

Forebygging og behandling av opioidindusert obstipasjon

Skadelegevakt i Oslo

Christopher Storm Larsen, Jenny Bjørnstad, Martin Skage
Sommer, Kamilla Grytten, Samitha Vasantharajan,
Lena Schrøder og Elham Goodarzi



Prosjektoppgave i KLoK

UNIVERSITETET I OSLO

03.05.19

Prosjektoppgave i KLoK omhandlende forebygging og behandling av opioidindusert obstipasjon

© Christopher Storm Larsen, Jenny Bjørnstad, Martin Skage Sommer, Kamilla Grytten,
Samitha Vasantharajan, Lena Schrøder og Elham Goodarzi

2019

Forebygging og behandling av opioidindusert obstipasjon

Christopher Storm Larsen, Jenny Bjørnstad, Martin Skage Sommer, Kamilla Grytten, Samitha
Vasantharajan, Lena Schrøder og Elham Goodarzi

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Representralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Bruk av opioider, både de naturlige og syntetiske, har vært en stor del av smertebehandling i lang tid. Opioidenes analgetiske effekt skjer via stimulering av opioidreseptorene i sentralnervesystemet, men de vil også binde seg til tilsvarende reseptorer i gastrointestinaltraktus og hemme den naturlige peristaltikken. Hos mange pasienter vil en slik hemming gi en gastrointestinal dysfunksjon og hos mange føre til obstipasjon. Det finnes en rekke anbefalinger og retningslinjer som omhandler denne hyppige bivirkningen, inkludert profylaktiske tiltak og behandling med laksantia når obstipasjonen er oppstått.

I denne oppgaven ønsker vi å kartlegge i hvilken grad gjeldende retningslinjer følges på skadelegevakten i Oslo, og hvilke tiltak som kan iverksettes for å forbedre kvaliteten på helsetjenesten som gis. Etter å ha kartlagt dagens praksis på avdelingen er det tydelig at det ikke finnes noen konkrete rutiner eller retningslinjer for hvordan pasienten skal motta informasjon om forebygging og behandling av opioidindusert gastrointestinal dysfunksjon (OGD).

Vi har gått gjennom flere norske og internasjonale retningslinjer og medisinske oppslagsverk. Anbefalte profylaktiske tiltak for å unngå OGD er et fiberrikt kosthold, rikelig med drikke og fysisk aktivitet. I tillegg kan man starte opp behandling med reseptfrie lakserende og osmotisk virkende avføringsmidler. Med utgangspunkt i disse anbefalingene har vi utarbeidet et forslag til nye rutiner for at pasienten skal få slik informasjon; blant annet et informasjonsskriv som pasientene kan få med seg.

Kvalitetsforbedringsprosjektet går over 12 uker, med mål om at 90 % av pasientene skal få utdelt informasjonsskrivet ved slutten av tiltaksperioden. Oppgaven beskriver forslag til prosessindikatorer underveis, og hvordan tiltaket bør organiseres med en egen ledelsesgruppe.

I oppgaven har vi lagt frem et konkret forslag til tiltak som er lite ressurskrevende og som kan gi en stor samfunnsøkonomisk gevinst, øke kvaliteten på helsetjenesten som tilbys samt gi økt livskvalitet til pasientene. Vi vil derfor komme med en sterk anbefaling til skadelegevakten ved OUS om at kvalitetsforbedringsprosjektet gjennomføres slik som beskrevet i oppgaven.

Innholdsfortegnelse

1. Tema og problemstilling.....	6
2. Kunnskapsgrunnlag.....	7
2.1 Forebygging av opioid-indusert gastrointestinal dysfunksjon	9
2.2 Kunnskapsgrunnlaget knyttet til tiltakene.....	10
3. Dagens praksis.....	11
4. Tiltak, indikatorer, ledelse og organisering.....	13
4.1 Tiltak.....	13
4.2 Evaluering og justering.....	13
4.3 Prosess, ledelse og organisering.....	14
4.4 Motstand mot endring.....	15
5. Diskusjon.....	16
Litteraturliste.....	21
Appendiks 1.....	22
Litteraturliste appendiks 1.....	23
Appendiks 2.....	24
Appendiks 3.....	25

1. Tema og problemstilling

Opioider som finnes i naturlig form og utvinnes fra opiumsvalmuen kalles opiater. Opioider innbefatter både de naturlige opiatene (for eksempel morfin og kodein) og de syntetiske opioidene (heroin, metadon, oksykodon, tramadol) som alle virker dempende på opioidreseptorer. Opioidreseptorer finnes blant annet i sentralnervesystemet, og stimulering av reseptorene der gir smertelindring. Opioider interagerer også med opioidreseptorer i gastrointestinaltraktus og medfører redusert GI-motilitet og sekresjon. Dette kan manifestere seg klinisk med fastere og tørrere avføring, forlenget passeringstid, dårlig tømming og obstipasjon.

Opioidindusert gastrointestinal dysfunksjon (OGD) er en velkjent bivirkning og et utbredt problem hos pasienter som bruker opioidanalgetika. Forskning viser også at forekomsten av tilstanden er kraftig underdiagnostisert¹. Pasienter snakker sjelden med legen sin om problemene og lider ofte i stillhet. Brukere av svakere opioider som tramadol og kodein ser ut til å rapportere like høy forekomst av obstipasjon sammenlignet med pasienter som bruker sterkere opioider. Samme artikkel viser også at obstipasjon medfører redusert livskvalitet og flere pasienter velger å redusere opioidbruken sin for å håndtere GI-bivirkninger med økte smerter som konsekvens.

Gastrointestinal motilitet styres av det enteriske nervesystemet, det autonome nervesystemet, lokale faktorer og hormoner. Den består av koordinerte kontraksjoner av glatte muskelceller av to typer bevegelser, såkalte ”slow wave” og ”spikes.” Det enteriske nervesystemet består av et enormt antall nerveceller lokalisert i det submukøse og det myenteriske plexus. Den viktigste neurotransmitteren i systemet er acetylkolin, og stimuli av μ -reseptorer i tarmen medfører nedsatt sekresjon av acetylkolin.

