
Fra horisontale til vertikale pasienter - antikoagulasjonsbehandling i primærhelsetjenesten

REDAKSJONELT

HJORTDAHL P

Struktur og ansvarsfordeling i helsetjenesten er i rask endring. Stadig sykere pasienter flyttes utover i systemet, fra sykehusseng til poliklinikk og ut i primærhelsetjenesten.

Antikoagulasjonsbehandlingen er en viktig indikator på denne omstruktureringen. Det som for noen få år siden var forbeholdt sentrallaboratoriene og overlegene ved de medisinske avdelingene og deres "TT-poliklinikker" er nå i stor grad ivaretatt av allmennlegene.

Nye oppgaver forplikter. Når primærleger tar på seg et ansvar, i dette tilfelle både å analysere og å behandle på grunnlag av prøvene, må de faglig og juridisk stå for kvaliteten av sitt arbeid.

45 pasienter døde pga. overbehandling med warfarin i Norge i 1995 (1). Hvor mange som døde som følge av underbehandling med påfølgende tromboser vet man ikke. En svensk undersøkelse tyder på at behandlingen med warfarin blir dårligere når den blir flyttet fra sykehus til primærhelsetjenesten, med bakgrunn i primærlegens frykt for overdosering og blødningsfare (2). Dette kan være en berettiget frykt, men den kan også bunne i faglig usikkerhet.

Antikoagulasjonsbehandlingen er et spesielt viktig og kritisk område for kvalitetssikring innen primærhelsetjenesten, både når det gjelder det analytiske laboratoriearbeidet og primærlegens kliniske kunnskaper og ferdigheter.

Gro Gidske og medarbeidere analyserer i dette nummer av Tidsskriftet kvaliteten av trombotest (TT)-analyser utført i legepraksis (3). Det viktigste og mest gledelige funn ved undersøkelsen er at kvaliteten av slike TT-analyser utført utenfor sykehus er blitt markert bedret de siste årene. Andel legepraksiser med dårlig analysekvalitet er halvert, fra 8% til 4% i perioden 1993-97. Det antydes også at kvaliteten av TT-analysering i legepraksis nå er like god som kvaliteten av de analyser som gjøres i sykehus. Et annet, noe uventet funn

er at kvaliteten av prøvesvarene ikkenødvendigvis er knyttet til hvor ofte analysen utføres i den enkelte praksis, "øvelse gjør ikke lenger mester". Engrunn til dette kan være at den tekniske prosedyren etter hvert er blitt relativt enkel, med færre feilkilder.

Når vi også vet at prøvematerialet kan være relativt ustabil ved forsendelse, er dette gode argumenter for at prøven kan tas og analyseres pasientnært, også i de praksiser som ikke så ofte utfører denne prosedyren.

Gidske og medarbeideres studie (3) reiser også spørsmål om hvorvidt kvaliteten av analysene er god nok. 75 av dedeltakende legepraksiser (14%) utfører fremdeles TT-analysene manuelt. Disse praksisene hadde en markert dårligereanalytisk kvalitet enn der hvor prosedyren ble utført maskinelt. Det er et viktig spørsmål om ikke tiden nå er modenfor å oppfordre alle til å gå over til en instrumentell metode, hvis man fortsatt ønsker å utføre og å få betalt for sine TT-analyser.

20 norske praksiser blir årlig vurdert til å ha en ikke-akseptabel TT-analysekvalitet. Dette kan virkeforuroligende, men det er ikke de samme laboratoriene som gjentatt får denne vurderingen. Det er derfor ytterst få, omnoen av praksislaboratoriene som kan betegnes som stabilt dårlige. Noe variasjon i kvaliteten av biologiske analyser måvi tolerere. Vi må likevel spørre oss om det er akseptabelt at så mange som 20 laboratorier i Norge til enhver tid haren ikke-tilfredsstillende kvalitet på en så klinisk viktig analyse som TT.

Like viktig som god analytisk kvalitet er hva primærlegen gjør med prøvesvarene. Indikasjonsområdet for warfarinutvides stadig. Hvilket antikoagulasjonsnivå man tilstreber, er først og fremst avhengig av indikasjonen forbehandlingen, men de oppsatte retningslinjer må tilpasses den enkelte pasient (4). Mulige interaksjoner med ulikemedikamenter er mange. Å gjennomføre en kvalitativt tilfredsstillende antikoagulasjonsbehandling fordrer en klinikermed interesse for problemstillingen, som også har et visst antall slike pasienter i sin praksis. I hvilken gradprimærlegene besitter slik kompetanse er ukjent. Det er derfor prisverdig at Norsk senter for kvalitetssikring avlaboratorievirksomhet utenfor sykehus (NOKLUS) nå gjennomfører en undersøkelse av hvordan antikoagulerter pasienterhåndteres i klinisk praksis utenfor sykehus.

I dag er det primærlegen som møter nye utfordringer med prøvetaking og antikoagulasjonsbehandling av sine pasienter. I morgen er det overveiende sannsynlig at ansvaret er flyttet enda et ledd utover i behandlingsskjeden. Da utfører pasientene selv sine egne TT-analyser hjemme og foretar medikamentjusteringer på grunnlag av disse prøvene. Dette erikke ulikt den virkelighet diabetespasientene opplever nå. Primærlegen vil i fremtiden i langt større grad fungere somveileder og kvalitetssikrer for sine antikoagulerter pasienter enn hva tilfellet er i dag.

Per Hjortdahl

LITTERATUR

1. Årsberetning 1995 for Bivirkningsnemnda. Nytt fra Statens legemiddelkontroll 1996; nr. 3.

2. Schulman S. Quality of oral anticoagulant control and treatment in Sweden. *J Intern Med* 1994; 236: 143-52.
 3. Gidske G, Christensen NG, Jevnaker M, Skurtveit KJ, Thue G, Klovning A et al. Bedre kvalitet på trombotestanalyser utført i legepraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 1196-200.
 4. Vennerød AM, red. *Norsk legemiddelhåndbok 1998-99 for helsepersonell*. Oslo: Norsk legemiddelhåndbok I/S, 1998.
-

Publisert: 20. mars 1998. *Tidsskr Nor Legeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.