VESTRE VIKEN

PKO-nytt

1 - 2023

HELSE SØR-ØST

PKO-nytt gis ut av Vestre Viken helseforetak
Redaktør: Trygve Kongshavn
E-post: trkong@vestreviken.no

DVT – utredning

Definisjoner:

DVT: dyp venetrombose.

D-dimer: D-dimer er en sensitiv, men uspesifikk markør for dyp venetrombose.
Well's score: Et scoringssystem som ved hjelp av kriterier beregner sannsynlighet for DVT.

Fremgangsmåte for utredning/henvisning av mistenkt DVT:

Ta en Well's score, og evt D-dimer hvis tilgjengelig
(For pasienter hvor D-dimer ikke er tilgjengelig på fastlegekontor/legevakt - henvises denne pasientgruppen til akuttmottaket for D-dimer.)

Skriv resultatene i henvisningen dersom det er indikasjon for bildediagnostikk.
Husk å påføre henvisningen hvor pasienten skal sendes hvis DVT mistanken avkreftes.

Wells score	Score
Aktiv cancer, dvs. aktiv/palliativ behandling siste 6 mnd	+1
Paralyse/parese underekstremitet eller nylig gipset underekstremitet	+1
Nylig sengeleie > 3 dager eller større kirurgisk inngrep siste mnd.	+1
Lokal ømhet langs området til dype venesystem	+1
Hevelse i hele underekstremiteten (bør måles)	+1
Legghevelse > 3 cm sammenlignet med asymptomatisk side (10 cm under tuberositas tibiae)	+1
Pittingødem, hvis mest uttalt i aktuelle underekstremitet	+1
Dilatasjon av overflatiske, ikke varikøse vener i aktuelle underekstremitet	+1
Hatt DVT før	+1
Alternativ diagnose mer sannsynlig enn DVT	-2

Tolking Score Sannsynlighet for DVT:
≥ 3: 53% - Høy
1-2: 17% - Middels
0: 5% - Lav

Fortsetter side 3

Innholdsfortegnelse

DTV – utredning 1
Innholdsfortegnelse 2
Fra redaktøren, PKO nytt nr3 2022 2
DVT – utredning *fortsetter* 3
Praksiskonsulentordning - Intervju med Trygve Kongshavn 4
Tema kreft: Prostatakreft 5
Tema kreft: Kasuistikk prostata 7
Osteoporose 8
Digital sårbehandling 10
KORT NYTT 11
Henvisninger til øyeavdelingen, Drammen sykehus 12
Samarbeidsutvalg for leger i Vestre Viken 13
Tilfeldig funn av aterosklerotisk plakk i halspulsårene 14
Fastlegene oppfordres til å bruke VV laboratoriene 16
Helsefellesskap 17
Pasientreiser 18
Emnekurs – Onkologi i almennpraksis 19
Emnekurs i akuttmedisin 20

Fra redaktøren PKO-nytt nr 1 2023

I dette nummer av PKO har vi en del somatikk som vi håper er nyttig for deg. Du kan lese om retningslinjer for henvisning **DVT**, om sårbehandling, om betydningen av tilfeldig funn av **aterosklerotiske plakk** i halspulsårene og om **osteoporose**.

Vi fortsetter også vår temaserie om **kreft**, denne gangen prostatakreft med kasuistikk. Vi har også bedt **øyeavdelingen** om å si noe om arbeidsfordeling mellom øyeavdelingen i Vestre Viken HF og privatpraktiserende avtalespesialister. Hva skal henvises hvor.

Vi skriver også om sårbehandling med link til gratis nasjonalt digitalt sårkurs som er søkt 15 timer tellende emnekurs i videre-etterutdanningen.

Minner om flere spennende emnekurs til høsten.

Eldre utgaver av PKO-nytt finner du på internettsidene i Vestre Viken under Fag og forskning - trykk på «For fastleger og andre henvisere».

Ønsker dere alle en fin vår!

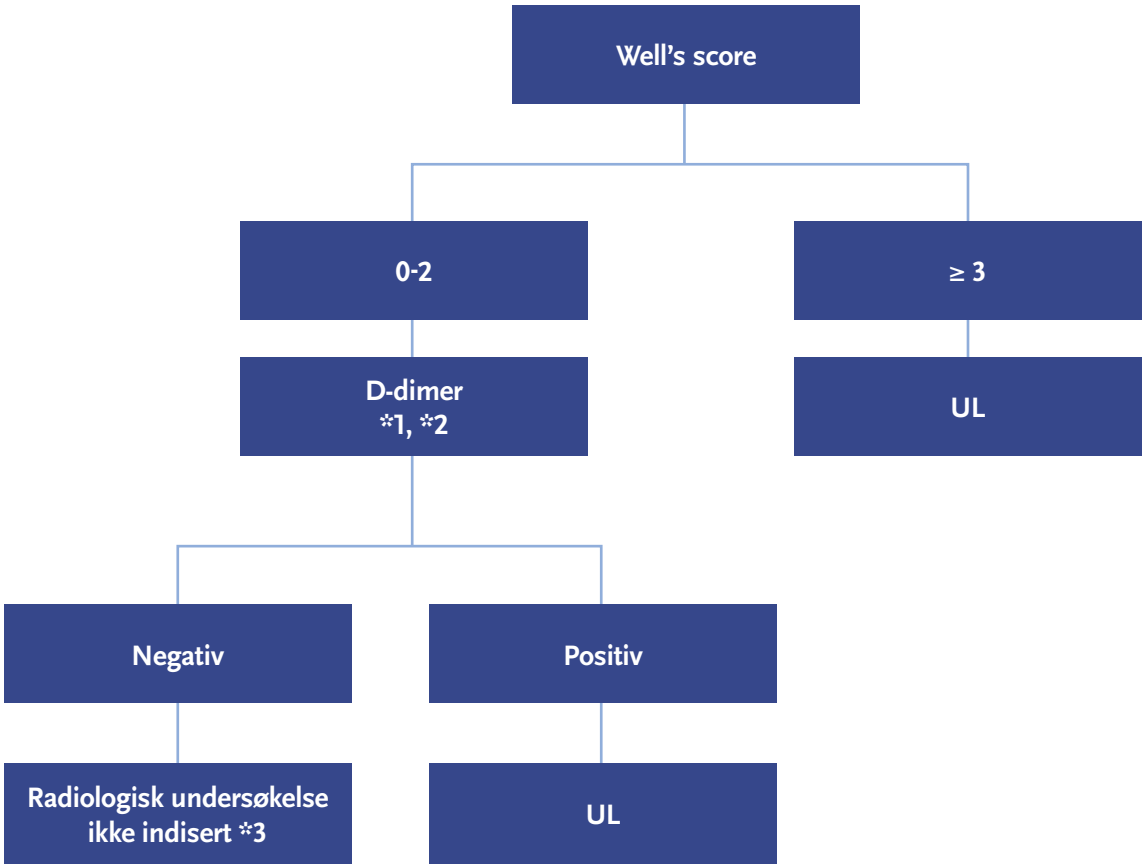
DVT – utredning

Indikasjon for bildediagnostisk utredning (ultralyd):

• Well's score ≥ 3 uansett D-dimer.

• Well's score 0-2 og positiv (aldersjustert) D-dimer.

Primært gjøres det ultralyd da dette medfører minst ubehag for pasienten. Ultralyd kan også avdekke differensialdiagnoser som for eksempel Bakers cyste og overflatisk tromboflebitt.



*1) For pasienter hvor D-dimer ikke er tilgjengelig på fastlegekontor/legevakt - henvises pasienten til akuttmottaket for D-dimer.
*2) Aldersavhengig cut-off på D-dimer - jmfr GetFile.
*3) Unntak: Kjent grunntilstand som gir forhøyet risiko. (f.eks graviditet/post partum)

Kontaktinformasjon til Avdeling For Bildediagnostikk:

Avdeling for Bilde Drammen, alle dager kl.08.00 - 22.00: Henviser avtaler time med helsepersonell på ultralyd lab tlf: 32803680. Hvis pas har lang reisevei, dårlig helsetilstand, eller andre medvirkende faktorer, kan pasienten tilbys undersøkelse samme dag.

Avdeling for Bilde Bærum, mandag til fredag kl.08.00 - 15.00: Henviser avtaler time med helsepersonell på ultralyd lab tlf: 67809345. Etter kl.15.00: Kontaktes radiograf på vakt tlf: 67809515.

Avdeling for Bilde Ringerike, mandag til fredag kl.08.00 - 15.00: Henviser avtaler time med personell på ultralyd lab tlf: 32116481. Etter kl.15.00: Kontaktes radiograf på vakt tlf: 32116365.

Avdeling for Bilde Kongsberg (har ingen faste dager som ult lab er åpen): Henviser avtaler time med kontorpersonell tlf: 32725831.

Trygve Kongshavn (red)

Intervju med Trygve Kongshavn. Tidligere PKO-leder i Vestre Viken, nå rådgivende lege i stab Medisin og helsefag Vestre Viken og redaktør av PKO-nytt

Hva er praksiskonsulentordningen (PKO)?