Mangelfull informasjon fra helsepersonell til pasienter er trolig en viktig årsak til at mange sliter med OGD. Dagens guidelines anbefaler at alle pasienter som behandles med opioider i mer enn noen dager skal ha informasjon om at obstipasjon og andre GI-plager er vanlige, kostråd som anbefaler fiberholdige matvarer og rikelig væskeinntak samt mosjon/mobilisering. Ofte vil man anbefale profylaktisk oppstart med osmotiske laksantia som laktulose. Våre erfaringer tilsier at mange pasienter som settes på opioider ikke får

tilstrekkelig med rådgivning om hvordan man skal unngå å bli forstoppet når man bruker opioider.

Med denne oppgaven ønsker vi å belyse hva dagens praksis er med tanke på å gi informasjon om risikoen for opioidindusert obstipasjon, og forslag til forebyggende tiltak. Vi har valgt å ta utgangspunkt i hva praksis er på Skadelegevakten i Oslo. Skadelegevakten regnes som en del av Ortopedisk avdeling ved Oslo Universitetssykehus. Det er ca 50 leger og 70 pleiepersonale som er ansatt, og det er stor utskiftning av personale i løpet av et år. Spesielt legene byttes ut ofte; opptil flere ganger i året. I løpet av et år gjennomføres det omtrent 124 000 polikliniske konsultasjoner på Skadelegevakten, herunder både akutte timer og kontrolltimer. Skadelegevakten i Oslo er Norges største av sitt slag, og kan gi en pekepinn på hva som er praksis på lignende behandlingsinstitusjoner.*

Vi ønsker å undersøke om pasienter ved skadelegevakten som mottar behandling med svake eller sterke opioider får informasjon om risikoen for opioidindusert obstipasjon. I tillegg ønsker vi å undersøke om de som får informasjon om risikoen, samtidig får forslag til tiltak de selv kan gjøre for å forhindre at obstipasjonen oppstår. Vi ønsker å foreslå enkle tiltak som er aktuelle for å redusere forekomsten av denne velkjente bivirkningen. I tillegg kommer vi med forslag til pasientinformasjon som kan benyttes i praksis i den kliniske hverdagen.

* Personlig meddelelse av avdelingssykepleier ved Skadelegevakten

2. Kunnskapsgrunnlag

Målet vårt med tiltaket vi ønsker å gjennomføre, er å gi pasientene informasjon om at obstipasjon er en hyppig bivirkning av opioidbehandling og foreslå tiltak som kan iverksettes for å forebygge og/eller behandle dette.

2.1 Forebygging av opioidindusert gastrointestinal dysfunksjon

Det finnes flere retningslinjer angående forebygging av forstoppelse. Av norske retningslinjer anbefaler Norsk Elektronisk Legehåndbok følgende tiltak for å forebygge/behandle forstoppelse (inkludert non-OGD): Gode avføringsvaner, grovt og fiberrikt kosthold, rikelig

drikke, fysisk aktivitet og laksantia². Nasjonal faglig veileder for bruk av opioider skriver at opioidindusert forstoppelse må forebygges eller lindres med daglig fibertilskudd og mykgjørende midler som laktulose³. RELIS skriver at “Forstoppelse er en så vanlig og påregnet bivirkning av opioider at det anses som en kunstfeil å forskrive opioider uten samtidig å starte medikamentell obstipasjonsprofylakse”⁴. I Legeforeningens Retningslinjer for smertelindring skriver de at “Laksantia skal alltid gis samtidig med opioider når de skal brukes i mer enn noen få dager”⁵.

I en nylig review-artikkel om OGD i det anerkjente tidsskriftet *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, anbefales det at generelle tiltak som økt fysisk aktivitet og optimalisert væske- og fiberinntak bør anbefales pasienter når de starter på opioider⁶. I tillegg anbefales det at reseptfrie laksantia brukes som førstelinjeterapi når pasientene opplever symptomer på OGD. Vi fant i tillegg en internasjonal retningslinje som graderte kunnskapsgrunnlaget i henhold til GRADE og ga anbefalinger for håndtering av opioidindusert gastrointestinal dysfunksjon⁷. De nevnte tiltakene i denne retningslinjen var 1) løselig fiber (lav kvalitet, svak anbefaling), 2) fysisk aktivitet (medium kvalitet, svak anbefaling), 3) laksantia som førstelinjebehandling ved OGD (lav kvalitet, sterk anbefaling). I tillegg ble det anbefalt kombinert behandling med mykgjørende og stimulerende laksantia (lav kvalitet, svak anbefaling).

Retningslinjene og de systematiske artiklene har relative like anbefalinger for å forebygge obstipasjon. Imidlertid er anbefalingene utelukkende svake i den ene retningslinjen som har gradert tiltakene. Det er litt sprikende anbefalinger angående hvorvidt man automatisk skal anbefale pasienten å starte på laksantia samtidig som oppstart opioider. De norske retningslinjene i taler i større grad for en slik anbefaling, mens de internasjonale retningslinjene anbefaler oppstart av laksantia først når pasienten har fått symptomer på OGD.

Tross den svake anbefalingen for foreslåtte forebyggende tiltak, har vi valgt å anbefale dette til pasientene. Dette er basert på et prinsipp om at skadepotensialet ved de foreslåtte tiltakene er svært lavt. Når det gjelder anbefaling om laksantia har vi valgt en restriktiv holdning. Dette er basert på at den aktuelle pasientgruppen i de fleste tilfeller vil få forskrevet svake opioider i et begrenset tidspunkt, og at man derfor kan argumentere for at laksantia kun er nødvendig ved symptomer på forstoppelse.

Basert på dette har vi valgt å konkludere med at alle pasienter som starter på behandling med sterke eller svake opioider bør forebygge obstipasjon ved å ha fokus på økt fiber i kosten, rikelig med drikke og regelmessig fysisk aktivitet der dette er praktisk mulig. Så fort pasientene merker symptomer på endret avføringsmønster bør de i tillegg starte behandling med mykgjørende og stimulerende laksantia.

