

Praksisnytt

INFORMASJON

KOMMUNIKASJON

SAMARBEID

PRAKSISKONSULENTORDNINGEN

Den gode henvisning - fra god til bedre?

Samhandlingsutvalget i Vestfold arbeider med å forbedre kommunikasjonen og informasjonsflyten i det man kaller et generelt pasientforløp. Mange avdelinger kan ha ønsker om spesifikke opplysninger som er ønsket til akkurat sin avdeling, men her har man satt fokus på å finne de generelle prinsippene som vil være gyldige for de fleste henvisninger.

På et arbeidsseminar høsten 2017 var fokus «Den gode henvisning». Målet var å finne noen konkrete forbedringspunkter av generell karakter. I arbeidsgruppene var kommunehelsetjenesten representert ved fastleger, sykehjemsleger og sykepleietjenesten. Specialisthelsetjenesten var representert ved sykehusleger fra somatikk, psykisk helse og rusbehandling, sykehusfarmasøyt – og sykepleietjenesten.

Etter en gjennomgang av alle innspillene som kom har man fokusert på tre forbedringspunkter:

1. Habituell tilstand

Altså hvordan er pasientens helse til vanlig, før den aktuelle forverrelsen som medfører henvisning/innleggelse til sykehus nå? Særlig for pasienter som ikke er så kjent for sykehuset, eller hvor det er lenge siden sist sykehusvurdering, er dette en ofte savnet informasjon.

2. Hva er prøvd tidligere?

Henvisningen fokuserer med rette mest på det aktuelle, men i valg av behandling er det avgjørende å kjenne til hva som allerede er forsøkt, og hvordan effekten har vært av tidligere behandlinger.

3. Kvaliteten på legemiddelinformasjonen

Det er vanskelig å få sikker legemiddelinformasjon, og mye tid brukes på å skaffe oversikt over oppdatert legemiddelbruk. Derfor er det nyttig at henvisningen sier noe om kvaliteten på legemiddelinformasjonen. Er det gjort en legemiddelgjennomgang nylig, så skriv det på. Hvis henviser vet at legemiddellisten ikke er oppdatert, så skriv det.

Fastlegen har en sentral oppgave ved å skulle ha oppdaterte legemiddellister, men med kronisk syke pasienter med mange aktører i bildet og mye samhandling hender det at fastlegen ikke har full oversikt. Da er det nyttig med en setning som beskriver kvaliteten på legemiddellisten.

Irene Jørgensen,
samhandlingssjef



Innhold

Den gode henvisning	side 1
Bakteriediagnostikk	side 2
Elektronisk henvisning - terapeutisk tapping	side 3
Ny analyseoversikt for laboratoriene	side 4
Samhandlingsmøte	side 4



Bakteriediagnostikk - bakteriell luftveisinfeksjon

Det pågår en storstilt nasjonal satsning for å redusere antibiotikaoverforbruk, og luftveisinfeksjoner er et av områdene med størst potensiale for forbedring. Bakteriediagnostikk ved luftveisinfeksjoner er utfordrende og krever målrettet god indikasjon for best mulig utbytte av prøven.

Ved mistanke om nedre luftveisinfeksjon er ekspektorat til dyrkning foretrukket materiale, men i primærhelsetjenesten begrenses ofte denne undersøkelsen av blant annet transporttid, fordi prøven bør ankomme laboratoriet samme dag. Som erstatning kan nasopharynxprøve tatt på Amies pensel til dyrkning benyttes, men undersøkelsen er avhengig av god indikasjon for å gi best mulig utbytte. De fleste klassiske pneumonier lar seg behandle empirisk med penicillin, og nasopharynxprøve på Amies medium til dyrkning er av størst verdi dersom penicillin ikke kan benyttes, ved manglende bedring/forverring under pågående behandling, ved tvil om diagnosen eller ved avvikende pasientforhold (f.eks immunsvekkede).

Ved bronkitt er det som regel ikke indisert med dyrkningsprøve med mindre det foreligger kompliserende faktorer (f.eks KOLS).

