VESTRE VIKEN

PKO-nytt

2 - 2023

HELSE SØR-ØST

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

Etablering av felles henvisningsmottak innen psykisk helsevern 01.09.2023
Til fastleger, andre henvisere og kommuner i opptaksområdet til Vestre Viken Helseforetak

Bakgrunn

Pasienter som henvises til avtalespesialist får i dag ikke vurdert sine rettigheter i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2, jf. § 2-1 b annet ledd. Dette innebærer at pasienten ved henvising til avtalespesialist ikke gis rett til å få vurdert sin helsetilstand innen 10 virkedager. Pasienten får heller ikke tildelt en juridisk bindende frist for når helsehjelpen senest skal starte, og kan dermed ikke fremme krav overfor HELFO dersom fristen ikke innfris.

Det har over tid vært jobbet med at avtalespesialister skal kunne rettighetsvurdere henvisninger. Høsten 2020 ble det fremforhandlet et nytt punkt i rammeavtalene mellom de regionale helseforetakene og Den norske legeforening og Norsk psykologforening. Det nye punktet i rammeavtalene (§13) innebærer at det skal etableres felles henvisnings-mottak for henvisninger fra førstelinjen til avtalespesialister og distriktspsykiatriske sentre (DPS) innen psykisk helsevern.

Etablering av felles henvisningsmottak gjelder kun for henvisninger til psykisk helsevern for voksne.

Mål

Målet med å etablere felles henvisningsmottak er å sikre pasientene like rettigheter – enten de blir henvist til en avtalespesialist eller et DPS. Etablering av felles henvisningsmottak skal sikre en likere og mer hensikts-messig prioritering av henvisninger til psykisk helsevern og samtidig gi en bedre oversikt og utnyttelse av samlet kapasitet. Ved å etablere en-vei-inn for henvisninger vil pasientrettighetene ivaretas, samtidig som det blir enklere for fastleger og andre henvisere å henvise pasienten til psykisk helsevern.

Hva betyr dette for deg som fastlege/henviser?

Fra 1. september 2023 skal alle henvisninger til avtale-spesialister og DPS sendes til nytt felles henvisnings-mottak («en-vei-inn») ved lokalt DPS, og det vil ikke lengre være mulig å henvise direkte til avtalespesialist. Felles henvisningsmottak ved DPS vil ha den samme adressen som før, og fastleger henviser nå kun til DPS både til avtalespesialister og til DPS. Ved fordeling av henvisningene til avtalespesialist skal det tas hensyn til spesialistens faglig profil og kapasitet. Avtalespesialistene innrapporterer regelmessig egen kapasitet til inntaks-teamet. Pasienter som får tildelt time vil få informasjon om behandler og lokalisasjon til kontoret. Avtalespesialist-ene er tilknyttet Norsk Helsenett og vil feks kunne motta og besvare dialogmeldinger fra fastleger angående felles pasienter.

Hva betyr dette for kommunene?

Pasienter som til nå har fått tilbud hos avtalespesialister kan få avslag på DPS. Dette har bakgrunn i prioriteringsf orskrift for spesialisthelsetjenesten og prioriteringsveiledere innen psykisk helsevern.

Prioriteringsveileder:

Lovdata forskrift:

Mer informasjon

Det er etablert en informasjonsside om arbeidet, her legges det ut løpende informasjon Felles henvisningsmottak - Helse Sør-Øst RHF (helse-sorost.no)
Har du ytterligere spørsmål kan de rettes til postmottak@vestreviken.no

Innholdsfortegnelse

Felles henvisningsmottak 1
Innholdsfortegnelse 2
Fra redaktøren, PKO nytt nr2 2023 2
Pakkeforløp hjem kreft 3
Kjernejournal og deling av dokumenter 4
Sommeren er flott for flått 6
Spiseforstyrrelse og overspisning 8
Kunstig intelligens røntgen 9
KORT NYTT 10
Brystkreft 12
Kasuistikk brystkreft 15
Kurativ medikamentell behandling ved brystkreft 16
Fastlegens rolle antipsykotisk behandling 18
Prostata BHP og kunstig intelligens prostata 20
Støttekollegaordning 21
FACT ung 22
Endrede rutiner for tildeling CGM utstyr 23
KURS 24

Fra redaktøren PKO-nytt nr. 2 2023

I dette nummer av PKO-nytt kan du lese om **Felles henvisningsmottak i psykiatrien**. Fra 1. september 2023 skal alle henvisninger til avtale-spesialister og DPS sendes til nytt felles henvisningsmottak («en-vei-inn») ved lokalt DPS. Dette gjøres blant annet for å bedre pasientenes rettigheter, noe pasientene ikke har i dag når fastlegen henviser til avtalespesialister.
I **Kjernejournal** kan man (fra 13. juni) se en samlet liste over pasientens journaldokumenter, på tvers av virksomheter og nivåer i helse-tjenesten. I første omgang er det epikriser og sammenfatninger, radiologibeskrivelser og henvisninger som vil være tilgjengelige.
Kunstig intelligens (KI) er på vei inn i helsevesenet og behandling Prostata BHP og kreft anvender KI. Og som første norske foretak har Vestre Viken tatt i bruk kunstig intelligens som støtteverktøy til å tyde bilder innen radiologi.
I serien kreft er tema i dette nummer **brystkreft**. Vi skriver også om **Pakkeforløp hjem kreft**.

Flått er valgt som sommertema og du kan også lese om **Spise-forstyrrelser overspising**, om nytt **Kvinnehelsehus** i Drammen, om **FACT ung** og om fastlegens rolle i **antipsykotisk behandling**.Resultater fra spørreundersøkelsen til fastleger om Praksiskonsulentordeningen (PKO) omtales også.

ØNSKER DERE ALLE EN FIN SOMMER OG EN VELFORTJENT FERIE

Trygve Kongshavn
– redaktør

Redaksjon:
Lejla Hamzic, Andreas Heimli

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft

Bakgrunn og mål

I 2015 ble det implementert 26 diagnosespesifikke pakkeforløp for kreft, ett diagnostisk pakkeforløp og ett for metastaser uten kjent primærtumor.

I mars 2018 fikk Helsedirektoratet i *oppdrag å utarbeide pakkeforløp hjem for kreftpasienter for å sikre forutsigbarhet og trygghet for pasientene og kvalitet i utredning, behandling og oppfølging*. Dette gjelder både i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjenesten.

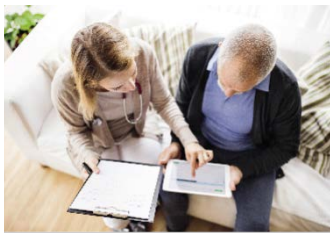
I følge Helsedirektoratets nasjonale plan for implementering av pakkeforløpet (2022) skal tiltakene i planen være gjennomført i løpet av 2023.

«Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft» skal derfor, i løpet av 2023, bli integrert som en del av alle de andre pakkeforløpene for kreft. Man tenker at dette vil gi kreftpasienter en bedre oppfølging fra både spesialist- og kommunehelsetjeneste.

Kreftpasienter, deres pårørende og etterlatte skal oppleve et velorganisert, helhetlig og forutsigbart forløp med et spesielt fokus på psykososial oppfølging.

Behovskartlegging

«Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft» har hovedfokus på kartlegging av pasientenes behov utover selve kreftbehandlingen og oppfølgingen.



Formålet med pakkeforløp hjem kreft

Pakkeforløpet er et tilbud for alle pasienter med nydiagnostisert, eller tilbakefall av kreftsykdom, både voksne og barn. Det skal sikre at pasientene får den hjelpen man trenger før, under og etter behandling, både på sykehuset og i pasientens hjemstedskommune. Pasientene skal vite hvem som har ansvar for videre behandling og oppfølging og hvem som kan kontaktes ved behov.

Pakkeforløp hjem skal altså bidra til trygghet og forutsigbarhet for pasienten.

Den praktiske gjennomføringen

Pakkeforløpet starter etter at pasienten har blitt informert om kreftdiagnosen.

Det vil bli gjennomført tre kartleggingssamtaler. Tema for samtalene vil avhenge av pasientens behov og hva som er viktig for den enkeltes livssituasjon. Mange forhold som går utover selve kreftbehandlingen kan være relevante. Dette kan for eksempel gjelde: Avklaring av egne ressurser, rehabilitering, psykisk og fysisk helse, familiesituasjon og nettverk, økonomi og psykososial støtte.

Samtalen gjennomføres av lege, sykepleier eller annet helsepersonell.

Tidspunkt for kartleggingssamtalene er:

- på sykehus, kort tid etter informasjon om kreftdiagnose.
- i kommunen, om lag 3–4 måneder etter en kreftdiagnose.
- i kommunen, om lag 12–18 måneder etter en kreftdiagnose.

Hvis pasienten ikke ønsker den første kartleggingssamtalen vil hen få tilbud om samtale på et senere tidspunkt.

Vestre Viken

har kommet godt i gang med rigging av pakkeforløpet. En del rutiner og kjøreregler må på plass. På enkelte sykehus har man startet kartleggingssamtaler. Jobbes med god kontakt med kommunene for godt samarbeid om de pasientene pakkeforløp hjem kreft er aktuelt for.

Link til aktuelle sider:
Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft - pasientbrosjyre.pdf (helsedirektoratet.no)

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft - Helsedirektoratet

Trygve Kongshavn (red)

KJERNEJOURNAL og deling av dokumenter

NYTT: Deling av journaldokumenter

Frem til nå har man i Kjernejournalen lagt opplysninger om:

- Navn, adresse, familie, foreldreansvar, sivilstand og fastlege
- Nærmeste pårørende, andre helsekontakter enn fastlege
- Kritisk informasjon
- Legemidler
- Prøvesvar (kun Covid-19 relaterte prøver)
- Vaksiner
- Oversikt over besøk i spesialisthelsetjenesten

Deling av journaldokumenter

Fra 13.juni 2023 kan helsepersonell med tilgang til Kjernejournal se en samlet liste over pasientens journaldokumenter, på tvers av virksomheter og nivåer i helsetjenesten.
Løsningen innføres gradvis i Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Vest.
På sykehus er det i første omgang kun leger og psykologer som får tilgang

Hensikten er at helsepersonell med tjenstlig behov for innsyn i journaldokumenter fra andre virksomheter kan få dette. Gevinsten vil være bedre beslutningsgrunnlag for å yte god helsehjelp.