Søkestrategien for kunnskapsgrunnlaget for forebyggende tiltak mot opioidindusert forstoppelse ble gjort på tilsvarende vis i McMaster PLUS ved hjelp av søkeordene ”opioid-induced constipation”. De norske retningslinjene ble funnet ved hjelp av målrettet søk på aktuelle kilder som Helsedirektoratet, Legeforeningen og Norsk Elektronisk Legehåndbok, i tillegg til søk i Google på ”retningslinjer forstoppelse/obstipasjon opioider/smertebehandling”.

2.2 Kunnskapsgrunnlaget knyttet til tiltakene

Vi har videre sett på kunnskapsgrunnlaget for aktuelle tiltak som skal sikre at pasientene mottar denne informasjonen. Vi har tatt utgangspunkt i at informasjon til pasientene om risikoen for bivirkningene samt konkrete tiltak for å unngå dette, vil medføre at færre får plager. Vi har derfor ikke direkte sett på kunnskapsgrunnlaget for i hvilken grad informasjon som er mottatt og forstått fører til endret atferd hos pasientene, men heller kunnskapsgrunnlaget for at pasientene mottar informasjonen.

Det finnes flere strategier for å iverksette en endring med formål om at pasientene mottar og kan gjenkalle informasjon om det aktuelle problemet. Vi har valgt å fokusere på følgende tiltak: Utlevering av informasjonsskriv, muntlig og skriftlig informasjon til legene, synlig informasjon på veggen i pasientområde og/eller behandlingsrom og et varsel i elektronisk pasientjournal til legen. Vi har ikke funnet gode systematiske oversikter med oppsummert forskning om effekten av de ulike tiltakene for å gi pasientinformasjon. Vi har derfor valgt å fokusere på et par enkeltartikler som ble funnet gjennom tilfeldig søk i PubMed/Google Scholar. Vi har ikke valgt å gjøre systematiske søk på enkeltartikler da vi oppfatter det som utenfor rammen av denne oppgaven.

Den kanskje viktigste enkeltartikkelen vi fant beskriver at pasientene ønsker å bli informert om mulige bivirkninger av medikamenter. Av 2500 spurte pasienter så svarte 76,2 % at de ønsket å bli fortalt alle mulige bivirkninger av et medikament⁸. En annen enkeltstudie sammenlignet informasjon om bivirkninger av et medikament gitt via et skjema eller ved muntlig informasjon fra legen. Pasientene klarte å gjengi informasjonen like godt uavhengig om de fikk informasjon fra legen eller fra skjema, men de som fikk informasjon fra begge gjenga informasjon best⁹. En annen prospektiv intervensjonsstudie som ønsket å få leger i allmennpraksis til å gi bedre informasjon om medikamentforskriving, viste ingen effekt på pasientenes kunnskaper før versus etter intervensjonen som bestod av undervisning av leger og post-it lapper på kontoret¹⁰.

Kunnskapsgrunlaget for de aktuelle tiltakene er ikke veldig overbevisende da det baserer seg på små enkeltstudier med sprikende resultater. Søkestrategien vi har brukt har vært å 1) søke i McMaster PLUS etter systematiske oversikter med kombinasjoner av søkeord som "informing about side effects/adverse events", "communication prescribing drug" og "interventional tools clinician information". Vi fant ingen relevante resultater her, og gikk videre til 2) søk i Google Scholar med samme søkeord. Aktuelle enkeltartikler ble skimlet for referanser av verdi og/eller om artikkelen var sitert av review-artikler. Da vi ikke fant noen gode systematiske oversikter ved denne strategien heller, valgte vi å plukke ut de mest relevante enkeltartiklene.

3. Dagens praksis

Det finnes ingen oversikt over hvor mange pasienter som mottar opioider på skadelegevakten i Oslo. Derimot er det gjort flere studier på bruken av opioider i Norge og de andre nordiske landene. En studie publisert i *Scandinavian Journal of Pain* så på opioidbruk i Norge, Sverige og Danmark i årene 2006 til 2017¹¹. De fant at bruken av kodein sank i alle tre land i denne perioden, men at bruken av oksykodon økte. Norge var det landet hvor flest polikliniske pasienter hentet ut opioider. En annen studie publisert i *European Journal of Pain* så på forskrivning av opioidresepter i Norge fra 2004 til 2007¹². De fant at de fleste som får

opioider får dette mot akutte, ikke-kreftrelaterte smerter. En tredje studie publisert i *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* fant at omtrent 1 av 10 voksne i Norge fikk resept på kodein i løpet av 2005¹³. De fleste (58 %) fikk kodein kun én gang, mest sannsynlig mot akutte smerter.

3.1 Dagens praksis i mikrosystemet

Som disse studiene viser, er det mange pasienter som mottar opioider mot akutte smerter. Man kan anta at det hovedsakelig er denne gruppen pasienter man behandler på skadelegevakten. Et kvalitetsforbedringsprosjekt med skadelegevakten som mikrosystem er derfor aktuelt.