Praksiskonsulentordningen er en ordning hvor fastleger (og enkelte steder sykepleiere) tilsettes i deltidsstillinger som konsulenter på sykehusene. Hos oss stort sett 20% stillinger.

PKO arbeider for å forbedre pasientforløp og utvikle felles retningslinjer og kultur for samarbeid mellom primærhelsetjenesten og sykehuset.

Når startet PKO opp i vårt område?

I 2006 kontaktet jeg administrerende direktør på Drammen sykehus og vi ble enige om å starte opp PKO på Drammen sykehus. Året etter ble ordningen også etablert på de andre sykehusene: Bærum, Ringerike og Kongsberg. Da Vestre Viken ble etablert i 2009, ble det en felles ordning med en PKO-leder og fire lokale PKO-koordinatorer.

Hva har dette betydd for samarbeide med sykehusene?

Jeg syntes vi har fått til ganske mye. Skapt arenaer og informasjonskanaler ut til primærhelsetjenesten blant annet gjennom PKO-nytt, Praksisnytt, Møteplassen og emnekurs. Vi har vært med å utarbeide innholdet rettet mot fastleger og andre henvisere på internettsidene til Vestre Viken og ikke minst har vi tatt initiativ til å etablere samarbeidsutvalg for leger på alle sykehus i Vestre Viken. Disse er sammensatt av leger fra klinikkene, kommuneoverleger og fastleger, og har som formal å bidra til bedre medisinsk faglig samarbeid og kommunikasjon mellom primærhelse- og spesialisthelsetjenesten.

Er PKO en populær ordning?

Lokalt: Vi har flere ganger sendt questback spørreundersøkelse til fastleger i vårt område om hva de synes om PKO og fått konstruktive og gode tilbakemeldinger.
Vi sender også ut en ny spørreundersøkelse i disse dager.

Nasjonalt: De regionale helseforetakene gjennomførte i 2021 en nasjonal kartlegging og evaluering av PKO. Konklusjonen var at de helseforetakene som satser på PKO mente ordningen har god effekt på samhandling og pasientforløp og at den bør videreføres. Undersøkelsen viste også at rolleforståelsen som praksiskonsulent ble ivaretatt. Dette er svært viktig fordi vi skal jobbe som konsulenter og se samhandlingen fra begge sider, og ikke ha en ensidig rolle som talspersoner for primærlegene.

Noe som kunne vært bedre?

Kommunene kunne vært sterkere inne i et treparts-samarbeidet.

Samarbeid og samhandling må jobbes med kontinuerlig. – hele tiden med fokus på kvalitet, gode pasientløp og likeverdige helsetjenester.

Hvorfor ble du praksiskonsulent?

Det er mye mere gøy å jobbe som fastlege når samarbeidet fungerer godt. Jeg har også fått et bedre innblikk i hvordan helseforetaket fungerer og jeg har truffet mange svært dyktige helsearbeidere både på sykehusene og i primærhelsetjenesten.

Og så er det fint å gjøre noe annet en dag i uken enn pasientbehandling på legekontoret.

Noe du kunne ønske du hadde fått til?

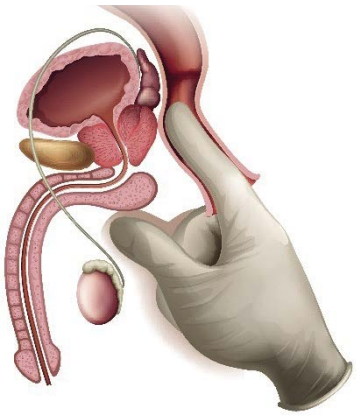
Det er behov for et tverrfaglig og tverretatlig tilbud til pasienter med komplekse helseutfordringer som har behov for sammensatte og koordinerte tjenester. Disse pasientene blir ofte ikke ivaretatt godt nok hverken hosfastlege, kommune, spesialist eller sykehus. Vi jobber nå med å få etablert et slikt tilbud som bedre ivaretar denne pasientgruppen.

Lejla Hamzic, praksiskonsulent Drammen sykehus

Tema: Kreft

Vi ønsker i de neste PKO-nytt og ha kreft som en temaserie. Forebygging, diagnostikk og oppfølging av kreftpasienter og deres pårørende utgjør en stor del av fastlegenes arbeid.

I forrige nummer skrev vi om kolorektal cancer. I dette nummer kan du lese om prostatakreft



PROSTATAKREFT

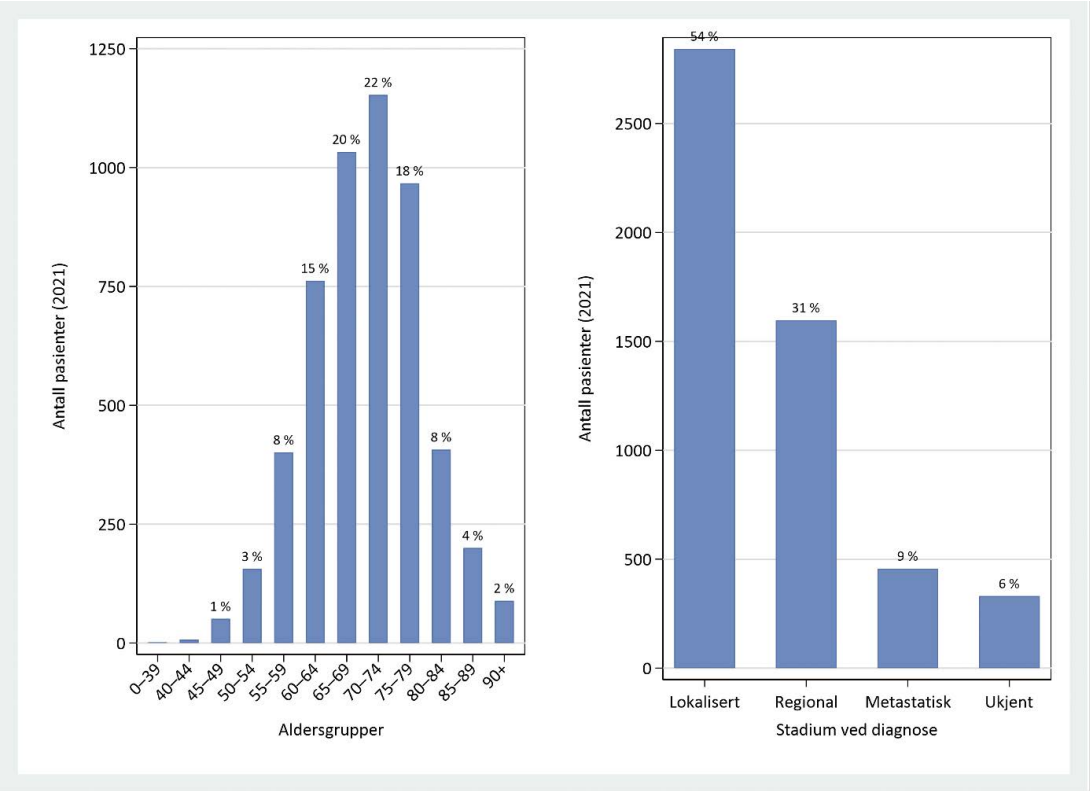
Prostatakreft er i dag den vanligste kreftformen blant menn i Norge. Årlig får om lag 5 000 personer denne diagnosen, og prostatakreft utgjør over en fjerdedel av alle krefttilfeller hos menn. Median alder ved diagnose er 69 år. Omtrent hver åttende mann vil bli diagnostisert med prostatakreft før fylte 75 år i Norge.

Alder, arv og miljø:

Prostatakreft er først og fremst en sykdom som rammer eldre. Median alder er 70 år, det vil si at halvparten av alle som får diagnosen er over 70 år. Årsaken til prostatakreft er ikke kjent. Det antas at arv spiller en rolle. Risikoen øker med antall nære mannlige slektninger som har eller har hatt sykdommen, ved lav diagnosealder hos disse, eller ved kjent brystkreft med genfeil på morssiden.

Man ser at vestlig levesett har noe betydning. Kroppsfett er den enkeltfaktoren som har vist klarest sammenheng med økt risiko for avansert prostatakreft. Det er uklart hvilken rolle kostholdet har, men det ser ut til at menn som spiser mye rødt kjøtt, fettrik mat og lite frukt og grønnsaker har litt høyere risiko for å få prostatakreft.

Fra første halvdel av 1990-tallet og fram til midten av 2000-tallet har det vært en kraftig økning av prostatakreft i alle aldersgrupper.



Figuren viser forekomst av prostatakreft i 2021, aldersgruppert og etter stadium. Figur 3.2 fra Årsrapport for Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft 2021

Tema: Kreft

Det var over fire ganger så høy forekomst av prostatakreft i 2021 som på 1950-tallet og antallet tilfeller øker i alle aldersgrupper. Det høye antallet har imidlertid som hovedårsak at vi lever lengre enn tidligere.

Noe av økningen de siste årene kan tilskrives testing for Prostataspesifikt Antigen (PSA). Denne testen, og medfølgende vevsprøvetakning, har ført til at det diagnostiseres flere tilfeller av prostatakreft som tidligere ikke ville ha blitt påvist.

