

Praksisnytt

INFORMASJON KOMMUNIKASJON SAMARBEID PRAKSISKONSULENTORDNINGEN



Kjernejournal innføres i Vestfold 1. mars

Kjernejournal er en elektronisk tjeneste som viser utvalgte viktige helseopplysninger om den enkelte innbygger. Fra 1. mars vil alle innbyggere i Norge ha opprettet en slik journal. Da kan også helsepersonell ved fastlegekontor, legevakt og sykehus ta i bruk ordningen.

Via kjernejournal får man tilgang til opplysninger som kan være kritisk i akutte situasjoner. Det er imidlertid en forutsetning at slik sentral informasjon blir lagt inn i kjernejournalen. Fastlege og sykehusleger har et felles ansvar for at dette blir gjort. I tillegg kan pasienten registrere og se informasjon. De er viktig at alle helsearbeidere som kan benytte kjernejournal blir kjent med bruken av denne.

Det er lagt mye ressurser i denne ordningen. Direktoratet for e-helse er ansvarlig for informasjon ut mot brukerne, og i samarbeid med praksiskonsulentordningen (PKO) har man i **Vestfold valgt å bruke PKO sitt samhandlingsmøte 22. mars klokken 18-21 som den sentrale arenaen for å gi direkte informasjon til fastlegene.**

På samhandlingsmøtet vil første del settes av til denne saken. Her vil direktoratet for e-helse gi en god innføring i kjernejournalens innhold, hvordan helsepersonell kan legge inn sentral informasjon og eksempler på hvordan journalen kan brukes for å nyttiggjøre seg informasjon som ligger der. I tillegg blir også prinsipielle problemstillinger rundt hvem som har redigeringsansvar og hvordan personvern blir ivaretatt tatt opp.

Sett av tid til møtet slik at du ikke går glipp av denne sentrale informasjonen.

Geir Dunseth, praksiskoordinator
geir.dunseth@siv.no



Innhold

Kjernejournal innføres	.....	side 1
Samhandlingsmøte	.....	side 1
Lederskifte i PKO	.....	side 2
Kontakt praksiskonsulentene	.....	side 2
Noklus-kurs	.....	side 2
Deler av Bupa har flyttet	.....	side 2
Kalprotektin i feces	.....	side 3
Oppfølging av RhD negative gravide	.....	side 3
Autoantistoff-diagnostikk / revmaprøver	.....	side 4
Nytt sepsisforløp – bruk av qSOFA	.....	side 4

Samhandlingsmøte 22 mars.

Tid: kl. 18.00 - 21.00
Sted: Auditoriet ved Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

Tema:

- Kjernejournal innføres i Vestfold 1. mars.
- Oppfølging av ny førerkortforskrift. Hvordan kan fastleger og sykehusleger samhandle om dette? Se mer informasjon i neste Praksisnytt.

KURS

Lederskifte i PKO

Carl Morten Levy gikk ved årsskiftet av som leder for praksiskonsulenttjenesten (PKO) ved Sykehuset i Vestfold. Geir Dunseth er ny leder av PKO.

Carl Morten Levy har vært praksiskonsulent ved SiV siden ordningen ble innført sommeren 2006 og de fire siste årene har han også ledet den. Han fortsetter som fastlege i Larvik.

– Det har vært en spennende tid. Spesielt vil jeg trekke frem utviklingen av elektronisk samhandling og etablering av Praksisnytt som informasjonskanal mellom sykehus og førstelinjetjenesten. I denne perioden har det også skjedd mye med epikrisene, de kommer nå ut mye raskere enn tidligere, og kvaliteten på innholdet, spesielt hva angår legemidler, har blitt bedre. Trolig har PKO vært en svært viktig pådriver og premissleverandør for denne utviklingen og på mange andre områder, sier Levy.



Carl Morten Levy

Han mener at praksiskonsulentordningen er nødvendig for sykehusets forståelse for fastlegenes arbeidssituasjon og pasientenes behov for informasjon.

– Jeg føler at vi er blitt tatt godt i mot ved Sykehuset i Vestfold og er glad for at SiV prioriterer ordningen, noe jeg også håper vil fortsette i fremtiden, avslutter Levy.

Ny leder for PKO

Geir Dunseth har vært praksiskonsulent i Vestfold siden 2011, tilknyttet psykiatrien, og er leder for Norsk forening for allmenntilleggsmedisin (NFA) sin referansegruppe i psykiatri. Dunseth overtok som leder av PKO ved Sykehuset i Vestfold 1. november 2016. Geir er spesialist i allmenntilleggsmedisin og har vært fastlege i Holmestrand fra 1997.

– I PKO-arbeidet framover ønsker jeg å ta vare på og videreutvikle de gode arenaene som Praksisnytt og samhandlingsmøtene. Dette er våre viktigste arenaer ut mot fastlegene, sier Dunseth.