Hva deles?

I første omgang er det epikriser og sammenfatninger, radiologibeskrivelser og henvisninger som vil være tilgjengelig for digital deling mellom sykehusene i Helse Sør-Øst.
Utvidelse til å omfatte prøvesvar, vurderes til høsten. Dette har mange fastleger etterlyst.

Se informasjonsfilm og få mer informasjon om Kjernejournal: løsningen på NHN sin nettside

Alle oppslag logges og blir tilgjengelig for innbygger via Helsenorge.

FORDELER:
For klinikere/helsepersonell:

- Gi enklere/raskere tilgang til mer informasjon som kan være nødvendig og relevant for å treffe trygge, gode og raske beslutninger om helsehjelp
- Bedre beslutningsgrunnlag – sikkerhet og kvalitet
- Redusert tidsbruk - effektivitet
- Bedre forberedt dialog med pasient/pårørende

For pasienter/pårørende:

- Øke pasientsikkerheten i form av tilgang på bedre beslutningsgrunnlag for helsepersonell
- Slippe å bære hovedansvar for å formidle presis og komplett informasjon om egen sykdomshistorikk
- Slippe å gjenta all informasjon til stadig nye helsepersonell

Vestre Viken deler disse dokumentene:

Dagpasientnotat (edi)	HAB Poliklinisk notat (edi)...	Nevro EMG Notat (edi)
Epikrise BUP (edi)	HAB Sammenfatning (edi)	Nevrofysiologisk us (edi)...
Epikrise psykiatri (edi)	Hjerte AEKG Notat (edi)	Operasjonsbeskrivelse dagkirurgi (edi)...
Epikrise RUS (edi)	Hjerte Ekkokardiografi Notat (edi)	Operasjonsbeskrivelse...
Epikrise somatikk (edi)	Hjerte elektrokonvertering	Optiker notat (edi)
Epikrise somatikk FØD (edi)	Hjerte kretsløp notat...	Poliklinisk notat (edi)...
Epikrise tverrfaglig (edi)	Hjerte Pacemakernotat (edi)	Røntgenbeskrivelse - importert
ERG Sammenfatning (edi)	Jordmor notat (edi)	Sosionom journalnotat (edi)
FYS journalnotat (edi)	Journalnotat (edi)...	Sosionom sammenfatning (edi)
FYS Sammenfatning (edi)	Journalnotat andre faggrupper (edi)...	SPL Poliklinisk notat (edi)...
Gastro Enteroskopinotat (edi)	KEF Notat (edi)	SPL Sammenfatning (edi)
Gastro ERCP Notat (edi)	KEF Sammenfatning (edi)	Telefonnotat (edi)...
Gastro Gastroskopi notat (edi)	Logoped notat (edi)	Tverrfaglig sammenfatning (edi)
Gastro Kapselendoskopinotat (edi)	Logoped sammenfatning (edi)	Utskrivningsnotat
Gastro Koloskopinotat (edi)	Lunge Bronkoskopinotat (edi)	Utskrivningsnotat behandler
HAB Førsteutredning (edi)	Nevro EEG Notat (edi)	

Som ved all bruk av kjernejournal logges alle oppslag, og blir tilgjengelig for innbygger via helsenorge.no.

Pasient har rett til å begrense innsyn
Pasienter kan, som i dag, begrense eller sperre for deling av egne journalopplysninger via kjernejournal hvis de ønsker det.

Pasienter som har spørsmål om den nye delingsløsningen kan vises til informasjon om dokumentdeling på helsenorge.no eller kontakte veiledningstjenesten helsenorge.no, telefon 23 32 70 00.

Frøydis Jacobsen
Rådgiver IKT
Systemansvarlig Partus og Milou |Avd. Klinisk IKT | Stab Teknologi
Vestre Viken

Trygve Kongshavn (red)

Sommeren er flott for flått

Sommertid er flått-tid. Her er et sommerflott skriv om flåtten.

Skogflåtten (Ixodes ricinus) regnes som den viktigste smittesprederen blant blodsugerne i Nord-Europa. Skogflått finnes langs hele kysten opp til Harstad, men med store lokale populasjonsvariasjoner. Den trives best i områder med løvskog, kratt og frodig underskog i områder hvor vintrene ikke er for lange og kalde.

Blir man bitt bør man fjerne den raskt, helst innen ett døgn. Da er risikoen for å få bli syk betraktelig lavere enn hvis den får sitte lengre. Flåtten smitter ved at flåttens spytt kommer inn under huden når den biter.

I Norge er de to vanligste sykdommene flåtten kan føre med seg borreliose og skogflåttencefalitt.

Folkehelseinstituttet publiserte nylig (juni2023) årsrapporten om infeksjonssykdommer som smitter fra mat, vann og dyr (inkludert flått). Både for borreliose og skogflåttencefalitt ser man en markant økning i meldte tilfeller over de siste ti årene.

Borreliose:
En lokal eller systemisk infeksjonssykdom hos mennesket forårsaket av spirochetebakterien Borrelia burgdorferi.

I årrapporten fra FHI fremkommer det at det ble meldt inn 495 tilfeller av **systemisk borreliose** i 2022 (det vil si nevroborreliose, leddborreliose, ACA etc). Milde symptomer (som borrelioseutslettet Erytema migrans eller borrelia lymfocytom) er ikke meldepliktige og inngår ikke i denne statistikken. Det var flest tilfeller i Vestland, Agder og Vestfold/Telemark, og flest tilfeller i aldersgruppene 0-9 år og 60-79 år.

Sykdomsmanifestasjoner inndeles i tre kategorier:

- Tidlig lokal sykdom: Lokalt karakteristisk utslett kalt erytema migrans (EM) opptrer 3-30 dager etter bitt ev. med slapphet, feber, hodepine og muskelsmerter.
- Tidlig systemisk sykdom: Opptrer to uker til flere måneder etter bitt. Flere organer kan være involvert med muskel- og leddsmerter, ev. utslett, karditt-symptomer og/ meningittsymptomer. Ulike nevritter med sterke radikulære, vandrende smerter og pareser. Vanligst er facialisparese.
- Senmanifestasjoner: Symptomer som har vedvart mer enn ett år. Hudforandringer kalt acrodermatitis chronica atrophicans (ACA), artritt i store ledd og vedvarende nevroborreliose med ulike manifestasjoner som tretthet, depresjon, ataksi og pareser.

I diagnostikken brukes ofte typisk klinikk og anamnese (flåttbitt og geografi). Kun ca. 30% av de smittede kan fortelle om flåttbitt. Antistoffpåvisning er vanligst og særlig egnet ved tidlig systemisk sykdom og ved senmanifestasjoner, men er av liten verdi ved erytema migrans. Serologi kan være vanskelig å tolke, særlig i områder hvor mange har antistoffer etter tidligere eksponering.

Skogflåtten har fire utviklingsstadier; egg, larve, nymfe og voksen. Både larver, nymfer og voksen flått kan suge blod.
Foto: Per Eikeset Knudsen

Behandling:
Fenoksymetylpenicillin, ev. doksysyklin (voksne) eller azitromycin (barn) i 10-14 dager ved tidlig lokal sykdom (erytema migrans). Ved ACA og artritt anbefales tre ukers doksysyklinbehandling (for barn under 8 år amoksicillin). Ved mistanke om nevroborreliose eller hjerteborreliose anbefales vanligvis parenteral antibiotikabehandling og nevrolog eller kardiolog bør kontaktes.

TBE/skogsflåttencefalitt:
TBE er en sykdom som skyldes smitte med TBE-viruset (tick-borne encephalitis). TBE er en potensielt alvorlig sykdom.

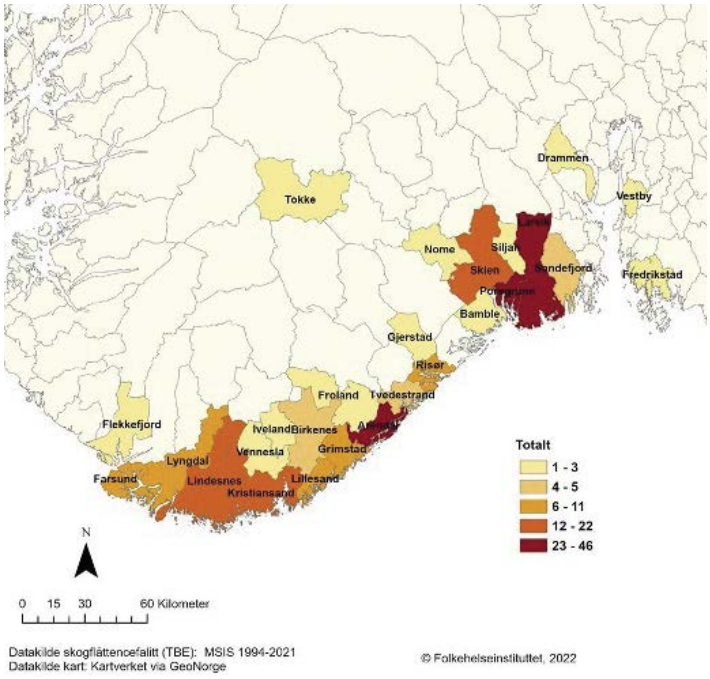
I rapporten fra FHI fremkommer det at det ble meldt inn 84 tilfeller av **TBE (skogflåttencefalitt)** i 2022. De fleste ble smittet i områdene rundt Larvik, Porsgrunn, Kristiansand, Arendal og Skien. Det var flest tilfeller i aldersgruppen 50-79 år.

Sykdomsmanifestasjonene ved TBE-smitte viser stor variasjon i det kliniske bildet fra asymptomatisk til svært alvorlig sykdom. Bifasisk forløp er vanlig.

- Første fase med feber, hodepine og muskelsmerter av inntil én ukes varighet.