Symptomer og funn:
Lokalisert sykdom
- Som regel ingen symptomer
- Noen kommer på grunn av prostatakreft i familien
- Et sterkt økende antall asymptomatiske pasienter avdekkes etter påvist forhøyet PSA

Lokalavansert sykdom
- Blæretømmingssymptomer oppstår hos 70 %
- Akutt retensjon hos 25 %
- Hematuri 5 %

Metastatisk sykdom
- Allmennsymptom, tretthet, vekttap og anemi
- Hos 30 % av pasientene gir skjelettmetastaser de første symptomene
- Ryggsmerter hos 15 %
- Uremi 5 %

Aktuell diagnostikk:

Ved mistanke om prostatakreft gjøres:
- Generell klinisk undersøkelse
- Digital rektal eksplorasjon (DRE)
- Ved patologisk palpasjonsfunn skal pasienter henvises uavhengig av PSA
- Måling av PSA
  - Ved normal rektal eksplorasjon måles PSA to ganger med 3 ukers mellomrom
- Ved forhøyet PSA skal urinretensjon og infeksjon utelukkes. Ved infeksjon skal PSA-måling gjentas etter 1-2 måneder

Prostatabiopsi er nødvendig for diagnosen, men utredning med MR innenfor pakkeforløp tas ofte før biopsering ved klinisk mistanke.

Litt om PSA:
- Det er ikke innført et organisert screeningprogram for prostatakreft for symptomfrie menn uten familiær eller arvelig belastning for prostatakreft
- Ved generell helsesjekk bør fordeler og ulemper ved PSA-testing diskuteres med pasienten
- PSA-test kan tilbys på individuell basis, men skal ikke tas uten at pasienten er fullt informert om konsekvensene

PSA er en organspesifikk biomarkør, men ikke kreftspesifikk, og kan være forhøyet også ved godartet prostatahyperplasi, prostatitt og andre ikke maligne årsaker. Noen medikamenter, for eksempel 5alfa-r eduktase-hemmer som brukes i behandling av prostatahyperplasi, kan halvere PSA-verdien. PSA er et kontinuerlig parameter der høyere verdier indikerer høyere sannsynlighet for kreft utgående fra prostata. En lav PSA-verdi indikerer lav sannsynlighet for prostatakreft. Samtidig forekommer prostatakreft hos noen menn med lave og svært lave PSA-verdier. Det er derfor viktig å undersøke kjertelen i tillegg til PSA-måling.

PSA brukes til, og er svært sensitiv for, å detektere tilbakefall etter gjennomgått prostatakreftbehandling.

Pakkeforløp:
Det er fastlege som på bakgrunn av sykehistorie og kliniske undersøkelser blir enig med pasienten om det skal måles PSA. Deretter vurderer fastlege i samråd med pasienten om det skal henvises til vurdering hos urolog som ledd i filterfunksjon. Urolog (avtalespesialist eller sykehus-poliklinikk) vurderer om det foreligger begrunnet mistanke om prostatakreft.

Klassifikasjon:
Prostatakreft klassifiseres i henhold til TNM (Tumor Node Metastasis). TNM-stadium er en av de viktigste prognostiske faktorene for sannsynlig sykdomsforløp. Stadiumplasseringen er et mål på kreftsykdommens utbredelse i kroppen og er en av faktorene som brukes som grunnlag for valg av behandling. I tillegg angis kreftcelleforandringenes «aggressivitet» i Gleason-score (økende på en skala fra 2 til 10).

Behandling:
Pasient- og tumorspesifikke forhold avgjør behovet for videre behandling. Behandlingsalternativene strekker seg fra aktiv overvåkning til kurativ kirurgisk og/eller strålebehandling, hormonbehandling, symptomstyrt behandling («watchful waiting») og palliativ behandling.

Prognose:
Fem års relativ overlevelse av prostatakreft er høy (95,5 prosent). Det tilsvarende tallet var litt over 50 prosent tidlig på 1970-tallet.

Menn som får påvist prostatakreft i et tidlig stadium har bedre fem års relativ overlevelse sammenlignet med menn uten prostatakreft. Dette kan ha sammenheng med at disse mennene har mer jevnlig helsesjekk, og bedre helse enn den generelle befolkningen.

Fem års relativ overlevelse for menn som får påvist prostatakreft uten fjernspredning er 102,4 prosent, mens relativ overlevelse for de med fjernspredning er betydelig lavere, 44,5 prosent.

Kilder: Kreftregisteret, Helsedirektoratet og Legehåndboka

Praksiskonsulent Andreas Heimli
Trygve Kongshavn (red)

Kasuistikk prostata.

Mann 71 år (i 2011), aktiv pensjonist.

Tidligere sykdommer: Nyre og gallestein, fjernet galleblæra.

Aktuelt:
Februar 2011: Ny pasient ønsker legetime for en generell "helsesjekk":

Fra journal:
"Ønsker en generell sjekk. Han har vært plaget med prostatismesymptomer over noen år og bruker Prostar (naturmiddel) for prostatabesvær, tidl. forsøkt tamsulosin, men ble svært svimmel av denne. Må opp et par ganger per natt for å late vannet, noe etterdrypp og hesitasjon.

Bt: 160/80 p regelm.
Pulm. og cor us. ua. Abd us. ua.
Rect. us: Kjenner forstørret prostata med velbevart midtfure, sidelike hemisfærer, palperer ingen knuter."

Psa-verdi i prøven tatt på helsesjekken var på 9,2 og han ble henv. uro.pol. for vurdering/prøvetaking av prostata.

Mars 2011:
Til poliklinisk vurdering ved kir. pol. der det bl.a. gjøres transrektal ultralydundersøkelse og man «finner en betydelig forstørret prostata med en del kalk baktil en sentrale delen av prostata. Prostatavolum på ca. 76 cc. Man finner PSA density på 0,15. Man har mistanke om at det er det relativt store prostatavolumet som er årsaken til PSA forhøyelsen. Man tar imidlertid kartlegningsbiopsier x 5 fra hver side som sendes histologi. Han vil få brev angående svar».

Noen av kartleggingsbiopsiene viste ondartede forandringer og han fikk ny time ved urologisk pol.

April 2011:
Oppfølgende time ved kir. pol. «Histologi viste fra venstre side flere biopsier med cancerforandringer.... Han har stadium T1 C... Han er svært innstilt på radikal prostatectomi og søkes med tanke dette. Han får med brosjyre angående radikal prostatectomi det bestilles MR før operasjonen.»

Mai 2011:
Innlagt ved kir. avd. og gjennomført retropubisk radikal prostatektomi.

Juni 2011:
Kontroll etter operasjon ved kir. pol.: «Operert med radikal retropubisk cancer prostata forandringer.
Histologisvar viste stadium T2 acinæradenocarcinom, 12 x 15 mm, Gleason grad 3 + 4. Ingen overbevisende ekstraprostatisk vekst. 7 lymfeknuter fra høyre fossa obturatoria og 5 fra venstre uten tegn til metastasering. Han har i god allmenntilstand i dag. Ukomplisert sårtilheling. Informeres om histologisvar. Anbefaler PSA kontroll hver tredje måned i 1 år hos fastlege deretter hvert halvår. Ber fastlegen henvise til oss ved PSA over 0,2.»

August 2011:
Pasienten angir å føle seg i fin form og er godt fornøyd etter operasjonen. Psa:0,0. Vannlatningen går fint og har nærmest ingen lekkasje. Trenger ikke bruke noe innlegg. Ereksjonen er svekket, men han synes ikke dette er noen bekymring. Forsøkte Cialis noen dager, men opplevde bivirkninger og sluttet. Synes ikke det er nødvendig med medikamentell behandling for dette nå.

November 2022:
Ikke opplevd residiv av sin prostatakreft. PSA er fortsatt under 0,1. Fornøyd med tilværelsen etter prostataoperasjonen i 2011.