Geir Dunseth

– Samhandlingsreformen opplever jeg på mange måter har blitt en oppgave- og fordelingsreform, hvor man i mindre grad enn ønsket har oppnådd samhandlingen som reformen signaliserer skulle være sentral. Fastlegen er ofte på sidelinjen i disse endringene. Jeg vil arbeide for at PKO i større grad blir tatt med når endringer besluttes og informasjon formidles. PKO skal være en troverdig aktør både overfor sykehus og fastleger, og det er viktig at fastleger også opplever oss som deres talerør inn mot sykehuset.

Kontakt praksiskonsulentene

Praksiskonsulentordningen (PKO) er en sentral aktør for å fremme samhandling mellom fastleger og sykehus.

Praksiskonsulentene har gode kontakter inn mot de ulike klinikkene ved sykehuset og vil gjerne ha innspill til saker dere i førstelinjetjenesten mener vi bør ta tak i.

Vi ønsker gode ideer, innspill til temaer for samhandlingsmøter eller artikler i Praksisnytt og informasjon om forhold som oppleves som utfordrende.

Det er ikke alltid mulig å få til ideelle løsninger, men vi kan i alle fall love deg en tilbakemelding om problemstillingene når du tar kontakt.

Benytt e-post: pko@siv.no

Geir Dunseth, praksiskoordinator



Noklus-kurs mars 2017 **KURS**

Torsdag 2. mars 2017 holdes det årlige Noklus-kurset (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser)

Klokkeslett 13:30 - 20:15

Sted Park hotell i Sandefjord

Målgruppe Leger og medarbeidere i primærhelsetjenesten.

Se mer informasjon på www.siv.no/noklus-2017

Deler av Bupa har flyttet

Mandag 23. januar 2017 flyttet BUPA ledelse, BUPA poliklinikk Nordre Vestfold og BUPA poliklinikk spesial til nyoppført bygg i Anton Jenssens gate 2 på Korten i Tønsberg.

Les mer på www.siv.no/bupa

Ny analyse ved Sentrallaboratoriet: kalprotektin i feces

Fra og med 6. februar kan Sentrallaboratoriet tilby analysen kalprotektin. Kalprotektin er en markør for tarminflammasjon og analysen kan bestilles ved utredning av pasienter der man mistenker inflammatorisk tarmsykdom og ved kontroll av pasienter med kjent inflammatorisk tarmsykdom (Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt).

Voksne og barn over 3 år har normalt verdier lavere enn 50 mg/kg, og ved fravær av alarmsymptomer (kreftmistanke, for eksempel vekttap eller tarmløddning) kan man utelukke inflammatorisk tarmsykdom med høy sannsynlighet ved kalprotektinverdier under 50 mg/kg - og kan vanligvis avstå fra koloskopi.

Moderat forhøyede verdier kan være forenlig både med inflammatorisk tarmsykdom og annen organisk sykdom i mage-tarm-trakten som cancer ventriculi, cancer coli, kolorektale polypper og divertikulitt.

Barn under 3 år har høyere verdier og fl agges etter egne referanseområder. Ulike metoder gir litt forskjellige nivåer og det er derfor viktig å sende prøven til et laboratorium ved oppfølging av pasienter under behandling.

Feilkilder

Behandling med NSAIDs kan gi falskt for høye verdier. Luftveisinfeksjoner og blødninger fra tarmen kan også medføre lett forhøyede verdier.

Metode

Vi analyserer kalprotektin ved hjelp av en ELISA-metode med reagenser fra Calpro. Feces overføres av pasienten

til spesialrør, såkalte Calpro-rør (se bilde under, brukerveiledning medfølger), eventuelt sendes avføringsprøven i en universalcontainer uten tilsetning.

Spesialrør

Spesialrørene kan bestilles på vanlig måte på www.siv.no/bestillingsliste og skal oppbevares i kjøleskap før prøvetakning. Dersom du bruker en gammel papirrekvisisjon for Sentrallaboratoriet, må analysen påføres under «andre analyser».



Spesialrør

Hvis du bestiller både kalprotektin og blodprøver på samme pasient, bør kalprotektin bestilles separat hvis ikke avføringsprøven leveres sammen med blodprøvene.

Helle B. Hager, avdelingsoverlege Sentrallaboratoriet
helle.hager@siv.no

Oppfølging av RhD negative gravide

Fra september 2016 ble det innført nye nasjonale retningslinjer for oppfølging av svangerskap hos RhD negative kvinner. Det har imidlertid hersket usikkerhet om hvordan tilbudet om RhD-profylakse skal organiseres. De regionale fagdirektørene har derfor bestemt at som en midlertidig ordning skal kvinnene innkalles til sykehusene i svangerskapsuke 28, og få satt profylaksen der.

Følgende prosedyre gjelder nå ved SiV:

- Første prøve i svangerskapet skal tas i svangerskapsuke 12-16.
- RhD negative kvinner skal ta kontrollprøve i uke 24.
- Alle prøver sendes til Sentrallaboratoriet.
- Blodbanken SiV utfører antistofscreening, og sender prøve videre til Ullevål for foster RhD-typing. Svaret på disse undersøkelsene samordnes av Blodbanken SiV. Hvis fosteret er RhD positivt vil kopi av svaret sendes til Poliklinikk gynekologi - obstetikk som vil kalle inn kvinnen til RhD-profylakse i svangerskapsuke 28.