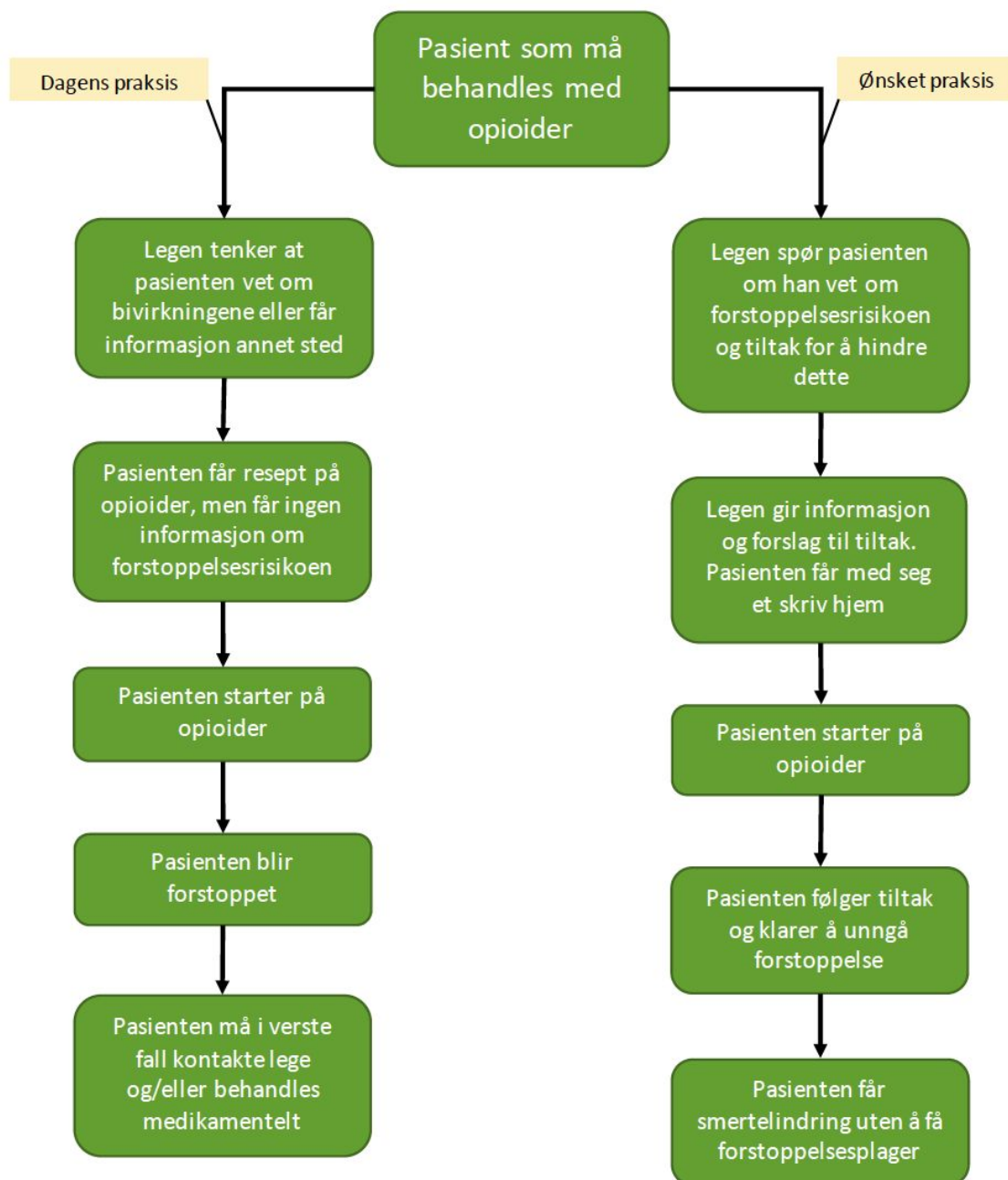
Vi tok kontakt med to leger på Oslo skadelegevakt for å undersøke hva deres praksis er med å gi informasjon og forslag til tiltak. I tillegg spurte vi den ene legen hva hans inntrykk var med tanke på hvilke opioider som brukes mest, selv om opioidtypen som gis selvsagt avhenger av situasjonen. Denne legens inntrykk er at de opioidene som primært skrives ut til pasientene på skadelegevakten, er svake opioider i form av kodeinpreparatene Paralgin forte og Tramadol. I tillegg gis Ketorax, sammen med Stesolid, ved reponering av store brudd eller skade av store ledd. Ved utskriving av Paralgin forte gis typisk en pakke á 20 tabletter, og doseringen er én-to tabletter inntil tre-fire ganger daglig.

Ved spørsmål om hvor mye informasjon de gir pasienten, fikk vi to ulike svar fra de to legene. Den ene anga å alltid gi pasienten informasjon om risikoen for obstipasjon ved opioidbruk og forslag til tiltak. Begrunnelsen for dette var at legens erfaring fra en tidligere arbeidsplass, der det var retningslinjer som sa at slik informasjon og forslag til tiltak skulle gis. Dette ble en innarbeidet praksis for vedkommende, noe som ble fortsatt på skadelegevakten. Den andre legen hadde ikke den samme rutinen på dette, trolig forklart ved at vedkommende ikke hadde erfaring med slike retningslinjer fra tidligere arbeid. Ingen av dem hadde fått instruksjoner fra avdelingsleder eller andre ansatte på skadelegevakten om at slik informasjon burde gis.

I tillegg til å snakke med de to legene, kontaktet vi avdelingssykepleier ved skadelegevakten. Hun forhørte seg med både leger og sykepleiere for å høre hva praksis var for hver enkelt. Avdelingssykepleier konkluderte med at praksis var ulik for hver enkelt behandler, og at

informasjonen som pasientene får er tilfeldig ut ifra hvilken behandler pasienten møter. Følgelig synes det som om at det ikke er noen standardisert praksis vedrørende informasjonsgivning til pasientene ved forskrivelse av opioidpreparater ved skadelegevakten.

Flytskjemaet under sammenligner dagens praksis med den praksisen vi ønsker å innføre.



4. Tiltak, indikatorer, ledelse og organisering

4.1 Tiltak

Hovedintensjonen i kvalitetsforbedringsprosjektet er å sørge for at pasientene får informasjon om risikoen for obstipasjon når de inntar opioider samt tiltak for å unngå dette. Hovedtiltaket vårt for å oppnå dette er utdeling av et informasjonsskriv til pasientene fra legene (appendiks 1) i tillegg til informasjon til legene. Kvalitetsforbedringsprosjektet går over 12 uker og prosjektteamet består av avdelingsoverlege, avdelingssykepleier og en medisinstudent som vil bruke deler av kvalitetsforbedringsprosjektet i en prosjektoppgave.