- Etter et feberfritt intervall på ca. én uke, følger hos ca. 30% av de syke symptomer på hjernebetennelse i form av høyere og mer langvarig feber, verre hodesmerter, søvnløshet, forvirring, ev. oppkast, nakkestivhet, muskelsmerter og pareser.

Mange får langvarig rekonvalesens med hodepine, konsentrasjons¬vansker og søvnplager. Sekveler i form nevropsykiatriske symptomer, hodepine, balanse- og bevegelsesproblemer er vanlige og oppstår hos omtrent 10 % av dem som får encefalitt. Dødeligheten i Vest-Europa er < 1%, mens ca. 3% av de smittede får permanente pareser. Sykdommen har vanligvis et mildere forløp hos små barn. I 2022 ble det (for første gang i Norge) rapportert ett dødsfall i 2022 forårsaket av TBE.



I diagnostikken brukes Antistoffpåvisning (IgM og IgG) i serum eller spinalvæske.

Behandling:
Det finnes ingen sykdomsspesifikk behandling utover støttebehandling. Imidlertid eksisterer det en god vaksine. I Norge bør det vurderes å gi TBE-vaksine til barn og voksne som ofte blir bitt av flått langs kysten i områder der det er rapportert humane tilfeller av skogflåttencefalitt. Risikoen for smitte er høyest i disse områdene, samt i tilgrensende geografiske områder: Sørlandet og vestkysten av Oslofjorden f.o.m. Flekkefjord t.o.m. Drammen samt østkysten av Oslofjorden f.o.m. Vestby til svenskegrensen.

Forebyggende tiltak:
Ved ferdsel i områder med mye flått anbefales det er å bruke lange bukser og være godt tildekket ved anklene når man ferdes på områder med mye flått.

Etter ferdsel i områder med mye flått bør man inspisere huden, spesielt hos barn.

Flått fjernes best ved å trekke den rett ut ved hjelp av pinsett, flåttfjerner eller fingre.

Relevante QR-lenker:
FHIs årsrapport om infeksjonssykdommer:

En liten animasjonsfilm fra Flåttsenteret om TBE:

Kilder:
FHI og Nasjonal kompetansetjeneste for flåttbårne sykdommer(Flåttsenteret).

Andreas Heimli
Praksiskonsulent Drammen sykehus

Spiseforstyrrelser og overspising

Overspisingslidelse er en vanlig spiseforstyrrelse. Antallet personer som overspiser har passert de med anoreksi og bulimi, men mange holder det skjult.

Flere behandlingssteder og hjelpeinstanser for spiseforstyrrelser opplever en økning i antall henvendelser fra personer som overspiser. Det bekrefter blant annet Evjeklinikken og Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS).

Lærings- og mestringssenteret i Vestre Viken har blitt kontaktet av personer som har behov for hjelp for sin overspisingslidelse. Drammen Sanitetsforening er i dialog med Spisfo Spiseforstyrrelsesforeningen om å utarbeide et tilbud, møteplass eller kurs for personer med overspisingslidelse. Om og når et slikt tilbud blir etablert vil det publiseres på www.drammensanitetsforening.no og Facebook

En generell definisjon på en spiseforstyrrelse er når tanker, følelser og handlinger rundt mat, kropp og vekt går utover livskvalitet og fungering i hverdagen.

Spiseforstyrrelser er et symptom på følelsesmessige konflikter. Å overspise, sulte seg, kaste opp og/eller tvangstrene blir brukt bevisst eller ubevisst som en måte å håndtere livets utfordringer.

Det er ingen fasit på hvordan man blir frisk fra en spiseforstyrrelse, men det å snakke om det som er vanskelig til noen man stoler på, er et fint sted å starte. Selv om de fleste ønsker å klare seg alene, så er veien ut av en spiseforstyrrelse ofte lang og tøff å gå. Derfor er det å be om hjelp ofte et essensielt steg på veien mot å bli frisk.

Overspisingslidelse

Overspisingslidelse, også kjent som Binge Eating Disorder (BED), kjennetegnes av perioder med overspising uten kompenserende handlinger. Under en overspisingsepisode opplever man å miste kontrollen over matinntaket. Man klarer ikke å stoppe før man har spist langt mer enn hva andre ville spist i samme situasjon. Ofte spiser personen raskere enn vanlig, spiser når en ikke er sulten og/eller spiser alene på grunn av skam over det store matinntaket. Ofte avsluttes overspisingsepisoden først når personen er ubehagelig mett. Episodene etterfølges som regel av destruktive følelser, slik som skam, vemmelse og håpløshet. Noen overspiser mye i løpet av kort tid, som regel fet eller kaloririk mat. Andre småspiser hele tiden, slik at det totalt sett blir mer enn det kroppen trenger. Mange som overspiser går på evig slankekur eller strenge fasteperioder mellom overspisingsperiodene, for å holde vekten nede. Dette trigger igjen en ny overspisingsperiode. Noen blir overvektige og holder en noenlunde jevn overvekt. Andre går opp og ned i vekt, opptil 30 - 40 kg over bare noen måneder, mens en tredje gruppe er normalvektige på grunn av rigide slankekurer.

Årsak

Tapet av kontroll over matinntak kan ses på som en mestringsstrategi for å takle stress og emosjonelle utfordringer, men det er ingen klar årsak til en overspisingslidelse.

Mange har andre psykiske lidelser, slik som depresjon, posttraumatisk stresslidelse, alkoholmisbruk, angst eller personlighetsforstyrrelser, som disposisjon for en overspisingslidelse.

For noen er overspisingslidelse et siste stadium på vei ut av anoreksi eller bulimi.

Noen symptomer og kjennetegn

Nedenfor er noen kjennetegn som ofte forekommer hos en person med en overspisingslidelse. Alle kjennetegnene trenger ikke være til stede og enkelte symptomer over et kort tidsrom er ikke nødvendigvis en overspisingslidelse.

- ✓ Episoder med overspisning
- ✓ Spiser raskere enn normalt
- ✓ Spiser seg ubehagelig mett
- ✓ Spiser store mengder mat uten å være fysisk sulten
- ✓ Spiser store mengder mat gjennom dagen uten planlagte måltider
- ✓ Spiser ofte alene og i skjul
- ✓ Store vektsvingninger

Kilde: HJEM | Spisfo

Aktuelle lenker:

Rågivning om spiseforstyrrelser:

Spiseforstyrrelsesforeningen:

Solveig Helene Midtvedt
Spesialrådgiver|spesialfysioterapeut|
Likeverdige helsetjenester
Lærings- og mestringssenteret|
Brukerstyring og brukermedvirkning|MOH
Vestre Viken

Vestre Viken i front innen kunstig intelligens

Som første norske foretak skal Vestre Viken ta i bruk kunstig intelligens som støtteverktøy til å tyde bilder innen radiologi.

Bilde av den første foten som er analysert av denne kunstig intelligens applikasjonen i Norge

Skybasert plattform

Det har blitt anskaffet en skybasert plattform som gjør det mulig å installere ulike kunstig intelligens-applikasjoner. Disse er statiske og vil ikke benytte aktuelle data til egen læring. Det er strenge sikkerhetsmekanismer som sørger for at IKT-sikkerhet og personvern er ivaretatt. Alle applikasjoner er CE-merket og er i drift på institusjoner i Europa. Det ble i anskaffelsesprosessen inngått en rammeavtale for utveksling på tvers av helseforetak. På denne måten bidrar vi til at flere foretak i Norge kan benytte denne teknologien.

Den første applikasjonen som skal tas i bruk er en frakturløsning (Boneview) fra leverandøren Gleamer. Plattformen og applikasjonen er allerede installert, og det jobbes nå med å validere løsningen for å sikre at den leverer som antatt. Dersom resultatene er gode, planlegges det oppstart i august, deretter bredde til de andre sykehusene i Vestre Viken.

Inntil videre brukes resultatene kun til validering av løsningen.

Støtteverktøy for vårt helsepersonell

Når løsningen settes i drift, skal den fungere som et støtteverktøy for vårt helsepersonell. Foreløpig vil alltid en lege vurdere bildene i tillegg til kunstig intelligens-applikasjonen sin analyse. Omtrent to minutter etter billedtagning kommer svarrapporten fra kunstig intelligens applikasjonen. Dette svaret vil benyttes for å bedre arbeid -og pasientflyt videre. En pasient med negativt svar fra applikasjonen vil kunne sendes hjem av radiograf i stedet for å vente på at en lege har vurdert bildene. Forutsetningen er naturligvis at det ikke er behov for annen behandling. Ved positivt svar sendes pasienten direkte til behandlende lege. I etterkant (ofte dagen etter) vil radiolog sikre at svaret fra kunstig intelligens-applikasjonen er korrekt. Forutsetningen for å kunne endre pasientflyten er at valideringen viser at løsningen fungerer så godt som forskningen ved andre institusjoner i Europa tyder på.

Dette er avdeling for bildediagnostikks første steg til å utnytte denne teknologien på en sikker og god måte for å skape bedre pasientforløp og frigjøre helsepersonell. Legevakten Asker og Bærum, samt Avdeling for ortopedi er viktige samarbeidspartnere, og prosjektet mottar økonomisk støtte fra Helse Sør-Øst.

Line Tveiten
Adm og forskningskonsulent |Bildediagnostikk |Klinikk for medisinsk diagnostikk Vestre Viken HF

KORT NYTT

Staus nytt sykehus i Drammen

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. Tas i bruk i 2025

Se status: Nytt sykehus i Drammen - Vestre Viken

Anders Debes ny direktør for medisin og helsefag i Vestre Viken

Anders Debes kommer fra jobb som avdelingsdirektør i Helse Sør-Øst med ansvar for somatikk og rehabilitering, prehospitale tjenester og avtalespesialister.

Tidligere jobbet på Bærum sykehus, både som urolog og fagsjef.
Han forteller at han ser frem til å være med å videreutvikle Vestre Vikens virtuelle sykehus hvor ny helseteknologi, digitalisering av helsetjenester og involvering av pasienter og brukere er sentralt.

