

OFTALMOLOGISK PASIENTKONSULTASJON

06.11.18

Forslag til systematisk mal eller sjekkliste (der utdrag kan brukes selektivt), basert på forelesningsserie ved øyeavdelingen OUS:

1. Anamnese:

- «Fire gode vaner» ved pasientkommunikasjon:
 - a. *Introduksjon:* Etablere kontakt (hilse, presentere seg, beklage hvis over 15 min. forsinket, vise til ev. tidligere kontakt). Få fram hva som er viktig for pasienten. Informer om og planlegg konsultasjonen sammen med pasienten.
 - b. *Utforsk pasientperspektivet:* Se på og la pasienten snakke (ut) først. Hør aktivt etter (memoriser eller skriv ned viktige nøkkelord). Undersøk forestillinger (kognitive aspekt, som hva pasienten vet fra før om en diagnose), følelser (emosjonelle aspekt), forventninger (til legen) og følger (betydning for pasientens liv).
 - c. *Vis empati:* Pasienten har alltid rett om opplevelsen av egen sykdomstilstand. Vis og gi uttrykk for forståelse og medfølelse. Ta pasienten på alvor. Vær bevisst på egne reaksjoner og følelser.
 - d. *Invester i avslutningen:* Gi informasjon som fremmer læring, involver pasienten i beslutninger og avslutt på en ryddig måte
- Screening og utdyping (informasjonsinnhenting):
 - a. *Journal:* Få oversikt over diagnostiske vurderinger og behandling hittil.
 - b. *Spørsmål* som er presise og målrettede, åpne eller lukkede om:
 - i. *Generelt:* Andre sykdommer/helse, eksponering/yrke, arv.
 - ii. *Symptomer* (pasientens problemstilling, hvorfor oppsøkes lege):
 1. *Hva slags* symptomer har pasienten (type, beskrivelse)? For lettere å huske mulige spørsmål kan man forenkle til 2 hovedsymptomer (med underpunkter som dekker det meste):
 - a. *Smerter:* Kløe, svie, ruskfølelse, smerter, lysskyhet.
 - b. *Syn:*
 - i. *Synsreduksjon* (i hele/deler av ene/begge synsfelt).
 - ii. *Synsforstyrrelser:* Metamorfopsier, diplopi, skygger.
 - iii. *Lysforstyrrelser:* Lysglimt, flimmer, halo, blinding.
 2. *Når startet de?*
 3. *Var det akutt debut eller gradvis utvikling, intermitterende symptomer* (varighet for hver episode, frekvens), *variasjon* (aldri helt fraværende) eller *statiske* (uendrete) symptomer?
 4. Har/hadde de *relasjon* til andre faktorer, handlinger eller ulike tider av døgnet, med bedring eller forverring?
 5. Hva er symptomenes *intensitet* (som på smerteskala 0-10).
- Hypotesedannelse (se pkt. 4).

2. Kliniske funn:

- Standardisert sjekklister (fordi man ofte kun ser det man leter etter):
 - a. Vurdering: Er alt normalt, ja eller nei? (Indre dialog kan hjelpe, der kortversjon for alle vev er «*normal farge, form, klarhet & tykkelse*»?)
 - Eksterna (har): ”Blek, skadefri hud. Normal fylde og form på øyelokk”. ”Normal motilitet, leie og stilling”.
 - Konjunktiva (er): ”Blek”.
 - Kornea (har): ”Normal form og jevn tykkelse overallt; (er) klar i alle lag”.
 - Fremre kammer (har): ”God sidelik dybde med klart innhold”.
 - Iris (har): ”Normale fargetegninger uten defekter”.
 - Pupille (er): ”Rund og egal med normal lysreaksjon direkte og indirekte”.
 - Linse (er): ”Klar og på plass”.
 - Corpus vitreum (har): ”Klart innhold”.
 - Papille (har): ”Normale omgivelser; (er) rettstilt; (og med) normal diameter. Velavgrenset brem med normal fylde, blek farge og bredde etter ISNT-regelen. Fysiologisk ekskavasjon med cd-ratio under 0,3”.
 - Makula (er): ”Jevnt farget med foveolær refleks”.
 - Netthinne (har): ”Jevn orange farge med jevne karforløp og (er) på plass ut til periferien”.
 - Oppsummering: «Hva fant jeg?»
 - b. Hvis nei (unormalt) karakteriseres funn, f.eks. ut fra akronymet **ABC** (A→alltid; B→bør, C→can/kan):
 - i. Anatomisk lokalisasjon oppad/nedad, temporalt/nasalt og/eller anteriort/posteriort. Bilateralt eller unilateralt forekomst?
 - ii. Beskrivelse (be descriptive) med ord (adjektiver):
 1. Kvalitative data om farge, form, klarhet og tykkelse (fortykkelse/hevelse, fortynning/defekt).
 2. Kvantitative data som antall lesjoner og størrelse.
 - iii. Classification: Definer patofysiologisk/patologisk tilstand hvis mulig (f.eks. som follikler, infiltrat, druse, eksudat osv)?
- Registrer funn (i journal).
- Hypotesedannelse om differensialdiagnoser (se pkt. 4).

