

Send pasienten rett på bordet! – med direkte henvisning

AV HELEN BRANDSTORP



Sigbjørn Rønbeck

«Direkte henvisning» betyr henvisning direkte fra allmennlege til operasjonsbordet. Poliklinisk vurdering av ortoped før operasjon gjøres ikke. «Litt skummelt å ikke ha spesialistens vurdering», «Penge- og tidsbesparende!», – noe vi må vurdere for mange tilstander». Dagens medisin gav ordningen spalteplass i januar, samme uke som Utposten besøkte en av pionerene på området. Tromsølegen Sigbjørn Rønbeck har jobbet med direkte henvisning i fem-seks år. I 1999 ble han praksiskonsulent på daværende RiTØ (nå UNN), på ortopedisk avdeling. Han hadde ideen med direkte henvisning av pasienter til primær hofteledds protese og kneledds protese. Diagnosene var altså cox- og gonarthrose, – enkle entydige diagnoser med entydig utredning (anamnese og røntgen) og entydig behandling. Rønbeck utarbeidet en henvisningsmal sammen med ortopedene og sendte den ut til allmennlegene i Troms. For å fange legenes oppmerksomhet og understreke seriositeten, ble praksiskonsulentenes lokale informasjons-skriv brukt; nivåsprengede «Mellom linjene». Rønbeck informerte også selv om ordningen på forskjellige møter og kurs.

Det ble en umiddelbart suksess for pasientene som ble henvist direkte. Den aller første pasienten fikk kneprotesen sin tre måneder etter at henvisning ble skrevet av allmennlegen. Hun hadde to år tidligere blitt operert for det samme i det motsatte kneet, da var ventetiden nesten to år. For februar i år er ventetiden oppgitt til fire uker, – på nivå med de private sykehusene (kilde: sosial og helsedirektoratets side www.sykehusvalg.net). For coxarthrose er ventetiden nå oppgitt til seks uker. For ingen av tilstandene er det oppgitt tid til vurdering. Den er som nevnt overflødiggjort!

Rent praktisk leses den fyldige og standardiserte henvisningen av ortopedisk overlege, og han ser også på de ferske røntgenbildene. Hvis henvisningen er for dårlig, blir den returnert, og hvis indikasjonen mangler eller noe er uklart kan pasienten settes opp til «vanlig» poliklinisk vurdering av ortoped. Rønbeck forteller at det ikke har vært problemer med avlyste operasjoner fordi indikasjon ikke har vært til stede når det gjelder cox- og gonarthrose.

Avlyste operasjoner har imidlertid vært tilfelle for andre problemstillinger man har forsøkt å forenkle pasientfortø-

pet til. På UNN innførte man for et par år siden enda en ordning for enklere tilgang til spesialistundersøkelser. Firmaet Get Medic har organisert direkte timebooking elektronisk fra allmennlegekontoret, uten henvisningsmal. I februar var det 13 forskjellige undersøkelser man kunne booke direkte. Artroskopi av knær var en av disse, men vurderes nå trukket. Meniskruptur er en enkel diagnose å stille med MR, men behandlingen er ikke entydig. Det er ikke alle frynsete menisker som skal til frisering. Hos gamle pasienter kan degenerative forandringer gjøre dette inngrepet «ikke indisert», og da passer det ikke at allmennlegen uvitende har bestilt plass på dagkirurgen. Entydig diagnose og behandling må kanskje altså til for at polikliniske vurderinger kan kuttes. Enkel, entydig utredning hjelper også i prosessen.

Enkle diagnoser som ganglion er også forsøkt henvist direkte, med henvisningsmal, i Tromsø. Her viste det seg at volumet var for lite. Allmennlegene glemte rett og slett å bruke henvisningsmalene. Hallux valgus er et annet eksempel. Problemet med disse var at behandlingen ikke var entydig, (med og uten arthrose osv.)

Hvorfor er så ikke dette innført i hele landet, dette som vi nå vet fungerer; – direkte henvisning av cox- og gonarthrose? Det kan virke som en enkel og god idé å sette ut i livet. Hvorfor har ikke alle pengesparerne i helseforetakene trykket dette til sitt bryst? Tromsølegen har regnet ut at man i Norge kan spare 6000 polikliniske konsultasjoner per år med denne ordningen. I tillegg sparer man reisekostnader og tapt arbeidstid for pasienter som kanskje unødvendig nå reiser til poliklinisk preoperativ vurdering. Sigbjørn Rønbeck er en voksen lege med mye kreativ energi og ditto erfaring. Han har hatt mange prosjekter i sitt legeliv, parallelt med jobben som flylege, sjømannslege og allmennlege i Tromsø. Han resonerer slik: det er ikke lett å skape engasjement for en idé som folk ikke har eierskap til.