Ved mistanke om atypisk pneumoni, eller ved mistanke om viral infeksjon (spesielt i differensialdiagnostisk øye med tanke på klassisk pneumoni) bør det sikres nasopharynxprøve tatt på flytende Transwab til PCR-diagnostikk, spesielt dersom det er usikkerhet rundt den kliniske diagnosen.

Små barn

Blant barnehagebarn er 80-90 % friske nasofarynxbærere av klassiske luftveispatogene (som for eksempel pneumokokker og Haemophilus influenzae), mens bærerraten hos friske voksne er lavere. Dyrkning fra nasopharynx har dermed liten diagnostisk nytteverdi hos små barn.

Prøven kan også benyttes ved akutt mediaotitt eller sinusitt med komplikasjoner eller behandlingssvikt, men foretrukket prøvemateriale ved disse tilstandene er henholdsvis puss fra mellomøret (ved perforasjon) eller puss fra sinus' utførselsgang. Liberal prøvetakning uten relevant klinisk indikasjon kan føre til overbehandling da funn av bakterier i nasopharynx alene ikke er grunnlag for å behandle med antibiotika.

Hovedpoeng

Alle dyrkninger fra nasopharynx må faglig begrunnes på rekvisisjon. For eksempel:

- «komplisert otitt»
- «komplisert sinusitt»
- «pneumoni»
- «mistanke om pneumoni» eller lignende

Laboratoriet vurderer hver prøve særskilt, og for å kunne yte best mulig service og faglig vurderinger er de avhengig av gode og relevante opplysninger, slik at prøven tolkes riktig.

Mangelfulle kliniske opplysninger kan medføre at prøven ikke undersøkes, eller at resistensbestemmelse ikke utføres eller rapporteres.

Opplys om eventuell antibiotikabehandling og allergier.

Nasjonal retningslinje

Se nasjonal retningslinje for antibiotikabruk i allmennpraksis for mer info om prøvetakning: www.antibiotikaiallmennpraksis.no

Som ledd i arbeidet med å redusere overforbruk av antibiotika vil avdelingen for øvrig i løpet av 2018 endre praksis for rapportering av resistensbestemmelse i tråd med nye nasjonale anbefalinger om selektiv rapportering. Mer informasjon om dette følger.



Elektronisk henvisning - terapeutisk tapping

Henvisninger til terapeutisk tapping (venesection) ved blodbanken i Vestfold har til nå bare vært mulig å sende på papir, og vi har bedt fastleger bruke et eget skjema. Fra mars 2018 skal slike henvisninger sendes elektronisk som andre henvisninger til sykehuset.

Henvisningen må inneholde diagnose som indikasjon for venesection, og svar på relevante blodprøver som hemoglobin, EVF, ferritin og transferrinmetning. Henvisningen sendes til fagområde blodsykdommer, og skriv deretter inn at henvisningen gjelder terapeutisk tapping.

Se mer informasjon på www.siv.no/tapping

Pasienter med ukomplisert hemokromatose kan diagnostiseres og følges i primærhelsetjenesten. De bør henvises til hematolog hvis diagnosen er usikker eller det er mistanke om organskader. Behandlingen er terapeutisk tapping, som i Vestfold utføres ved blodbanken.

En del av pasientene kan også brukes som blodgivere. Hvis de ikke tilfredsstiller gjeldende krav til blodgivning (f.eks. bruker medikamenter som vanligvis ikke er tillatt hos blodgivere), vil blodbanken be om ny henvisning ca. hvert tredje år som bekreftelse på at venesection

fortsatt er indisert. Øvrige pasienter som tappes pga. hemokromatose trenger ikke ny henvisning regelmessig, men blodbanken vil be om ny henvisning hvis f.eks. høy alder hos pasienten eller endringer i Hb/ferritin gjør at behandlingen bør revurderes.