3. Utredning:

- Hensikt: Utføre tester som kan svekke eller styrke hypoteser om diagnoser (pkt. 4).
- Alternativer (utvalg):
 - a. Synsfunksjon: Synsmålinger, farvesyn, VEP, ERG/EOG, synsfelt.
 - b. Bilddiagnostikk: Radiografi, ultralyd, topografi, OCT, Optomap, foto, FA.
 - c. Tester: Trykk, schirmer, pH, pakymetri, hertel, autorefraktor, IOL-mål.
 - d. Prøver:
 - i. Kroppsvæsker: Blodprøver, cerebrospinal væske, urin etc.
 - ii. Vevsprøver fra lesjon (biopsi) eller intravitrealt.
- Testvalg (ja/nei): Hvilke bør ev. utføres når og hvorfor?
 - a. Trefferikhet: Hva er testers prediksjonsverdi, spesifisitet og sensitivitet? Hva er estimert sannsynlighet for en gitt diagnose etter tester (*Bayes teorem*).
 - b. Nytteverdi: Avhengig av tentativ diagnoses sannsynlighetsgrad og alvor (grad av usikkerhet som kan tillates), samt gevinst/risiko ved behandling.

4. Diagnose:

- Hypotesedannelse: Vurder systematisk alternative differensialdiagnoser, f.eks. etter en eller flere av følgende metoder:
 - a. *Sammenlikn* med tidligere ervervet kunnskap (fra hukommelsen):
Gjenkjennes mønsteret/diagnosen (*mønstergjenkjennelse*)?
NB! Risiko for bias!
 - b. *Symptomatisk avgrensning* av mulige årsaker:
 - i. Smerter: Inflammasjon, infeksjon, iskjemi, skade, trykk.
 - ii. Lysømfintlighet: Sykdom i kornea, uvea (og hjernen).
 - iii. Synsreduksjon: Brytningsfeil, uklare media, netthinnesykdom, synsnerveaffeksjon, cerebral årsak.
 - c. *Funn*: Patofys./patologisk identifikasjon (f.eks. infiltrat, eksudat, druse).
 - d. *Organspesifikt utgangspunkt*: Hvilke (relevante) sykdommer kan ramme eksterne, konjunktiva, kornea, uvea, linse, netthinne, synsnerve eller hjerne?
 - e. *Morbiditetsspesifikt utgangspunkt*: Hvilke sykdommer / årsaker kan være aktuelle? F.eks. kan huskelisten **SUM-BIT** (= «summen av den enkelte bit») anvendes?
 - Skader (STI):
 - a. Stressrelatert pga ytre/indre faktorer (f.eks. sentralserøs chorioretinopati, rifter/amotio).
 - b. Traumer (aksidensielle, voldelige).
 - c. Iatrogen betinget (f.eks. komplikasjoner etter kirurgi/prosedyrer, bivirkninger av medisinsk behandling).
 - Utviklingsbetinget (GI-ADD):
 - a. Genetisk (f.eks. RP), arv/mutasjon; etnisitet.
 - b. Idiopatisk (inkl. funksjonell tilstand).
 - c. Aldersbetinget: Medfødt (syndromer, anomalier, føtal hendelse), barn, voksne, eldre (f.eks. katarakt).
 - d. Dystrofier (i kornea og fundus).
 - e. Degenerativ (f.eks. glaukom, keratokonus, PVD).
 - Metabolsk og endokrinologisk (ME):
 - a. Metabolsk (eks. diabetes).
 - b. Endokrinologisk (eks. endokrin oftalmopati).
 - Blodsykdommer (HAV-FOT):
 - a. Hematomer (f.eks. blødning peribulbært, intraokulært).
 - b. Anomalier: Neovaskularisering (f.eks. kornea, glaukom, retinopati, AMD), karnøster/avvik (f.eks. hemangiomer, karmalformasjoner, aneurysmer).
 - c. Vegg: Spasme, fortykket (f.eks. AION, atherosklerose), spaltet (eks. carotis-disseksjon).
 - d. Forstyrrelser (f.eks. hyperlipidemi, anemi):
 - e. Okklusjon (med ev. iskjemi): Trombose (f.eks. BRVO, CRVO, NAION, okulært iskemisk syndrom, sinus-vene trombose, cerebralt insult, pareser), embolier (eks. BRAO, CRAO).
 - f. Trykk = blodtrykk (f.eks. hypertensiv retinopati).
 - Inflammasjon (SI-AT):
 - a. Steril betennelse (f.eks. (epi)skleritt, uveitt, optikus-nevritt).
 - b. Infeksjon (pga bakt., virus, sopp, protozo eller parasitter som gir bløtvevsinf., konjunktivitt, keratitt, retinitt el. endoftalmitt).
 - c. Allergi (f.eks. allergi, vernal, atopisk, Stevens-Johnson).
 - d. Tørt øye.
 - Tumores (GO):
 - a. Godartet = benign.
 - b. Ondartet = malign.

