

Smittskyddsenheten
Region Västerbotten
901 89 Umeå

Minnesanteckning

Tid: Fredag 12 november kl 13.30-15

Plats: Vilhelmina-rummet, Regionens hus, Umeå

Nätverket för läkare som ansvarar för Särskilda Boenden (SÄBO) i Västerbotten där fokus är infektioner. Fokus bukinfektioner (träff nr 26)

Deltagare på plats:

Ann Lindqvist Åstot, geriatiker, ordförande för mötet
Cecilia Nordenson, Kirurgkliniken, NUS
Maria Marklund, Vårdhygien, NUS
Åse Ring, Distriktsläkare
Ronny Lestander, Beställarenheten
Denise Jarvis Smittskyddsenheten

Ann inledde mötet med genomgång och sedan fick deltagarna som var med via länk göra en kort presentation av sig själva där även Stephan Stenmark var med. Ann påminde även åter om att våra minnesanteckningar och annan information från våra nätverksmöten sedan en tid tillbaka sparas enligt följande;

[Smittskydd Region Västerbotten - Strama - Protokoll - Nätverksträff äldreboenden](#)

Vårdhygien, Maria Marklund:

Covid-19

Maria började att berätta att de under början av hösten haft ökat antal fall av covid-19. Samt även sett en snabbare spridning än förut på de äldreboende som blivit drabbade då Delta-varianten sprids fortare. I nuläget däremot färre utbrott och det kopplar Maria till att patienterna har fått sin 3e vaccindos. Maria underströk att det är viktigt att alla som jobbar mot SÄBO vet att brukare och vårdtagare ska fortsatt provtas vid symtom och vid smittspårning!

Rutinen är nu borttagen där provtagning ska ske när man byter boendeform. Vårdhygien ser ingen större vinst med att fortsätta provta i nuläget, MEN självklart är det viktigt med fortsatt tät kontakt/kommunikation mellan vårdformerna kring ex aktuellt läge på boendet de flyttar ifrån.

Frågan kring rutinen för sköterskor på SÄBO, jourtid och behov provtagning Covid-19. Ann vittnade om att det varit flera fall där analysen inte blivit gjord på lab för Covid-19 under helgen där sk muntlig ordination (och inte samtidig ros-ordination) skett mellan bakjoursläkare och sköterska på äldreboendet. Detta har inneburit att patienten fått fortsätta vara isolerad inne på sitt rum till efter helgen då ny provtagning blivit aktuell och ros-ordination gjorts.

Bo Sundqvist upplyste om att det finns en skriftlig instruktion som är gjord 2021-02-25 av Gunnar Lindström. SÄBO helg. Enligt Bosse Sundqvist. Se vårdpraxis. Det ska då räcka med att pappersremiss skickas med provet och ros-beställning från jourläkare ska då inte behövas.

Umeå kommun och Skellefteå kommun provtar regelbundet all personal på SÄBO.

Det pågår en studie avseende antikroppsskydd på 43 boenden i Västerbotten om vårt immunförsvar vid vaccinering. Det förväntas att tredje dosen ska ge ett ännu högre svar och längre effekt. Det är Anders Johansson som håller i studien. Det mesta talar för ett längre skydd efter man fått den tredje dosen vaccin.

Calici-virus

Maria berättade att de har nu fall av Calici på sjukhuset. Inget utbrott men enstaka fall.

RS-virus

En del boenden har flera fall av RS men dessa rapporteras inte automatiskt in till vårdhygien, därför om ni ser att ni har flera fall så kontakta gärna er hygiensköterska så kan ni få hjälp och stöd.

Maria avslutade med att säga att vårdhygien är tillgängliga för er både via mejl och telefon om ni har några frågor.

Smittskyddsenheten, Stephan Stenmark

Stephan berättade att vi ännu inte har fått influensa till länet men det är bara tidsfråga. Allt influensa hög-dos-vaccin som var beställd att ge till de på SÄBO har anlänt. Överväg behandling med Tamiflu om patient på äldreboende blir sjuk i influensan (och överväg även profylax till patienter som kommit i kontakt med smittad patient enligt sedvanligt resonemang).

Stephan informerade om att det ska ha gått minst 1 vecka mellan vaccinationen av Högdosinfluensavaccinet (det är det som våra patienter på äldreboendena får) och dos 3 Covid-19-vaccinet.

Ann berättade att under Patientöversikt kan vi hitta uppgifter om Covid-19-vaccin som givits.