Kanskje er det vanskelig når ideen kommer fra en lege i periferien, utenfor sykehus? Med den voksende praksiskonsulentordningen (PKO) vil kanskje helseforetakene høre mer fra allmennleger som faktisk har en liten fot innenfor sykehusveggene samtidig som de hovedsakelig holder til utenfor. Kanskje kan gode samhandlingsideer få vokse i et nasjonalt PKO-miljø, med en slags felles eierskapsfølelse? Kanskje kan 2. nasjonale PKO-samlingen i juni, på Sommarøya utenfor Tromsø, være et arnested for gode ideer som kan få vokse seg så store som de har potensiale til?

Coxartrose + gonatrose

Henvi sning av pasient for operasjon primær totalprotese hofteledd eller protese kneledd

1. Personalia, fullt fødselsnr.

Det er viktig at tlf. nr. hjem sjekkes, spesielt for kvinner da det er vanlig at det kun er mannen som står oppført i tlf. katalogen.

2. Tidligere sykdommer.

Opplysninger om hjertesykdom, lungelidelse/astma, diabetes mellitus og annet. Dersom pasienten er under utredning for hjertesykdom, og dersom det blir planlagt invasive inngrep, så bør dette være avsluttet før det utføres hofteoperasjon/kneoperasjon. Dersom pasienten starter slik utredning mens han/hun står på venteliste for operasjon, må det gis beskjed til ort. avd. slik at operasjon kan utsettes.

3. Allergier.

4. Stimulantia. Tobakk og alkoholvaner.

5. Faste medisiner.

6. Sykehistorie.

Det er viktig å beskrive gangfunksjon nøyaktig. Det er også viktig å beskrive smertenivå, og det er viktig å beskrive om det er hvilesmerter og/eller nattsmerter.

- Beskrivelse av gangfunksjon:
- Gangdistanse slett vei.
- Gangdistanse motbakke.
- Ganghastighet.
- Hjelpemidler, krykker, gåstol.
- Smerter ved gange.
- Forhold i hjemmet, mange trapper? Bor alene? Bo hjemme etter operasjon?

7. Klinisk undersøkelse må beskrive bevegelighet i hofteledd, om det er kontraktur, og om pasienten halter. Det samme gjelder for kneledd hvor en dessuten beskriver akseforhold (varus/valgus-stilling).

8. Rtg. bekken med hofteledd.

Ved henvi sning skal det bestilles nytt rtg. av bekken med hofteledd dersom dette ikke er tatt i løpet av de siste fire måneder og rtg. knær dersom dette ikke er tatt sist 12 måneder. Henvi sning til rtg. skal merkes med: «preop. bedømning»

9. Opplysninger om pasienten er sykemeldt og opplysninger om yrke.

Pasienter som er sykemeldt, bør få sykemelding forlenget til tre måneder etter operasjon, dvs. tre måneder etter innleggelsesdato.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Helen Brandstorp. Kontakt henne på helenbra@hotmail.com

Cipraxel® "Lundbeck"
Antidepressivum

ATC-nr.: N06A B10

T Tabletter filmdrasjerte 5 mg og 10 mg: Hver tablett inneholder: Escitalopramkalsat tilsvarende escitalopram 5 mg, resp. 10 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171). Tabletter 10 mg med delestrek.

Indikasjoner: Behandling av depressive episoder. Behandling av panikkilidelse med eller uten agorafobi. Behandling av sosial fobi.

Dosering: Sikkerheten av doser på over 20 mg daglig er ikke undersøkt. Administreres som 1 enkelt dose daglig og kan tas med eller uten mat. **Depressive episoder:** Normal dosering er 10 mg 1 gang daglig. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til maks. 20 mg daglig. Vanligvis er 2-4 ukers behandling nødvendig for å oppnå antidepressiv respons. Etter bedring av symptomene bør behandlingen fortsette i minst 6 måneder for å vedlikeholde effekten. **Panikkilidelse med eller uten agorafobi:** Anbefalt startdose er 5 mg daglig den første uken, før dosen økes til 10 mg daglig. Dosen kan økes til maks. 20 mg daglig avhengig av individuell respons. Maks. effekt nås etter ca. 3 måneder. Behandlingen varer i flere måneder. **Sosial fobi:** Anbefalt dose er 10 mg daglig. Symptomlindring oppnås vanligvis først etter 2-4 ukers behandling. Avhengig av individuell respons, kan dosen deretter reduseres til 5 mg eller økes til maks. 20 mg daglig. Sosial fobi er en sykdom med et kronisk forløp og 12 ukers behandling anbefales for å vedlikeholde respons. Langtidsbehandling av respondere er undersøkt i 6 måneder, og har vist seg på individuell basis å hindre tilbakefall. Effekt av behandlingen bør vurderes regelmessig. **Eldre >65 år:** Halvparten av normalt anbefalt startdose og en lavere maksimal dose bør vurderes. **Barn og ungdom <18 år:** Anbefales ikke da sikkerhet og effekt ikke er undersøkt i denne gruppen. For pasienter med nedsatt leverfunksjon anbefales en startdose på 5 mg daglig de første 2 behandlingsukene. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg. En startdose på 5 mg daglig de første 2 behandlingsukene anbefales for pasienter som er kjent som sakte metaboliserere av CYP 2C19. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg. Når behandlingen avsluttes bør dosen gradvis reduseres over 1-2 uker for å unngå mulige seponeringsreaksjoner.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor escitalopram eller et eller flere av hjelpestoffene. Samtidig bruk av ikke-selektive MAO-hemmere.