- Beslutningsprosess:
 - a. *Avgrens* (ekskluder) diagnoser:
 - i. Identifiser viktigste nøkkelord (som oppsummeres i journal).
 - ii. Hva *passer ikke* med diagnoser? Sammenlikne anamnese/funn med differensialdiagnoser (ja/nei, bruk ev. *algoritme*)? Ekskluder ev.
 - iii. Hva *passer*? Sammenfaller symptomer/funn med vanlige, obligate og/eller patognomoniske kjennetegn ved differensialdiagnoser?
 - 1. *Mønstergjennkjennelse*: Vanlig i medisinsk praksis der innsamlet informasjon sammenliknes med erfaringer og kunnskap.
 - 2. *Flermålsanalyse*:(mer systematisk enn pkt. 1):
 - a. Diagnosekriterier eller treffprosent (skår).
 - b. Skår x ulik vektning for ulike faktorer.
 - iv. *Argumenter for og mot* gjenstående diagnoser: Ekskluder ev.
 - v. *Utslagsmetoden* (parvis sammenlikning) for å rangere gjenstående (to) diagnoser basert på sannsynlighet (prevalens), alvorlighetsgrad og behandlingseffekt/risiko.
 - b. *Bestemme tentativ diagnose*:
 - i. *Tips*: Kan hjelpe å ramse opp høyt noen hovedpunkter for pasienten for å klargjøre egne tanker og fremtvinge rangering/avgjørelse.
 - ii. *Husk*: Det «vanligste er vanligst», alvorligste alternativ viktig å vurdere og parsinomitet (= kan én diagnose forklare alt?).
 - iii. *Kontroll og kvalitetssikring*:
 - 1. *Kunnskapsbasert praksis*: Sjekk litteratur, som nettsteder, bøker, guidelines og originalartikler (der prinsipp for kvalitetsvurdering er **PICO** = pasient, intervensjon, comparison, outcome).
 - 2. *Samsvar* mellom «inndata» = «input» (anamnese/funn/utredning) og «utdata» = «output» (tentativ diagnose og behandling)? Stemmer symptomer/funn med diagnosen? Er hypoteser forenlig med utredning?
Ja → vurder behandling; nei → gjenta hovedpunkt 3-4.
 - 3. *Konferering*: 1) Tenk først selv, 2) spør så erfarne kolleger for av-/bekreftelse (heller en gang for mye).
 - iv. *Avgjørelse!*
 - v. *Korreksjon*: Revurder diagnose (og terapi) på basis av nye data, slik som endret anamnese, funn, utredningssvar, sykdomsutvikling og behandlingseffekt.