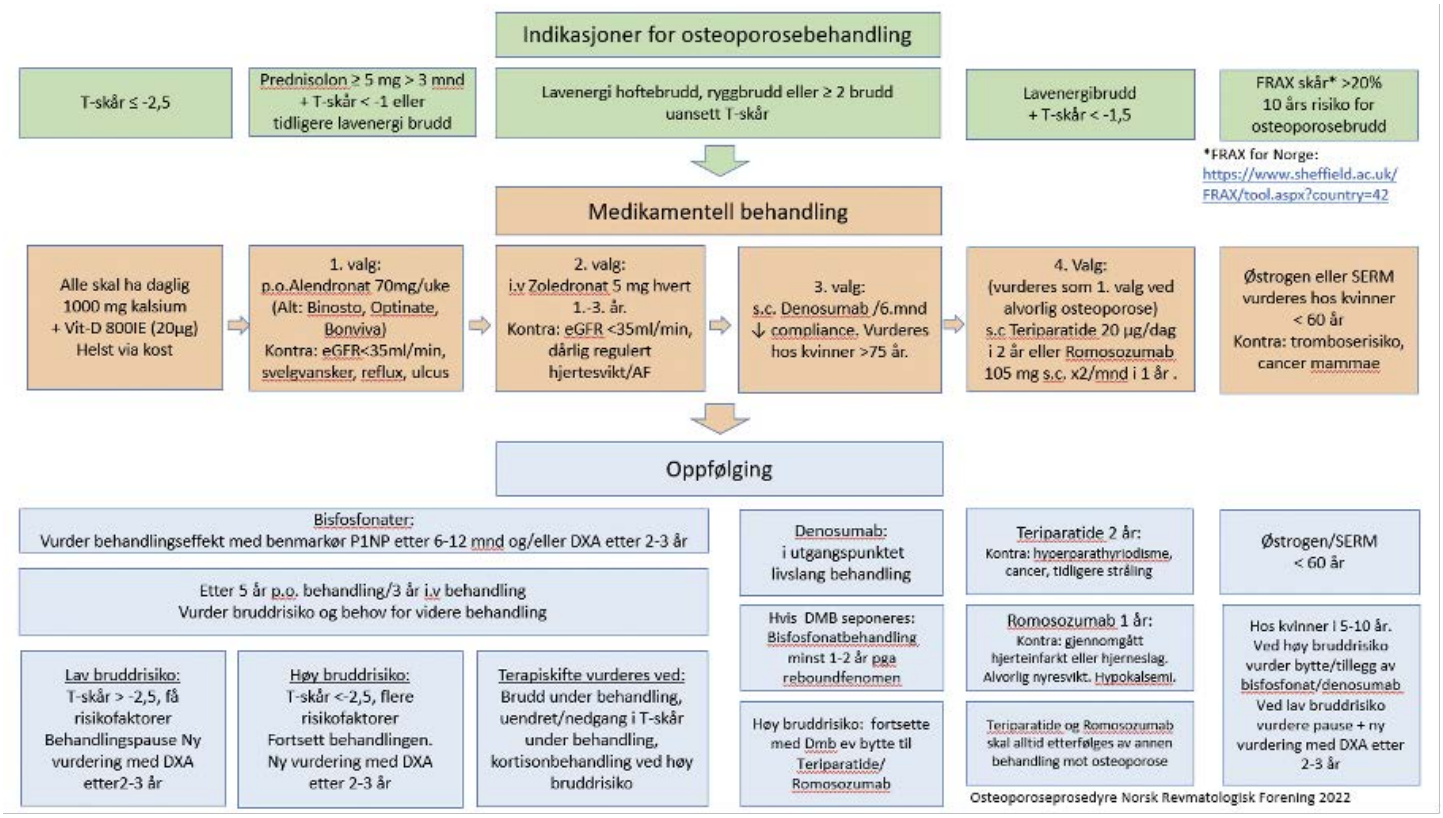
(Pasienten har godkjent at hans sykehistorie brukes i denne kasuistikk)

Andreas Heiml praksiskonsulent

Osteoporose

Osteoporosebehandling «at a glance»

Norsk Revmatologisk Forenings anbefalinger (norskrevmatologi.no)



Osteoporose er en vanlig tilstand i befolkningen. Innen de fleste spesialiteter som behandler pasienter over 50 år, vil man møte pasienter med osteoporose eller lavenergibrudd. Norsk revmatologisk forening har utviklet en behandlingsalgoritme med oversikt over indikasjoner for osteoporosebehandling, valg av medikamentell behandling og oppfølging (Figur over).

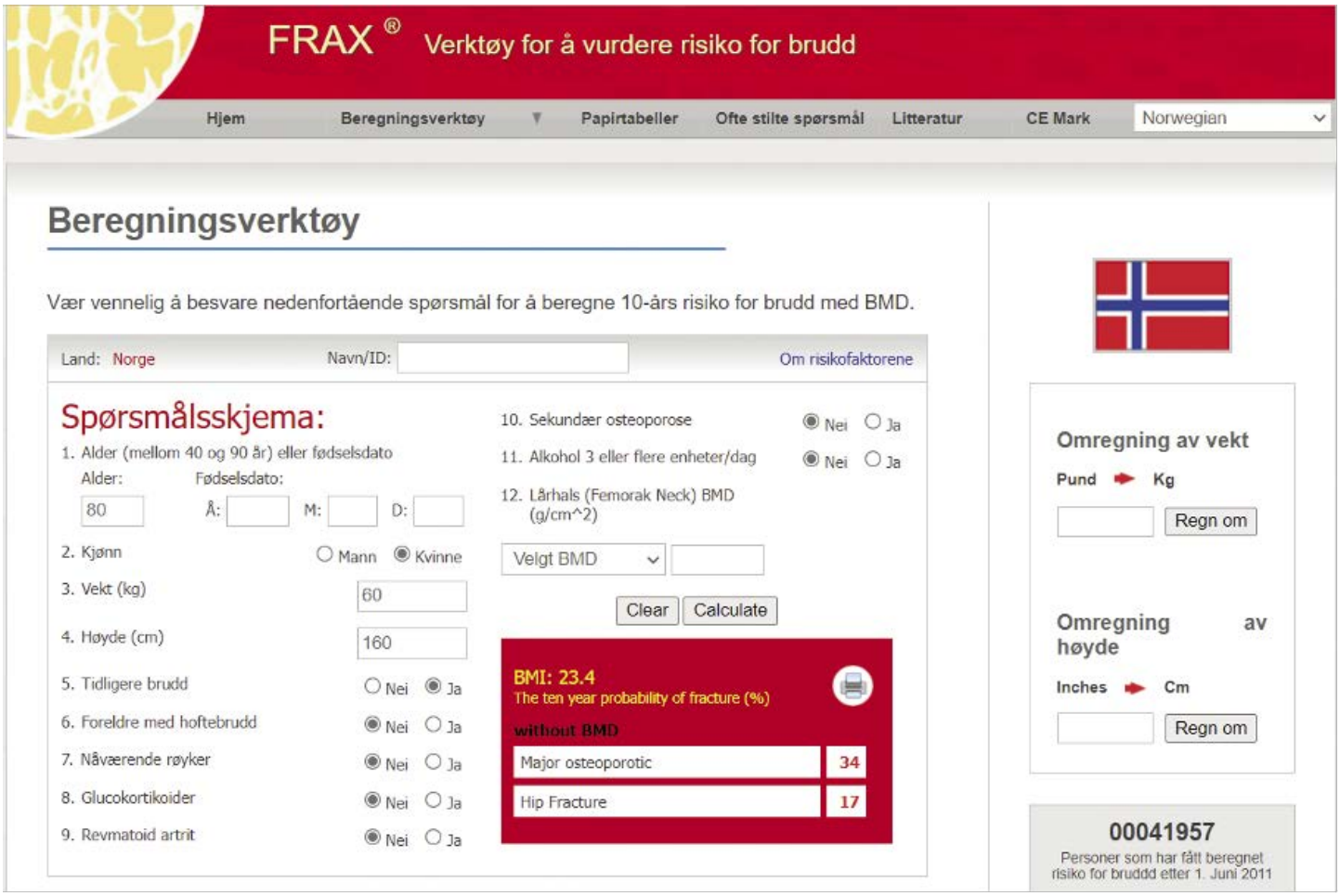
Behandling av osteoporose:

- Tilstrekkelig inntak av kalsium: 1000 mg daglig tilsammen i kost/tilskudd og 1500mg daglig tilsammen i kost/tilskudd ved bruk av glukokortikoider.
- Tilstrekkelig vitamin D. S-vitamin D > 75nmol/L anbefales.
- Bisfosfonat behandling (tablett/brusetablett/infusjon) vurderes som regel først.
- Denosumab (s.c./6 mnd) vurderes ved intoleranse/ manglende etterlevelse/manglende effekt av bisfosfonat og ved redusert nyrefunksjon. Forbeholdes de som kan ha livslang behandling.
- SERM (Selective estrogen receptor modulators)/HRT (Hormone replacement therapy) kan vurderes til kvinner i tidlig postmenopausal fase (< 60 år).
- Ved alvorlig osteoporose skal osteoanabole medikamenter vurderes som førstevalg (Teriparatide, Romosozumab), etterfulgt av konsoliderende bisfosfonat/denosumab behandling. HELFOs kritererier for å få innvilget osteoanabol behandling etter §3a er: T-score < -3,5 (<-4,0 for kvinner > 60 år), ≥ 3 ryggbrudd eller et alvorlig ryggbrudd med > 40% virvelhøydetap eller minst 2 brudd under annen pågående osteoporosebehandling.
- Behandlingspause fra bisfosfonater bør vurderes etter 5 år p.o. eller 3 år i.v. behandling.
  - Pause v/lav bruddrisiko (T-score > -2,5 uten nye brudd). Bentetthetsmåling om 2-3 år
  - Fortsette/endre behandling v/høy bruddrisiko (T-score <-2,5, flere risikofaktorer, nye brudd)

Av Tove Tveitan Borgen, PhD og osteoporoseansvarlig overlege ved Revmatologisk avdeling, Drammen sykehus

Fracture risk assessment tool (FRAX)

En enkel online kalkulator for å beregne 10-års bruddrisiko



Osteoporose og osteoporosebrudd er en av våre store folkesykdommer (FHI). Prevalens og insidens øker med alder, og hos kvinner over 80 år vil halvparten ha osteoporose. For enkelt å fange opp pasienter med høy bruddrisiko, er det utviklet en gratis online risikokalkulator «FRAX» (www.FRAX.shef). Ved å velge Norge under fanen «beregningsverktøy» beregnes bruddrisiko basert på norske populasjonsstudier. De viktigste risikofaktorene for brudd legges inn; alder, kjønn, høyde, vekt, om mor/far har hatt hoftebrudd, røyking, bruk av kortison, leddgikt, høyt inntak av alkohol (3 eller flere enheter om dagen) eller andre tilstander som disponerer for sekundær osteoporose. Bentetthet (BMD) er ikke nødvendig, men er BMD tilgjengelig, så er det verdien for lårhals som skal benyttes (bruk punktum, ikke komma). Ved å trykke «calculate» beregnes 10-års risiko for å få et osteoporosebrudd (brudd i hofte, håndledd, skulder eller rygg) og risiko for et hoftebrudd.

