
Optikere og bruk av diagnostiske medikamenter

KOMMENTAR

MAGNE HELLAND

Institutt for optometri
Høgskolen i Buskerud
Postboks 251
3601 Kongsberg

I Tidsskriftet nr. 2/2000 fremmet Norges Optikerforbund et ønske om at offentlig godkjente optikere med god formell kompetanse burde få tilgang på diagnostiske øyedråper (1). Uten at det var noe direkte svar på Norges Optikerforbunds utspill ble problemstillingen kommentert i Tidsskriftet nr. 5/2000 gjennom et kort utdrag fra sentralstyrets møte 10.12. 1999 (2).

Her stiller Legeforeningen seg negativ til en slik formell utvidelse av optikernes arbeidsmetoder. Dette begrunnes med at de diagnostiske mulighetene som følger ved bedre innsyn i øyet, setter betydelig større krav til medisinsk kompetanse for riktig vurdering.

At bedre innsyn i øyet bør stille høyere krav til kompetanse er neppe kontroversielt. Viktigere er spørsmålet om på hvilket nivå påkrevd kompetanse bør ligge, og om norske optikere i dag allerede innehar nødvendige kunnskaper for å kunne ta i bruk diagnostiske medikamenter på en forsvarlig måte. Videre synes det relevant å belyse noen fordeler bruk av diagnostiske medikamenter blant norske optikere vil kunne ha for den enkelte pasient, for synshelsetjenesten og sett i relasjon til samfunnsøkonomiske forhold.

Norsk optikerutdanning på høyskolenivå ble startet på Kongsberg i 1972 etter modell fra universitetsutdanning av optikere i Storbritannia. Utdanningen og fagmiljøet på Høgskolen i Buskerud har opp gjennom årene blitt styrket betydelig, spesielt etter at optikerfaget ble lovregulert som et helsefag gjennom en egen forskrift i 1988 (3). Her ble optikerne pålagt en rekke arbeidsoppgaver – også oppgaver med behov for betydelig ”medisinsk” kompetanse. Optikerforskriftens § 8 d pålegger optikere å henvise til lege personer med behandlingstrengende øyesykdommer eller andre sykdommer av betydning for synet. For å kunne gjøre dette på en forsvarlig måte må optikeren ha god innsikt i fagområder som generell anatomi og fysiologi, generell og

okulær patologi, mikrobiologi, immunforsvaret, farmakologi osv., i tillegg til kunnskaper og ferdigheter i forhold til klinisk instrumentbruk og undersøkelsesmetoder. For å kunne gi relevant undervisning innenfor disse fagområdene har høyskolen en fast stab bestående av 10 – 15 undervisere – alle med universitetsutdanning i optometri fra utenlandske universiteter (inkludert flere med PhD- og MSc-grader). I tillegg til to førsteamanuenser og to førstelektorer består undervisningsstaben også av to deltidsansatte professorer, en innen okulær anatomi/fysiologi og en medisiner med epidemiologi som fagområde. Undervisningen i øyesykdommer og farmakologi har siden starten i 1972 vært ivaretatt av en erfaren øyelege.

Dagens grunnutdanning for optikere er ikke en ettårig håndverksutdanning, men en dynamisk treårig høyskoleutdanning på høyt internasjonalt nivå – med store muligheter for etter- og videreutdanning. For å få offentlig godkjenning som optiker med kontaktlinsekompetanse kreves gjennomført og bestått treårig høyskoleutdanning, minst et års praksis som vanlig optiker, og til slutt gjennomført og bestått videreutdanning kontaktlinsetilpassing (9 vekttall deltidsstudium).

Selv om et stort flertall av optikerne arbeider i privat praksis, har de fleste øyeavdelinger ved norske sykehus egen optikerstilling. Som en konsekvens av dette har optikerutdanningens innhold i alle år også vært rettet mot typiske optikerarbeidsoppgaver i offentlig sektor. I mange øyeavdelinger er det nettopp optikeren som tar seg av fluoresceinangiografi, A-skann ultralydsundersøkelser (for måling av øyets aksiale lengde), okulær fotografering (fremre segment og fundus), refraksjon i cykloplegi osv. – undersøkelser som alle krever bruk av diagnostiske medikamenter. Enkelte øyeavdelinger benytter også optikeren for førstegangsundersøkelse av nye pasienter.