Oppfølging av pasienter med polycytemia vera og porfyria cutanea tarda skjer vanligvis hos henholdsvis hematolog og hudlege. For pasienter med sekundær polycytemi er behandling av grunnsykdommen viktigst og typen grunnsykdom vil ofte bestemme om det er spesialist på sykehuset eller fastlegen som følger pasienten.

Indikasjon for tapping vil være avhengig av diagnose (se tabell nedenfor).

Helle Borgstrøm Hager
Avdelingsoverlege sentrallaboratoriet
helle.hager@siv.no

Diagnose	Indikasjon for tapping/diagnosekriterier		Behandlingsmål
Hemokromatose	Ferritin $\geq$ 800-1000 $\mu\text{g/L}$ Ferritin $>$ 500 og samtidig symptomer (f.eks. tretthet, leddsmerter)		Ferritin $<$ 160 $\mu\text{g/L}$ for kvinner og Ferritin $<$ 200 $\mu\text{g/L}$ for menn
Sekundær polycytemi (f.eks. pga. hjertefeil, KOLS, søvnapné syndrom, røyking, store høyder, nyresykdom, hepatocellulært karsinom, EPO-bruk, anabole eller androgene steroider)	Hypoksisk lungesykdom dersom klinisk hyperviskositet eller EVF $>$ 56 %. Kronisk O ₂ -behandling kan være bedre. Cyanotiske hjertefeil dersom kliniske polycytemisymptomer eller Hb $>$ 20 g/dL eller EVF $>$ 65 %.		Behandling av grunnsykdom er viktigst.
Porfyria cutanea tarda (PCT)	Kliniske PCT symptomer (utbrudd med sår og blemmer på solesponert hud) og samtidig porfyrinutskillelse i urin forenlig med diagnosen. Økende porfyrinverdier i urin hos pas. med kjent PCT. En forutsetning for venesection er samtidig forhøyet ferritin.		Totalporfyriner i urin $<$ 30 nmol/mmol kreatinin Kan oppnås ved å redusere jerndepotet til 20-50 $\mu\text{g/L}$ (forutsatt Hb $>$ 12,0 g/dL for menn og $>$ 11,0 g/dL for kvinner)
	Kvinner	Menn	
Polycytemia vera (primær polycytemi)	Hb $>$ 16,0 g/dL EVF $>$ 48 %	Hb $>$ 16,5 g/dL EVF $>$ 49 %	EVF $<$ 45 %

Ny og felles analyseoversikt for laboratoriene på SiV

Laboratoriene er stolte av å kunne publisere en felles og samlet analyseoversikt for analyser som utføres av Sentrallaboratoriet med blodbank, mikrobiologisk avdeling og patologiavdelingen. Analyseoversikten har en visuell og moderne visning med tekst og bilder.

Sortert alfabetisk på tvers av fagområdene

Analysene er sortert alfabetisk på tvers av fagområdene, uavhengig av hvilket laboratorium som utfører analysen. En god søkefunksjon gjør det raskt og enkelt å finne de analyser/undersøkelser man er på jakt etter.

Både bioingeniører og leger fra laboratoriene har bidratt med å skrive og kvalitetssikre innholdet.

Analyseoversikten inneholder blant annet opplysninger om:

- indikasjon
- tolkning av resultat
- prøvetaking
- valg av prøvebeholder
- svartider
- oppbevaring og holdbarhet av prøven
- hva analysen heter i IHR (analysesøk)

Hvor finner du analyseoversikten?

Analyseoversikten er publisert på SiVs nettsider:
www.siv.no/analyseoversikt

Analyseoversikten ligger også lenket til IHR under «Henvisningsstøtte» (uttrekksmeny i venstre bildekant)

Feil og mangler? - gi oss tilbakemelding

Vi er takknemlig for tilbakemeldinger på eventuelle feil, mangler og forbedringer, slik at analyseoversikten kan være et nyttig verktøy for gode laboratorietjenester.