Kirurgen, NUS, Cecilia Nordensson

Cecilia inledde med att en stor utmaning med äldre patienter är diagnostiken. Därtill är sövningsrisken på gamla människor hög, de försöker därför undvika sövning och kirurgi i största möjliga mån. De går därför i första hand på patientens allmäntillstånd. Gamla och framför allt dementa människor är svårtolkade eftersom de inte uttrycker smärta på samma sätt då de inte alltid har förmågan att uttrycka sig. Det kan även vara svårt att till exempel känna på buken då de inte har hård buk trots sjukdom eftersom de har försvagade bukmuskler. Symtombilden blir då annorlunda.

Ann inflikade att möjligheten att driva utredning på ett äldreboende är låg, vi kan ta blodprover och lite annat, men ex är en urinscanner inget som finns på respektive SÄBO utan dessa får ofta lånas mellan boendena.

Om man har en patient som uppenbart inte mår bra, CRP stegring, lite vita. Då ska man tänka på att vid en allvarigare bukinfektion så brukar tarmarna tystna. Har patienten fortfarande aptit så är sannolikheten för en mer allvarlig bukinfektion något lägre. Då kan det vara ett fall där vi kan testa med antibiotika exjuvantibus för att "se vad som händer". Om patienten inte bedöms ha någon tarmaktivitet så bör man överväga att skicka in patienten, kirurgen kan å andra sidan kanske inte alltid göra så mycket mer, men de kan ställa diagnos. Bra att patienten får ett underlag med sig från SÄBO så de vet om man kan utesluta HLR eller IVA.

Inlägg från Åse Ring som sa att det är svårt med underlag då det hon som doktor sa för 6 månader sedan behöver ju inte gälla längre. Ändras fort för dessa patienter.

Cecilia svarade på detta att då kan det hjälpa med en bra beskrivning av patientens habitattillstånd.

Inlägg från Sonia Collins som berättade att i början av pandemin var läkare duktiga på att sätta upp vårdnivåbeslut men nu har det börjat bli något sämre, vilket hon tyckte var synd.

Åse Ring svarade på detta att det är därför att det är närmast omöjligt att hålla detta aktuellt. Ann inflikade att det allra största värdet är att det finns en bra bakgrundsanteckning på varje patient, och har vi detta bör det underlätta mycket för bakjouren att kunna ta kloka beslut grundat på aktuell bild/uppgifter, bakgrund och inte sällan undersökning på plats!

Ann sa även att när man inte vet hur man ska göra om patienten måste åka in på sjukhuset eller inte så börja alltid med att ringa bakjouren för att få till en bra diskussion kring vad som gagnar patienten!

Bosse Sundqvist sa att bara en sådan sak som att det står i vårdnivåbeslutet om patienten ska till sjukhus vid behov eller i största möjliga mån stanna kvar på boendet hjälper väldigt mycket.

Cecilia fortsatte att berätta att appendicit hos äldre oftast inte är så klassiska som hos yngre och blir "synliga" inte sällan då de utvecklade app-abscess. De har då inte mått så bra under en lite längre tid, och har lite mer diffusa och diskreta symtom.

Genomgång av de vanligaste bukdiagnoserna Cholecystit och Divertikulit.

Divertikulit

Kännetecknas oftast av låga vänstersidiga buksmärter. Smärtorna sitter framför allt i sigmoideum. Diffusa låga buksmärter. Kan ibland även ha urinvägsbesvär om sigmoideum ligger ned mot blåsan och lägger retning på den. Kan även vara relaterad till förstoppning, inte så att tarmljud saknas men ingen avföring. Bara vita, CRP och sänka man kan se något på i detta fall. Risken för perforationer är lägre om de haft det flera gånger då det bildats ärrvävnad, vilket är vanligt när man är äldre. Vilka mediciner kan man använda? Trimсульfa och Metronidazol. Vilket även kollades med Stephan Stenmark som sa att grundrekommendation är Trimсульfa och Metronidazol. De bedöms som tillräckligt bra men ur njursynvinkel kan patienterna med dålig njurfunktion inte fungera så bra med Trimсульfa. Då finns det Doxycyklin ("gammeldags" behandling) eller Ciprofloxacin. Doxyferm har även en antiinflammatorisk effekt.

Feber + klinisk försämring är värden som är vägledande för behandling.

Cecilia Nordensson sa att man kan avvakta 2 dygn, har patienten blivit bättre så fortsatt med behandlingen. Om patienten ej förbättrats – överväg sjukhusvård (såvida ej tagits beslut att vid en försämring övergår vården till vård i livets slutskede).

Vad ska man tänka på vad gäller maten? Klassisk behandling var flytande kost men det är även viktigt att få i dem näring då många äldre är undernärda. Så skonsam kost som möjligt.