Det anbefales behandling med osteoporosemedisiner ved FRAX skår > 20% for osteoporosebrudd i følge flere internasjonale guidelines og norske veiledere (revmatologi.no og lavenergibrudd.no) Det er mange pasienter som kan vurderes på denne måten i allmennpraksis, og som ikke trenger bentetthetsmåling for å starte osteoporosebehandling. Osteoporosemedisiner kan halvere risiko for nye brudd i løpet av 3-5 års behandlingstid.

Av Tove Tveitan Borgen, PhD og osteoporoseansvarlig overlege ved Revmatologisk avdeling, Drammen sykehus

Mange sår behandles utelukkende i primærhelsetjenesten. Vestre Viken har noen nyttige ressurser på nett med råd og veiledning for sårbehandling. I tillegg tilbys det ved Bærum sykehus, Kongsberg sykehus og Ringerike sykehus video-konsultasjoner ved sårbehandling, med hjemmesykepleie/ sykehjem og/eller fastlege.

De fleste pasienter vil tas inn for en første fysisk konsultasjon. Dette bidrar til trygg og god oppfølging av sårpasienter i eget hjem eller på institusjon. Kommunalt ansatte samarbeider med personell i spesialisthelse-tjenesten på video under sårbehandlingen, slik at pasientene slipper transport til sykehuset. For en del pasienter vil det være aktuelt å variere mellom fysisk oppmøte og digitale konsultasjoner. Spesialisthelse-tjenesten alene, eller fastlege kan inkluderes.

Fastleger som selv følger opp sår kan også be om digital felleskonsultasjon med sykehuset hvis behov for råd om videre oppfølging, ev. usikkerhet om pasienten bør henvises.

For digitale konsultasjoner benytter sykehuset møterom fra norsk helsenett: join.no. Hjemmetjenesten i en del kommuner tilhørende sykehusene har fått hodekamera til bruk ved sårkonsultasjoner.

Ved henvisning til spesialisthelsetjenesten forventes det at henviser har vurdert pasienten klinisk selv om sykepleier i kommunen har stått for noe av sårbehandlingen.

Punkter til henvisning:

- Annen relevant sykdom (spesielt diabetes, nevropati, aterosklerose)
- Størrelse, lokalisasjon, dybde, beskrivelse av huden rundt, sårkanter.
- Antatt arterielt, venøst eller diabetisk sår? Arm-/ankelindeks
- Debut, varighet, utvikling. Hva slags behandling er forsøkt. Mistanke om malignt sår, eller hudsykdom som vaskulitt. Er biopsi ev. tatt?
- Mistanke om infeksjon? Ev. bakteriologisk undersøkelse.

Legg gjerne ved bilde av såret. Vestre Viken kan motta henvisning 2.0 med vedlegg.

Det er utarbeidet en kommunal verktøykasse med beskrivelse av utstyr og produkter som er aktuelle i sårbehandling.

Kurs: «Sårbehandling i praksis»

Felles tjenestemodell for digitale sårtjenester er et samarbeid mellom Sykehuset Innlandet, Vestre Viken, Sørlandet sykehus og Sunnaas sykehus De tilbyr nasjonalt gratis sårkurs som sendes digitalt i 2023, og er søkt godkjent som tellende timer som emnekurs i legeforeningen med 15 timer. Kurset vil også publiseres som et videokurs. Mer info her:

https://www.kompetansebroen.no/kurs/sar-og-sarbehandling?o=ahus

Kompresjonsbandasje

På Vestre Vikens sider ligger det også demonstrasjon av hvordan man legger kompresjonsbandasje: https://www.youtube.com/watch?v=rfpmOXX_nys

Marianne Aas Mathisen praksiskonsulent
Kongsberg sykehus

KORT NYTT

Nytt sykehus i Drammen

Helse Sør-Øst RHF og Vestre Viken HF er i gang med å bygge nytt sykehus i Drammen, som skal tas i bruk i 2025.

Det nye sykehuset på Brakerøya vil erstatte dagens Drammen sykehus og Blakstad sykehus. Det vil være integrerte lokaler for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Link: Nytt sykehus i Drammen - Vestre Viken

RISIKOVARSEL - HUSK SJEKKLISTEN!

Da reduseres risikoen for pasientskade, forsinkelser i pasientforløpet og unødvendig ressursbruk

I 2022 ble det i de somatiske klinikkene i Vestre Viken registrert 14 hendelser der MR-sjekklisten ikke var anmerket for at pasienten har pacemaker.

For deg som henviser pasienter med pacemaker til MR:
Husk å oppgi om pasienten har pacemaker i MR-sjekklisten

Trygve K (red)

Rett til Valg av behandlingssted

Ordningen fritt behandlingsvalg (FBV) ble avviklet den 1.1.2023. Pasientens valgrettighet vedvarer, men da begrenset til offentlige sykehus og private institusjoner som de regionale helseforetakene (RHF-ene) har inngått avtale med. Helse Sør-Øst har nylig inngått nye avtale med private leverandører innen somatiske spesialisthelsetjenester. RHF får derved bedre oversikt over / kontroll på bruk av spesialisthelsetjenester

Alle med avtale er tildelt vurderingskompetanse, som betyr at henvisninger fra fastleger og andre kan sendes direkte dit pasienten ønsker behandling. VBS-Informasjonstjenesten har informasjon om alle leverandørene og hvilke tjenester de har avtale på. Informasjon om dette finnes også på Helse Sør-Øst RHF sin nettside:
Avtaler med private - Helse Sør-Øst RHF (helse-sorost.no)

De tidligere «Fritt behandlingsvalg»- leverandørene (FBV) kan benytte 2023 til å ferdigbehandle pasienter som er i et behandlingsforløp.

Helse Sør-Øst RHF følger situasjonen i overgangen nøye. Det har derfor blitt etablert et innsatsteam som har som oppdrag å koordinere samarbeidet mellom de godkjente FBV-virksomhetene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, helseforetakene/sykehus og private virksomheter med avtale med Helse Sør-Øst RHF. Målet med etableringen av Innsatsteamet er å bidra systematisk til at pasientene, som er i behandling ved FBV-virksomhetene, enten ferdigbehandles ved FBV-virksomhetene eller gis et tilbud om fortsatt behandling ved et helseforetak/sykehus eller hos en av de nye private avtalepartene til Helse Sør-Øst RHF.

Håvard Hagen Vika praksiskonsulent Drammen sykehus

Henvisninger til Øyeavdelingen Vestre Viken HF, Drammen sykehus

I tråd med etablert praksis for arbeidsfordeling mellom Øyeavdelingen Vestre Viken HF og privatpraktiserende avtalespesialister, ber vi om at privatpraktiserende avtalespesialist først kontaktes ved behov for spesialistvurdering. Dette for å sikre en enhetlig og god tjeneste.

Oversikt over avtalespesialister i øyesykdommer finner du på Helse Sør-Øst sine hjemmesider (velg «Legespesialister»):

http://avtalespesialister.helse-sorost.no/spesialister1.asp

Øyeavdelingen tar først og fremst imot henvisninger fra øyeleger i avtalepraksis. **Ved behov for øyeblikkelig hjelp vil alle leger kunne henvise til oss etter konferering med vakthavende.**

Husk at for en del pasienter med nedsatt syn kan det være et godt tips at de oppsøker optiker for å sjekke synet og brillebehov.

For at pasientene skal prioriteres rett vil vi presisere hva vi ønsker skal være i en henvisning av øyepasienter.

Henvisningene skal derfor inneholde opplysninger om:

Navn, fullt fødselsnummer og telefonnummer

Forslag til **diagnose**

Kort beskrivelse av det aktuelle problemet med anamnese, varighet.

Øyeundersøkelse og beskrivelse av funn av begge øyne. (for eksempel fluoresceinfarging)

Visus/synsstyrke med korreksjon eller egen brille for hvert øye

Øyetrykk dersom man har trykkmåler (iCare er en enkel og pålitelig trykkmåler som egner seg for allmennpraksis og legevakt).

Eventuelt cave, smitte, pleiebehov eller tolkebehov?