Han er også opptatt av likeverdige helsetjenester, riktig bruk av ressursene og effekten våre tilbud og tjenester har for pasienter og pårørende.

Ny avdelingssjef på Bærum sykehus

Svein Oskar Frigstad blir ny avdelingssjef for Medisinsk avdeling ved Bærum sykehus. Han tiltrer stillingen 1. september 2023. Han tar over fra Niels Kristian Thybo som går av med pensjon etter 26 år, hvorav 14 år som avdelingssjef for Medisinsk avdeling.

Ny avdelingssjef på medisinsk avdeling Drammen

Oscar Kristiansen er ansatt som ny avdelingssjef på Medisinsk avdeling ved Drammen sykehus

Oscar Kristiansen er 37 år, utdannet lege og har doktorgrad i atferds medisin. Før han tiltrådte stillingen som avdelingssjef, var han seksjonsleder i samme avdeling som han nå skal lede.

Fastlegenes smågrupper - spørreundersøkelse

Vi trenger mer kunnskap om smågruppene!

Fastlegenes smågrupper er en viktig faglig og sosial arena for mange leger. Nå kan du bidra til at vi får vite mer om gruppenes betydning og om hvordan vi kan lage gode kurs og verktøy for å gjøre smågruppene enda bedre!

Universitetet i Oslo og Norsk Forening for Allmennmedisin, i samarbeid med Folkehelseinstituttet, gjennomfører en studie for å få mer kunnskap om smågruppenes betydning. Resultatene vil få direkte innvirkning på smågruppenes tilbud, derfor håper vi at så mange som mulig bruker 5-10 minutter på å svare på spørreskjemaet vårt.

Klikk her eller scann QR-koden.
https://nettskjema.no/a/326464

Torunn Bjerve Eide
postdoktor Avd for Allmennmedisin UIO

Trygve Kongshavn (red)

Kvinnehelsehus Drammen, Norske Kvinners Sanitetsforening

Torsdag 1. juni åpnet Drammen Kvinnehelsehus.

Vi har fortsatt ikke likeverdige helsetjenester for alle kvinner i Norge. Dette beskrives i NOU rapporten fra 8.mars 2023 om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse Den store Forskjellen

Ulike livssituasjoner, tidligere erfaringer med helsevesenet, ulik kulturforståelse og ikke minst språket er barrierer for mange. Etablering av Kvinnehelsehus skal bl.a. styrke mor og barns helse for sårbare grupper og fungere som et supplement til det offentlige.

Drammen Kvinnehelsehus skal være en møteplass med samlokaliserte, lavterskel kvinnehelsetjenester for fysisk og psykisk helse. Kvinnehelsehuset skal bidra til at kvinner i ulike livssituasjoner får lik tilgang og muligheter til bedre helse, livskvalitet og nettverk. Kvinnehelsehus skal stå i front for kvinners helse og vil øke helsekompetansen for kvinner i alle aldre. Ved å ha frivillighet og lokalt engasjement vil Sanitetsforeningen skape aktiviteter og tilbud for sårbare grupper det offentlige ikke når ut til. Kvinnehelsehus Drammen ønsker et bredt samarbeid med andre organisasjoner og med offentlige helsetjenester. Kvinnehelsehuset skal ikke tilby helsetjenester og behandling av ulike sykdommer og diagnoser.

Blant etablerte tilbud er:

✓ Kvinner i fokus ✓ Senior i fokus ✓ Språkvenn ✓ Sisterhood ✓ Nora ✓ Motherhood

Se nettside for mere informasjon: www.drammensanitetsforening.no

Bente Bostrøm
daglig leder Drammen Sanitetsforening

Fra avdeling for bildediagnostikk

Følgende informasjon ønskes det opplyst om i henvisningen før det sendes til radiologisk avdeling:

- Telefonnummer til pasienten
- Adressen til pasienten
- Spesielle hensyn vi må ta f. eks rullestolbruker

Vi får ofte ikke tak i pasienter med kort prioriteringsfrist. I disse tilfellene blir vi da nødt til forsøke å finne pasienten gjennom 1881.

Pasienten må være informert om følgende av henviser:
Årsaken til at de er henvist videre til spesialisthelsetjenesten og at de vil bli kontaktet fra aktuell sykehus.
Vi opplever stadig at pasienter kontakter oss og ikke forstår hvorfor fastlegen har sendt dem til oss.

Hvis det er slik at pasienten har behov for pasienttransport er det henvisende lege som må tilordne dette tur/retur.

Husk at pasienter som henvises til CT undersøkelser må, der det er indisert, ta blodprøver i forkant slik at blodprøvesvaret klart dersom pasienten får hastetime.

Link: https://ehandbok.vestreviken.no/document/53501

Linda Titlestad Røyrvik
Kvalitetsleder
Avdeling for bildediagnostikk
Klinikk for medisinsk diagnostikk
Vestre Viken HF

Brystkreft

Defineres som kreft i brystkjertel. Invasive k arsinomer utgjør 99%.

Hyppigste kreftform blant kvinner – 22% - og har økt de siste tiårene.

I 2021 fikk 3 991 kvinner og 32 menn diagnosen brystkreft. Median alder for brystkreft er 62 år for begge kjønn, det vil si at halvparten av alle som får diagnosen er over 62 år. Risiko øker med alder.

Arv er av vesentlig betydning i kun 5-10% av tilfellene Det finnes ingen enkeltårsak til hvorfor stadig flere kvinner får brystkreft, men vi kjenner til flere risikofaktorer for sykdommen:

- tidlig første menstruasjon og sen overgangsalder, altså et høyt antall menstruasjonsperioder
- ikke å føde barn
- å føde barn først etter fylte 35 år
- alkohol, risiko øker med inntak
- tidligere strålebehandling mot brystkjertelen
- langvarig bruk av hormontilskudd i forbindelse med overgangsalder

Faktorer som kan redusere risikofaktorer:

- å føde sine første barn før fylte 25 år
- å føde flere barn
- å amme

Overvekt etter overgangsalder, alkoholinntak og manglende fysisk aktivitet kan øke risikoen for brystkreft.

Risikokalkulator: Breast Cancer Risk Assessment Tool

Overlevelse av brystkreft har blitt gradvis bedre, og 9 av 10 kvinner som rammes er i live 5 år etter diagnosen.

Stadieinndeling

Brystkreft deles i hovedsak inn i fire stadier. Stadiene beskriver størrelse på tumor, innvekst i omkringliggende organer og fjernspredning til andre organer.

- Stadium I: Svulsten er liten og begrenset til selve brystet
- Stadium II: Svulsten er begrenset til brystet og regionale (nærliggende) lymfeknuter
- Stadium III: Svulst > 5cm
- Stadium IV: Svulsten har spredt seg til andre organer i kroppen (fjernspredning).

TNM-klassifikasjonen er et viktig system som betegner hvor utbredt sykdommen er på det tidspunktet den påvises. Denne klassifiseringen skjer etter regler fastsatt av den internasjonale kreftorganisasjonen (UICC).

"T" (tumor) betegner utbredelsen av den lokale svulsten.

"N" (node/lymfe) uttrykker om det er spredning til lymfeknuter.

"M" (metastaser) uttrykker fjernspredning.

TNM-klassifikasjonen skiller mellom den kliniske klassifiseringen (TNM) og den patologiske klassifiseringen (pTNM).
Stadieinndelingen og TNM-klassifikasjonen er av stor betydning når det skal bestemmes hvilken behandling som skal gis og for vurdering av prognose.

Symptomer

Brystkreft oppdages som regel gjennom rutineundersøkelser eller ved at kvinnen eller hennes partner har oppdaget en kul eller forandringer i brystet.

Undersøkelse av bryst

Systematisk inspeksjon og palpasjon av mammae, aksiller og fossa supra- og infraklavikulært

Inspeksjon -se etter

- Synlige forandringer i hud og brystkontur (konveksitet, inndragning, størrelse) vises ofte bedre ved armene hevet over hodet
- Hudfortykkelse, inndragning av huden, inndragning eller deviasjon av mamillen, lymfødem (appelsinhud/peau d'orange), misfarging av huden, sår

Palpasjon

- En stor andel av svulster palperes i øvre laterale kvadrant
- Uregelmessig form, hard og knudrete konsistens, infiltrerer overliggende og/eller underliggende vev, ev. intrukket brystvorte er suspekt
- Patologiske glander armhule, eventuelt lymfeødem

Pakkeforløp og filterfunksjon

Fastlege har filterfunksjon - det vil si at fastlegene henviser ved begrunnet mistanke til kreft.

Begrunnet mistanke er:

- Palpatorisk suspekt tumor
- Ny tilkommet inndratt, ikke retraherbar brystvorte
- Ny tilkommet hudinndragning
- Sår eller eksem på brystvorte eller areola
- Klinisk suspekte lymfeknuter i armhulen
- Bildediagnostikk suspekt forandring funnet på mammografiscreening selektert som tyderesultat 4 eller 5, og der konsensusmøtet bekrefter slik mistanke eller ved undersøkelse på privat røntgeninstitutt.

Ved funn av aksillemetastase uten kjent utgangspunkt, skal pasienten henvises til Pakkeforløp for brystkreft.
Se: Brystkreft - Helsedirektoratet

Behandling

Valg av behandling gjøres på bakgrunn av pre operativ utredning, vurdering av komorbiditet og samtale med pasienten.

Hovedgruppene i behandlingsforløpet er kirurgi, neoadjuvant og adjuvant behandling med kjemoterapi, endokrin behandling, antistoffer, bisfosfonat, samt strålebehandling. Kirurgi er viktigste behandling med tanke på helbredelse og overlevelse og suppleres med neoadjuvant eller adjuvant behandling etter fastlagte kriterier (TNM-klassifisering og stadieinndeling).

Primær behandling: Nesten alle brystkreftsvulster kan opereres bort. Operasjon for brystkreft innebærer enten bryst- bevarende operasjon eller fjerning av brystet (mastektomi) og en operasjon i armhulen med fjerning av en vaktpostlymfeknute (sentinel node) eller fjerning av lymfekjertler i armhulen (aksilledisseksjon).
Hvilken operasjonsmetode som velges henger sammen med egenskaper ved svulsten eller svulstene, og egenskaper i kreftcellene, men faktorer som arvelighet, alder og generell allmenntilstand spiller også inn.
I noen tilfeller gis cellegift før operasjon eller strålebehandling for å gjøre svulsten mindre.