I forkant av prosjektet vil avdelingsoverlege sende ut en e-post til alle ansatte der det informeres om prosjektet og hvorfor det gjennomføres (appendiks 2). Det er ønskelig om denne mailen sendes ut fredagen før implementeringsuken (uke 0). Avdelingsoverlege skal videre informere på morgenmøte og vaktskiftemøte mandag og fredag i uke 1 om bakgrunnen for prosjektet og hvorfor det er viktig at pasientene får beskjed om risikoen for opioidindusert forstoppelse. Tilsvarende påminnelse vil også bli gjort i uke 2, 3, 6 og uke 12. Målet vårt er at 90 % av pasientene som mottar opioider får informasjonsskriv i løpet av de 12 første ukene i prosjektperioden.

4.2 Evaluering og justering

Kvalitetsforbedringsprosjektet vil også være et ledd i en prosjektoppgave for en medisinstudent. Studentens oppgaver blir å skrive ut nok informasjonsskriv og legge dem på vaktrommet ved skadelegevakten. Informasjonsskrivene legges i en egen hylle, ved siden av pasientinformasjonsskriv for andre tilstander. Vi har valgt å plassere informasjonsskrivene her da plassering av dem på ett sted vil forenkle telleprosessen (se under), og det medfører mindre risiko for at de havner på avveie eller kastes, enn hvis de eksempelvis skulle ha blitt plassert

på ulike undersøkelsesrom. I tillegg er vaktrommet en felles arbeidsstasjon for alle legene, slik at dette synes som det mest naturlige stedet å plassere dem.

Medisinstudenten vil videre ta kontakt med tre tilfeldige leger på vakt i uke 1, 2, 4, 6 og 12 (på forskjellige tidspunkt, for eksempel dagvakt ukedag, kveldsvakt ukedag, dagvakt helgedag, kveldsvakt helg og endelig dagvakt ukedag) og be dem fylle ut et skjema for andel konsultasjoner med forskrivning av resept på opioider (appendiks 3). Gjennomsnittet av andelen konsultasjoner med opioidforskrivning for de tre legene i hver enkelt uke vil bli regnet ut.

I tillegg vil studenten ha kontroll på hvor mange informasjonsskriv som er skrevet ut samt å telle hvor mange som er igjen på vaktrommet i uke 1, 2, 4, 6 og 12. Avdelingsoverlegen vil hente frem statistikk i databasen på hvor mange konsultasjoner som ble gjennomført ved skadelegevakten i henholdsvis uke 1, 2, 4, 6 og 12.

På denne måten kan det estimeres hvor mange konsultasjoner i snitt det skrives ut resept på opioider i de aktuelle evalueringsukene, samt hvor mange skjemaer som er blitt delt ut. Ved å dele disse to tallene på hverandre får vi en estimert andel på hvor mange pasienter som fikk resept på opioider som fikk utdelt informasjonsskriv. Dette er vår kvalitetsindikator og er et eksempel på en prosessindikator. Målet vårt er, som tidligere nevnt, at det skal deles ut skjema til minst 90 % av pasientene som får resept på opioider.

Det er i tillegg ønskelig å se på effekten av tiltaket i form av en resultatindikator. Dette kan gjøres ved å ta stikkprøver ved å følge opp pasientene på telefon i etterkant av konsultasjonene, og forhøre seg med dem om de fikk informasjonsskriv om faren for OGD. Dette er i midlertidig svært ressurskrevende og vil i større grad være en kvantitativ studie enn et kvalitetsforbedringsprosjekt. Vi ser for oss at dette kunne vært en fin studie til en prosjektoppgave, men har valgt og ikke gå videre med denne ideen da vi oppfatter det som utenfor omfanget av oppgaven.

4.3 Prosess, ledelse og organisering

Det er nødvendig at en tar lederansvaret. Dette ønsker vi at avdelingsoverlegen, som også er studentens veileder, skal ha. I tillegg skal det dannes et prosjektteam bestående av veileder,

studenten og avdelingssykepleier. Prosjektteamet møtes i forkant av oppstart av tiltaket og går gjennom tiltakene som skal gjøres, prosessindikatorene og fordeling av arbeidsoppgaver. Gruppen møtes igjen så snart tallene fra uke 1 er klare for å gjøre opp en status på hvordan tiltaket har gått den første uken, og om eventuelle endringer som bør iverksettes. På samme måte vil gruppen møtes i etterkant av uke 2, 4, 6, og etter uke 12 for å gjøres opp en totalvurdering av kvalitetsforbedringsprosjektet. Det vil da skrives en møterapport. Denne rapporten i kort form vil sendes på mail til alle i prosjektgruppa, samt de ansatte på avdelingen. På denne måten informere de ansatte om de fortløpende resultatene. Målet er som nevnt at 90 % av pasienter som får opioider skal få pasientinformasjonsskriv. For hver uke, mandager, kan det på morgenmøtet og vaktmøtet spilles inn en kommentar der man oppgir om målet er nådd eller ikke. Hvis prosjektet er vellykket og det er ønskelig å fortsette tiltaket vil avdelingssykepleieren ta over ansvaret med å sørge for at det alltid er tilgjengelig informasjonsskriv på legekantoret.

Ved manglende måloppnåelse på 90 % utdelte skjemaer må prosjektgruppen utrede årsaken til dette, og eventuelle tiltak iverksettes deretter. Hvis det viser seg at utdeling av skjemaer er lite hensiktsmessig og/eller møter stor motstand hos de ansatte, kan man velge å endre strategi ved å i større grad fokusere på opplæring av de ansatte og basere seg på muntlig informasjon til pasientene om risikoen for OGD.

4.4 Motstand mot endring

Vi er forberedt på å møte motstand mot endring. Tiltaket skal iverksettes et sted der det er høyt arbeidstempo og mange ting å huske på. Det å skulle ha enda en oppgave å fokusere på vil med all sannsynlighet møte motstand. I første omgang er det viktig med en åpen dialog der man forsøker å forstå motargumentene til kvalitetsforbedringsprosjektet, og videre prøve å finne løsninger på problemene sammen. Det blir viktig for oss å informere om kunnskapsgrunnlaget og ta opp argumenter for at det totalt sett kan være tid- og ressursbesparende å forebygge obstipasjon.