Videre vil vi alltid ha opplysninger om andre sykdommer som kan påvirke øynene, for eksempel diabetes.

Tidligere øyesykdommer og andre sykdommer. For alle pasienter der det kan bli aktuelt med operasjon trenger vi opplysninger om andre sykdommer. Dette gjelder spesielt ved mulighet for behov for narkose - Hjertesykdom? Lungesykdom? Allmenntilstand?

Medikamenter. Dersom henvisende lege har liste over pasientens faste medisiner vil vi ha denne sammen med henvisningen.

Selv vil vi prøve å gi tilbakemelding om pasienten til henvisende lege så fort som mulig. Behandlingen av pasienten er avhengig av et godt samarbeid mellom flere aktører.

Jarle Sletten
avdelingsoverlege øyeavdelingen Drammen sykehus

Henvisningspraksis:

Øyeblikkelig hjelp	
1. Problemstillingen kan sannsynligvis løses hos avtalespesialist på dagtid.	Kontakt lokal avtalespesialist. Se liste HSØ hjemmeside for tilgjengelige avtalespesialister. Ta helst kontakt før kl. 12 for å avtale tid dersom behov for vurdering samme dag.
2. Må ha sykehusbehandling. Er man i tvil ta kontakt med vakthavende øyelege.	Konferer med vakthavende øyelege VVHF Kontakt VVHF sentralbord tlf. 03525 hverdag, kveld og helg

Henvisninger med ordinær hastegrad	
1. Henvises til Øyespesialist i avtalehjemmel.	Se liste under for tilgjengelige avtalespesialister
2. Har pasienten en fast øyespesialist skal han henvises der først.	

Ønsker å diskutere pasient pr. telefon	
1. Ta kontakt med vakthavende øyelege VVHF	VVHF sentralbord tlf. 03525 hverdag, kveld og helg

SAMARBEIDSUTVALG FOR LEGER I VESTRE VIKEN

Det ble i 2018-2019 etablert samarbeidsutvalg for leger i alle 4 regioner i Vestre Viken. Disse er sammensatt av leger fra klinikkene, kommuneoverleger og fastleger, og har som formål å bidra til bedre medisinsk faglig samarbeid og kommunikasjon mellom primærhelse- og spesialisthelse-tjenesten.

Utvalgene har ikke beslutningsmyndighet, men fungerer som rådgivende organ for regionens LSU – Lokalt Samarbeidsutvalg mellom sykehus og kommune.

Utvalgene legger til grunn Legeforeningens anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus legeforeningen.no anbefalinger-om-samarbeid-mellom-fastleger-og-sykehus.pdf og flere av utvalgene har laget lokale tilpasninger av disse.

Eksempler på saker som er behandlet i utvalgene:

Samarbeid om legemiddelsamstemming. Rutiner for tilbakekalling/fornyelse av resepter fra RF.

Samarbeid om begrensning av livsforlengende behandling. Rutiner for oppføring av i kjernejournal av kritisk info rundt begrensning av livsforlengende behandling.

Rutiner for somatiske undersøkelser av pasienter i behandling ved DPS.

Tiltak ved gjentatte dårlige henvisninger.

Bruk av KAD-plasser.

Digital samhandling sykehjem.

Rutiner rundt melding dersom helsekravene for førerkort ikke er oppfylt.

Drosjetransport rutiner ved sykehuset.

Rutiner ved innleggelser, meldingsrutiner og konferering.

Dialogmelinger, bruk og kjøreregler.

Konklusjoner i sakene er spilt tilbake til avdelingene, noen er referert i Praksisnytt, noen ligger ute som tilgjengelige dokumenter om anbefalinger på VV nettside:

Samarbeidsutvalg for leger - Vestre Viken

Problemstillinger rundt medisinsk faglig samarbeid, ansvars og oppgavefordeling mellom primær og spesialist-helsetjenesten som ønskes behandlet kan sendes til utvalgene via kontaktpersonene under.

Følgende samarbeidsutvalg er etablert i Vestre Viken:

- Ringerike: SU - Samarbeidsutvalg leger.
  Sammensetting: 3 leger fra kommunene rundt RS, 3 leger fra Hallingdalsregionen, Overlege fra RS (saksrelevant), Overlege fra Psyk.helse og rus, PKO-leder og en lege fra PKO (i alt 10).

Kontakt: Mette Lerfaldet
metler@vestreviken.no

- Kongsberg: RMFU - Rådgivende medisinskfaglig utvalg.
  Sammensetning: 1 kommune-overlege, 3 sykehusoverleger, 2 fastleger og en lege fra PKO (i alt 7). Avhengig av saker vil andre leger fra andre avdelinger kunne bli kalt inn.

Kontakt: Marianne Aass Mathiesen
Marianne.Aass.Mathiesen@vestreviken.no

- Drammen: RMU – Rådgivende medisinskfaglig utvalg.
  Sammensetting: fire sykehusleger, to kommune-overleger, to fastleger, en sykehjemslege, en legevaktslege og en lege fra PKO (i alt 11).

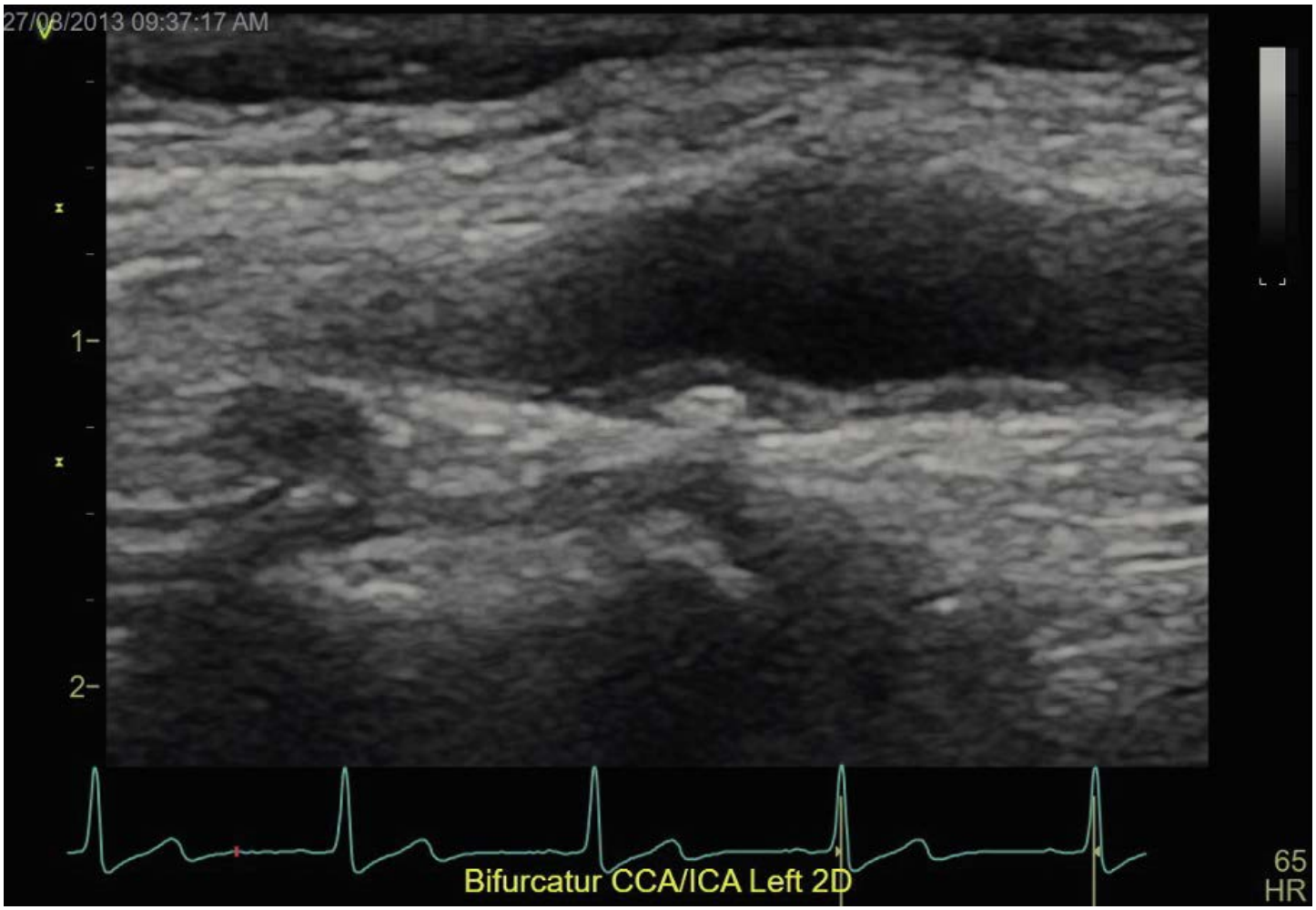
Kontakt: Jan Robert Grøndahl
jargro@vestreviken.no

- Bærum: MSU - Medisinsk samarbeidsutvalg.
  Sammensetting: 2 fastleger Bærum 2 fastleger Asker, 1 sykehuslege ortopedi, 1 sykehuslege kirurgi, 1 sykehuslege medisin, 1 fagsjef (lege), 1 lege fra DPS, 1 kommunelege Bærum1 kommunelege Asker 1 PKO leder (i alt 12).

