

Praksisnytt

INFORMASJON KOMMUNIKASJON SAMARBEID PRAKSISKONSULENTORDNINGEN

Samhandlingsmøte våren 2017

Temaer	Kjernejournal og førerkortforskrift
Tid	Onsdag 22. mars klokken 18.00-21.00
Sted	Auditoriet ved Sykehuset i Vestfold, Tønsberg
Arrangør	Praksiskonsulentordningen (PKO) ved SiV
Målgruppe	Fastleger og sykehusleger, alle fagpersoner med interesse for temaet er også velkomne.
Møteleder	PKO Geir Dunseth Påmelding er ikke nødvendig.

Program

18.00 - 18.05	Velkommen Geir Dunseth
18.05 – 19.05	Kjernejournal i Vestfold Direktoratet for e-helse v/Mildrid Ræstad og Bent Asgeir Larsen Hva er det? – Hvordan brukes det? – Hvem gjør hva?
18.05 – 19.15	Førerkortforskriften Geir Dunseth, Fylkeslege Henning Mørland Utfordringer i samhandling fastlege – sykehuslege intro og nyheter
19.15 – 19.45	Pause med alt "Den blå resept" kan tilby
19.45	Førerkortforskriften fortsetter PKO Geir Dunseth Fylkeslege Henning Mørland Representanter fra de aktuelle sykehusavdelingene Kasuistikker med drøftinger rundt samhandling i utvalgte fagområder som nevrologi, kardiologi, søvnapne, diabetes.

Samhandlingsmøtene er del av en møteserie som gir tellende timer for spesialiteten allmennmedisin.



Innhold

Samhandlingsmøte våren 2017 side 1
Den nye førerkortforskriftenside 1
Kalprotektin og preanalytiske feilkilder side 2
Medisinfritt behandlingstilbud side 2
Nedleggelse av analysen	
aktivert protein C-resistens side 3
Rhinovirus side 3
Lungerehabiliteringstilbud KOLS side 4
Ny rutine for	
distribusjon av Praksisnytt side 4
Rituell omskjæring side 4

Den nye førerkortforskriften – utfordringer og muligheter.

Fastlegen har fått en mye mer sentral rolle i å forvalte regelverket rundt helsekrav for førerkort. Imidlertid er fastlege helt avhengig av opplysninger fra spesialisthelsetjenesten, og dette stiller krav til samhandling. Gode epikriser vil kunne redusere behovet for nye henvisninger. Her har fastleger og sykehusleger felles interesse.

Fastleger erfarer utfordrende problemstillinger: Hvordan vurderer vi synkoper? Når må vi ha fornyet spesialistvurdering? Hvem tar ansvar for å ta opp spørsmål om førerkort etter sykehusopphold? Når er fastlege relevant spesialist?

På samhandlingsmøtet 22. mars kl. 18-21 vil fylkeslege og representanter for ulike avdelinger bidra til å belyse disse utfordringene gjennom aktuelle kasuistikker. Kom gjerne med innspill til pko@siv.no i forkant om problemområder dere ønsker skal bli tatt opp på møtet.

Kalprotektin og preanalytiske feilkilder

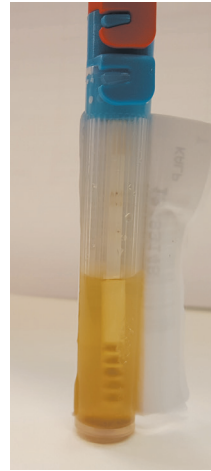
Spesialrørene som skal benyttes til innsending av feces til kalprotektinmåling ved Sentrallaboratoriet må brukes på riktig måte. Vi har til nå sett at **noen pasienter gjør følgende feil:**

Rørene fylles med for mye feces. Dette skal ikke være mulig hvis bruksanvisningen (som dere må levere ut sammen med røret) følges. Det er viktig at dere presiserer for pasienten at den blå korken aldri skal fjernes. Etter at rillene er fylt med feces og den røde korken med prøvepinnen settes tilbake i røret, vil et evt. overskudd av feces fjernes gjennom den blå korken.

Rørene fylles med for lite feces. Alle rillene på den hvite prøvepinnen skal fylles med feces. Hvis avføringen er svært flytende, kan det være vanskelig å få den til å feste seg på pinnen. Da kan avføringsprøven sendes i en universal-container uten tilsetning istedenfor.

Bufferen (væsken i prøverøret) helles ut av pasienten. Da kan vi ikke utføre analysen på laboratoriet.