Sekundær/ adjuvant behandling: 90 prosent av alle som blir operert for brystkreft, anbefales tilleggsbehandling (adjuvant behandling) med kjemoterapi og/eller endokrin behandling. Mange pasienter skal også ha strålebehandling.

Prognose

Fem år etter at pasienten har fått diagnosen, er det nå 92,3 prosent av kvinnene som fortsatt lever. Dersom sykdommen oppdages tidlig, i stadium 1 (hvor sykdommen ikke har spredd seg), lever nesten alle etter 5 år.

Oppfølging

Pasientene bør vanligvis følges opp i 10 år etter primærbehandling for brystkreft. Tidlig påvising av tilbakefall er det viktigste aspektet ved kontrollene.
Kontroller med klinisk undersøkelse anbefales en gang årlig, i noen tilfeller hver 6.måned, de første 5 årene. Deretter årlige kontroller. I tillegg mammografi årlig de første 10 årene etter operasjonen.

Kontrollopplegg kan være

- De første 2 år har behandlende sykehus årlig ansvar for kontroll med legekonsultasjon.
- 3. og 4. år har behandlende sykehus kontrollansvar gjennom telefonkonsultasjoner (sykepleier eller lege) eller sykepleiestyrte kontroller i regi av sykehus. Klinisk undersøkelse og eventuelt konsultasjon skjer hos fastlege eller ved lege på sykehus.
- 5. år har behandlende sykehus ansvar for kontroll med legekonsultasjon.
- 6.-9. år vurderes årlige telefonkonsultasjoner i regi av sykehus sammen med klinisk undersøkelse/ konsultasjon ved fastlege, hvis det er behov. Når det ikke er behov for kontakt med behandlende sykehus, følges pasienten kun opp av fastlege.
- 10. år foregår kontrollen ved behandlende sykehus med legekonsultasjon.

Følgende grupper bør følges ved sykehus, da de oppfattes å ha mer kompliserte problemstillinger:

- Pasienter under 35 år.
- Pasienter med svulster i stadium T3 og T4 og/eller ved spredning til lymfeknuter, men uten påvist fjernspredning.
- Pasienter med brystkreft i relasjon til svangerskap/amming.

Mammografi screening:

I Norge inviteres kvinner mellom 50 og 69 år til mammografi hvert annet år. Det har gjennom årene vært uenighet rundt balansen mellom nytte og skade av mammografiscreening, men helsemyndighetene har landet på at balansen mellom kostnader og effekt i mammografiprogrammet er innenfor det man definerer som akseptabelt for helsetjenester.

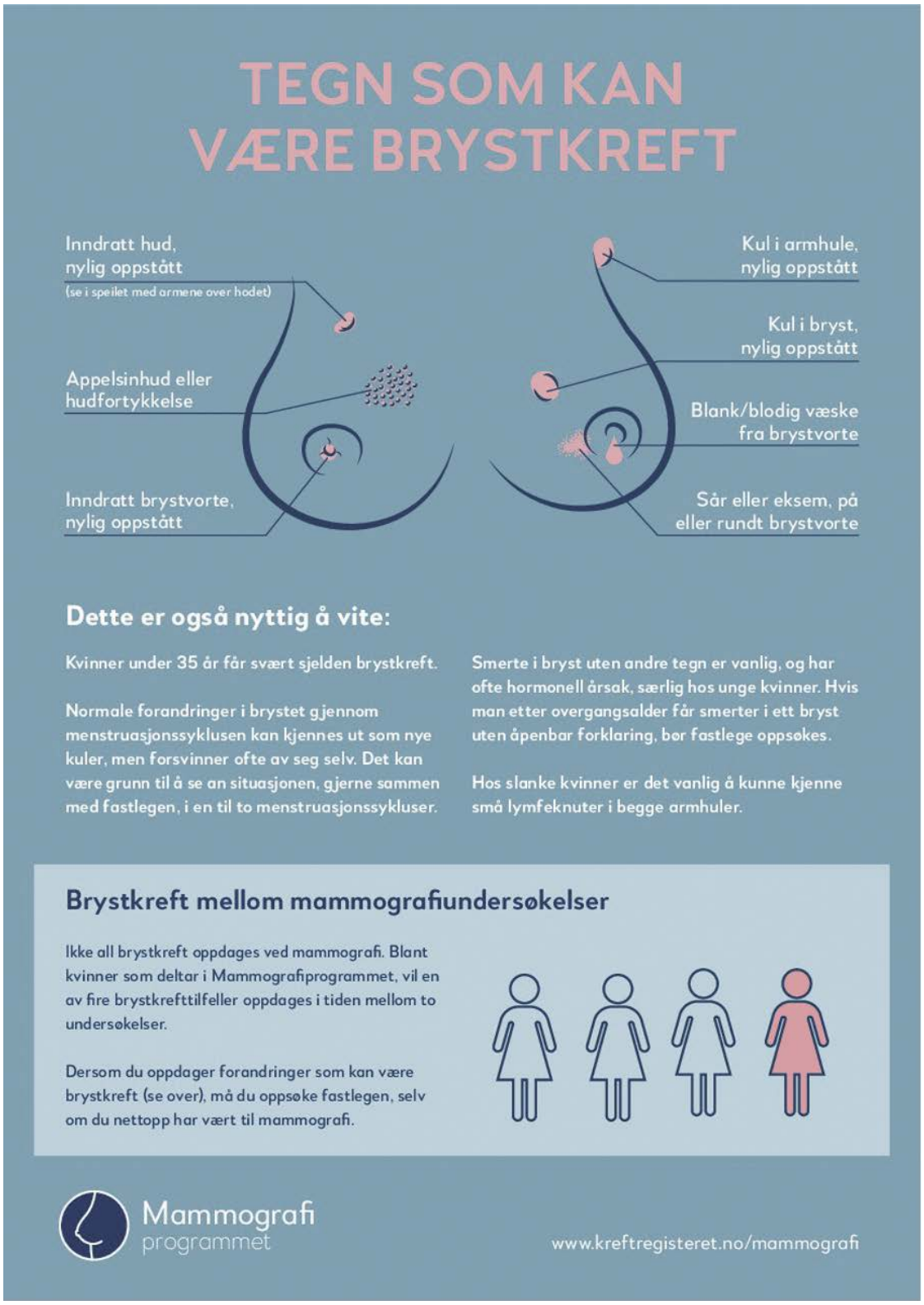
Fortsetter neste side ➥

Brystkreft *fortsetter*

Ultralyd gjøres som supplement til mammografi ved nye palpasjonsfunn eller patologi på mammografi.

MR anbefales ikke som generell screening, men i noen land har man innført årlig screening med MR hos unge kvinner med spesielt høy brystkreftrisiko

Trygve Kongshavn (red)



Ref: NEL, Kreftregisteret, Brystkreftforeningen, Helsedirektoratet, Kreftlex, FHI.no

KASUISTIKK BRYSTKREFT

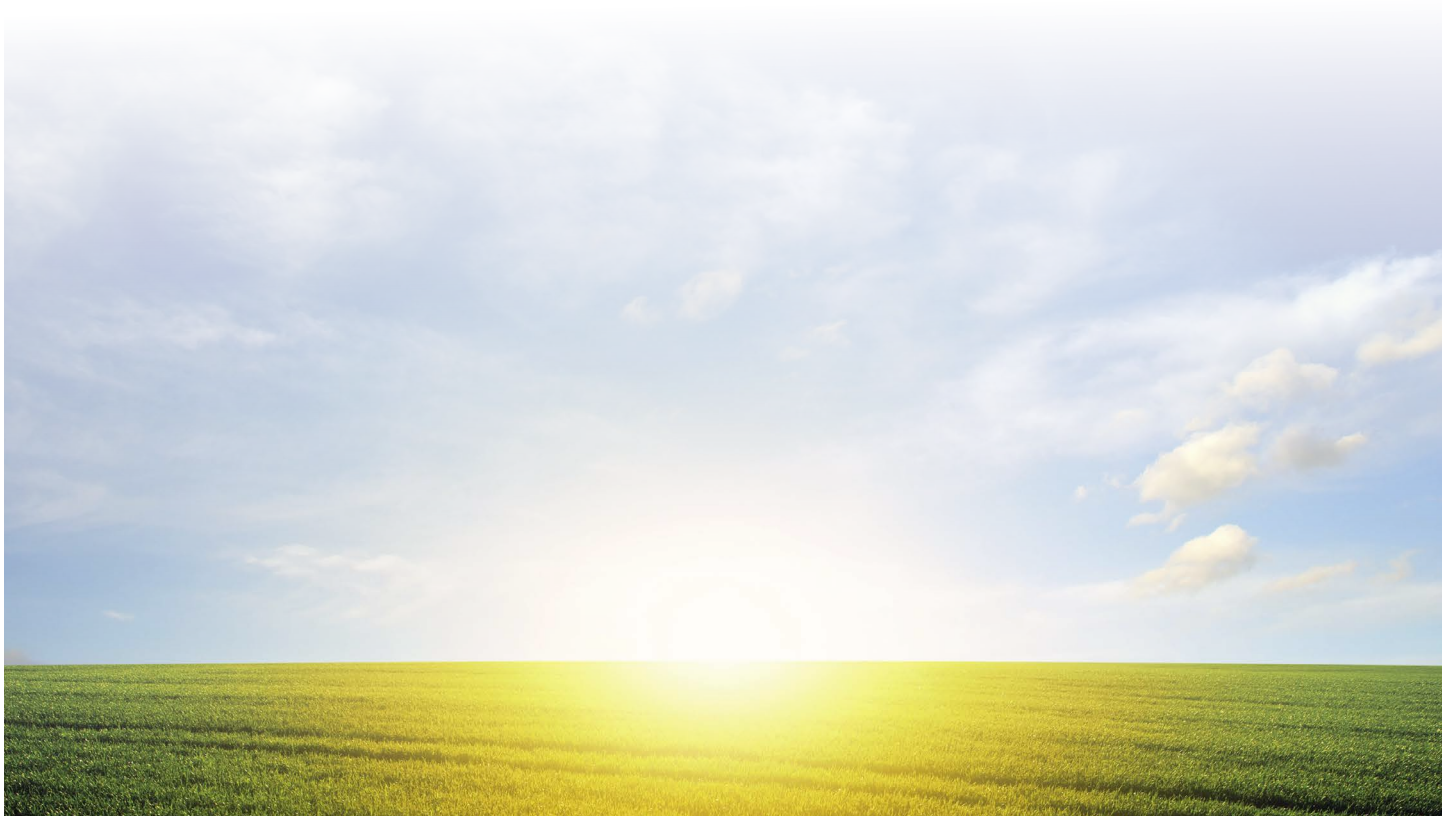
Kvinne med selvoppdaget brystkreft i slutten av 40-årene. Hun ble operert med ablatio av det aktuelle brystet. I tillegg adjuvant behandlet med cytostatika og strålebehandling ved Radiumhospitalet. Det ble ikke påvist metastaser. Hun ble satt på Tamoxifen og pga osteopeni ikke byttet til AI-hemmer. Det ble planlagt behandling med Tamoxifen i 10 år. De neste årene ble pasienten fulgt opp av onkolog på lokalsykehus med halvårlige og årlige kontroller inkludert årlig mammografi. Hun hadde ECOG 0. Fire år etter påvist brystkreft var hun til utredning av hjertebank med funn av hyppige VES. Pasienten jobbet deltid og hadde relativt godt funksjonsnivå og kun sporadisk kontakt med fastlege.