Fagmiljøet på Kongsberg fikk i 1995 et spesielt ansvar for å ivareta og videreutvikle fagområdet ”optometri” innen norsk høyere utdanning, gjennom Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementets tildeling av en såkalt ”knotepunktsfunksjon” i ”Norgesnett”. Etter dette har høyskolen styrket utdanningstilbudet ytterligere og har i dag et nært samarbeid med kompetansemiljøer både i Storbritannia og USA. I denne sammenheng bør det også nevnes at høyskolen i samarbeid med Pennsylvania College of Optometry i Philadelphia tilbyr norske optikere et toårig deltidsstudium i klinisk optometri som fører frem til en MSc-grad. Norske optikere med en slik bakgrunn ligger faglig på høyde med sine utenlandske kolleger i land der bruk av diagnostiske medikamenter av optometristar har lang tradisjon.

Legeforeningens negative innstilling til at godt kvalifiserte norske optikere bør få tilgang på bruk av diagnostiske medikamenter i egen praksis kan vitne om mangelfulle kunnskaper om de endringene som har funnet sted innen optikerfaget. Dagens norske optiker er ikke lenger en ”brilleselgende” håndverker, men en godt skolert fagperson med betydelig kompetanse innen syn og synsproblematikk, øyehelse og generelt forebyggende helsearbeid.

Norske privatpraktiserende optikere foretar rundt en million synskonsultasjoner per år og ca. 4 % av samtlige konsultasjoner ender med viderehenvisning til annet helsepersonell, og da i all hovedsak øyelege (4). Et viktig poeng i denne sammenheng er at mange av dem som viderehenvises har til dels synstruende tilstander, ofte uten nevneverdige subjektive plager eller symptomer. Disse pasientene ville neppe ha blitt tentativt diagnostisert, viderehenvist og gitt relevant behandling, dersom de ikke var

blitt undersøkt hos optiker. Noen eksempler på slike tilstander er glaukom, diabetesretinopati, hypertensiv retinopati, netthinneløsning og okulære svulster. Øyerelaterte pasientkontakter i allmennpraksis utgjør bare ca. 3 % av alle konsultasjoner (5). Disse henvendelsene vil trolig vanligvis være forbundet med åpenbare, symptomer og tegn. Pasienter som tar kontakt med lege etter anbefaling av optikere, utgjør således trolig en annen gruppe enn de som viderehenvises fra allmennpraktiserende lege til øyespesialist.

Selv om bruk av diagnostiske medikamenter blant norske optikere vil kunne spenne over flere medikamentkategorier, og kunne få positive konsekvenser i forhold til mange av optikerens allerede pålagte arbeidsoppgaver, vil det føre for langt å berøre alle områder i en kommentar som denne. I det videre er glaukomscreening valgt ut som et viktig område for en noe mer detaljert analyse.

Diagnostisering og behandling av glaukom er ikke lett. Dette er noe selv erfarne øyeleger vil si seg enig i. Glaukom er en vanlig årsak til svaksynthet og blindhet i befolkningen og får således betydelige samfunnsøkonomiske konsekvenser. Vanlig åpenvinklet glaukom har en prevalens på 1 – 3 % av befolkningen over 40 år i vestlige land, og i flere studier hevdes det at rundt 50 % av alle pasienter til en hver tid er udiagnostisert (6). Tidlig oppdagelse av glaukom krever god medisinsk kunnskap og tilgang ikke bare på tonometri, men også på synsfeltinstrumentering og oftalmoskopi. For å avdekke faren for vinkelblokkglaukom, og for å avdekke eksempelvis eksfoliasjonsglaukom og pigmentglaukom vil undersøkelse av øyets fremre segment ved hjelp av spaltelampemikroskopi også være til god hjelp. Eksfoliasjonsglaukom sees trolig svært sjelden i allmennpraksis nettopp på grunn av fravær av egnet instrumentering. Selv om ikke alle med avleiring av eksfoliasjonsmateriale i øyeforkammeret får glaukom, er denne tilstanden svært vanlig i de nordiske land. Nyere undersøkelser opererer med prevalenstill på hele 15 – 20 % av befolkningen over 65 – 70 år i de fleste nordiske land (7).

Mange av instrumentene nevnt ovenfor er svært vanlige i optometrisk praksis, men sjeldne eller overhodet ikke til stede i en allmennpraksis. En undersøkelse blant et representativt utvalg norske optikere i privat praksis i 1996 viste at 100 % hadde tilgang på direkte oftalmoskopi, over 90 % hadde tilgang på ikke-kontakttonometri og spaltelampemikroskopi og godt over 50 % tilgang på instrumentering for synsfeltundersøkelser (4).