Gi tilbakemelding på e-post til:
brukerkontakt.lab@siv.no

Toril Holmøy Svendsen,
laboratorierådgiver for primærhelsetjenesten



Samhandlingsmøte 11. april

Store auditorium ved Sykehuset i Vestfold

Kl. 18.00 – 21.00

Godkjent med 3 timer som del av åpen møteserie

Tema: «Oppgaveglidning og trygg utskrivning»

Vi setter oppgaveglidning og trygg utskrivning i fokus. Det å ha en god forståelse mellom fastlege og sykehuslege i forhold til hvem som skal gjøre og ha ansvar for hva er sentralt og bør bidra til en bedre hverdag for alle parter. Det handler både om oppgavefordeling og om tydelighet i formuleringer i epikriser.

Det blir god deltakelse fra ulike sykehusavdelinger, slik at de aktuelle utfordringene kan diskuteres. Praksis-

konsulenter sammen med seksjonsledere vil presentere forslag til prinsipper for samhandling.

Fylkeslege Henning Mørland vil bidra sammen med Bente Thorsen, samhandlingsoverlege ved OUS og leder for Norsk forening for allmennmedisin sin faggruppe for samhandling. Hovedvekten legges derimot på eksempler og dialog, så møt opp og ta del i diskusjonen. Send oss eksempler!

Fastleger oppfordres til fortsatt å sende inn eksempler ved epikriser hvor de opplever uheldig oppgaveglidning eller uklare ansvarsforhold til pk@si.no.

KURS

Samhandlingsmøte 11. april – viktig også for sykehusleger

Sted: Auditoriet ved Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

Tid: kl. 18.00 - 21.00

Tema: «Oppgaveglidning og trygg utskriving»

KURS

For alle epikriseskrivere!

Ny epikrisemal ved SiV presiserer viktigheten av tydelige formuleringer om pasientansvar, og tydelig formulering om hva fastlege skal gjøre. Men da er det avgjørende at sykehusleger og fastleger har felles forståelse av hvem som skal ha ansvar for hva. Det handler både om oppgavefordeling og om tydelighet i formuleringer i epikriser.

I dette møtet setter vi fokus på disse utfordringene, for å klargjøre prinsipper nettopp for slikt samarbeid. Det blir god deltakelse fra ulike sykehusavdelinger, slik at de aktuelle utfordringene kan diskuteres. Fylkeslege Henning Mørland vil bidra sammen med Bente Thorsen, samhandlingsoverlege ved OUS. Men hovedvekten legges på eksempler og dialog, så møt opp for nyttige avklaringer.

Oppgaveglidning og trygg utskriving

18.00 – 18.05	Velkommen	PKO v/Geir F
18.05 – 18.15	Fastlegerollen: Fra portvakt til sekretær? Eller sykehusets viktigste medisinske samarbeidspartner?	PKO v/Geir D
18.15 – 18.40	Trygg utskriving: «Ber fastlege kontrollere...» Hvordan sikre en trygg overføring fra sykehuslege til fastlege?	Diskusjon: Panel med sykehusleger, fylkeslege, fastlege.
18.40 – 18.50	Trygg utskriving: Hvem er juridisk ansvarlig hvis det glipper?	Fylkeslege Henning Mørland
18.50 – 19.15	Oppgaveglidning del 1: «Ber om at fastlege informerer...» Er sykehuslege og fastlege enige i hvem som bør gjøre hva?	Diskusjon Panel
19.15 – 19.45	Pause med servering	
19.45 – 19.55	PKO-nytt	PKO
19.55 – 20.15	Oppgaveglidning del 2: «Ber fastlege henvise til...» Hvordan fordele ansvar for utredning og videre behandling?	Diskusjon Panel
20.15 – 20.30	Erfaringer fra «Møteplass Oslo» Hvordan klarte man få et samarbeid mellom fastleger og alle sykehus i Osloregionen?	Bente Thorsen Samhandlingsoverlege ved OUS
20.30 – 20.50	Oppgaveglidning del 3: Sykmeldinger, Blodprøver, Reiserekvisisjoner? Er vi enige i hvem som gjør hva her?	Diskusjon Panel
20.50 – 21.00	Hva nå? Veien videre og oppsummering	