Pasienten oppsøkte så fastlege 7 år etter påvist brystkreft grunnet slapphet, hjertebank og feberfølelse. Pasienten hadde hvilepuls på 130 under konsultasjonen. Det ble mistenkt at bivirkninger til nylig Covid-19 vaksine var årsaken, men det ble likevel tatt orienterende blodprøver inkludert stoffskifte som var normale. Pasienten hadde telefonkontakt med fastlege en uke senere og kunne fortelle at hun ikke lenger var plaget av hjertebank.

Åtte måneder etter den initielle kontakten oppsøkte pasienten igjen fastlege for sykemelding grunnet luftveisinfeksjon. Det ble da målt hvilepuls på 130 og tatt EKG som viste sinustakykardi. Pasienten fortalte at hun følte seg slapp, hadde hjertebank og ble tungpustet når hun gikk i trapper. Hun kunne også fortelle at hun hadde et vekttap på 6-7 kg selv om hun gjorde hun kunne for å holde på vekten. Hun fortalte også om hyppige luftveisinfeksjoner det siste halvåret. Utivdete blodprøver og iFOBT viste ikke avvik foruten lett forhøyede trombocytter. Fastlegen valgte å henvise pasienten til CT hals, thoraks, abdomen og bekken som pakkeforløp og samtidig sende henvisning til sykehuset som pakkeforløp kreft ukjent origo. Henvisning til sykehuset ble avslått da pasienten har hadde vært til kontroll hos onkolog kun uker i forveien, sykehuset vurderte det til at vekttapet ikke var alarmerende og det ble anbefalt å avvente CT svar.

Pasienten fikk time til CT undersøkelse innen tre uker og denne viste dessverre mistanke om malignitet i ventre lunge og metastaser til lever og columna. Pasienten fikk time til bronkoskopi raskt ved lokalsykehus og histologi viste at det dreier seg om metastaser fra adenokarsinom i bryst.

Pasienten har nå livsforlengende behandling.



Kurativ medikamentell behandling ved brystkreft: hva er status?

Brystkreft er den mest vanlige kreftformen hos kvinner. I 2022 fikk 429 kvinner påvist brystkreft ved Brystdiagnostisk senter i Vestre Viken HF. Insidensratene har vært stabile over tid i den yngste pasientgruppen (30-39 år) men er jevnt stigende i øvrige aldersgrupper. Etter histologisk bekreftelse, blir pasientens behandlingsplan diskutert i et multidisiplinært team bestående av kirurg, brystradiolog, onkolog og patolog. Pasienten blir anbefalt enten primær kirurgi eller såkalt neoadjuvant medikamentell behandling hvor målet er størrelsesreduksjon av tumor før operasjon. Postoperativt tar vi stilling til behovet for adjuvant medikamentell behandling og/eller stråleterapi.

Gode rutiner for tverrfaglig vurdering og tilgang til effektiv kreftbehandling gjør at kurasjonsraten er høy med 5 års og 10 års forventet overlevelse ved lokalisert sykdom på henholdsvis 92 % og 86 %. Den onkologiske behandlingen er skreddersydd utfra tumoregenskaper (tumorgrad, delingsfaktoren Ki67, utrykk av hormonreseptorer og/eller av HER2-proteinet), tumorutbredelse (størrelse av primærtumor og eventuelt omfang av spredning til lokoregionale glandelstasjoner) og pasientens alder.

Brystkreft inndeles i 3 hovedgrupper med forskjellig tumorbiologi og prognose: hormonreseptor positiv (luminal type, 80% av alle tilfeller), HER2-positiv (12%) og trippelnegativ (8%).

Det er 5 hovedklasser av legemidler som er i bruk ved brystkreft:

1. ***Kjemoterapi*** har en viktig rolle hos pasienter med høygradig, aggressiv sykdom. To regimer er aktuelle, enten 3 måneders behandling bestående av 4 behandlinger med epirubicin og syklofosfamid eller 6 måneder hvor pasienten får tillegg av 12 ukedoser paklitaksel. Behandlingen gir bivirkninger hos alle. Akutte bivirkninger som alopesi, påvirkning av immunforsvar, negleforandringer, kvalme, mm er forbigående. Bivirkninger som varer mer enn ett år etter avsluttet kreftbehandling regnes som senskader og kan medføre redusert livskvalitet og en viss grad av arbeidsuførhet. Pasienten trenger i denne fasen tett oppfølging, støtte og tilrettelegging. Søknad til kurs eller rehabilitering kan være aktuelt. Hjertesvikt er en mulig komplikasjon av behandlingen med epirubicin. Kartlegging og behandling av andre risikofaktorer for hjertesykdom som hypertensjon, røyking, diabetes, dyslipidemi bør være i fokus hos disse pasienter.

2. ***Målrettet terapi*** er betegnelse på en type legemiddel som er rettet mot en spesifikk egenskap i kreftcellene. Oppdagelsen av trastuzumab (Herceptin, HER2-rettet antistoff) for cirka 25 år siden forvandlet prognosen av HER2+ brystkreft fra den mest dødelige formen til den med best prognose. HER2-rettede behandlinger er forbundet med en liten risiko for hjertesvikt (2-4%) som er reversibel med riktig intervensjon. Et annet eksempel på målrettet medisin som bedrer sjansen for kurasjon er PARP-hemmeren olaparib som inngår nå i standard etterbehandling av BRCA-mutert brystkreft med visse risikofaktorer.

3. ***Endokrin terapi*** er aktuell hos de fleste kvinner med hormonreseptor positiv brystkreft. Det er to typer legemidler som er aktuelle: Tamoxifen er et antiøstrogen som har god virkning uavhengig av menopausestatus. Aromatasehemmer (Letrozol, Arimidex eller Aromasin) påvirker perifer dannelse av østrogen og kan dermed kun benyttes hos kvinner i overgangsalder. Hos noen unge pasienter er det nødvendig å utvide den antihormonelle behandlingen ved å indusere kjemisk menopause med månedlig goserelin i 3-5 år. De aller fleste pasienter opplever hormonelle bivirkninger som påvirker livskvaliteten. De mest vanlige er: ledd/muskelplager (hovedårsak til selvseponering), hetetokter, tørre vaginale slimhinner, fatigue, søvnvansker, dyspareuni og osteoporose. Symptombyrden kan være høy og behovet for støttebehandling og motiverende samtaler er til stede. Akupunktur og fysisk aktivitet er vist i studier å kunne bedre ledd/muskelplager. Pasienter som behandles med Tamoxifen og opplever underlivssymptomer kan benytte Vagifem vagitorier. Østrogenholdig lokalbehandling er derimot (relativt) kontraindisert ved behandling med aromatasehemmer.

4. ***Immunterapi (sjekkpunkthemmere)*** er en moderne type legemiddel som gir en aktivering av T-celler som igjen går til angrep på kreftceller. Behandlingen har vært en stor suksess ved melanom, lungekreft, nyrekreft, mm. Brystkreft er generelt ikke følsom for immunterapi med unntak av en liten undergruppe av tripplenegativ cancer som profiterer på immunterapi før og etter operasjon. Immunterapi ved brystkreft ligger fortsatt til vurdering i Nye Metoder, det vil si offentlige finansieringen er ikke avklart.

5. ***Zoledronsyre*** er en bisfosfonat som brukes rutinemessig i behandling av osteoporose. Ved lokalisert brystkreft hos postmenopausale kvinner anbefales zoledronsyre hver 3 måned i 2 år på bakgrunn av flere studier som har vist en reduksjon i risiko for spredning til skjelett, uavhengig av undertype av brystkreft. Forebygging av osteoporose er en positiv bieffekt som er særlig relevant hos kvinner som benytter aromatasehemmer. Zoledronsyre er forbundet med risiko for kjevenekrose hos pasienter med dårlig tannstatus og i Norge henvises alle pasienter for tannundersøkelse før oppstart behandling.

Den gode prognosen ved lokalisert brystkreft er konsekvensen av flere tiår med forskning og klinisk utprøvning. Behandlingen er multimodal og kan strekke seg over en periode på 10 år. Bivirkningene er mange og kan medføre et sammensatt symptombilde med somatiske og psykiske plager i tillegg til sosiale utfordringer. Tett samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og fastlege er nøkkelen til god ivaretakelse av disse pasienter.