Kontakt: Axel Einar Mathiesen
Axel.Einar.Mathiesen@vestreviken.no

Jan Robert Grøndahl
Leder PKO VV

Tilfeldig funn av aterosklerotisk plakk i halspulsårene



Ultralyd (B-mode) bilde av halspulsåren (carotis bulbus) på venstre side i langakse. Man ser et aterosklerotisk plakk på fjernveggen.

Ultralyd av halspulsårene (halskar) kan raskt, billig og uten stråling, gi informasjon om blodgjennomstrømmingen til hodet og forekomst av aterosklerose i halspulsårene.

Ultralydundersøkelse av halskar er operatøravhengig, og det eksisterer ingen gullstandard for hvordan undersøkelsen skal gjennomføres, hva som skal måles, og hvordan funnene fra undersøkelsen skal rapporteres. Da ultralydundersøkelse av halskar verken er bedre enn eller gir vesentlig tilleggsinformasjon utover tradisjonelle hjerte-kar risikoberegningsverktøy som NORRISK2 og SCORE2, har gjeldende internasjonale retningslinjer landet på å ikke anbefale bruk av ultralyd halskar for å beregne hjerte-kar risiko (primærforebyggende øyemed) (1-3).

Når er det indisert med ultralydundersøkelse av halskar:
Ultralyd av halskar er i hovedsak indisert i utredning av hjerneslag og transitorisk iskemisk anfall (TIA), det vil si i sekundærforebyggende øyemed.

I tillegg vil det være aktuelt ved tilfeldig funn av bilyd ved auskultasjon av halskar. Internasjonale retningslinjer åpner opp for at enkelte individer med svært høy risiko for hjerte-kar sykdom kan vurderes for ultralydundersøkelse, men dette bør nok forbeholdes noen svært få (3).

En ny trend:
Samtidig får flere og flere kartlagt halskar med ultralyd, i hovedsak gjennom privatpraktiserende leger med ultralyd-kunnskap og gjennom helprivatiserte selskaper som tilbyr beregning av hjerte- kar risiko (primærforebyggende screening). Ved en slik undersøkelse er det vanlig å rapportere Intima-Media-Tykkelsen (IMT) (tidvis sammenholdt med en referanseverdi), og ev. tilstedeværelse av aterosklerotiske plakk og stenoser (forsnevringer).

Hva betyr funnene av undersøkelsen og hva skal man gjøre med det:
IMT tykkelse korrelerer med alder og øvrige hjerte- kar risikofaktorer, hvor økende tykkelse er markør på økende risiko for senere hjerte- karsykdom. IMT målingen påvirkes også av hvor i blodkaret den måles, hvilken algoritme og maskin som er brukt for å beregne IMT og når i hjerte-syklusen IMT er målt. Summa summarum må IMT tolkes med varsomhet. En oppgitt forhøyet IMT verdi skal som hovedregel ikke føre til medikamentell behandling.

Forekomsten av aterosklerotiske plakk øker også med økende alder. I Akershus Hjerteundersøkelsen (ACE) 1950, gjennomført i Akershus fylke i 2012-2015, fant man at 9 av 10 daværende 60-åringer hadde synlig aterosklerose ved ultralydundersøkelse av halskar (4). Aterosklerotiske plakk er altså ikke vanlig i unge individer, men er hyppig og økende forekommende fra 50 års alder.

Skal alle med aterosklerotisk plakk behandles?
Nei er det korte svaret. Risiko for fremtidig hjerte- kar sykdom er avhengig av den totale plakk belastning (antall, utbredelse, utseende, størrelse og lokalisasjon) (5). Personer med høy total plakk belastning kan vurderes for statin/kolesterolsenkende behandling, men beslutningen om ev. oppstart av medikamentell behandling skal vurderes av ultralydoperatør. Antitrombotisk behandling har i utgangspunktet ingen plass i primærforebyggende behandling.

Tilfeldig påvist (asymptomatisk) ≥ 50% stenose bør henvises spesialisthelsetjenesten for en vurdering. Disse får i hovedsak forskrevet statin/kolesterolsenkende behandling, og blir også vurdert for antitrombotisk behandling. Kun i svært få tilfeller er det aktuelt å operere asymptomatiske stenoser.

Livsstilsråd gjelder for øvrig til alle våre pasienter, og blodtrykket skal behandles hvis indisert etter egne retningslinjer, men ikke basert på funn ved ultralyd halskar.

Oppsummering:
Ultralydundersøkelse av halskar har i utgangspunktet ingen plass i primærforebyggende behandling av hjerte- og kar sykdom. Fortykket IMT og tilstedeværelse av aterosklerotiske plakk er per se ikke en indikasjon for oppstart med kolesterolsenkende behandling, og ev. oppstart med kolesterolsenkende behandling skal vurderes av ultralydoperatør. Ved auskultatorisk funn av bilyd over halspulsårene eller ved funn av ≥ 50% stenose ved ultralydundersøkelse bør pasienten henvises spesialisthelsetjenesten for nærmere vurdering.

Håkon Ihle-Hansen
Ph.d. overlege avdeling for Geriatri, Slag og Rehabilitering
Bærum Sykehus Vestre Viken

Referanser:

1) Force UPST. Screening for Asymptomatic Carotid Artery Stenosis: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Jama. 2021;325:476-481. doi: 10.1001/jama.2020.26988
2) Visseren FL, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, Benetos A, Biffi A, Boavida J-M, Capodanno D. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). European heart journal. 2021;42:3227-3337.
3) Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, Himmelfarb CD, Khera A, Lloyd-Jones D, McEvoy JW, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2019;140:e596-e646. doi:10.1161/CIR.0000000000000678
4) Ihle-Hansen H, Vigen T, Ihle-Hansen H, Ronning OM, Berge T, Thommessen B, Lyngbakken MN, Orstad EB, Enger S, Nygard S, et al. Prevalence of Carotid Plaque in a 63- to 65-Year-Old Norwegian Cohort From the General Population: The ACE (Akershus Cardiac Examination) 1950 Study. Journal of the American Heart Association. 2018;7. doi: 10.1161/jaha.118.008562
5) Mathiesen EB, Johnsen SH, Wilsgaard T, Bønaa KH, Løchen M-L, Njølstad I. Carotid Plaque Area and Intima-Media Thickness in Prediction of First-Ever Ischemic Stroke. Stroke. 2011;42:972-978. doi:10.1161/STROKEAHA.110.589754

Fra laboratoriene i Vestre Viken:

Fastlegene oppfordres til å bruke VV laboratoriene

Vestre Viken leverer sykehus- og spesialisthelsetjenester til alle innbyggere i vårt opptaksområde. Dette skjer i tett samarbeid med primærhelsetjenesten i kommunene.

Fordel når pasientene blir innlagt på sykehuset eller har poliklinisk time

Laboratoriene i Vestre Viken analyserer prøver både for inneliggende pasienter og for polikliniske pasienter på sykehuset og i primærhelsetjenesten. Både klinikere i spesialisthelsetjenesten og vi som jobber med diagnostikk ønsker et godt samarbeid med fastlegene om våre felles pasienter. For klinikere og våre laboratorier og er det en stor fordel om vi har pasientens historikk i våre systemer dersom pasienten blir innlagt ved et av våre sykehus.

Dette kan være viktig for rask og riktig vurdering og diagnose av pasientene ettersom pasientens prøvehistorikk fra fastlegen i mange tilfeller bidrar til å forstå det akutte bildet eller pasientens tilstand bedre. Dermed sikres gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, og pasientsikkerheten økes.

Ønsker et godt samarbeide med primærhelsetjenesten

Et viktig mål for oss er et tett og godt samarbeid med primærhelsetjenesten i Vestre Vikens opptaksområde. Vi har en god dialog med våre praksiskonsulenter, og opplever gode tilbakemeldinger fra de vi samarbeider med. Det er viktig for oss at vi får tilbakemeldinger på ting vi kan forbedre oss på slik at vi kan tilby enda bedre tjenester.

Hentetjeneste og elektronisk bestilling

Vi har hentetjeneste til de legekontor som ønsker det etter nærmere avtale. Analysesvar foreligger raskt, vi gjør det vi kan for å forbedre dette for alle våre fagområder. Hvis dere opplever for lang svartid for noen analyser vil vi sette stor pris på å få vite om dette. Analysene bestilles elektronisk ved bruk av Dips Interactor som er Norges desidert mest brukte system for å rekvirere laboratorieprøver. Den brukes hele Helse Vest, Helse Nord og Helse Sør-Øst. I årene fremover vil det jobbes med å videreutvikle denne løsningen med mer funksjonalitet.

Bredt analyserepertoar og god analysekvalitet

Vi har et bredt analyserepertoar, og videresender også prøver til samarbeidende laboratorier ved behov. Alt kan rekvireres i DIPS Interactor og sendes til oss, også prøver som skal videre til for eksempel OUS. Informasjon om laboratoriene og våre analyser/prøver finnes på Vestre Vikens internettsider, inkludert laboratorienes metodebøker.