Cholecystit

Det är bra om man har kännedom om patienten har kända gallstenar eller inte. Majoritet av den äldre befolkningen har stenar. Feber brukar användas som indikation på att patienten

behöver antibiotika. Vid buksmärtor utan feber kan man avvakta något och bara ge smärtstillande i stället. Syns det på blodprover? Bara infektionsparametrar, om det är en ren cholecystit. Har de leverpåverkan ligger stenen i de djupa gallvägarna. Du får inte ikterus av en cholecystit då är det "något mer".

Symtombilden för cholecystit är smärta under höger arcus, och en dunkömhet. Feber.

Åse Ring ställde en fråga om någon SÄBO läkare hittills fått ha synpunkter på de rekommenderade läkemedel som finns på GBA-förrådet. Svaret från nätverket var Nej. Ann sa att denna fråga ska vi ta med oss till nästa Strama-möte. Vi var överens under mötet om att det är viktigt att vi får inflytande över rekommendationerna över GBA-förrådet och inte minst antibiotikavalen där.

Om patienten har stenar i de djupa gallvägarna utan hinder har de ofta ALP-stegring, men rätt diskret, (oftast inte värden över 2). När det börjar bli stopp så stiger ASAT och ALAT måttligt. Med vid riktigt höga ASAT och ALAT tyder det på leverskada.

Cecilia säger att de helst inte opererar riktigt gamla gallsjuka patienter men om läget försämras på allvar så kan man i stället överväga dränering av gallblåsan. Det går att göra utifrån via röntgen. ERCP är fullt möjligt men där får man väga riskerna. Riskerna är störst kring sövningen men även risker postoperativt. Avvägningsfrågor!

Urinvägar

Pyelonefriter, urinvägskomplikationer av olika slag. Där är antibiotikabehandlingen mer uppenbar att det är det vi ska göra. Det är bara om det blir en avstängningspyelit som man måste man göra en övervägning för annat. Hur särskiljer man då dessa? De blir mycket sjukare, ofta även septiska.

Basala pneumonier kan vara svåra att skilja från pyelonfriter och cholecystit hos äldre.

Ann pratade om Ileus och patient på äldreboende där vi av olika anledningar (oftast i samråd med kirurgjour) bedömt att patienten inte gagnas av sjukhusvård, och där patienten har en svår sjuklighet sedan tidigare där en operation av ett ileus inte är den mest optimala lösningen för patienten. Ann gav ett exempel på en patient hon tidigare haft ansvar som hade spridd cancer och fick ett ileus på äldreboendet. Patienten hade uttryckt tydligt önskemål om att få vara kvar på äldreboendet. Ann tog kontakt med palliativa teamet som gav följande råd; Po Morfin byttes till Plåster Fentanyl. Patienten erhöll inj Betapred (för att få en avsvällande effekt kring tarmarna), samt patienten fick injektion med Buscopan (för att minska sekretionen). Patienten fick en stillsam och fin död. Vi behöver tänka på värdet av att konsultera varandra (i det här fallet palliativa teamet) för att ge bästa möjliga vård för patienten.

Beställarenheten, Ronny Lestander

Berättade att de från nästa år har fått pengar från regeringen så att de kan utöka tiden på äldreboenden. Det har skjutits till 15 miljoner. De har även fått ett statsbidrag på 8 miljoner, där 2,1 miljoner är vikta enbart för kompetensutveckling inom SÄBO. Han ville därför ha tips på folk som kan hålla i och anordna utbildningar som kommer till gagn för verksamheten. Vad tycker ni är det viktigaste att satsa dessa pengar på? Alla tips och råd emottages tacksamt. Vilken utbildning är viktigast och vem kan sy ihop utbildningen? Alla som har förslag e-posta dem till

Ronny.lestander@regionvasterbotten.se

eller

Marine.sturesson@regionvasterbotten.se

Ronny önskade att det skulle bildas en grupp som kan styra upp det hela, den som är sammankallande behöver inte vara läkare. Det viktigaste är att den personen kan samla ihop det hela och styra upp verksamheten.

Ann kommer att bjuda in Ronny till nästa möte med äldregruppen för att även där ta upp denna fråga.

Stephan undrade om distriktsläkarmötet VUB kunde vara ett bra forum att prata om detta för att identifiera behovet.

Vi var alla på mötet mycket tacksamma över den kunskap och det engagemang som Cecilia bidrog med till vår nätverksträff. Största Tack!

Och Stort Tack till Maria som återigen deltog under mötet med information av stort värde!

Nästa träff blir efter nyår, vi återkommer om datum. Återkom gärna till Ann om det finns önskemål kring våran nästa Strama-nätverksträff vad gäller ämne/fokus!

Vid pennan ✍

Denise Jarvis

Smittskyddssekreterare