Noen ressurser

Faglige anbefalinger:
Norsk handlingsprogram for behandling av brystkreft, kapitel om håndtering av bivirkninger og etterkontroller: https://nbcgblog.files.wordpress.com/2023/02/11.01.2023-nasjonalt-handlingsprogram-for-brystkreft-19.-utgave-publisert-11.01.23.pdf
Retningslinjer for oppfølging av hjertehelse etter onkologisk behandling: https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Cardio-oncology-guidelines
Faglige råd om seneffekter etter kreft: https://nbcgblog.files.wordpress.com/2023/02/11.01.2023-nasjonalt-handlingsprogram-for-brystkreft-19.-utgave-publisert-11.01.23.pdf

Rehabiliteringsopphold (ved fatigue, arbeidsrettet tiltak):
Kreftrehabiliteringssenetert Ous, Montebellosenteret, Catosenteret, Kysthospitalet, Unicare
Behandling av lymfødem: https://www.nllf.no/lymfodem/
Oppfølging av underlivsplager: Henvising til sexolog Randi Gjessing ved Kreftseksjonen Bærum sykehus

Alina Carmen Porojnicu
Overlege, Phd |Onkologisk poliklinikk |Kirurgisk avdeling|
Drammen Sykehus
Vestre Viken

Fastlegens rolle når det gjelder oppfølgning av antipsykotisk

Mer enn 100 kontrollerte studier viser at antipsykotiske legemidler har en klart bedre effekt enn ikke-virksomme legemidler (placebo) når det gjelder å redusere akutte psykosesymptomer, som hallusinasjoner, vrangforestillinger og desorganisering. Avhengig av pasientgruppen, vil 50–80 % av pasientene som får virksomt legemiddel, bli betydelig bedre, sammenlignet med 5–40 % av dem som ikke får virksomt legemiddel. Fordi legemidlene reduserer risikoen for tilbakefall, brukes de også forebyggende i langtidsbehandling. Tilbakefallsrisikoen hos pasienter som har god respons og er stabile på legemidler ved fortsatt behandling, ligger på rundt 20–25 % det første året etter en psykoseepisode. Dersom behandlingen avsluttes, stiger den til rundt 55 % (297). En undersøkelse av pasienter med schizofrenidiagnose, som var stabile og symptomfrie etter førstegangsbehandling, og som deretter avbrøt behandlingen, viste at så mange som 78 % fikk tilbakefall i løpet av det året og 96 % etter 2 år.

Som regel starter behandlingen med antipsykotika i spesialisthelsetjenesten og følges videre opp av fastlegen. Det finnes 1. generasjon (FGA) og 2. generasjons (AGA) psykofarmaka. Det er ikke forskjell i effekt mellom disse, men de kan ha forskjellige bivirkningsprofiler. Det er anbefaling om å velge 2. generasjons psykofarmaka som f.eks Olanazapin, Abilify, Risperdal osv. Ved manglende effekt av minst 2 antipsykotika vurderes Klozapin.

Både FGA og AGA har langsomt innsettende effekten på psykosesymptomer, som ofte utvikler seg over flere uker. Antipsykotisk effekt knyttes hovedsakelig til reduksjon av positive symptomer (tankeforstyrrelser, hallusinasjoner, realitetsbristene vrangforestillinger), men effekt kan også sees på negative symptomer (redusert kontakt med følelse, usammenhengende tale, lite sosiale kontakt osv.) og kognitiv svikt. Psykotiske pasienten har ofte mye angst, depresjon eller konstant uro. Noen av psykotiske pasienter har behov også for antidepressive legemidler, stemningstabiliserende og/eller benzodiazepiner.

En stor del av pasienter med psykoselidelse mangler sykdomsinnsikt, og de merker ikke noe effekt av antipsykotika, men de opplever ofte bivirkning og vil ikke fortsette med behandling.

De vanligste bivirkninger: Hemning av det autonome nervesystem: munntørrhet, obstipasjon og blodtrykksfall. Ekstrapyramidale bivirkninger: dystoni (ufrivillig muskelsammentrekninger). Disse bivirkningene er doseavhengige og kan noen ganger dempes ved bruk av antikolinerge legemidler som ellers brukes mot Parkinsons sykdom. Andre bivirkninger er akatisi (kriblende uro i kroppen kombinert med merkbare vansker med å holde seg i ro). Metabolske: Diabetes type 2. lipidforandringer og vektøkning forekommer relativt hyppig. Vektøkning er ofte uavhengig av dose, ses særlig ved Klozapin og Olanzapin (rask vektøkning 20-40 kg). Vektøkning oppstår særlig første 3 måneder av behandling. Mekanisme bak vektøkningen er ikke kjent i detalj, men den skyldes i hovedsak økt appetitt og inaktivitet og kan i prinsippet forebygges ved diett og fysisk aktivitet. Sedasjon er spesielt knyttet til førstegenerasjons høydose antipsykotika (Trilafon, Cisordinol, Haldol), samt Olanzapin og Klozapin. Hormonell: Hyperprolaktinemi er en vanlig bivirkninger a v mange antipsykotika, spesialt Risperdal og Solian. Risikoen er minst for Abilify, Klozapin, Kvetiapin og Olanzapin. Seksuale dysfunksjoner er ofte doseavhengig ved de fleste preparater.

Før behandling med antipsykotika startes bør det tas blodtrykk, vekt, KMI, generelle blodprøver med sentrale metabolske mål (blodlipider), prolaktin, EKG dersom dette er anbefalt i preparatomtalen for det valgte preparatet, (obs forlenget QT-tid) eller dersom sykehistorie/undersøkelse indikerer mulig hjertesykdom hos pasienten. Det er også viktig å kartlegge sigarettrøyking, kaffedrikking, rusmiddelbruk, bruk av helsekost/naturlegemidler, slik at man er klar over mulige interaksjonseffekter. Innen naturlegemidler er det spesielt Johannesurt som interagerer med denne typen legemidler. Både ved oppstart av behandling, ved eventuelle bivirkninger og ved terapisvikt er dette viktige spørsmål.

Fastlegen bør ta regelmessige blodprøver som nevnt over samt EKG-taking 2 ganger i året. Unntak fra dette er behandling med Klozapin tabletter der pasienten følges tettere med blodprøver hver 4. uke, på grunn av risikoen for alvorlige bivirkninger med agranulocytose og infeksjoner. På lang sikt for økt risiko for malign hematologisk sykdom - ca. 20 ekstra tilfeller per 100.000 pasientår Schizofreni pasienter dør i snitt 20 år tidligere på verdensbasis av somatiske sykdommer. Det er derfor viktig med oppfølging av somatisk helse hos denne pasient gruppen av fastlegen. Økt dødelighet er også knyttet til fravær av behandling med antipsykotika.

behandling

Bruk av serumkonsentrasjon

Serumkonsentrasjon sier kun noe om hvor mye antipsykotika pasienten har i blodet, men sier ikke noe om hvor mye antipsykotiske passerer blod¬hjerne¬barrieren. Derfor kliniske bilde med tanke på effekt og bivirkninger av antipsykotika vektlegges sterkere enn serumkonsentrasjonen i seg selv. Serumkonsentrasjon er nyttig i forbindelse av vurdering av compliance og ved dose justering. Ved manglende compliance vurdere depot preparat.

Behandling av søvnvansker

De fleste pasientene med psykose har fra en tid til annen problemer med søvnmønster. En eller to dager uten søvn er klar trigger for forverring av psykose, og dette må tas på alvor. Denne gruppen pasienter har stor sett stått over lang tid på en eller flere hypnotikum og har utviklet toleranse. Olanzapin og Quetiapin kan bedre søvnkvalitet, men pasienten kan slite med trøtthet på dagtid. Ved akutt oppstått søvnproblemer kortvarig bruk (2-3 dager) av benzodiazepiner (Apodorm) kan være hensiktsmessig. God søvnhygiene er viktig forebygging av tilbake fall i psykose.

Avslutting av behandling

Etter nasjonale retningslinje anbefales behandling i minimum to år etter første psykose episode og fem år eller lengre etter tilbakefall hos pasienter som fyller diagnosekriteriene for schizofreni. Dersom pasienten insisterer på å avslutte antipsykotika behandling, bør det skje ved en gradvis nedtrapping over lang tid med nøye observasjon (helst med komparative opplysninger fra pårørende) av tidlige tegn på tilbakefall.

Lola Veljovic Overlege Blakstad Sykehus,
Manjit K Sirpal Praksiskonsulent Blakstad sykehus

Benign prostata hyperplasi (BPH) og prostata arterie embolisering

Prostata arterie embolisering (PAE) er en mini-invasiv behandling for BPH

Standard kirurgisk behandling for benign prostata hyperplasi (BPH) er transuretral reseksjon av prostata (TUR-P).
Dersom prostatakjertelen er over 80ml i størrelse vil imidlertid TUR-P gjerne bli et langvarig inngrep med betydelig blødningsrisiko. Transvesikal prostatektomi blir gjerne det kirurgiske alternativ. I Vestre Viken har vi siden 2019 hatt tilbud om prostata arterie embolisering (PAE) ved Drammen sykehus, som alternativ til transvesikal prostatektomi, hos pasienter med BPH og vannlatingsbesvær.

PAE er en intervensjonsradiologisk prosedyre, der prostataarterien kateteriseres bilateralt med tilgang fra lysken, og deretter emboliseres (tilstoppes) med små kuler. Dette gir iskemi med noen grad av nekrose av kjertelen og dermed volumreduksjon, som igjen bedrer vannlatingen. Prosedyren gjøres i lokalanestesi og kan gjøres som dagbehandling. Alvorlig bivirkninger er svært sjeldne. Svekket ereksjonsevne og retrograd ejakulasjon, som kan være komplikasjoner etter kirurgisk behandling, forekommer sjelden etter PAE.

PAE kan også gjøres hos BPH pasienter med vannlatings-besvær og kjertler mindre enn 80ml, der for eksempel vedvarende antikoagulasjon for mekanisk hjerteklaff er obligat, eller pasientens komorbiditet taler mot TUR-P, som regnes for mer belastende enn PAE. PAE er også alternativ, dersom pasienten ønsker å forsøke en mindre invasiv prosedyre, som ikke har impotens og retrograd ejakulasjon som potensiell bieffekt.