Hvis det er behov for kontrollprøver på grunn av påvist irregulært blodtypeantistoff vil Blodbanken be om dette på svarbrevet til rekvirenten.

Helsekort for gravide er nylig revidert og det skal noteres her at kvinnen har fått RhD-profylakse.

Denne prosedyren skal gjelde inntil Helsedirektoratet har etablert en permanent ordning slik at profylaksen kan settes i primærhelsetjenesten. Foreløpig dato for en slik endelig løsning er satt til 01.07.17.

Norunn Ulvahaug,
fagansvarlig bioingeniør,
Blodbanken
norunn.ulvahaug@siv.no



Autoantistoff-diagnostikk / revmaprøver

Fra februar 2017 kommer Mikrobiologisk avdeling til å starte opp med en ny analysemetode for antinukleære antistoff, ANA. Da dette er et nytt analyseprinsipp kan man ikke uten videre sammenligne tallverdier fra gammel og ny test. Ta eventuelt kontakt med laboratoriet ved spørsmål i denne forbindelse.

Dette medfører ingen endring ved rekvirering. Man rekvirerer **ANA** som tidligere, både ved elektronisk rekvirering og ved papirrekvisisjon.

ANA rekvireres når det er mistanke om en systemisk bindevevsykdom. Ved rekvirering av **ANA** vil det bli undersøkt på anti-ekstraherbare nukleære antigen, **ENA** (anti-SSA/SSB/Scl-70/J0-1/RNP/Sm/Centromere) og anti-dobbelstrenget DNA/nativt-DNA (**anti-dsDNA**).

Anti-ENA kan sees ved systemiske sykdommer som Sjøgrens syndrom, sclerodermi, polymyositt og Systemisk Lupus Erytematosus (SLE).

Anti-dsDNA sees spesielt ved SLE.

Ved mistanke om Revmatoid artritt anbefales det at det rekvireres

undersøkelse på antistoff mot syklisk citrullinert peptid, anti-**CCP** som har høy spesifisitet for denne sykdommen. Ca 70% av pasienter med RA har antistoff mot CCP. Spesifisiteten er ca 95%. Ved rekvirering av anti-CCP utføres parallelt undersøkelse på revmatoid faktor, **RF-IgM**.

Anti-nøytrofilt cytoplasma –antistoff, **ANCA** (Proteinase 3, PR3 og myeloperoksidase, MPO) rekvireres **kun** når det er mistanke om en autoimmun vaskulitt/vaskulitt i små/mellomstore kar. Positive funn på anti-PR3/anti-MPO ringes rekvirert og sendes OUS til referanseundersøkelse.

Anne-Berit Pedersen, fagbioingeniør
Anne.b.pedersen@siv.no

Nytt sepsisforløp – bruk av qSOFA

Den 01.11.16 ble det innført et pasientforløp for å diagnostisere sepsis tidlig. Det er viktig at allmennlegene spesifiserer sepsis som innleggende diagnose der det er relevant, slik at den ikke "seiler under" andre diagnoser.

Helhetlig rekvireringsløsning

Sepsis har endret betydning. Det vil si at sepsis nå defineres som en alvorlig infeksjon med organ dysfunksjon på grunn av sviktende reguleringsmekanismer. Altså ikke som tidligere hvor sepsis var en pasient med positiv blodkultur. Det kalles nå kun en alvorlig infeksjon. For ytterligere informasjon se NEL (Norsk legehåndbok) eller Norsk legemiddelhandbok.

Kriterier

SIRS (systemisk inflammatorisk respons syndrom) brukes ikke lenger i diagnostikken av sepsis da qSOFA (quick Sepsis related Organ Failure Assessment) viser seg å ha en høyere prediktiv verdi. qSOFA kan også brukes av allmennlegene. qSOFA ble utviklet av The Journal of the American Medical Association (JAMA) i 2016.

Akuttmottaket ønsker at allmennlegene skal bruke "samme stammespråk" for at de kan triagere pasientene riktig inn i akuttmottak. Hvert av kriteriene gir ett poeng.

a. Ved qSOFA 2 eller 3 **og samtidig infeksjonsmistanke** er det betydelig mistanke om sepsis. Vakthavende lege på SiV skal da informeres før ankomst. qSOFA 2 eller 3 har mortalitetsrisiko på 10 %.

qSOFA brukes ikke på barn under 18 år. Det er også diagnoser der man må bruke skjønn hvor qSOFA ikke har hensikt. For eksempel en pasient med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) som har habituell respirasjonsfrekvens > 22/minutt.

qSOFA

Systolisk blodtrykk	<100
Respirasjonsfrekvens	>22
Glasgow Coma Score	<15

Lizeth Lind Jørgensen, praksiskonsulent
lizjoe@siv.no