Hvis det er alt for mye feces i røret vil kalprotektinkonsentrasjonen bli falsk høy. Er det for lite feces, vil kalprotektin bli falsk lav. Vi kan ikke gi ut svar på prøver som åpenbart har blitt tatt feil, for eksempel at det er alt for mye feces i røret eller at buffervæsken er helt ut.



Slik skal prøven se ut.



Her er det tilsatt for lite feces.



Her er bufferen fjernet og det er for mye feces.

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

Medisinfritt behandlingstilbud

Sykehuset i Vestfold har, i likhet med andre helseforetak, fått i oppdrag å etablere et døgntilbud til pasienter som ønsker medisinfri behandling. Bakgrunnen er et brukerkrav om å redusere bruken av psykofarmaka i behandlingen av alvorlige psykiske lidelser.

Det sterke fokuset på de negative følgene av behandling med legemidler uten eget samtykke, blant annet langvarig bruk med uttalte bivirkninger, har vært sentral. Videre har bruk av legemidler over lang tid uten forsøk på nedtrapping vært kritisert.

Målgrupper

- Pasienter med psykoselidelser
- Pasienter med alvorlige stemningslidelser (bipolare og alvorlig depresjon)

De fleste som ønsker nedtrapping og avslutning av psykofarmaka kan klare dette poliklinisk. Pasienter med psykoselidelser eller alvorlige stemningslidelser kan imidlertid være i behov av en tryggere ramme og derved ha behov for innleggelse. Det skal alltid gjøres en forsvarlighetsvurdering før medisinfri behandling eller nedtrapping, og vi vil ha behov for et samarbeid med fastlegene for å få dette til på en god måte.

Innhold i behandlingen

Behandlingstilbudet skal tilpasses den enkelte og det vil legges vekt på en tilnærming med fokus på hva som fremmer tilfriskning og mestring av symptomer og den psykiske tilstand ut fra pasientens egne muligheter. Spesialist i psykiatri vil ha en fortløpende forsvarlighetsvurdering av behandlingen, herunder

nyten av den medisinfrie behandlingen og konsekvenser knyttet til nedtrapping av legemidler. Samarbeid med fastlege og andre relevante instanser vil vektlegges, både i henvisningsfase, behandling og oppfølging.

Henvisningsrutiner

Tilbudet er opprettet på døgnsesjonene ved Nordre Vestfold DPS og Søndre Vestfold DPS. Pasienter som ønsker å benytte tilbudet henvises på vanlig måte til en vurdering til sitt respektive DPS. De pasientene som allerede har en behandler i vår klinikk kan internhenvises. Dersom en pasient som har en behandlingskontakt i klinikken tar opp ønske om medisinfri behandling med fastlege, ber vi om at fastlege drøfter dette med pasientens behandler i spesialisthelsetjenesten.

Se informasjon om behandlingstilbudet på www.siv.no/medisinfri

Irmeli Rehell Øistad, fagsjef
Klinikk for psykisk helse og rusbehandling
irmeli.oistad@siv.no

Nedleggelse av analysen aktivert protein C-resistens (APCR) fra 1. mars

Aktivert protein C resistens kan bestilles som ledd i utredning for arvelig trombosetendens/etter gjennomgått trombose hos unge pasienter. APCR er en indirekte prøve for faktor V Leiden genmutasjon som medfører økt risiko for venøs tromboembolisme. I en europeisk befolkning er 3-7 % heterozygote for mutasjonen og 0,02-0,13 % homozygote. Heterozygote har 5-10 ganger økt risiko for trombose sammenliknet med en normalbefolkning, mens homozygote har 50-100 ganger økt risiko. Tilstedeværelse av lupus antikoagulant og bruk av direkte perorale antikoagulasjonsmidler (dabigatran, rivaroxaban og apixaban) påvirker måleresultatet for APCR, og det anbefales å påvise mutasjonen direkte ved PCR-teknikk fremfor å analysere APCR. Fra 1. mars legger vi derfor ned APCR-analysen. Vi jobber med å etablere faktor V Leiden mutasjonsanalyse ved SiV, men inntil videre må analysen videresendes til Oslo Universitetssykehus, seksjon for hemostase og trombose, se

<https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/Medisinsk%20biokjemi/Hemostaseanalyser.pdf>

Kort om trombofilutredning

Som hovedregel gjelder at testing kun er indisert dersom resultatet vil påvirke behandlingsvalget.

