LANDSTINGET SÖRMLAND

Hälso- och sjukvård

Dokumentnamn:	Version:	Dokumenttyp:
Länsgemensam vårdöverenskommelse Primärvård och Urologi	2.0	Vårdöverenskommelse
Utfärdande förvaltning:	**Sökord:**	**Giltig fr.o.m.**
Hälso- och sjukvård	Samverkansdokument, vårdöverenskommelse	2012-04-18
Utfärdande enhet:	**Målgrupp:**	**Giltig t.o.m.**
Primärvård, Länets kirurgkliniker	Primärvård, Klinikerna för kirurgi och urologi	~~2014-03-31~~-- 2018-12-31
Framtagen av:	**Beslutad av:**	**Diarienummer:**
Arbetsgrupp Ansvarig för revidering: Verksamhetschefer kirurgikliniker	Hälso- och sjukvårdschef	LSN-HSF12-147 PVN-HSF12-047

Länsgemensam vårdöverenskommelse Primärvård och Urologi

Innehåll

LUTS 3
Prostatacancer 3
Hematuri 3
Njurcancer 3
Skrotala symtom/scrotal svullnad 4
Skrotala förändringar hos barn 4
Hematospermi utan symtom 4
Äkta phimosis 4
Peniskurvering 4
Hudförändringar på glans 4
Erektil dysfunktion 4
Kondylom 4
Recidiverande cystiter/UVI 4
Uretär/njursten 4
Kvinnlig ansträng-ningsinkontinens 5
Pyelonefriter och pyeliter 5
Prostatit 5
Epididymit 5
Regler för återremittering till primärvården 5

FÖRORD

Länsgemensamma vårdöverenskommelser är en del i arbetet med att utveckla en vård på lika villkor för befolkningen i Sörmland. Ett funktionellt samarbete och strukturerat remissförfarande mellan primärvården och andra specialiteter är ett stöd för läkare och andra yrkeskategorier i behandlingen av patienter och bidrar till ett omhändertagande med goda resultat.

Primärvård är den hälso- och sjukvård som utgör den första vårdnivån och omfattar medicinsk utredning av vanliga tillstånd, behandling, omvårdnad, prevention och rehabilitering. Remiss till kirurg ska i normalfallet ske då konsultation behövs med anledning av patientens medicinska behov och där den specialiserade vården kan bidra.

I den här överenskommelsen beskrivs förutsättningarna för vad som gäller mellan primärvård och urologi i den sörmländska hälso- och sjukvården.

Överenskommelsen har tagits fram 2007-09-14 av en arbetsgrupp som varit sammansatt av läkare inom primärvård och kirurgisk och urologisk specialistvård. Utvecklingsenheten hälso- och sjukvård har bistått gruppen med processtöd och samordning. Överenskommelsen är reviderad 2012-04-03 av nedanstående arbetsgrupp:

Pernilla Westerberg	Verksamhetschef, kirurgkliniken, MSE/KSK
Maria Flykt	Verksamhetschef, kirurgkliniken, NLN
Johan Bielenstein	Distriktsläkare, VC Mariefred
Klara Jordan	Distriktsläkare, VC Linden
Tomas Johansson	Verksamhetschef, VC Torshälla
Örjan von Walter	Distriktsläkare, VC Bagaregatan
Mats Bäckarslöf	Projektledare, Utvecklingsenheten

Arbetsgruppen svarar för innehållet i överenskommelsen. Verksamhetscheferna för primärvård och kirurgi ansvarar för att den görs känd och hålls aktuell. Hälso- och sjukvårdsledningen har 2012-04-18- fastställt överenskommelsen som gäller för verksamheterna och de privata vårdgivare som Landstinget Sörmland har avtal med.