5. Behandling:

- Behandlingsmuligheter vurderes, f.eks. basert på akronymet **KAM**:
 - i. Kirurgi, CXL/EDTA, laser (EYA = eximer, YAG, argon), kryo/diatermi, injeksjon, skylning/fjerne fr.legemer/suturer.
 - ii. Annet: Korreksjon (briller, kontaktlinser, prizmer, solbriller), bandasjelinser, lappebeh. varme/massasje/hygiene (øyelokk), strålebehandling, livsstilsendring, sosiale tiltak.
 - iii. Medikamenter (SKATT) topikalt eller systemisk:
 1. Steroider o.l. (kortison, NSAIDS, cyclosporin, andre immunsuppressiva).
 2. Kunstige tåresubstitutter/væske (dråper, gel, salve, autologt serum).
 3. Antibiotika (for bakterier, virus, sopp, akantamøbe).
 4. Trykksenkende (dråper, tabletter, glycerol/mannitol).
 5. Terapøytiske midler ellers (anestetika/smertestillende, antiallergika, antikoagulantia, cycloplegika, hyperosmotika, vitaminer etc).
- Konsekvensanalyse:
 - a. Hva er *positive gevinster* (pro) eller *negative konsekvenser* (risiko, contra) ved aktuelle behandlingalternativer? Sammenlikn risiko (el. gevinst) ved behandling vs ikke-behandling (=ekspektans).
 - b. *Spesielle hensyn* slik som andre sykdommer, symptomintensitet, sårbarhet, alder, etterlevelse, forståelse, samarbeidsevne, funksjonsnivå, behov og pasientens medbestemmelsesrett (presenter ev. forslag/råd, men la pasienten delta i beslutningsprosessen ut fra sin livssituasjon og ønsker om medvirkning).
 - c. *Potensiell behandlingsplan*: Hvem (lege/pasient) skal gjøre hva, hvor, når (rekkefølge), hvordan og hvorfor? Hva er prioriterte mål? Finnes en «plan A» og «plan B»? Vurder gjennomførbarhet, omkostninger (for pasienten) og tidsaspekt.
- Avgjørelse:
 - a. Skal noe gjøres?
 - i. Ja = iverksett!
 - ii. nei = ekspektans!
 - b. Dokumenter og begrunn avgjørelse i journal, med gjerne punktvis oversikt over tiltak og med fet skrift viktige nøkkelord/budskap for andre (f.eks. **eylea o.d**).
 - c. Informer (helst direkte) alle andre som er involvert i bestillings- og behandlingsprosessen, enten muntlig eller gjennom digitale løsninger.
- Kontroll og kvalitetssikring av behandling: Se også punkt 4.
 - a. Før:
 - i. Prosedyrer: Vurder å repetere i forkant (lese/visualisere) og/eller ha liste tilgjengelig under inngrep slik at de følges korrekt.
 - ii. Trygg kirurgi (sjekklister) gjennomgå med behandlingsteamet. Er fungerende utstyr og kvalifisert/informert personell på plass?
 - b. Under: Fokuser på (å gjøre) en handling (del) av gangen.
 - c. Etter (kontroll): F.eks. ut fra akronymet GAFFe = gjenglemt noe, alt utført, forstått riktig, feil utelukket?
- Videre plan: Avtal og sørg for ev. oppfølging (kontroller) / henvisninger. Informer andre involverte helseansatte, enten muntlig og/eller i epikrise/notat, som beskriver hvem (leger/pasient) som skal gjøre hva, hvor, når, ev. hvordan og hvorfor.

6. Pasientinformasjon:

- Forklar:
 - a. *hovedbudskapet*: Prioriter hva som er viktig, hva pasienten må vite om
 - diagnosen, involvert organ/vev/funksjon og hvor sikker du er
 - konsekvenser/prognose (hvis ubehandlet)
 - behandling og risiko (se under) og hva din anbefaling er
 - hva pasienten kan gjøre og hvor viktig dette er
 - b. *på pasientens premisser*: Del opp (porsjoner) og tilpasse informasjon ved å
 - finne ut hva pasienten tenker (synspunkter, preferanser, prioriteringer), føler og forventer slik at du kan avklare det pasienten er opptatt av
 - bruke illustrasjoner, enkle norske ord og gjenkjennelige forklaringer
 - være mest mulig presis (om hvem, hva, hvor, når, hvordan, hvorfor)
 - oppfordre pasienten til å stille spørsmål slik at innsikten øker
 - be om eksplisitt bekreftelse fra pasienten på at tiltak er gjennomførbare
 - c. *slik at læring og mestring fremmes*: Har pasienten skjønnet det vesentligste (be ev. om å oppsummere), nok til å ta ansvar for egen helse (med god nok motivasjon og etterlevelse) og til å være med på beslutninger om valg?
- Informere om behandlingsalternativer i en toveis dialog, der fordeler og ulemper avveies ærlig og realistisk, som omfatter opplysninger om:
 - a. *Prosedyre*, dvs behandlingens utførelse; varighet; lokal/generell anestesi.
 - b. *Hensikt/mål*, dvs ev. gevinst eller argumenter for behandling («best case scenario») og sannsynlighet for positive resultater.
 - c. *Komplikasjons-/bivirkningsrisiko*, dvs argumenter mot behandling («worst case scenario») og sannsynlighet for negative resultater (som er enda viktigere ved mer usikkert utfall, større risiko og mer krav til pasienten), gjerne veid opp mot risiko ved ikke å behandle.
 - d. *Postoperativt/senere forløp*, dvs ubehag, kontroller, behandlingsplan, sykefravær, innskrenkninger i aktivitet etc.
- Skriftlig informasjon:
 - a. Gi *informasjonsmateriale* når tilgjengelig (som journalføres); det er begrenset hvor mye pasienter husker.
 - b. *Journalnotat*: Pas. har elektronisk tilgang (Min Journal), men gi ev. kopi når det er ønsket eller når pasienter skal raskt til ekstern lege (alle leger får ikke umiddelbar elektronisk melding; regulær postgang kan ta tid).

7. Opsummering/avslutning:

- Sjekk om det er *flere spørsmål*.
- Gi pas. anledning til å *evaluere* konsultasjonen og gi tilbakemeldinger.
- *Repeter* hovedpunkter.
- Gi positiv *oppmuntring*.
- Fortell hvor pasienten skal gå dernest (melde seg i resepsjonen e.l.).
- Avslutt vennlig.