Forsiktighetsregler: En eventuell økning i angstsymptomer avtar vanligvis innen de 2 første behandlingsukene. Lav startdose kan redusere symptomene. Escitalopram bør unngås hos pasienter med ustabil epilepsi. Preparatet bør brukes med forsiktighet hos pasienter med mani/hypomani i anamnesen, og bør seponeres dersom en pasient går inn i en manisk fase. Escitalopram kan påvirke glukosekontrollen hos diabetikere. Det kan være nødvendig å justere dosen med insulin og/eller perorale antidiabetika. Pasienter bør følges nøye i begynnelsen av behandlingen pga. økt suicidalfare initialt. Forsiktighet anbefales hos pasienter med risiko for hyponatremi, som eldre, cirrhotiske pasienter eller pasienter som samtidig behandles med legemidler som kan gi hyponatremi. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av orale antikoagulantia og legemidler kjent for å påvirke blodplatefunksjonen (f.eks. atypiske antipsykotika og fenotiaziner, de fleste trykksliske antidepressiva, acetylsalisylsyre og ikke-steroid anti-inflammatoriske midler (NSAIDs), tilipodin og dipyrindamol), og hos pasienter med kjent blødningsstendens. Pga. begrenset klinisk erfaring anbefales forsiktighet ved samtidig bruk av escitalopram og ECT. Kombinasjonen av escitalopram med MAO-A-hemmere anbefales generelt ikke pga. risikoen for serotonergt syndrom. Forsiktighet anbefales hvis escitalopram brukes samtidig med legemidler med serotonerge effekter slik som sumatriptan eller andre triptaner, tramadol og tryptofan. Samtidig bruk av escitalopram og urtepreparater som inneholder johannesurt (*Hypericum perforatum*) kan gi økt insidens av uønskede effekter. Forsiktighet anbefales hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CLCR <30 ml/minutt). Escitalopram påvirker ikke intellektuelle funksjoner og psykomotoriske evner. Pasienten bør likevel informeres om den mulige risikoen for at evnen til å kjøre bil og bruke maskiner kan påvirkes.

Interaksjoner: Tilfeller av alvorlige reaksjoner er rapportert hos pasienter behandlet med SSRI i kombinasjon med en ikke-selektiv monaminoxidasehemmer (MAOH), og hos pasienter som nylig har avsluttet SSRI-behandling og påbegynt MAOH-behandling. I noen tilfeller utviklet pasienten serotonergt syndrom. Behandling med escitalopram kan starte 14 dager etter avsluttet behandling med irreversible MAOH (selegilin) og minst 1 dag etter avsluttet behandling med den reversible MAOH (RIMA) moklobemid. Det bør gå minst 7 dager etter avsluttet escitalopram-behandling før behandling med ikke-selektiv MAOH påbegynnes. Pga. risiko for serotonergt syndrom er kombinasjonen med MAO-A-hemmer ikke anbefalt, og kombinasjon med selegilin (irreversibel MAOH) krever forsiktighet. Samtidig administrering med serotonerge legemidler (f.eks. tramadol, sumatriptan og andre triptaner) kan føre til serotonergt syndrom. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av andre legemidler som kan senke krampeterskelen. Det foreligger rapporter på forsterkede effekter når SSRI har vært gitt samtidig med litium eller tryptofan. Forsiktighet bør derfor utvises når escitalopram kombineres med disse legemidlene. Kombinasjon med alkohol anbefales ikke. Samtidig administrering av legemidler som hemmer CYP 2C19, som f.eks. omeprazol, kan gi økte plasmakonsentrasjoner av escitalopram. Forsiktighet bør utvises når escitalopram i øvre del av doseringsintervallet tas samtidig med høye doser cimetidin. Escitalopram er en hemmer av CYP 2D6. Forsiktighet anbefales når escitalopram gis samtidig med legemidler som i hovedsak metaboliseres via dette enzymet, og som har smal terapeutisk indeks, som f.eks. flekainid, propafenon og metoprolol (ved hjertesvikt) eller enkelte CNS-virkende legemidler som i hovedsak metaboliseres via CYP 2D6, f.eks. antidepressiva som desipramin, klomipramin og nortriptylin, eller antipsykotika som risperidon, tioridazin og haloperidol. Justering av dosen kan være nødvendig. Samtidig administrering med CYP 2D6-substratene desipramin eller metoprolol ga en dobling av plasmavåne for disse to. Forsiktighet anbefales ved samtidig administrering av legemidler som metaboliseres via CYP 2C19.

