra og med 1.sept vil legene ved blodbanken på Haukeland ha det medisinskfaglige ansvaret i FIH's blodbank. Dette betyr bl.a at det er til Haukeland en skal henvende seg med problemer på vakttid. Legene på Haukeland har bakvaksordning og en må kontakte vaktbioingeniørene, så vil de videreformidle beskjed. Telefonnummer til vaktbioingeniør i blodbanken på Haukeland er **55972470**. Dette telefonnummeret vil også henge på oppslagatavlen over telefonen i blodbanken hos oss.

FHK prosjektet

Pilotprosjektet vedrørende inn- og utskrivingsrutiner ved nevrologisk avdeling, startet opplike før sommeren, og fortsetter nå utover høsten. Avdelingen forsøker å sende foreløpig epikrise med pasienten og kopi til egen lege samme dag som pasienten skrives ut, og endelig epikrise innen 1 uke.

Avdelingens leger ber igjen om at innleggende lege alltid kontakter vakthavende nevrolog ved spørsmål om ø.hj. innleggelse, for vurdering om innleggelse er nødvendig, alternativt om poliklinisk vurdering er en bedre løsning.

Praksiskonsulent-ordningen FIH

Praksiskonsulentene ved FIH har vært i sving siden februar 1999. Vi har etter hvert gjort en del erfaringer og vi har fortsatt tro på at denne ordningen kan være med på å redusere "avstanden" mellom sykehus- og primær-medisin, samt å forenkle samarbeidsrutiner, til beste for både pasientene og legene.

Vi har praksiskonsulenter (allmennpraktikere) i 5 deltidstillinger 8 timer pr måned, ved henholdsvis medisinsk + nevrologisk, kirurgisk, pediatrik, gynekologisk, øye + ØNH avdeling.

Praksiskoordinator har deltidstilling 6 timer pr uke, med tilknytning til sentrallaboratoriet og radiologisk avdeling.

Arbeidet som praksiskonsulent kan (ifølge brev fra utdanningsavdelingen i legeföreningen) godkjennes som tellende til pkt C 4 i reglene for etterutdanning i allmennmedisin (som sykehustjeneste med 2 poeng pr arbeidsdag, inntil 120 poeng for en godkjenningsperiode).

Nå er det også opprettet tilsvarende deltidstilling for praksiskonsulent ved psykiatrisk avdeling.

Praksiskonsulentene ved kirurgisk og øye+ØNH har nylig sluttet, slik at disse stillingene er ledige.

Vi oppfordrer kolleger med interesse for nytenking og "samarbeidsutvikling" til å ta kontakt for nærmere informasjon. Henvendelse kan gjøres til :

praksiskoordinator Marianne Svindland onsdager 08-14, eller til sjeflege Kjellfrid Laugaland.

Dette er praksiskoordinator / praksiskonsulentene ved FIH:

Ansvar for:

Dr Marianne Svindland telefon direkte 52 73 20 60 (FIH onsdag) Radiologisk avdeling og sentrallab.

Dr Tor M Aune telefon direkte 52 85 75 36 (Kopparen) Medisinsk og nevrologisk avdeling

Dr Tore Haaland telefon 53 76 80 10 (Ølen) Gynekologisk avdeling

Dr Eric W Mills mobiltel 90 89 39 80 (Etne) Barne avdeling

For tiden er stillingsdelene som praksiskonsulent ikke besatt på Seksjon for kirurgi og ortopedi, Øye- og ØNH avdelingene og psykiatrisk avdeling.

Praksiskonsulentordningen Fylkessjukehuset i Haugesund 5513 HAUGESUND	Redaktør Marianne Svindland Spesialist i allmennmedisin Praksiskoordinator	Telefon sentralbord: 52 73 20 00 Telefon direkte: 52 73 20 75 Telefax: 52 73 20 19
-----------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------