Diagnos/symtom	
LUTS	Multistix, krea, tidsmiktion miktionslista PSA, symtomscore IPSS. Om normal PSA och ingen misstanke på cancer i övrigt ska farmakologisk behandling inledas i primärvården. Remiss till urolog om: • Farmakologisk behandling är otillräcklig • Kateter kan inte avvecklas Patienter som kommer till akutmottagningen med urinstämma och får kvarliggande kateter, ska avveckla katetern hos distriktssköterska. Misslyckas detta ska patienten ringa till urologmottagning.
Prostatacancer	Alla patienter med symtom ska, oavsett ålder, utredas. Vid symtom eller om palpationsfyndet hos yngre män är klart suspekt för cancer eller om yngre med prostatacancerförekomst i familjen önskar få sitt PSA kontrollerat – ta PSA, Hb, serumkreatinin. Viktigt med noggrann information, såväl muntligt som skriftligt, före PSA-provtagning om provet och eventuella konsekvenser, se Socialstyrelsens informationsfolder. Symtomfria patienter med mindre än 10 års förväntad kvarvarande livslängd bör ej utredas eftersom detta sällan resulterar i kurativ behandling. Allmän screening rekommenderas inte för närvarande. Män med stark hereditet kan dock rekommenderas tidig provtagning. Efter värdering och beslut om behandling hos specialist återremitteras patienten vid stabil sjukdom till distriktsläkare för kontroller med Hb, krea, PSA vid ordinerade intervall. Vid progress återremiss till specialist vid behov. Ordination av GnRH-analoger för kemisk kastration utförs av urologen och injektion ges av distriktssköterska i primärvården, se rutin.
Hematuri	Makroskopisk hematuri ska alltid utredas inom primärvården med uro-CT. Skriv samtidigt remiss till urologen för cystoskopi. Asymtomatisk mikroskopisk hematuri är inget sjukdomssymtom och ska inte utredas.
Njurcancer	Handläggs av urolog.

Skrotala symtom/scrotal svullnad	Palpera. Genomlys. Remittera vid behov för ultraljud. Mjukt och genomlysbart – sannolikt benignt (hydrocele, spermatocele). Kräver ingen behandling om ej besvärande för patienten. Patienter med epididymit kan utredas och behandlas med symtomlindrande åtgärder. Hårt och ej genomlysbart – sannolikt malignt. Remiss till röntgen för akut ultraljud. Omedelbar telefonkontakt med urolog vid stark malignitetsmisstanke. Akut scrotum, dvs. hastigt påkommen smärta i pungen skall skickas akut för bedömning med tanke på risken för akut testistorsion.
Skrotala förändringar hos barn	Remittera alltid.
Hematospermi utan symtom	Vanligen utan betydelse. Palpera prostata. Remittera om misstänkt palpationsfynd föreligger.
Äkta phimosis	Remittera. Barn remitteras endast vid besvärande symtom.
Peniskurvering	Vid samlagshinder, smärta eller miktionshinder – remiss för kirurgi.
Hudförändringar på glans	Remiss till hudmottagningen alternativt, vid malignitetsmisstanke, till urolog.
Erektil dysfunktion	Kan skötas i primärvården. Remiss om protes är aktuell.
Kondylom	Sköts i primärvården utom vid kondylom i meatus eller yttersta delen av urethra.
Recidiverande cystiter/UVI	Uro-CT ska utföras innan cystoskopi samt bifogas remissen. Dessutom odlingssvar.
Uretär/njursten	Remiss uro-CT med svar till inremitterande. Specialistkonsult vid behov. Stenstorlek av underordnad betydelse – symtom och grad av avflödeshinder avgör behovet av remiss till urologen. Sten < 6mm, symtomfrihet samt i övrigt normal radiologi ska kontroll röntgas efter 4-6 veckor. Korallsten utgör alltid indikation för urologbedömning, ta då även u-odl och s-kreatinin.

Kvinnlig ansträng-ningsinkontinens	Remitteras till kvinnokliniken.
Pyelonefriter och pyeliter	Remiss vid behov till medicinkliniken. Undantag för patienter med avflödeshinder och känd stensjukdom, vilka går till urolog.
Prostatit **Epididymit**	Infektionsbehandling ska ske i primärvården. Vid avvikande symtom skicka akut remiss.

Regler för återremittering till primärvården

Patient som vårdats för kirurgisk åkomma ska, vid utskrivning/utremittering från sjukhusvård till primärvård, vara stabil och färdigbehandlad ur kirurgiskt perspektiv. Vid behov av eventuella uppföljande besök i primärvården, kan primärvården förväntas ta emot patienten först efter 4-6 veckor. Postoperativa problem ska skötas av opererande klinik. Kirurgklinikens PAL-ansvar kvarstår till dess patienten varit på sitt första besök i primärvården.