Diagnostisk testing: Venøs trombose før 50 årsalder, residiverende venøse tromboser eller venøse tromboser med uvanlig lokalisasjon. I mange tilfeller vil det være hensiktsmessig å analysere både faktor V Leiden og de andre arvelige defektene (antitrombin, protein S, protein C og protrombinmutasjonen) og i tillegg de ervervede defekter (lupus antikoagulant, antistoff mot kardiolipin og beta2 glykoprotein I). Ved påvisning av flere defekter samtidig vil risiko for tromboembolisk sykdom øke betraktelig. Faktor V Leiden mutasjon er imidlertid den vanligste årsaken til arvelig økt trombosetendens (ca. 50 %).

Prediktiv testing: Kontroversielt, men det kan være aktuelt å teste asymptotiske personer (personer som ikke har hatt venøs tromboembolisme) dersom det er økt hyppighet av venøse tromboser hos unge (<50 år) i slekten. Dette er mest aktuelt dersom det kan settes i verk tiltak (f.eks. profylakse i risikosituasjoner) for å hindre venøs tromboembolisme hos den asymptotiske personen. Prediktiv testing er mest aktuelt ved

forekomst av alvorlige arvelige trombofiltilstander (mangel på antitrombin, protein C eller protein S) i familien, eller ved homozygoti for Faktor V Leiden eller protrombinmutasjonen hos søsken. Ved prediktiv testing skal genetisk veiledning gis.

Feilbruk: Uselektert screening av asymptotiske (personer som ikke har hatt en tromboembolisk hendelse) f.eks. før oppstart av p-piller eller i risikosituasjoner (som i forbindelse med kirurgi) er ikke indisert. Det er ikke evidens for at utredning av antitrombinmangel eller andre arvelige trombofilanalyser skal utføres etter arterielle hendelser (hjerteinfarkt, hjerneslag).

Pasientforberedelse: Protein C og protein S kan ikke analyseres under pågående warfarinbehandling (må seponeres minst to uker før). Akuttfasereaksjon, graviditet eller p-pillebruk kan redusere protein S og analysering av protein S bør derfor utsettes til minst 2 uker etter akuttfasereaksjon, 4 uker etter seponering av østrogenholdige legemidler og 6-12 uker etter fødsel.

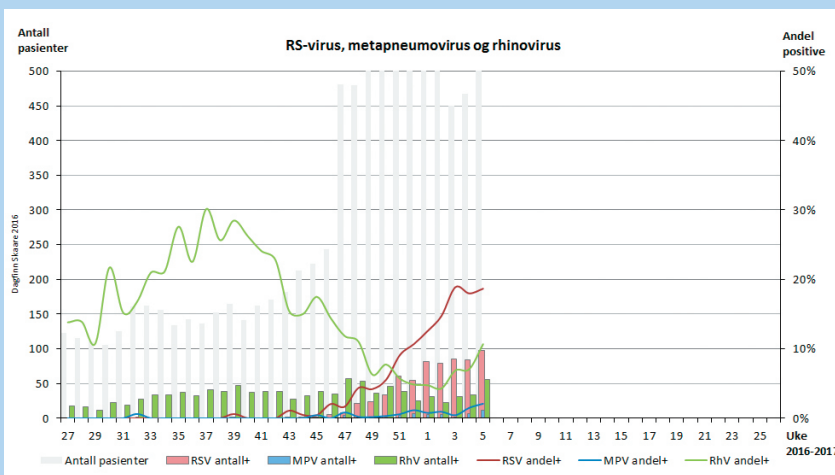
Helle Borgstrøm Hager, avdelingsoverlege
Sentrallaboratoriet
helle.hager@siv.no

Rhinovirus

Rhinovirus gir oftest selvbegrensende forkjølelssymptomer, men kan gi alvorligere sykdomsutvikling hos noen pasienter. Det er betydelig sesongvariasjon (se figur).

Mikrobiologisk avdeling har siden våren 2016 tilbudt rhinovirus PCR i luftveisprøver fra pasienter i sykehus. Av praktiske årsaker har også prøver fra pasienter utenfor sykehus blitt undersøkt for

rhinovirus, men kun positive analyseresultater har blitt rapportert.



Etter å ha fått erfaring med rhinovirus PCR vurderer Mikrobiologisk avdeling analysen som klinisk relevant også for primærhelsetjenesten. Vi endrer derfor nå våre rutiner slik at rhinovirus PCR blir tilgjengelig for rekvirering i IHR. Analysen vil også bli tatt inn ved neste revidering av papirrekvisisjonen.

Figur. Sesongvariasjon for rhinovirus (grønn). Fra «Hva er det som går» kontakt dagfinn.skaare@siv.no for epost-abonnement.

Dagfinn Skaare, avdelingsoverlege
Mikrobiologisk avdeling
dagfinn.skaare@siv.no



Lungerehabiliteringstilbud KOLS

Sykehuset i Vestfold minner om at pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) grad III-IV tilbys lungerehabiliteringskurs. Grad II kan også henvises dersom det i tillegg er hyppige forverring eller stor symptombelastning.