5. Diskusjon

Opioidindusert obstipasjon er en vanlig bivirkning ved bruk av svake og sterke opioider, og er trolig betydelig underdiagnostisert. Dette gjelder sannsynligvis både ved innleggelse i sykehus, polikliniske konsultasjoner og i allmennpraksis. Litteraturen beskriver at de fleste pasienter mottar opioider på grunn av akutte smerter i Norge, og 10 % av befolkning har fått skrevet ut en resept på kodein i løpet av en treårs periode. Norge er det landet i Norden som skriver ut flest resepter på morfinpreparater i polikliniske konsultasjoner. Vi landet derfor tidlig på at et kvalitetsforbedringstiltak for en skadelegevakt ville være et ideelt sted å nå ut til mange pasienter med informasjon om risikoen for opioidindusert obstipasjon.

Da vi så på kunnskapsgrunlaget for å forebygge OGD fant vi ingen retningslinjer av høy kvalitet, og det kan diskuteres hvorvidt de foreslåtte tiltakene vil være effektive. Videre finnes det lite data som undersøker forskjellen mellom svake og sterke opioider, og langvarig versus kortvarig bruk, og risikoen for å utvikle OGD. Pasientene i aktuelle mikrosystemet får i stor grad skrevet ut svake opioider til kortvarig bruk. Det kan derfor diskuteres hvorvidt retningslinjene for aktuelle tiltak for å forebygge OGD også vil gjelde for pasientene ved Oslo skadelegevakt. Økt inntak av fiber, vann og fokus på fysisk aktivitet har et lavt skadepotensiale for pasienten, og vi har derfor valgt å anbefale at alle pasienter som får skrevet ut opioidholdig medikamenter får denne informasjonen.

Selv om det i kunnskapsgrunlaget er sprikende anbefalinger om bruken av laksantia ved oppstart av opioidholdig medikament, har vi valgt å ha en restriktiv holdning til dette for å redusere risikoen for overbehandling. Vi anbefaler pasienter å starte med laksantia først ved endret avføringsmønster, slik at usikkerheten i kunnskapsgrunlaget ikke fører til at pasienter opplever bivirkninger som for eksempel diaré. Da risikerer vi at vi skaper et nytt problem som vil føre til økt rekontakt med helsevesenet og redusert livskvalitet hos pasientene.

I mikrosystemet vi har tatt for oss er det ingen klare retningslinjer for informering om bivirkningen og forebyggende tiltak. Ved samtale med avdelingssykepleier ble det stilt spørsmål ved behovet for informasjonsgiving om OGD, da de allerede mottar informasjon om bivirkningene fra flere kilder. Pakningsvedlegg til medikamentet ble nevnt som en kilde til

informasjon for pasientene. Vår oppfatning gjennom klinisk praksis på allmennlegekontor og sykehus er at svært få pasienter leser pakningsvedlegget grundig nok. Det er svært mye tekst, og det kan være vanskelig å få med seg det viktigste. Det står i tillegg lite om forebyggende tiltak for OGD i pakningsvedleggene, kun om risikoen for å få det. Det ble også nevnt at “apoteket også informerer om bivirkninger”. Vår erfaring er at det ikke er noe systematikk i dette, om det gjøres er svært tilfeldig og ikke noe man kan basere seg på. I tillegg kan det nok også være at helsepersonell tenker at risikoen for obstipasjon er en velkjent bivirkning som alle vet om, og noe som derfor ikke trengs å informeres om.

Dette, sammen med en forventning om at alle leser pakningsvedlegget og at apoteket informerer om bivirkningene, kan bidra til at behandlerne ikke ser behovet for å gi informasjon. Til syvende og sist er det legens ansvar å informere pasientene om mulige bivirkninger av medisinen vedkommende skriver ut til pasientene. Hvis legen ikke gjør dette, kan man ikke basere seg på andre kilder for informasjon til pasienten og man risikerer at pasienten forblir uvitende om enkle tiltak som kan lette store plager.

Det kan generelt være krevende å implementere et nytt tiltak i en travel hverdag med mange ansatte. Vi anser det derfor som en fordel at vårt tiltak er lite ressurskrevende. For å kunne vurdere effekten av vårt kvalitetsforbedringsprosjekt har vi foreslått at prosjektet kan gjennomføres som en del av en prosjektoppgave ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo. Dette har fordelen at det frigjør ressurser og man i større grad også kan få flere data fra resultatsindikatorer for å evaluere effekten av prosjektet. Ulempen med en slik modell vil være at man baserer seg på en innsats fra en person som ikke er fast ansatt ved skadelegevakten, og dermed heller ikke har et arbeidstakeransvar for gjennomføringen av prosjektet. For å minske risikoen for at prosjektet stopper opp på grunn av manglende innsats fra medisinstudenten, har vi valgt å inkludere avdelingssykepleieren i prosjektgruppen som en ekstra ressursperson underveis i prosessen, og som i tillegg er tiltenkt å ta over videreføringen av tiltaket etter de 12 ukene kvalitetsforbedringsprosjektet varer.

Et annet faremoment vi må være observant på ved å gjennomføre prosjektet som en studentoppgave er balansen mellom et forskningsprosjekt og kvalitetsforbedringstiltak. Det kan være en risiko for at fokuset i større grad blir på evalueringen og forskningsstatistikk istedenfor selve gjennomføringen av tiltaket. Det er derfor viktig å definere konkrete

prosessindikatorer, samt konkrete delmål og arbeidsoppgaver i forkant av implementeringen av tiltaket.