For pasienter uten kateter har klinisk suksessrate for i Vestre Viken så langt ligget på ca 80%.

Kunstig intelligens og prostatakreft

Urologisk seksjon i Drammen er med i en studie som handler om Kunstig intelligens og prostatakreft. Mange pasienter med prostatakreft blir fulgt opp med aktiv overvåkning, for å unngå overbehandling. Studien er et samarbeidsprosjekt med Institutt for informatikk og kreftgenetikk ved universitetet i Oslo.

Her ser man på om kunstig intelligens kan hjelpe oss med å forutsi hvilke pasienter som kommer til å utvikle mer alvorlig og behandlingskrevende sykdom.

Kanskje vil resultatene bidra til at flere kan unngå behandling med tilhørende bivirkninger, eller at man på et tidligere tidspunkt kan identifisere pasienter som risikerer å utvikle mer alvorlig sykdom.

Thomas Fredrik Næss-Andresen
Urolog
Seksjonsoverlege kir avd Drammen sykehus

Trygve Kongshavn (red)

Støttekollegaordningen for leger

Et tilbud til alle leger og medisinstudenter

I en periode med påkjenninger - være seg privat eller profesjonelt - er støttekollegenes oppgave å gi med-menneskelig støtte, råd og veiledning. Drøyt 90 erfarne leger er i dag støttekolleger og man står fritt til å velge en kollega fra et annet bostedsfylke enn sitt eget.

Det landsdekkende støtteapparatet finansieres av Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger. Tilbudet er å forstå som en utstrakt hånd, fra kollega til kollega. Tilbudet kan gis til alle leger og medisinstudenter, og er ikke knyttet til medlemskap i Legeforeningen.

Man kan ha inntil tre samtaler med en støttekollega, som får kompensasjon for sin innsats fra Legeforeningen. Støttekollegene, som har erfaring og en viss utdanning i samtale, bevarer full diskresjon om det de blir betrodd.

Støttekollegaen yter ikke legetjenester, dvs. fører ikke journal, skriver ikke sykmeldinger, de forskriver ikke medikamenter el.l. Dersom det er behov for slike eller andre legetjenester, kan man ta kontakt med sin fastlege eller en kollega som er med i lege-for-lege-ordningen. Støttekollegaen kan være behjelpelig med å etablere slik kontakt.

Det kollegiale støtteapparat kan kontaktes av legen selv, av pårørende, venner, kolleger eller andre. Støttekollegene kan også ta kontakt direkte med kolleger for å undersøke om det foreligger behov for støtte.

Det kollegiale støttetilbudet er landsdekkende, men det er lokalforeningenes styrer som organiserer tjenesten i eget fylke - via sine oppnevnte avdelingsledere.

Her finner du oversikt over støttekollegaer i Norge:

HUSK: **Man står fritt til å kontakte en støttekollega i et annet fylke enn det man selv bor eller jobber i**.

Hvis man ønsker assistanse til å opprette kontakt med kollegastøtteapparatet, kan seksjonssjef Tone Houge Holter i Legeforeningens sekretariat bistå. tone.houge.holter@legeforeningen.no, telefon (dir.) 23 10 90 00, mobil 41 61 55 10.

Trygve Kongshavn (red)

FACT UNG

FACT UNG ER I DRIFT MED 6 TEAM I VESTRE VIKEN-OMRÅDET

De 6 FACT Ung-teamene hadde oppstart 01. september 2022. I løpet av disse 9 månedene er omtrent 160 ungdommer inkludert i tilbudet.
Teamene er etablert som et samarbeid mellom 21 kommuner og Vestre Viken HF, med lokasjoner i Drammen, Kongsberg, Ringerike, Ål, Asker og Bærum. Prosjektperioden vil vare ut 2025, og partene har et mål om at FACT Ung etter prosjektperioden går over i ordinær drift. FACT Ung er en modell for å gi oppsøkende, fleksible og helhetlige tjenester til de mellom 12 og 18 år som har en svikt i funksjon, mangesidige vansker og et behov for sammensatt innsats fra flere tjenester. Psykiske helse-utfordringer er en del av bildet.
Det typiske er at det er vanskelig å komme i posisjon og få tillitt hos ungdommen, og at det er behov for stabilisering og/eller finne ut av en vanskelig situasjon. Ofte har ved-kommende falt ut av de ordinære tilbudene i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. FACT Ung kan bruke lang tid på inkludering. I utgangspunktet skal det være en tro på funksjonsøkning, men det er rom for at ungdommen har både gode og dårlige faser. Teamet kan følge opp over tid, ofte over flere år. Ungdom som har behov for et heldøgnstilbud vil falle utenfor FACT Ung, men siden hver ungdom vil kunne ha behov for intensiv oppfølging i perioder, innebærer dette at hvert team kan romme et visst antall ungdommer. Mot slutten av prosjektperioden antas det at teamene vil ha inkludert opp mot 450 ungdommer.

Disse tverrfaglige helseteamene har mye kompetanse:
Lege, psykolog og andre med helseutdanning, videre har de ansatte med barnevern- og familiekompetanse, pedagoger og erfaringsspesialister, i tillegg til at hvert team er rigget med kontorfunksjonen og teamleder.
FACT Ung-teamene er en del av mangfoldet i tjeneste-tilbudet fra kommunene og spesialisthelsetjenesten. Når mye er forsøkt og man ikke har nådd frem til ungdommen, kan FACT Ung være en mulighet. I alle de tilfeller hvor det eksisterer gode tilbud, bør disse beholdes.

Ønsker du som henviser å drøfte om FACT Ung kan være noe for en av dine pasienter, så kan det være hensiktsmessig å ta kontakt med teamleder ved den aktuelle lokasjonen:

Hallingdal:	Teamleder Mona Ekse Lien, tlf 90226873
Ringerike:	Teamleder Heidi Beate Bjørnstad Øiom, tlf 90207726
Drammen:	Teamleder Sarah Bjerknes, tlf 91536678
Kongsberg:	Teamleder Grethe Amundsen, tlf 90771354
Asker:	Teamleder Wanja Knoph, tlf 98110107
Bærum:	Teamleder Linn Breiland, tlf 90033158

Mona Grindrud
Spesialrådgiver |BUPA | Psykisk helse og rus
Vestre Viken

Endrede rutiner for tildeling av CGM-utstyr til pasienter med diabetes

Fagdirektørene i de fire regionale helseforetakene presiserer rutiner for tildeling av kontinuerlig glukosemåler (CGM), og har informert diabetespoliklinikkene om det i et brev.

CGM-behandlingen er det de regionale helseforetakene som har finansieringsansvar for.

Den andre metoden, glukosemåling med fingerstikk, er finansiert over blå resept, som dekkes av folketrygden.

I 2018 besluttet Beslutningsforum at CGM kunne tilbys alle barn < 18 år med type 1 diabetes. Det er nå meldt sak til Bestillerforum og bedt om vurdering om bruk av CGM til voksne pasienter med diabetes type 1 og type 2.

Dette blir føringene fremover:

- Inntil det foreligger beslutning i Beslutningsforum skal bytte av tildelt CGM ikke innvilges med mindre særskilte grunner foreligger
- Det skal være god klinisk indikasjon for tildeling av CGM til voksne pasienter med diabetes type 1. Klinisk indikasjon finner du her: Insulinbehandling og behandlingsmål ved diabetes type 1 - Helsedirektoratet.
- Pasienter med diabetes type 2 som i dag ikke har CGM, skal som hovedregel ikke tildeles CGM. Beslutning om tildeling av CGM til pasienter med diabetes type 2 må ha en godkjenning av fagdirektør eller en etablert faggruppe i helseforetaket i hvert enkelt tilfelle
- Det er ingen endringer i praksis for tildeling av CGM til Barn og unge under 18 år.

Trygve Kongshavn (red)

Navn
Adresse
Postnr. Poststed

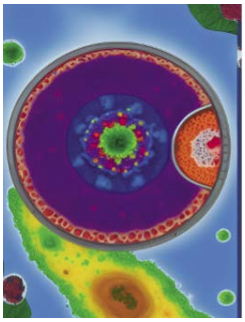
KLIMANØYTRAL DISTRIBUSJON B

NORGE P.P. posten

Returadresse: Vestre Viken Servicetorget Dronninggata 28, 3004 Drammen

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

Stikkord fra temalisten: Epidemiologi, Pakkeforløp, Lærdom av klagesaker til NPE, Brystkreft, Livmor og eggstokk-kreft, Hematuri, Testikkelkreft, PSA og prostatakreft, Colorektalkreft, Avansert kreftbehandling, Arvelig kreft, Lungekreft, Tumor colli, 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.

Kursavgift 4000 + 1300 for kursservering og lokaler.
Påmeldingsfrist 27.08.2023

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

Emnekurs akuttmedisin for fastleger og legevaktsleger

Hotel Scandic Ambassadør Drammen 10.-11.november 2023

Arrangeres av PKO Vestre Viken i samarbeid med Prehospitale tjenester Vestre Viken HF.

Kurset tilfredsstiller kravene til kurs i akuttmedisin for leger og annet legevaktpersonell slik det er beskrevet i akuttmedisinforskriften §7 og §8. Kurset er laget etter rammeplan for kurs i akuttmedisin utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin.

Kurset består av disse to dagene som til sammen utgjør en Praktisk del som er godkjent av Legeforeningen som 15 timers tellende emnekurs til spesialitet i allmennmedisin (videre- og etterutdanning).

I forkant av kurset må man i tillegg avlegge et nettstudie/teorikurs, dette er godkjent av Legeforeningen som 7 timers tellende kurs til spesialitet i allmennmedisin (videre- og etterutdanning). Mer info om teorikurset ligger på påmeldingssiden for kurset.

Påmelding og program:
Emnekurs akuttmedisin 2023 (deltager.no)
Påmeldingsfrist 31.10.2023

PKO-nytt 2-2023

Utgitt: Juni 2023 **Opplag:** 898 **Layout og trykk:** Byråservice as