Kurset går over seks uker, med to samlinger i uken. Hovedvekt er både på fysisk trening og informasjon om sykdommen. Dette gir økt mestring og trygghet.

Det er fortløpende opptak og kort ventetid for oppstart på kurs. For informasjon om ønsket innhold i henvisningen og pasientinformasjon til utskrift,

se www.siv.no/arrangementer/lungerehabiliteringskurs
se også informasjon om KOLS-behandling:
www.siv.no/behandlinger/kols

Kathrine Berntsen, teamleder Medisin 5A lunge
kathrine.berntsen@siv.no

Ny rutine for distribusjon av Praksisnytt

Praksisnytt blir nå ikke lenger sendt ut personlig til alle fastleger, i stedet får hvert legekantor et visst antall som blir adressert til legekantorene. De legekantorene som er tilknyttet hentetjenesten får Praksisnytt via

denne tjenesten, de andre får de i posten. Praksisnytt blir nå også sendt ut som elektronisk nyhetsbrev. Har du ikke fått Praksisnytt på din e-postadresse gi oss beskjed på pko@siv.no

Rituell omskjæring ved Sykehuset i Vestfold

Omskjæring er et kirurgisk inngrep som kan gjøres av medisinske, kulturelle eller religiøse grunner. Der formålet er religiøst begrunnet kalles inngrepet rituell omskjæring. «Lov om rituell omskjæring av gutter» skal sikre at dette utføres på en forsvarlig måte og gir foreldre rett til å få utført inngrepet innenfor det offentlige helsevesen.

Sykehuset i Vestfold har et tilbud om rituell omskjæring av gutter over ett års alder. Hos oss gjøres inngrepet i narkose og i de fleste tilfeller som dagkirurgi.

Det er tidligere gitt informasjon om dette gjennom praksisnytt, i Praksisnytt nr. 2 2015. Men for å sikre at dette blir ivaretatt på en god måte presiseres at henvisningen eksplisitt må inneholde at:

- Det foreligger samtykke fra begge foreldre til inngrepet. Hvis én av foreldrene har foreldreansvar alene må dette dokumenteres i stedet. Skriftlig samtykke trenger ikke å følge henvisningen, men det må eksplisitt stå i selve henvisningen at begge foreldre samtykker
- Gutten selv er informert om inngrepet og har fått si sin mening, hvis hans alder tilsier at det er mulig. Loven sier at: «Gutter som er i stand til å danne seg egne synspunkter skal ha rett til informasjon om inngrepet og gis anledning til å si sin mening. Det skal legges behørig vekt på guttens mening i samsvar med alder og modenhet. Rituell omskjæring kan ikke utføres mot guttens vilje». Det betyr at etter hvert som barnet utvikles og modnes, skal barnet høres før det fattes beslutning om helsehjelp. Fra fylte 12 år skal barnet høres i alle saker som angår egen helse. Det skal legges økende vekt på barnets mening ut fra alder og modenhet. Det må eksplisitt framgå av henvisningen at slik informasjon er gitt til gutten selv - samt hva barnets egen mening.
- Foreldrene er innforstått med at det er en betydelig egenan-

del for inngrepet. Dette er per i dag kr. 4000, og er likt for alle sykehus.

- Foreldrene er informert om de praktiske forhold omkring hvordan omskjæring foregår på sykehuset. Dette innebærer informasjon om at prosedyren vil bli utført som et kirurgisk inngrep på sykehusets vanlige operasjonsavdeling der vi ikke har mulighet for å legge til rette for mer seremonielle tiltak omkring selve omskjæringen. Det er ikke plass til mer enn én voksen inne på operasjonsstuen under innledning til narkose, og det er ikke mulig å være tilstede under selve inngrepet. Det kan ikke medbringes gjenstander (tepper etc.) inn på operasjonsstuene. Det er ikke tillatt å fotografere inne på operasjonsstuene

Henvisningen må inneholde et minimum av informasjon om pasientens helsetilstand (Gutten er frisk, eventuelt andre sykdommer, tidligere gjennomgått kirurgi, allergier og evt. medisiner og - NB! - En helt kortfattet status presens med høyde og vekt + status cor/pulm). Guttene kan da kalles direkte inn til inngrepet.

Henvisningen merkes i diagnosefeltet med «Rituell omskjæring».

Se også informasjon på: www.siv.no/rituell-omskaering

Stein Øverby, seksjonsleder, Urologiseksjon
stein.overbo@siv.no