Hvis man ikke finner en medisinstudent som ønsker å delta på dette prosjektet som ledd i en prosjektoppgave, vil det kunne være aktuelt å opprette en forskningsassistentstilling i en lav stillingsprosent ved skadelegevakten. Assistenten vil i så tilfelle ha de samme arbeidsoppgavene som vi har skissert for medisinstudenten. Prosjektet vil da likevel kunne gjennomføres, men kreve øke ressursbruk og trolig økt innsats fra avdelingsledelsen. Dette kan om mulig forsvares ved at flere kvalitetsforbedringstiltak og/eller studier på pasientmaterialet gjennomføres av samme person i samme tidsrom.

En annen løsning kan være å finne en allerede ansatt på skadelegevakten som er motivert og interessert i prosjektet. Det er en fordel med en person som er interessert i prosjektet, siden dette øker sjansen for god oppfølging av resultatene og tiltakene. Det kan likevel bli en for stor ekstrajobb for denne personen, og kan gå utover daglig drift i betydelig grad.

Et annet aktuelt tiltak som vi har diskutert er muligheten for å legge inn et automatisk varsel om behov for informasjon hver gang en lege skriver en resept på opioidholdig preparat i det elektroniske pasientjournalsystemet (EPJ), og at legen da må dokumentere at informasjonen er gitt. Dette krever derimot et tett samarbeid med tilbyderen av EPJ, og vil ta lengre tid å gjennomføre. Det er også en risiko for at en slik endring ikke vil bli prioritert. I tillegg kan en slik implementering møte stor motstand hos legene da det vil føre til “enda et klikk i EPJ”, og dermed ytterligere redusere arbeidsflyten i det digitale journalsystemet.

Målet med det aktuelle tiltaket har vært å redusere uønskede plager hos pasienten og hindre behov for rekontakt med helsevesenet. Vi har kun valgt å fokusere på forebygging og førstelinjebehandling av OGD ved hjelp av enkle tiltak som ikke krever kontakt med lege. Hos noen pasienter vil de fortsatt ha plager selv etter å ha fulgt rådene vi gir dem, og det vil være aktuelt med andrelinjetiltak for lette på plagene hos disse pasientene. Disse tiltakene vil derimot kreve rekontakt med lege, og for å holde informasjonen så enkel som mulig har vi valgt ikke å vektlegge dette. Vi håper derimot at ved å gjøre pasienten oppmerksom på risikoen for OGD, så vil vi i tillegg senke terskelen for rekontakt med fastlege/legevakt ved vedvarende OGD, og nødvendige tiltak kan bli iverksatt.

Det kan problematiseres hvorvidt økt informasjon om en mulig bivirkning vil føre til mer eller mindre rekontakt med helsevesenet, og om dette er positivt eller negativt. På den ene siden kan man risikere at pasientene tar kontakt med “dagligdagse plager” som i de fleste tilfeller ville gått over av seg selv, og det ikke hadde vært behov for ytterligere behandling. I tillegg kan økt oppmerksomhet rundt bivirkningen vekke unødvendig bekymring hos pasienten. På den andre siden kan økt informasjon om forebygging være et svært kostnadseffektivt tiltak med stor samfunnsøkonomisk gevinst da færre pasienter får bivirkningen og dermed behov for legekontakt. Man kan også tenke seg at slik informasjon om en mulig bivirkning gir leger mulighet til å hjelpe pasientene med et problem de ellers ikke hadde tatt kontakt for, og dermed vil føre til økt livskvalitet hos pasientene. Det er ingen fasit på dette, men vi må støtte oss på litteraturen som viser at OGD er et betydelig problem for pasientene og som fører til redusert livskvalitet.

En annen mulig prosessindikatorer man kunne tenke seg å benytte i dette prosjektet, kunne være punktmålinger i form av ikke-annonsert observasjon av hvor mange pasienter som fikk resept på opioider som samtidig mottok informasjonsskrivet. Medisinstudenten kunne, i spesifiserte tidsrom i løpet av observasjonsperioden, ha sittet ved siden av betalingsautomaten og spurt alle pasientene som betalte om de fikk resept på opioider, og i så fall om de samtidig også fikk skriftlig pasientinformasjon om OGD. Igjen krever dette tid fra studenten, men er trolig ganske enkelt gjennomførbart som ledd i en prosjektoppgave. Imidlertid kan dette skape utfordring ved at det må innhentes skriftlig samtykke fra pasient, og kan gi økte utfordringer med at det må søkes om REK-godkjenning. Alternativt til en medisinstudent kan en ansatt gjøre slike punktmålinger når/hvis vedkommende har ledig tid i løpet av arbeidsdagen. Dette kan skape utfordringer med hensyn til arbeidsfordeling, økt behov for informasjonsflyt og organisering, samt en risiko for at det vil gå på bekostning av daglig drift. I tillegg burde en slik registrering fortrinnsvis gjøres i spesifiserte forhåndsdefinerte tidsrom, men en slik løsning vil trolig være vanskelig gjennomførbar med tanke på samtidighetskonflikter og andre arbeidsoppgaver vedkommende har.

Oppsummert så karakteriseres kvalitetsforbedringstiltaket av et noe dårlig kunnskapsgrunnlag, men det vi har av informasjon tyder på at OGD er en svært hyppig bivirkning forårsaket av den kliniske praksis ved skadelegevakten, og at dette trolig fører til

redusert livskvalitet hos mange pasienter. Fordelen med prosjektet er at det krever lite ressurser og det er liten fare for at tiltaket vil være til skade for pasienten. Det kan diskuteres hvorvidt det er nødvendig å dele ut informasjonsskriv til alle pasienter eller om det holder med internundervisning av legene. Dette må diskuteres internt før eventuell oppstart av kvalitetsforbedringstiltaket. Basert på samtaler med ansatte ved skadelegevakten, de små ressursene som kreves og at dette trolig er en betydelig problemstilling hos pasientene, anbefaler vi at tiltaket gjennomføres slik som skissert i oppgaven.