Pupilleutvidelse vil kunne gi betydelig lettere og sikrere tentativ diagnose ved mistanke om glaukom, ikke bare ved at det gis bedre innsyn i øyet. Binokulære undersøkelsesteknikker som muliggjør stereoskopisk vurdering av synsnerven kan utføres, og eventuell pigmentering eller avleiring av eksfoliasjonsmateriale synliggjøres på linseforflaten og i forkammeret.

Gevinsten ved fundusundersøkelser etter mydriasis er vist gjennom mange studier, f.eks. ved diabetes (8) og ulike typer retinopatier (9). En amerikansk studie hvor man foretok fundusundersøkelser på 500 voksne asymptomatiske pasienter, både gjennom ikke-dilatert og dilatert pupill, konkluderte med at 38 % av øynene med fundustilstander hvor tiltak var påkrevd ble oversett der mydriasis ikke ble benyttet (10). For fundustilstander hvor umiddelbare tiltak ikke ble vurdert som påkrevd, ble hele 51 % oversett! En eventuell risiko for å fremprovosere en vinkelblokkglaukom ved bruk av mydriasis er svært liten. Dette er godt dokumentert (11) og samsvarer med klinisk erfaring blant norske øyeleger. Som svar på et leserbrev i Tidsskriftet

nr. 11/1996 om bruk av mydriasis og tilbakedrypping skriver en erfaren øyelege ”. . . Jeg har ennå til gode å se at noen har klart å utløse en akutt vinkelblokkglaukom med Mydrian” (12). Om oftalmoskopi sier samme øyelege ”Den er lett å utføre i mydriasis, men vanskelig uten dette hjelpemiddel” (12).

Det er mange og gode argumenter for å la godt kvalifiserte norske optikere, med et dokumenterbart faglig nivå på høyde med optikere i land der diagnostiske medikamenter har vært benyttet i flere tiår, få tilgang på diagnostiske medikamenter. I en tid med generell legemangel, ressursknapphet i helsevesenet, et skrikende behov for helsetjenester, og en vekst i den eldre delen av befolkningen synes det å gi optikere begrenset rekvisisjonsrett på diagnostiske medikamenter ikke bare å være rasjonelt, men også praktisk mulig, og ikke minst medisinsk forsvarlig.

LITTERATUR

1. Ness T, Garaas T. Optikere ønsker diagnostiske øyedråper. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 258.
2. Andersen EJ. Utdrag fra sentralstyrets møte 10.12. 1999. Rekvisisjonsrett for optikere/optometriste. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 638.
3. Forskrift for godkjenning m.v. av optikere (1988-04-22 nr. 0309). <http://www.lovddata.no/for/sf/so/to-19880422-0309-0.html#9> (8.3.2000).
4. Lid J, Niazi S, Sørskår TL, Helland M. Optikerens rolle som viderehenviser til annet helsepersonell. Optikeren 1996; nr. 6: 37 – 40.
5. Rokstad K, Straand J, Sandvik H. Pasientkontakter i allmennpraksis – En epidemiologisk undersøkelse i Møre og Romsdal. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 659 – 64.
6. O’Shea JG, McLaughlin J, Harvey R. Glaucoma: shared care and other aspects of the contemporary management of primary open-angle glaucoma. Optician 2000; 219: 23 – 31.
7. Ringvold A. Epidemiology of the pseudo-exfoliation syndrome. Acta Ophthalmol (Copenh) 1999; 77: 371 – 5.
8. Klein R, Klein BEK, Neider MW, Hubbard LD, Meuer SM, Brothers RJ. Diabetic retinopathy as detected using ophthalmoscopy, a nonmydriatic camera and a standard fundus camera. Ophthalmology 1985; 92: 485 – 91.
9. Pollack AL, Brodie SE. Diagnostic yield of the routine dilated fundus examination. Ophthalmology 1998; 105: 382 – 6.
10. Siegel BS, Thompson AK, Yolton DP, Reinke AR, Yolton RL. A comparison of diagnostic outcomes with and without pupillary dilation. Journal of the American Optometric Association 1990; 61: 25 – 33.
11. Patel KH, Javitt JC, Tielsch JM, Street DA, Katz J, Quigley HA et al. Incidence of acute angle-closure glaucoma after pharmacologic mydriasis. Am J Ophthalmol 1995; 120: 709 – 17.

12. Hørven I. Mydriasis og tilbakedrypping. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1385.

Publisert: 10. mai 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.