Graviditet/Amning: **Overgang i placenta:** Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Ingen humandata foreligger for escitalopram. I reproduksjonstoksikologiske studier i rotter med escitalopram, ble det observert embryo-føtotoksiske effekter, men ingen økt insidens av misdannelser. Bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. **Overgang i morsmelk:** Risiko ved bruk under amning er ikke klarlagt. Det forventes at escitalopram går over i morsmelk. Kvinner som ammer bør ikke behandles med escitalopram eller amming bør opphøre.

Bivirkninger: Bivirkninger er vanligst i første eller andre uke av behandlingen og avtar vanligvis i intensitet og frekvens ved fortsatt behandling. Svimmelhet, hodepine og kvalme er observert hos noen pasienter etter brå seponering av escitalopram. De fleste symptomene var milde og forbigående. For å unngå seponeringsproblemer anbefales en gradvis nedtrapping over 1-2 uker. **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Kvalme forekommer svært hyppig. Diaré, forstoppelse. Hud: Økt svette. Luftveier: Sinusitt, gjesping. Metabolske: Redusert appetitt. Psykiske: Nedsatt libido, anorgasme hos kvinner. Sentralnervesystemet: Søvnløshet, sømnløshet, svimmelhet. Urogenitale: Ejakulasjonsforstyrrelser, impotens. Øvrige: Tretthet, feber. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Oppkast, munntørhet, anoreksi. Hud: Utslett, ekkyrmoser, kløe, angioødem, svette. Lever: Avvikende leverfunksjonsprøver. Metabolske: Hyponatremi, utilstrekkelig ADH-sekresjon. Muskel-skjelettsystemet: Leddsmerter, muskelsmerter. Neurologiske: Krampor, tremor, koordinasjonsproblemer, serotonergt syndrom. Psykiske: Hallusinasjoner, mani, forvirring, agitasjon, angst, depersonalisering, panikkanfall, nervøstet. Sentralnervesystemet: Smaksforandringer, søvnforstyrrelser. Sirkulatoriske: Postural hypotensjon. Syn: Synsforstyrrelser. Urogenitale: Urinretensjon. Galaktoré, seksuelle bivirkninger inkl. impotens, ejakulasjonsproblemer, anorgasmi. Øvrige: Insomnia, svimmelhet, utmattelse, tretthet, anafylaktisk reaksjon.

Overdosering/Forgiftning: Doser på 190 mg escitalopram er tatt uten at alvorlige symptomer er rapportert. **Symptomer:** Symptomer på overdose med racemisk citalopram (>600 mg): Svimmelhet, tremor, agitasjon, sømnløshet, bevisstløshet, krampor, takykardi, EKG-ændringer med ST-T-ændringer, utvidet QRS-kompleks, forlenget QT-intervall, arytmi, respirasjonsdepresjon, oppkast, rabdomyolyse, metabolsk acidose, hypokalemi. Det antas at overdose med escitalopram vil gi lignende symptomer. Behandling: Ingen spesifikk motgift. Etabler og oppretthold frie luftveier, adekvat oksygenering og ventilering. Maveskylling bør utføres så raskt som mulig etter tablettinntak. Bruk av medisinsk kull bør vurderes. Overvåking av hjertefunksjonen og vitale funksjoner sammen med generell symptomatisk behandling anbefales.

Pakninger og priser: Tabletter: 5 mg: Enpac: 28 stk. kr 132,10, 10 mg: Enpac: 28 stk. kr 246,70, 98 stk. kr 716,70, 200 stk. kr 1427,20, Endose: 49 stk. kr 375,40.

T: 18b).

Sist endret: 22.04.2004

Referanser:

1. IMS Health januar 2005. Markedsandeler antidepressiva (ATC N06A) i verdi (NOK)
2. IMS Health januar 2005. Antall definerte døgndoser (DDD) per produkt (registrert handelsnavn)
3. Felleskatalogen 2005. Pris til forbruker per definert døgndose (DDD)
4. Bielski RJ et al. A Double-Blind Comparison of Escitalopram and Venlafaxine XR in the Treatment of Major Depressive Disorder. J Clin Psychiatry 2004; 65: 1190-1196

H. Lundbeck AS, postboks 361, 1326 Lysaker. Telefon: 67 52 90 70. Telefax: 67 53 77 07.
E-post: lundbeck-norge@lundbeck.com.
www.lundbeck.no