Vi har strenge krav til analysekvalitet og god logistikk, og har en oppdatert instrumentpark på alle våre lokasjoner. I årene fremover vil vi jobbe for å modernisere våre instrumentparker ytterligere, slik at vi får topp moderne laboratorier ved alle våre lokalisasjoner i frem mot oppstart av nytt sykehus i Drammen. Vi mottar gjerne innspill til utvidelse av analyserepertoar eller andre tjenester i forbindelse med dette arbeidet.

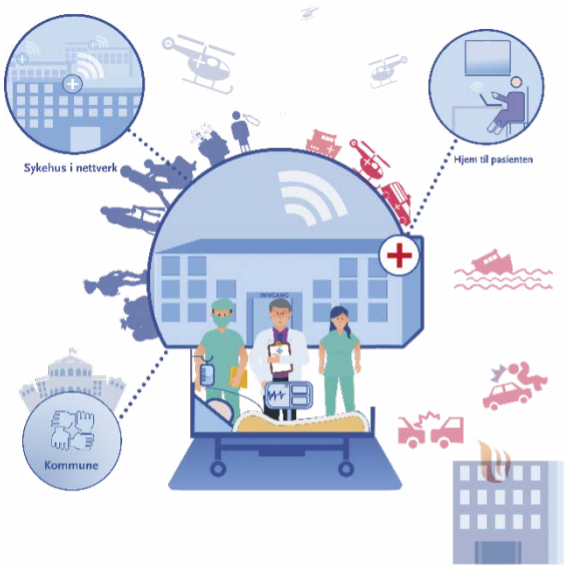
Kontakt

Laboratorielegene kan kontaktes ved behov for medisinsk rådgiving, enten per telefon på dagtid eller via dialogmelding. Erfarne bioingeniører kan kontaktes ved spørsmål knyttet til prøvemateriale, spørsmål om rekvirering og svar, sendeprøver mm.

Hvert sykehus har en dedikert kontaktperson (bioingeniør) som bindeledd mellom laboratoriene og PHT.
Kontaktinformasjon:

Bærum Sykehus: Maiken Kojen Kleveland	Maiken.Kojen.Hoem@vestreviken.no	Tlf. 67 80 98 84
Drammen Sykehus: Ellen Margrethe Støten	Ellen.Stoten@vestreviken.no	Tlf. 941 52 458
Kongsberg Sykehus: Anne Buaas Halstadtrø	anbuha@vestreviken.no	Tlf. 32 72 56 54
Ringerike Sykehus: Ingvild Aasheim Andresen	iaashe@vestreviken.no	Tlf. 92 23 78 64

HELSEFELLESSKAP



Helsefellesskap er en samarbeidsarena hvor sykehus og kommuner skal samarbeide bedre om de mest sårbare pasientene. I helsefellesskapene deltar også representanter fra fastlegene og pasientene.

Helsefellesskapene finnes på **3 ulike nivå**.
Fastlegene og pasienter har representanter på alle nivå.
Nivå 1 er partnerskapsmøtet – som møtes årlig. Her skal politisk og administrativ ledelse i kommuner og helseforetak møtes for å bli enig om retning framover.
Nivå 2 kalles strategisk samarbeidsutvalg, har hyppigere møter, og består av faglig ledelse i kommuner og helseforetak. Her jobbes det med strategier og handlingsplaner, og en skal håndtere saker og ta løpende beslutninger.
Nivå 3 kalles faglige samarbeidsutvalg. Det er bestemt at alle helsefellesskapene skal ha minst 4 samarbeidsutvalg, som hver skal jobbe med en gruppe av de definerte sårbare pasientgruppene; Barn og unge, alvorlig psykiske syke, pasienter med kroniske lidelser, og skrøpelige eldre.

Legeforeningen og KS anbefaler at fastlegerepresentanter utpekes av legenes samarbeidsutvalg (LSU), og at en velges for en tidsbegrenset periode på inntil 4 år.

Se mer om helsefellesskap:
Helsefellesskap - Helsedirektoratet

Håvard Hagen Vika praksiskonsulent
Drammen sykehus

PASIENTREISER

Hovedregel for pasientreiser

- Pasienter skal som hovedregel komme seg til behandling selv. De kan deretter søke om å få dekket deler av sine utgifter ved å sende inn en søknad senest seks måneder etter behandlingsdatoen.

- For å få reisegodtgjørelse, må avstanden til behandlingsstedet være lengre enn ti kilometer hver vei. Reisen må også gå over mer enn én takstsone.

- Det som refunderes er et fast beløp per kilometer (standardsats), uansett hvilket transportmiddel en bruker. Pasient må i tillegg betale egenandel for reisen, hvis det ikke foreligger frikort eller annen godkjent fritaksgrunn.

Rekvirert reise av helsemessige årsaker

- Dersom pasient av medisinske årsaker ikke kan reise kollektivt men kan kjøre selv så kan behandler dokumentere behov for å kjøre egen bil og dermed gis pasient rett til å få dekket tilleggsutgifter som bilferge, parkering og bom.

- Dersom pasient av helsemessige årsaker heller ikke kan kjøre selv kan det rekvireres transport.

- Helsemessige årsaker kan være
    - betydelig redusert orienteringsevne
    - betydelig redusert allmenntilstand
    - psykiske problemer, som gjør det vanskelig å gjennomføre reisen med offentlig transport eller egen bil
    - redusert forflytningsevne, som gjør at en har problemer med å gå, komme seg inn og ut av et transportmiddel eller har behov for tilrettelagt transportmiddel

- Transporten planlegges av pasientreisekontoret ut i fra hva som står i rekvisisjonen. De vurderer om det skal komme taxi, pasientreiser sin egen minibuss eller om pasient kan sitte på med helsebuss eller helseekspress.

Hvem skal rekvirere reisene?

- I utgangspunktet skal den ansvarlige behandleren rekvirere reiser til og fra egne behandlinger. Første gang en henvises til en behandling, er det den henvisende behandleren som skal rekvirere reisen. Ved videre behandlinger og kontroller i sykehusets regi er det sykehuset som skal rekvirere reisen. Ansvarlig rekvirent må også dokumentere om pasient har spesielle behov på reisen eller om det pasient av helsemessige årsaker skal ha med seg en ledsager.

Rekvirert reise av trafikale årsaker

- Hvis det er trafikale årsaker til at en trenger rekvirert transport på hele eller deler av reisen, må pasient kontakte Pasientreiser så tidlig som mulig, og senest klokken 13.00 siste virkedag før behandlingen. Trafikale årsaker kan være at det ikke går offentlig transport på en strekning.

- Hovedregelen er at en ikke har rett på rekvirert transport av trafikale årsaker hvis avstanden til behandlingsstedet er under ti kilometer.

Det er viktig at det ikke rekvireres transport til pasienter som kan klare a komme seg til behandling selv.
Det er også viktig at det kun rekvireres, det som pasienten har behov for - for eksempel at det kun rekvireres alenebil til de som har medisinsk behov for det. Dette sikrer mest mulig transportkapasitet til pasientene.

Praksiskonsulent Andreas Heimli
Drammen sykehus

Emnekurs – Onkologi i allmennpraksis

Holmen Fjordhotell, Asker 22.–23. september 2023.

PKO Drammen arrangerer nytt emnekurs i samarbeid med spesialister fra sykehusene i Vestre Viken, kreftregisteret, NPE og OUS.

Kurset er søkt godkjent med 16 poeng som emnekurs/klinisk emnekurs i allmennmedisin til videre- og etterutdanningen.

Stikkord fra temalisten: epidemiologi, pakkeforløp, lærdom klagesaker til NPE, brystkreft, livmor og eggstokk-kreft, testikkelkreft, PSA og prostatakreft, kolorektalkreft, avansert kreftbehandling, arvelig kreft, lungekreft, hematologisk kreft, hudkreft, immunologisk behandling, pakkeforløp hjem, kreftoverlevere – senefekter.

Alle tema innledes av fastleger med kasuistikker eller eksempler fra egen praksis. Spesialistene tar utgangspunkt i dette i sine forelesninger, slik at det skal bli så praktisk og relevant som mulig for allmennpraksis.

Påmelding og program:
Emnekurs Onkologi i allmennpraksis (deltager.no)

Navn
Adresse
Postnr. Poststed

KLIMANØYTRAL DISTRIBUSJON B

NORGE P.P. posten

Returadresse: Vestre Viken Servicetorget Dronninggata 28, 3004 Drammen

EMNEKURS I AKUTTMEDISIN

FOR FASTLEGER OG LEGEVAKTSLEGER

10. OG 11. NOVEMBER 2023

SCANDIC AMBASSADØR HOTELL DRAMMEN

Kurset er et to dagers praktisk og teoretisk kurs som tilfredsstiller kravet i akuttmedisinforskriften §7 og §8 og er godkjent av helsedirektoratet.

Informasjon og påmelding : Kommer

Arrangør: PKO Vestre Viken og Prehospital klinikk-ambulanseavdelingen

PKO-nytt 1-2023

Utgitt: April 2023 **Opplag:** 895 **Layout og trykk:** Byråservice as