Litteraturliste

1. Andresen V, Banerji V, Hall G, Lass A, Emmanuel AV. The patient burden of opioid-induced constipation: New insights from a large, multinational survey in five European countries. (2050-6406 (Print)).
2. Forstoppelse hos voksne - Pasientinformasjon. Norsk Elektronisk Legehåndbok.
3. Nasjonal faglig veileder for bruk av opioider. Helsedirektoratet.
4. Riktig bruk av avføringsmidler. RELIS.
5. Retningslinjer for smertelindring. Den norske Legeforening. 2009.
6. Farmer AD, Holt CB, Downes TJ, Ruggeri E, Del Vecchio S, De Giorgio R. Pathophysiology, diagnosis, and management of opioid-induced constipation. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2018;3(3):203-12.
7. Drewes AM, Munkholm P, Simren M, Breivik H, Kongsgaard UE, Hatlebakk JG, et al. Definition, diagnosis and treatment strategies for opioid-induced bowel dysfunction-Recommendations of the Nordic Working Group. *Scand J Pain.* 2016;11:111-22.
8. Ziegler DK, Mosier MC, Buenaver M, Okuyemi K. How Much Information About Adverse Effects of Medication Do Patients Want From Physicians? *Archives of Internal Medicine.* 2001;161(5):706-13.
9. Curtis LM, Mullen RJ, Russell A, Fata A, Bailey SC, Makoul G, et al. An efficacy trial of an electronic health record-based strategy to inform patients on safe medication use: The role of written and spoken communication. *Patient education and counseling.* 2016;99(9):1489-95.
10. Ledford CJW, Childress MA, Ledford CC, Mundy HD. Refining the Practice of Prescribing: Teaching Physician Learners How to Talk to Patients About a New Prescription. *Journal of graduate medical education.* 2014;6(4):726-32.
11. Muller AE, Clausen T, Sjogren P, Odsbu I, Skurtveit S. Prescribed opioid analgesic use developments in three Nordic countries, 2006-2017. (1877-8879 (Electronic)).
12. Fredheim OM, Skurtveit S Fau - Breivik H, Breivik H Fau - Borchgrevink PC, Borchgrevink PC. Increasing use of opioids from 2004 to 2007 - pharmacoepidemiological data from a complete national prescription database in Norway. (1532-2149 (Electronic)).
13. Fredheim OM, Skurtveit S Fau - Moroz A, Moroz A Fau - Breivik H, Breivik H Fau - Borchgrevink PC, Borchgrevink PC. Prescription pattern of codeine for non-malignant pain: a pharmacoepidemiological study from the Norwegian Prescription Database. (1399-6576 (Electronic)).

Appendiks 1 Infoskriv som skal deles ut av legene til alle pasienter som får skrevet ut resept på opioider.

RÅD VED BRUK AV STERKE SMERTESTILLENDE SOM INNEHOLDER OPIOIDER

(Tramadol, Paralgin forte, OxyNorm)

Mange opplever å bli forstoppet ved bruk av smertestillende, her er forslag til tiltak for å unngå dette problemet.

● **INNTAK AV FIBERRIK KOST**

- Eks. grove kornprodukter, havre, bygg, rug, frukt og bær.
- I tillegg kan hvetekli (5 gram daglig, gradvis økende til 15 mg daglig), linfrø (1 spiseskje i frokostblanding eller jogurt) og svsker (6 svsker 2 ganger daglig) anbefales. Andel fiber i kosten bør økes gradvis for å forebygge magesmerter og luftplager.

● **RIKELIG DRIKKE**

- Minst 1500 ml/døgn for voksen person.

● **FYSISK AKTIVITET**

- Vær fysisk aktiv minst 30 minutter hver dag.

● **EVENTUELT RESEPTFRI AVFØRINGSMIDDEL FRA APOTEKET, EKSEMPEL LAKTULOSE OG MOVICOL.**

- Ved færre enn 3 tømninger i uken, forsøk reseptfrie avføringsmidler.
- Laktulose 667 mg/ml 15-30 ml daglig i 3 dager. Hvis ingen effekt kan dosen dobles. Kontakt lege hvis du fremdeles ikke merker effekt.
- Movicol mikstur 1 dosepose 1-2 ganger daglig, jevnt fordelt utover dagen.

Litteraturliste appendiks 1

<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/kosthold-og-ertering/kostrad-fra-helsedirektoratet#12.-v%C3%A6r-fysisk-aktiv-i-minst-30-minutter-hver-dag>.

https://lvh.no/symptomer_og_sykdommer/mage_og_tarm/symptomdiagnoser/obstipasjon

<https://www.felleskatalogen.no/medisin/pasienter/pil-movicol-norgine-640387>

<https://www.felleskatalogen.no/medisin/pasienter/pil-laktulose-mip-pharma-mip-pharma-627983>

Appendiks 2 Mail fra avdelingsoverlege til alle ansatte leger ved skadelegevakten for å informere om kvalitetsforbedringsprosjektet.

Kjære kollegaer

Jeg ønsker å informere dere om et kvalitetsforbedringsprosjekt med oppstart i neste uke. Prosjektet har som mål å motvirke opioidindusert forstoppelse. En medisinstudent vil som ledd i en prosjektoppgave lage informasjonsskriv til avdelingen som det er ønskelig at dere tar i bruk til pasienter som får forskrevet opioider. Arkene vil ligge ved printeren på vaktrommet.

Vi har opprettet en prosjektgruppe med NN (navn på avdelingssykepleier), medisinstudenten og meg. Vi kommer til å lage enkel statistikk på hvor mange som får opioider og i hvor stor grad informasjonsskrivene deles ut. Dere vil holdes oppdaterte på resultatet.

Igjen, det blir satt stor pris på om dere vil samarbeide med oss og ta i bruk informasjonsskrivet.

Vennlig hilsen

NN (avdelingsoverlege skadelegevakten i Oslo)

Appendiks 3 Registreringsskjema til undersøkende lege for å kartlegge andel pasienter som får skrevet ut resept på opioider.

Pasientnummer	Ble det gitt opioider?	Ble informasjonsskriv utgitt?
1	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
2	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
3	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
4	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
5	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
6	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei