

Warfarin eller NOAC? Hva skal VI velge?

Hvordan implementere brukermedvirkning ved oppstart av antikoagulasjonsbehandling hos pasienter med atrieflimmer



Prosjektoppgave i faget KLoK,
Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

Silje Madeleine Kalstø

Kevin Nguyen

Doan Dinh

Lillian Holmen

Kavitha Sivananthan

Maria Valen-Sendstad

Ingrid Eline K. Hauptmann

Innholdsfortegnelse

1.	Sammendrag	3
2.	Innledning	5
2.1	Bakgrunn for oppgavevalget.....	5
2.2	Bakgrunnsinformasjon om atrieflimmer og risiko for hjerneslag	6
2.2.1	Atrieflimmer	6
2.2.2	CHADS2 og CHA2DS2–VASc score	6
3	Kunnskapsgrunnlaget	7
3.1	PICO spørsmålet:.....	7
3.2	Nasjonale retningslinjer: MAGICapp	8
3.3	Brukermedvirkning	11
4	Dagens Praksis, Tiltak og Indikatorer	12
4.1	Dagens praksis	12
4.2	Tiltak	12
4.3	Indikatorer	14
4.3.1	Strukturindikator	14
4.3.2	Prosessindikator	14
4.3.3	Resultatindikator	15
4.4	Mål.....	17
5	Prosess Ledelse og Organisering	19
5.1	Kartlegging av motstand	19
5.2	Detaljert plan for gjennomføring.....	20
5.2.1	Forberede	20
5.2.2	Planlegge	21
5.2.3	Utføre	22
5.2.4	Kontrollere.....	22
5.2.5	Standardisere og følge opp	23
6	Diskusjon og konklusjon	24
6.1	Er det et behov for vårt tiltak?	24
6.2	Bruk av Decision Aids	24
6.3	Legenes respons på tiltaket	25
6.4	Kunnskapsgrunnlaget	25
6.5	Valg av indikator.....	25
6.6	Økonomiske betraktninger	26
6.1.1.	Hva koster medisinene?	26
6.7	Konklusjon	27
7	Litteraturliste	28

1. Sammendrag

Bakgrunn:

Bakgrunnen for oppgavevalget vårt var spørsmålet om hvilket medikament man skal velge ved oppstart av antikoagulasjonsbehandling hos pasienter med atrieflimmer og tilleggsrisikofaktorer for hjerneslag. I de senere årene har det dukket opp alternativer til warfarin som kalles nye perorale antikoagulantia (NOAC). Det faktum at det ikke er nødvendig og følge opp INR-verdier som ved warfarin, har ført til at disse nye medikamentene kan synes attraktive både for lege og pasient. Likevel gir nye norske retningslinjer kun en svak anbefaling om å velge de nye medisinene. I dette ligger at det er svært liten forskjell mellom de ulike medikamentene når det gjelder effekt på pasient-viktige utfall (død, slag og blødninger). Målsettingen med forbedringsprosjektet er å tillate pasientene ved Lovisenberg Diakonale Sykehus å ta del i beslutninger om valg av warfarin eller NOAC.

Kunnskapsgrunnlag:

Vi benyttet oss av PICO-oppsatt med følgende problemstilling: Hva er effekten av de nye perorale antikoagulantia i forhold til warfarin på mortalitet, slag og større blødning blant pasienter med atrieflimmer (VAsC2)? Etter gjennomgang av internasjonale og ferske nasjonale retningslinjer, samt kildene bak disse retningslinjene, har vi valgt å basere kunnskapsgrunnlaget på den nasjonale retningslinjen. I tillegg har vi gjort søk etter aktuell litteratur angående emnet «shared decision making (SDM)», som oversatt til norsk blir felles eller delt beslutningstaking. I denne oppgaven har forfatterne valgt å bruke ordet brukermedvirkning som en ekvivalent til SDM.

Tiltak:

Vårt tiltak er å implementere brukermedvirkning med fokus på atrieflimmerpasienter med tilleggsrisikofaktorer for hjerneslag, når de nye norske faglige retningslinjene for antitrombotisk behandling og tromboseprofylakse tas i bruk ved Lovisenberg Diakonale Sykehus. Dette skal gjøres ved at leger og pasienter sammen tar i bruk verktøy for beslutningstøtte "Decision Aids" tilgjengelig i retningslinjen via MAGICapp.

Indikatorer:

Strukturindikatoren er hvorvidt nettbrettet er tilgjengelig på avdelingen og at det tekniske har fungert optimalt.

Prosessindikatoren er en kvalitativ evaluering av hvordan legene og pasientene opplevde brukermedvirkning i konsultasjonen ved bruk av verktøyet.

Resultatindikatoren er et spørreskjema til pasientene, der de svarer på om de har opplevd økt brukermedvirkning i behandlingsvalget.

Organisering og ledelse:

Vi tar utgangspunkt i PUKK-sirkelen, som står for planlegging, utføring, kontrollere og korrigere. I planleggingsfasen har vi gjennomgått kunnskapsgrunnlaget og sett behov for kvalitetsforbedring ved oppstart av antikoagulantia hos pasienter med atrieflimmer.

Utføringen vil bestå av opprettelse av en ansvarsgruppe som skal sikre implementeringen av retningslinjen inkludert brukermedvirkning ved behandlingsvalg gjennom verktøyet for beslutningstøtte. For å kontrollere om tiltaket har effekt vil man benytte seg av flere

kvalitetsindikatorer. Dersom man finner svikt i gjennomføringen må det korrigeres.

Vurdering:

Grunnet økt fokus på pasientautonomi og brukermedvirkning ser vi et behov for dette kvalitetsforbedrende prosjektet. I tillegg ser vi dette som en god inngangsport for å øke brukermedvirkningen i helsetjenesten, da det her handler om en svak anbefaling for behandlingsvalg, som gjør at brukerens preferanser får større verdi.

2. Innledning

2.1 Bakgrunn for oppgavevalget

Bakgrunnen for oppgavevalget vårt var spørsmålet om hvilket medikament man skal velge ved oppstart av antikoagulasjonsbehandling hos pasienter med atrieflimmer og tilleggsrisikofaktorer for hjerneslag. Denne pasientpopulasjonen utgjør en relativt stor gruppe, der det er nødvendig med langvarig profylaktisk medikamentell behandling og oppfølging i primærhelsetjenesten.

Inntil nylig har warfarin vært det foretrukne medikamentet i denne sammenhengen. Fordelene ved å stå på warfarin har oppveid ulempene, på tross av bivirkninger, en hel rekke uheldige legemiddelinteraksjoner og ikke minst et krevende oppfølgingsregime for INR-verdier som krever tett oppfølging av fastlege.

I de senere årene har det dukket opp alternativer til warfarin som kalles nye perorale antikoagulantia (NOAC). En annen bivirkningsprofil, og det faktum at det ikke er nødvendig og følge opp INR-verdier som ved warfarin, har ført til at disse nye medikamentene kan synes attraktive både for lege og pasient.

Det dreier seg om tre ulike legemidler kalt dabigatran, rivaroksaban og apixaban. I januar 2013 ble dabigatran og rivaroksaban gjort refusjonsberettigede, noe som gjør at valg av warfarin framfor de nye medikamentene ikke lenger kan forsvares av en økonomisk belastning for pasienten.

Tilgjengeligheten av de nye perorale antikoagulantia er med andre ord relativt fersk, og vi har sett at det er en del uklarheter i forhold til anbefalinger av hvilket medikament man bør velge. Norske retningslinjer for valg av perorale antikoagulantia ble publisert i november 2013 og er tilgjengelig på www.blodfortynnende.no.

Disse retningslinjene gir en svak anbefaling av nye perorale antikoagulantia framfor warfarin for vår pasientgruppe. En svak anbefaling tilsier at det er mer uklart om fordelene oppveier ulempene. Det innebærer fremdeles at de fleste pasienter vil ønske den anbefalte behandlingen, men det er en større mulighet for variasjon i individuelle preferanser.

Det er en svært liten forskjell mellom warfarin og de nye perorale antikoagulantia når det gjelder slagrisiko, risiko for større blødning og mortalitet. På tross av dette er det en del fordeler og ulemper ved de ulike medikamentene som kan ha betydning for individuelle preferanser hos pasientene.

Svake anbefalinger fordrer muligheter for bruker-medvirkning ved valg av behandling, for å sikre at valgene er i tråd med pasientens verdier og preferanser. Nytt i de nye norske retningslinjene er verktøy for beslutningstøtte Decision Aids som skal brukes av lege og pasient for å skape samtaler om valg av behandling. Tilsvarende verktøy er utviklet og testet for andre populasjoner med gode resultater (1-3). Verktøyene vil bli gjort

tilgjengelig gjennom retningslinjen i løpet av våren 2014, straks de er tilstrekkelig testet ut i et internasjonalt forskningsprosjekt (4).

Vårt mål er derfor at leger ved Lovisenberg Diakonale Sykehus får økt kunnskap om brukermedvirkning og bruk av verktøy for beslutningstøtte, og benytter dette når de tar i bruk de nye retningslinjene for oppstart av perorale antikoagulantia.

2.2 Bakgrunnsinformasjon om atrieflimmer og risiko for hjerneslag

2.2.1 Atrieflimmer

Atrieflimmer er uregelmessig atrieaktivitet med 350-600 impulser per minutt, og helt uregelmessig AV-overledning. Ventrikkelfrekvensen er uregelmessig med frekvens oftest 100-150, men kan nå helt opp til 200. Det er underliggende hjertesykdom hos mer enn 50 %, ukjent årsak hos 20-30 %. Atrieflimmer inndeles i typene paroksysmal, persisterende eller permanent atrieflimmer. Prevalens i Norge ca. 0,5-1 % av befolkningen. Økende forekomst med alder, prevalens 12 % i aldersgruppen 75-84 år (5).

2.2.2 CHADS2 og CHA2DS2-VASc score

Atrieflimmer øker risikoen 5 ganger for å få hjerneslag (6). Som forebyggende, får pasientene som har gjennomgått paroksysmal eller persisterende AF, antikoagulasjonsbehandling, hvor enten warfarin eller NOAC inngår. På grunn av blødningsfare knyttet til antikoagulasjonsbehandlingen, behandles bare de pasientene hvor fordelene overveier risikoen. Ved hjelp av CHADS2 eller CHA2DS2-VASc score kan man vurdere risikoen for hjerneslag og arteriell embolisering ved atrieflimmer. Skjemaene har en høy validitet i forhold til å gi en signifikant risikovurdering (7). Alle retningslinjer anbefaler pasienter med CHADS2 score over 2 å bli behandlet med oral antikoagulasjonsbehandling, da risikoene for slag oppveier risikoøkningen for blødning forårsaket av antikoagulasjonsbehandling.

Tabell 1. CHADS2 score		
	<i>Risk Factors</i>	<i>Score</i>
C	Congestive heart failure	1
H	Hypertension	1
A	Age > 75 years	1
D	Diabetes	1
S	Stroke/Tia	2

CHA2DS2-VASc modellen vil føre til en anbefaling for antikoagulasjonsbehandling i en høyere andel av risikoindivider. Inkludering av alder 65-74 år, erkjenner at risiko for slag øker over hele alder spekteret. Kvinner har en høyere risiko i noen studier. Tilstedeværelsen av vaskulær sykdom er godt etablert som en selvstendig risikofaktor for hjerneslag hos pasienter med atrieflimmer.

Tabell 2. CHA2DS2 – VASc score		
	<i>Risk Factors</i>	<i>Score</i>
C	Congestive heart failure	1
H	Hypertension	1
A	Age > 75 years	2
D	Diabetes	1
S	Stroke/Tia	2
V	Vascular disease (prior myocardial infarction, peripheral artery disease, or aortic plaque)	1
A	Age 65-75 years	1
Sc	Sex Category (female gender)	1

3 Kunnskapsgrunnlaget

3.1 PICO spørsmålet:

For å finne ut mer om antikoagulasjonsbehandling satt vi opp et spørsmål etter PICO-metoden:

P atient	I ntervention	C ontrol	O utcome
Atrieflimmer	Dabigatran, Rivaroksaban, Apixaban	Warfarin	Mortalitet, Slag, Større blødning

Blant pasienter med atrieflimmer (VASc2), hvilket utfall gir de nye perorale antikoagulantia i forhold Warfarin på mortalitet, slag, større blødning.

Deretter gjorde vi et systematisk søk etter retningslinjer og artikler. Først utførte vi et pyramidesøk gjennom McMaster+ hvor vi fant flere internasjonale retningslinjer som omtalte antikoagulasjonsbehandling blant pasienter med atrieflimmer. Disse ble lest og kvalitetsvurdert.

Uptodate baserer seg blant annet på den amerikanske retningslinjen fra 2012: 'Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines' (heretter AT9). Vi fant et samsvar mellom denne og europeiske retningslinjer fra European Society of Cardiology (ESC).

Da de nye norske retningslinjene er adaptert fra AT9 og tilpasset norske forhold, har vi valgt å basere kunnskapsgrunnlaget på de norske retningslinjene og metaanalysen som ligger bak anbefalingene gjeldende for vår pasientgruppe.

3.2 Nasjonale retningslinjer: MAGICapp

De nye retningslinjene for antitrombotisk behandling og tromboseprofylakse er utviklet med utgangspunkt i en av verdens ledende internasjonale retningslinjer (AT9), som kom i revidert utgave i 2012. Denne er oversatt og er spesielt tilpasset norske forhold (4).

Retningslinjen er publisert ved bruk av MAGICapp, der MAGIC står for Making GRADE the Irresistible Choice, og baserer seg på GRADE-metodikk. GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) handler om å gradere kvaliteten på oppsummert forskning, og dermed på en forståelig og presis måte å informere på om i hvilken grad vi kan stole på resultatene (8, 9).

MAGICapp gir dermed lett tilgang til hva anbefalingen sier for medikamentbruk til vår pasientgruppe, samt hvilken styrke det er på anbefalingen.

Retning og styrke på hver anbefaling blir i henhold til GRADE fastsatt på grunnlag av følgende fire nøkkelfaktorer: 1) fordeler og ulemper for ulike behandlingsvalg, 2) Kvalitet på dokumentasjonen som ligger bak, 3) Pasientenes typiske verdier og preferanser og 4) Ressurshensyn (10). En samlet vurdering gir en anbefaling gradert som en av følgende:

	STERK ANBEFALING	SVAK ANBEFALING	PRAKTISKE RÅD
Dokumentasjon	Det er klart at fordelene oppveier ulempene.	Det er mer uklart om fordelene oppveier ulempene.	Dette er råd basert på faglig ekspertise, som ikke er vurdert i GRADE grunnet sviktende dokumentasjonsgrunnlag.
Pasient	Dette innebærer at nærmest alle pasienter vil ønske den anbefalte behandlingen.	Det innebærer fremdeles at de fleste pasientene vil ønske den anbefalte behandlingen. Det er likevel en større mulighet for variasjon i individuelle preferanser.	
Helsepersonell	Klinikere vil være enig i at nær sagt alle pasienter bør motta det anbefalte tiltaket. Anbefalingen bør gjelde som rutine.	Klinikere bør anerkjenne at ulike valg vil være riktig for ulike pasienter, og at de må hjelpe pasienter å ta en avgjørelse i samsvar med pasientens egne verdier og preferanser. Verktøy for beslutningsstøtte kan være nyttig.	Praktiske råd skiller seg vesentlig fra anbefalinger og må i større grad følges basert på egen skjønn

Bilde 1. Nøkkelfaktorer: Bildet viser hva retningslinjen sier om de fire nøkkelfaktorene: fordeler og ulemper, kvalitet på dokumentasjonen, pasientenes verdier og preferanser og ressurs hensyn.

Effektestimater **Nøkkelfaktorer** Rasjonale Praktisk info Adaptasjon Ref

Fordeler og ulemper

Nye perorale antikoagulantia versus warfarin per 1000 pasienter behandlet 1 år:

Død og hjerneslag: Ingen sikker forskjell.

Større blødninger: Overordnet ingen sikker forskjell, men det er sett halvering av antall hjerneblødninger (absolutt risikoreduksjon 2 færre per 1000 pasienter behandlet i ett år).

Hjerteinfarkt: ingen sikker forskjell. Unntaket er dabigatran som økte risikoen sammenlignet med warfarin. I de to studiene som er lagt til grunn dog observert generelt svært lav risiko på 5/1000 med warfarin, mot 6/1000 med dabigatran.

Behandlingsavbrudd (pga bivirkninger mm): 31 avbrutt med warfarin, 39 med NOAC.

Kvalitet på dokumentasjonen

Moderat, de forventede effektene av NOAC sammenlignet mot warfarin er hentet fra en systematisk oversikt med heterogenitet i resultatene, og upresise resultater (vide konfidensintervaller) for død og blødninger. Dabigatran var assosiert med økning i hjerteinfarkt og avbrudd i behandlingen i pålitelig subgruppeanalyse.

Verdier og preferanser

De fleste pasienter vil trolig velge nye perorale antikoagulantia gitt noe bedre effekt og færre ulemper ved å ta medisinene. Pasienter som trives godt med warfarin og som har god INR kontroll vil trolig ønske å fortsette med det.

Ressurshensyn

Medikamentkostnadene ved nye perorale antikoagulantia er høyere enn for warfarin, men når en tar hensyn til at en slipper INR-kontroller og har noe bedre effekt mot hjerneslag antas de nye perorale antikoagulantia å være kostnadseffektive totalt sett.

Bilde 2. Anbefaling og Rasjonale: Under rasjonale kan man se hvordan avveiningen mellom de fire nøkkelfaktorene er gjort, og som dermed har ført til den aktuelle anbefalingens retning og styrke.

CHA2DS2-VASc skår 2 eller høyere

Sterk anbefaling

Vi anbefaler peroral antikoagulasjon.

Valg av peroral antikoagulasjon

Svak anbefaling

Det er mindre sikkert om fordelene veier opp for ulempene. Vi tror det vil være variasjon i pasienters ønsker og valg

Vi foreslår nye perorale antikoagulantia (dabigatran, rivaroksaban eller apixaban) fremfor warfarin.

Merknad: Pasienter som er etablert på warfarin med stabile INR-verdier kan trygt fortsette med det. Dabigatran eller rivaroksaban anbefales ikke til pasienter med alvorlig nyresvikt (GFR < 30 mL/min.).

Effektestimater

Nøkkelinfo

Rasjonale

Praktisk info

Adaptasjon

Ref

De nye perorale antikoagulantia har minst like god forebyggende effekt mot hjerneslag, lavere risiko for hjerneblødning og er mer praktiske i bruk. Vi foreslår derfor at de nye perorale antikoagulantia er førstevalg fremfor warfarin der hvor peroral antikoagulasjon er indisert. Godt gjennomført warfarinbehandling med stabile INR-verdier har imidlertid et kost/nytteforhold når det man ser ved de nye medikamentene, slik at pasienter med godt etablert og stabil warfarinbehandling kan fortsette med denne hvis de ønsker.

Den nye retningslinjen kommer med en sterk anbefaling om at pasienter med atrieflimmer og som har tilleggsrisikofaktorer for hjerneslag, CHA2DS2-VASc skår på 2 eller høyere, skal få peroral antikoagulasjonsbehandling.

I forbindelse med valg av peroral antikoagulasjon til pasienter med atrieflimmer og CHA2DS2-VASc skår på 2 eller høyere, anbefales de nye perorale antikoagulantia (dabigatran, rivaroksaban eller apixaban) fremfor warfarin. Dette er en svak anbefaling, som betyr at det er mindre klart om fordelene veier opp for ulempene. Kvaliteten på dokumentasjonen for anbefalingen er rangert som moderat på grunn av heterogenitet i resultatene og upresise (vide konfidensintervaller) resultater for død og blødninger.

Denne svake anbefalingen er basert på en systematisk oversiktsartikkel av Adam og medarbeidere (11). Forfatterne av artikkelen konkluderer med at NOACs er et konkurransedyktig alternativ til warfarin hos pasienter som skal ha langtids antikoagulasjonsbehandling. Behandlingsfordelene med NOACs sammenliknet med warfarin er minimale, og er avhengig av stabiliteten på INR-kontrollene med warfarin. Behandlingsfordelene er størst hvor en har dårlig INR-kontroll, og derav minst ved god INR-kontroll med warfarin.

Bilde 3. Effektestimater

Effektestimater		Nøkkelinfo	Rasjonale	Praktisk info	Adaptasjon	Ref
Populasjon	Intervensjon	Komparator	Utfall			
Atrieflimmer og moderat risiko for slag: CHA2DS2-VASc 1	Nye perorale antikoagulantia	Warfarin	Mortalitet, slag, større blødning			
Atrieflimmer og høy risiko for slag: CHA2DS2-VASc 2 eller høyere	Nye perorale antikoagulantia	Warfarin	Mortalitet, slag, større blødning			

Evidensprofil		Sammendrag	Referanser			
Utfall	Tiltro Til Effektestimaten	Relativ Effekt	Warfarin	Nye Perorale Antikoagu	Absolutt Forskjell	Antall Inkluderte (Studier), Oppfølgingstid
Mortalitet (1 år)	Høy	RR 0.88 (KI 0.82 - 0.96)	30 per 1000	26 per 1000	4 færre per 1000 (KI 5 færre - 1 færre)	44.442 (3) 2 år
Slag (1 år)	Moderat Upresise estimater	RR 0.89 (KI 0.78 - 1.02)	17 per 1000	15 per 1000	2 færre per 1000 (KI 4 færre - 0 flere)	44.442 (3) 2 år
Større blødning (1 år)	Moderat Heterogene og upresise estimater	RR 0.8 (KI 0.63 - 1.01)	25 per 1000	20 per 1000	5 færre per 1000 (KI 9 færre - 0 flere)	44.442 (3) 2 år
Seponering grunnet bivirkninger	Lav Indirekte data og upresise estimater	RR 1.23 (KI 1.05 - 1.44)	31 per 1000	39 per 1000	8 flere per 1000 (KI 2 flere - 14 flere)	55.269 (6) 2 år

3.3 Brukermedvirkning

I engelskspråklig litteratur blir begrepet Shared decision-making brukt for å beskrive en prosess der kliniker og pasient gjennomgår alle faser av en beslutningsprosess sammen, med det formål å hjelpe pasienter til å treffe godt informerte valg om behandling (12-14). I oppgaven har vi valgt og oversette Shared decision-making til det norske begrepet brukermedvirkning ved behandlingsvalg. En økende interesse for nettopp brukermedvirkning ved behandlingsvalg har i de siste årene ført mer forskning rundt temaet.

I en systematisk oversiktsstudie av Joosten (15) så man på effekten av brukermedvirkning ved behandlingsvalg. Denne systematiske oversikten inkluderte 34 studier som hadde en eller flere av følgende utfall: Grad av pasientens tilfredshet, hvor fornøyd pasienten var med behandlingen og livskvalitet etter behandlingen. De studiene som viste signifikant positive

resultater, var studiene som involverte pasienter med en kronisk sykdom og hvor behandlingen gikk over en lengre periode. Dette viser til viktigheten av en aktiv pasientrolle i behandlingsavgjørelsen, spesielt hos den kronisk syke.

4 Dagens Praksis, Tiltak og Indikatorer

4.1 Dagens praksis

Vi har vært i kontakt med Torstein Jensen, seksjonsoverlege ved hjertemedisinsk avdeling, på Lovisenberg Diakonale sykehus (LDS). I følge Jensen er Lovisenberg kjent med de nye norske og de internasjonale retningslinjene for at antikoagulasjon til atrieflimmerpasienter. Det vil si at praksis rundt forskrivning av warfarin/NOAC har endret seg det siste året og nå skrives det ut mer NOAC enn warfarin ved oppstart av antikoagulasjon til disse pasientene. De har også hatt internundervisning for legene på medisinsk avdeling om de nye antikoagulasjonsretningslinjene.

Brukermedvirkning er noe som er viktig ved oppstart av antikoagulasjon til atrieflimmerpasienter på medisinsk avdeling i følge Jensen, men vi har ikke inntrykk av at det er blitt satt i gang noen konkrete tiltak for å gi økt brukermedvirkning i behandlingsvalget om type antikoagulasjon. Derfor er det viktig å avdekke om pasientene har innflytelse på behandlingsvalget *før* igangsetting av våre tiltak, og om det blir endring av denne brukermedvirkningen *etter* de nevnte tiltakene er satt i gang (se under resultatindikatoren). Vi ser for oss at det er et potensiale for kvalitetsforbedring rundt dette temaet på LDS.

4.2 Tiltak

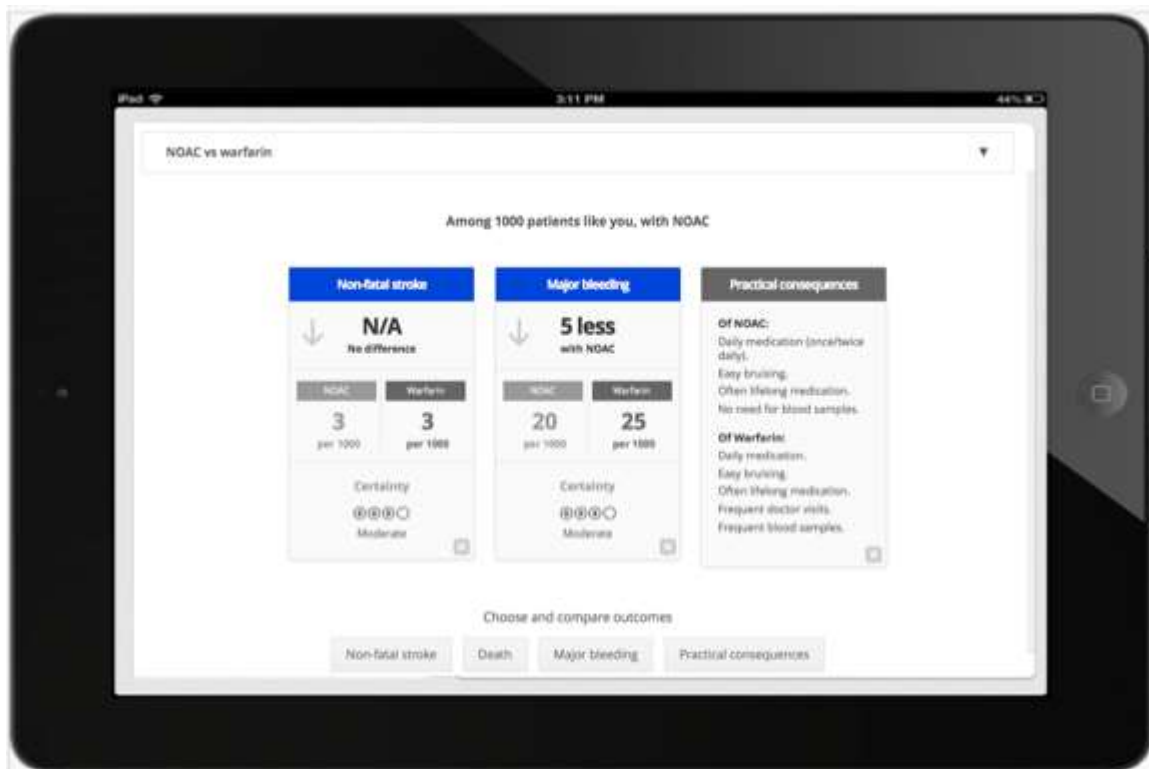
Å implementere brukermedvirkning på et sykehus er en stor utfordring. Vår ambisjon er å begynne med et mikrosystem, der de gjeldende legene og pasientene er begrenset. I lyset av at nye retningslinjene for oppstart av antikoagulantia er lansert og at det for pasientgruppen vi vil jobbe med er to likeverdige medikamentgrupper å velge mellom, vurderer vi at dette et godt sted å starte. Her blir det viktig for legen å ta pasienten med i beslutningsvalget av medikament, for på den måten å oppnå bedre pasienttilfredshet, pasientetterlevelse, helse og livskvalitet etter behandlingen (14).

Valget av våre tiltak er ment å være en hjelp for legene om hvordan de skal forholde seg til en svak anbefaling. I MAGICapp utvikles det nå en del som skal ha funksjon som verktøy for beslutningsstøtte. Verktøyet kalles for Decision Aids, og skal blant annet inneholde pasientvennlig informasjon om ulike behandlingsmuligheter. Decision Aids vil bli utarbeidet ut ifra GRADE retningslinjer og vil bli oppdatert i samsvar med ny forskning. De vil inkluderes i MAGICapp, og slik være tilgjengelig fra et nettbrett som legen lett kan ha

tilgjengelig. Bilde 4 viser verktøyet for beslutningsstøtte, slik det har vært testet ut i forskningsprosjektet SHARE IT. Versjonen som implementeres i de norske retningslinjene vil være basert på resultater av forskningsprosjektet.

Vi tenker oss at legene kan benytte seg av dette verktøyet når de skal diskutere ulike behandlingsmuligheter, og sammen med pasienten velge den mest hensiktsmessige behandlingen for vedkommende, i dette tilfellet valget mellom warfarin og NOAC. Liknende verktøy har vært testet i randomiserte kontrollerte studier og er allerede tatt i bruk med suksess, blant annet på Mayo Clinic i USA (16).

Bilde 4 Verktøy for beslutningsstøtte



En Cochrane-studie fra 2008 vurderte effekten av å gi skriftlig informasjon til pasienter om hvordan de skulle forholde seg til sin helse hjemme etter utskrivelse fra sykehus, i tillegg til muntlig informasjon. Bakgrunnen for studien var at flere pasienter utskrives fra sykehuset tidligere med større krav til egenomsorg, noe som øker behovet for mer detaljert informasjonsgivning. To studier tilfredsstilte inklusjonskriteriene til Cochrane-gruppen, hvor deltakerne var foreldre til barn utskrevet fra sykehus. Forfatterne av Cochrane-studien konkluderte med at skriftlig og muntlig informasjon sammen økte kunnskapsnivået og tilfredsheten hos foreldrene (17).

Vi tenker oss at vår pasientgruppe i tillegg til muntlig informasjon og bruk av Decision Aids, også kunne hatt nytte av å få med seg skriftlig informasjon om de ulike behandlingsoalternativene ved oppstart av antikoagulasjonsbehandling. Et forslag er at det deles ut skriftlig informasjonen etter konsultasjonen, for eksempel i form av små kort. Disse

kortene bør inneholde samme informasjon som i Decision Aids, og vil være en hjelp for pasientene når de skal tenke gjennom valgmulighetene hjemme og diskutere med pårørende.

For å iverksette disse tiltakene bør det utarbeides en ansvarsgruppe som består av leger på flere erfaringsnivåer, sykepleier, IT-ansvarlig og en av nøkkelpersonene som er knyttet til MAGICapp. Disse bør ha ansvar for at legene får kjennskap til de nye retningslinjene og sørge for opplæring i bruk av Decision Aids. Et forslag til opplæringen er et to timers kurs som tilbys legene på avdelingen som ønsker å ta verktøyet for beslutningsstøtte i bruk. Her gjennomgås grunnleggende prinsipper for klinisk kommunikasjon og praktisk bruk av verktøyet gjennom rollespill og videofilming. Ansvarsgruppen bør også ha jevnlig møter for å evaluere tiltaket og komme med forslag til eventuelle endringer.

4.3 Indikatorer

Vi har valgt tre indikatorer for å fortelle oss hvordan tiltakene for kvalitetsforbedring har fungert: en strukturindikator, en prosessindikator og en resultatindikator.

4.3.1 Strukturindikator

Strukturindikatoren forteller oss om retningslinjene faktisk er på plass og det tekniske ved bruk av MAGICapp fungerer for legene. Er nettbrett på plass og i bruk? Har sykehuset lagt til rette for at det skal være mulig å gå på innføringskurs i MAGICapp? Dette vil vi måle ved tilbakemeldinger fra ansvarsgruppen, etter de har fått tilbakemeldinger fra legene og hatt evalueringsmøte om innføringen av tiltaket. Tilbakemeldinger fra legene, kan typisk foregå på et morgenmøte, eller ved løpende tilbakemeldinger til ansvarsgruppa. Ansvarsgruppa setter seg sammen til et evalueringsmøte og gjør en totalvurdering om teknikken til MAGICapp og Decision Aids, og sykehuset tilrettelegging for å lære dette. Dette er en kvalitativ indikator.

4.3.2 Prosessindikator

Den kvalitative prosessindikator handler om hvordan legene synes tiltakene fungerer etter sin hensikt. Er MAGICapp og Decision Aids et godt verktøy for å la pasienten få brukermedvirkning i valget om type antikoagulasjon? Er dette tiltaket noe som ”stjeler” tiden til legene? Og er retningslinjer, gjennom MAGICapp, på nettbrett gjennom konsultasjonen, et praktisk hjelpemiddel i en travel hverdag? Ansvarlig gruppe på avdelingen samler inn tilbakemeldinger fra legene på disse spørsmålene og tar initiativ til et evalueringsmøte (se under strukturindikator) for å gi en samlet vurdering om hvordan legene synes tiltaket fungerer i praksis.

4.3.3 Resultatindikator

Til slutt forslår vi en indikator som kvantifiserer pasientenes opplevelser på to tidspunkt. Vi har utformet et spørreskjema som besvares av en gruppe pasienter før legene er blitt kurset i bruk av Decision Aids og en gruppe pasienter som svarer etter legene har gjennomgått intervensjonen. Dette er en resultatindikator av kvantitativ type. Spørreskjemaet er vanskelig å utforme optimalt og derfor er det viktig å få hjelp til å validere spørsmålene som skal stilles. Vi har likevel kommet med noen spørsmål som vi tenker kan brukes (Figur 1.)

Vi ser for oss at det er mest hensiktsmessig at pasienten får et spørreskjema ved utreise fra medisinsk post, og at det er en sykepleier som deler ut arket. Kvaliteten på gjennomføringen bedres av at personalet forstår viktigheten av målingen, og samarbeider slik at spørreskjemaet blir rutinemessig delt ut og samlet inn. Derfor er det nødvendig med god informasjon til sykepleierne, og at en av dem inngår i ansvarsgruppen som er opprettet. Denne indikatoren har flere utfordringer med tanke på gjennomføring. Det er viktig å få høy deltagelsesrate på spørreskjemaet slik at vi får en representativ vurdering.

Figur 1. Forslag til spørreskjema

Du mottar dette spørreskjemaet fordi du nylig har startet opp med blodfortynnende medisiner. Vi ønsker din tilbakemelding på følgende:	Sett ring rundt ditt svar:
Før du startet opp med blodfortynnende, i hvilken grad fikk du informasjon om forskjellige medisiner? Gradert svar mellom 1 (ikke i det hele tatt) til 5 (i stor grad).	1 2 3 4 5
I hvilken grad var denne informasjonen forståelig for deg? Gradert svar mellom 1 (ikke i det hele tatt) til 5 (i stor grad).	1 2 3 4 5
Fikk du mulighet til å være med i avgjørelsen om hvilken medisin du skulle få? Gradert svar mellom 1 (ikke i det hele tatt) til 5 (i stor grad).	1 2 3 4 5
Til deg som svarte mellom 5-10 på forrige spørsmål: Satte du pris på å bli inkludert i avgjørelsen? Gradert svar mellom 1 (ikke i det hele tatt) til 5 (i stor grad).	1 2 3 4 5

4.4 Mål

Ved oppstart av antikoagulasjon hos atrieflimmerpasienter ved LDS ønsker vi å øke brukermedvirkningen når de nye retningslinjene for antitrombotisk behandling tas i bruk. Dette skal gjøres gjennom implementering av Decision Aids knyttet til MAGICapp.

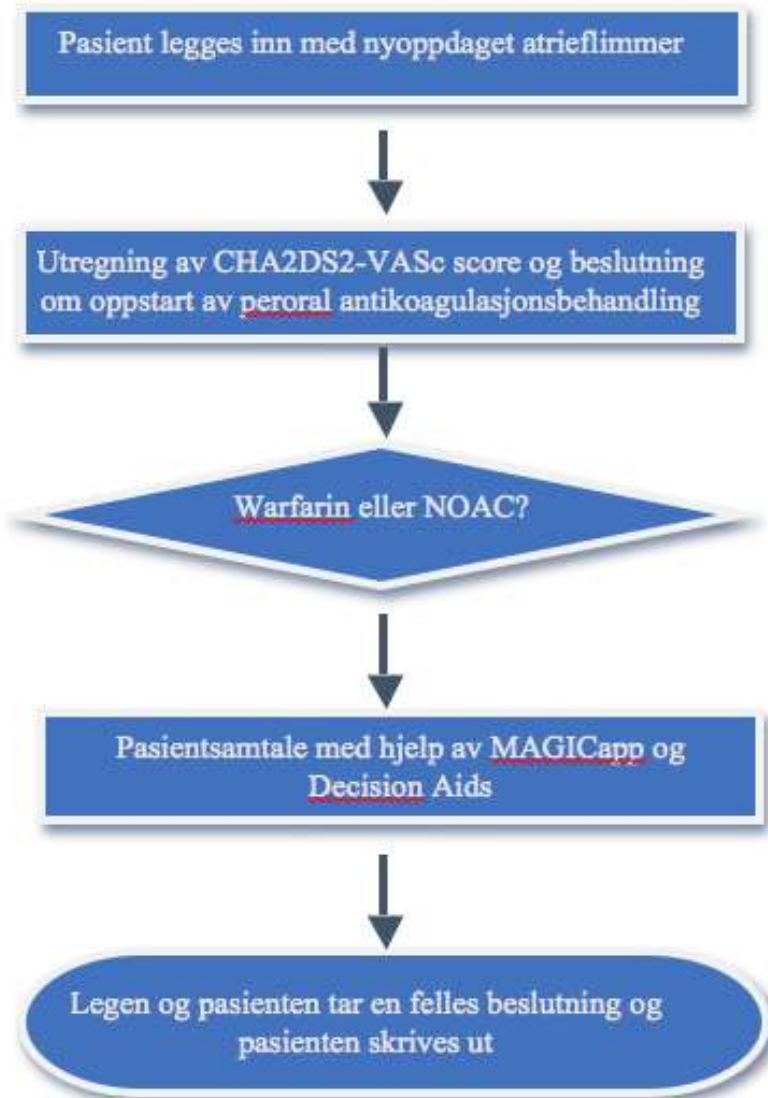
Det er en svært liten forskjell mellom warfarin og de nye perorale antikoagulantia når det gjelder slagrisiko, risiko for større blødning og mortalitet. På tross av dette er det en del fordeler og ulemper ved de ulike medikamentene som kan ha betydning for individuelle preferanser hos pasientene.

Målet med denne oppgaven er i tråd med det tredje punktet under helsetjenester av god kvalitet (figur 2), beskrevet i Veileder til Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (18).

Figur 2.

Helsetjenester av god kvalitet ...
<ul style="list-style-type: none">• ... er virkningsfulle• ... er trygge og sikre• <u>... involverer brukere og gir dem innflytelse</u>• ... er samordnet og preget av kontinuitet• ... utnytter ressursene på en god måte• ... er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Figur 3. Forslag til flytskjema for en pasient med nyoppdaget atrieflimmer fra innleggelse til utskrivelse.

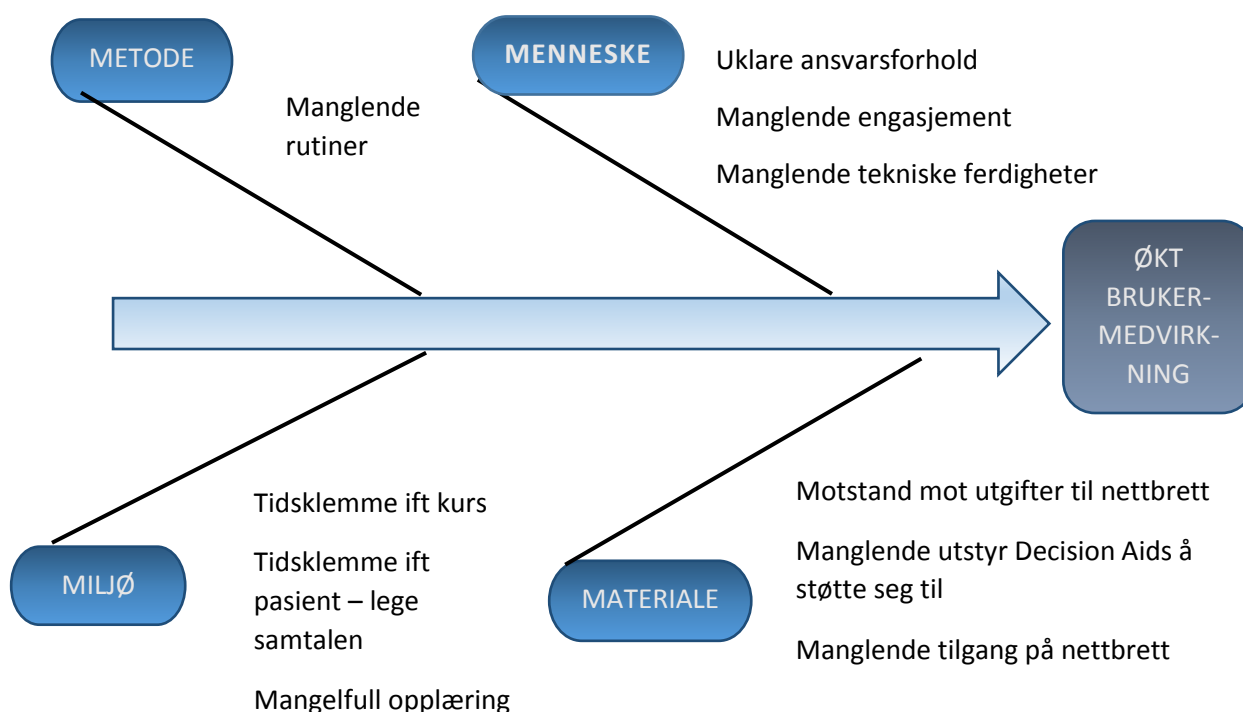


5 Proses, Ledelse og Organisering

5.1 Kartlegging av motstand

Når det skal innføres nye rutiner ved en sykehusavdeling vil det alltid være flere hensyn å ta. En kan forvente at det vil være noe motstand mot å ta i bruk nye rutiner i en travel praksis. Det krever undervisning og gjerne kurs for legene som skal ta i bruk det nye verktøyet, og det vil kanskje være motstand fra ledelsen i forhold til tidsbruk, økonomi og ressurser. Den nye teknologien vil kunne møte motstand fra leger som ikke er vant til å bruke nettbrett. Det vil nok kunne være noe ukjent for legene å benytte seg av et slikt verktøy i den kliniske hverdagen med pasientene. Spesielt i forhold til lege-pasientforholdet og «avstanden» et nettbrett kan skape i den kliniske samtalen. En systematisk oversikt utarbeidet av The Cochrane Collaboration viser at graden av tilfredshet og kunnskap øker hos pasienter som får skriftlig og muntlig informasjon sammenliknet med de som kun får muntlig informasjon (17). Dette forsvarer det å bruke MAGICapp og Decision Aids i brukermedvirkning med pasienten. En RCT av Mullan og Montori (3) har vist at det kun tok få minutter ekstra å bruke Decision Aids-kort. Slik vi ser det vil den største utfordringen være at ledelsen må tilrettelegge for undervisning og kursgjennomføring for legene. Økonomisk vil ikke disse kursene være kostbare, da tiltaksgruppen bak MAGICapp vil gjøre dette gratis. Når verktøyet først tas i bruk, vil det være en god ressurs. Utgiftene til nettbrettene vil dette være en langtidsinvestering, der vi ser for oss at de på sikt kan brukes til andre verktøy enn MAGICapp.

Figur 3. Illustrer hvilke områder som kan føre til motstand mot økt bruk av brukermedvirkning:



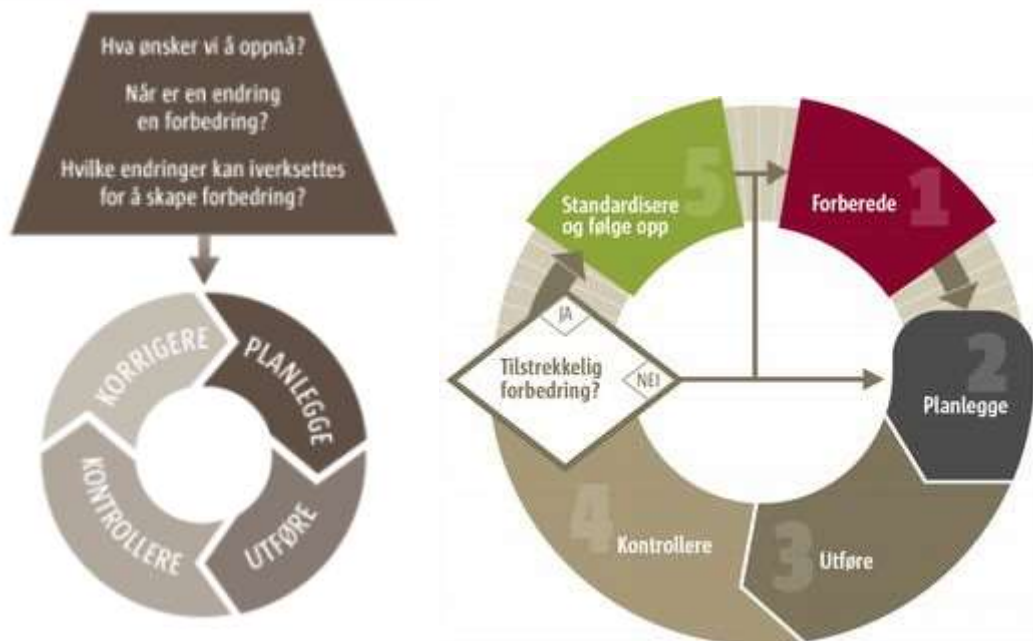
5.2 Detaljert plan for gjennomføring

I planleggingen av prosjektet har vi valgt å benytte oss av PUKK-sirkelen, som beskriver en metode for kvalitetsforbedring som er utviklet av Langley & Nolan (19).

Modellen består av to deler der første delen består av tre grunnleggende spørsmål som man bør stille seg før en går i gang med forbedringstiltak:

- Hva ønsker vi å oppnå?
- Når er en endring en forbedring?
- Hvilke endringer kan iverksettes for å skape forbedring?

Den andre delen er en forbedrings sirkel som består av elementene Planlegge, Utføre, Kontrollere og Korrigere/Standardisere.



5.2.1 Forberede

I forberedelsesfasen som utgjør første del av PUKK-sirkelen, har vi klargjort kunnskapsgrunnlaget i to deler, der vi i første del satte oss grundig inn i kunnskap om perorale antikoagulantia og gjeldende retningslinjer for bruk til vår pasientgruppe. I den andre delen av kunnskapsgrunnlaget tok vi for oss verdien av brukermedvirkning ved behandlingsvalg mellom lege og pasient. Videre har vi, gjennom en dialog med vår kontaktperson samt med leger ved LDS, undersøkt om det er et ønske om og behov for økt bevissthet rundt emnet, samt rom for forbedring. Vi har diskutert hva vi ønsker å oppnå med oppgaven og hvilke

endringer vi kan iverksette for å få til det vi mener er en forbedring. Vi har vurdert at vi må få til en forankring både i ledelsen og i fagmiljøet for å lykkes.

5.2.2 Planlegge

I planleggingsfasen satte vi konkrete mål for hva vi ønsket å oppnå. Vi landet på et hovedmål, som er å implementere økt brukermedvirkning ved behandlingsvalg for pasienter med atrieflimmer, når de nye norske retningslinjene for antitrombotisk behandling tas i bruk.

Vi har hatt kontakt med Lovisenberg Diakonale Sykehus og har gjennom samtale med ansatte på ulike plan, kartlagt hvordan virksomheten fungerer i dag. Dette er nyttig for å kunne lage en detaljert plan for en gjennomførbar implementering. For å få god oversikt finner vi det nyttig å benytte et flytskjema i kartleggingsprosessen.

For å få til de forbedringene vi ønsker, er det nødvendig at legene får kunnskap om, og ser verdien av brukermedvirkning ved behandlingsvalg, og at de blir motivert for og ønsker å benytte seg av dette. Vi ble enige om at opplæring i bruken av Decision Aids knyttet til MAGICapp er nødvendig her. Gjennom MAGICapp vil legene utstyres med et verktøy som forenkler og til en viss grad standardiserer prosessen i lege-pasient-samtalen. I gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget vårt fant vi at en kombinasjon av muntlig og skriftlig informasjon er et veldig godt virkemiddel. Vi tror det er en fordel at pasientene også får med seg et skriv med pasientvennlig informasjon når konsultasjonen er ferdig. Denne informasjonen vil tilsvare den informasjonen pasienten fikk ved bruken av Decision Aids under konsultasjonen. Den kan sådan være en god hjelp til å huske hva som ble sagt, samt være til hjelp hvis pasienten vil diskutere valget sitt med pårørende eller egen lege/fastlege.

Decision Aids for vår pasientgruppe er under utvikling og vil inkluderes i MAGICapp i løpet av våren 2014. Vi ønsker derfor at nettopp disse Decision Aids tas i bruk, framfor å utarbeide enda en faktor i form av brosjyrer. Det er økonomisk og praktisk om det blir standard å bruke det som blir inkludert i MAGICapp.

Et siste poeng er informasjon om lanseringen av de nye norske retningslinjene, og hva en svak anbefaling innebærer. Den svake anbefalingen for medikamentvalg for vår pasientgruppe er grunnlaget for at vi ser dette som en gunstig inngangsport for bruk av brukermedvirkning ved behandlingsvalg.

En viktig faktor når man ønsker å få til en forbedring, er måleindikatorer som henger sammen med og dermed gjør det mulig å vurdere i hvilken grad vi treffer målene vi har satt oss. Vår hovedmål er å øke pasientenes brukermedvirkning ved behandlingsvalg, og da er det naturlig å måle brukertilfredshet, samt hvorvidt pasientene faktisk blir involvert i avgjørelsen. Vi fant også i denne prosessen at det var fornuftig å gjøre forhåndsmålinger tilsvarende den vi vil gjøre etter at implementeringen er gjennomført. Brukertilfredshet og brukermedvirkning er vanskelige faktorer å måle, og et sammenlikningsgrunnlag gjør det lettere å vurdere om tiltaket vi iverksetter fører til reell forbedring av tjenestekvaliteten.

5.2.3 Utføre

Man bør snarest mulig danne en ansvarsgruppe som bør ha det overordnede ansvaret for gjennomføringen av prosjektet. Disse bør sørge for at legene informeres om de nye retningslinjene og om MAGICapp. Dette kan gjøres på flere måter:

- Informasjon til legene på indremedisinsk avdeling på morgenmøtet.
- Inkludering av dette temaet som undervisning for turnusleger.
- Publisere som nyhet på forsiden av intranettet for å øke oppmerksomheten blant helsepersonell.
- Oppdatere de lokale retningslinjene på sykehuset dersom dette ikke allerede er gjort.

Ansvarsgruppen bør også ha ansvaret for innkjøp av nettbrett samt tilrettelegging av kurs i bruk av Decision Aids. Utviklerne av MAGICapp kan stille med en underviser som vil gi legene en innføring i bruk av Decision Aids. Dette vil være et gratis kurs som varer i cirka to timer, og vil blant annet kunne bestå av rollespilltrening. Avhengig av antall leger som skal trenes opp i bruk av det nye verktøyet, bør ansvarsgruppen vurdere antall kurs som bør settes opp. Sammen med ledelsen bør ansvarsgruppen finne tidspunkt som passer legene best.

Dersom det oppstår problemer knyttet til bruk av Decision Aids bør dette kunne tas opp med ansvarsgruppen som igjen vil bringe dette videre til utviklerne av MAGICapp. Tekniske problemer bør kunne tas opp med en IT-ansvarlig som er medlem av ansvarsgruppen.

5.2.4 Kontrollere

Dersom det viser seg at det er problemer med enten nettbrettene, MAGICapp, Decision Aids, eller det er strukturelle hindringer slik at legene har vanskelig for å dra på innføringskurs, må dette kontrolleres gjennom vår strukturindikatoren (evalueringsmøtet og tilbakemeldinger fra legene). Ut ifra denne vurderingen vil vi bestemme korrigeringsstrategi.

Prosessindikatoren er en vurdering fra ansvarsgruppa etter evalueringsmøtet og vil gi noen konkrete tilbakemeldinger om tiltaket har ført til en kvalitetsforbedring eller en blitt en ”tidstyv” i en travel arbeidshverdag. Videre korrigeringsstrategi må skje ut i fra de ansattes tilbakemelding.

Resultatindikatoren vår sier noe om pasienttilfredshet og dette er kanskje den viktigste faktoren vi måler. Har tiltaket med Decision Aids endret praksis? Ved å ha samlet inn et representativt antall pasienttilbakemeldinger både før og etter tiltaket er satt i gang, vil vi forhåpentligvis få et presist estimat om hvorvidt praksisen er endret. Her er også den store fallgraven, dersom det ikke er samlet inn et nok antall svarskjemaer fra pasientene (en prosentandel av populasjonen som må bestemmes), vil det være vanskelig å vurdere tiltaket og eventuell bedring. Dersom resultatindikatoren peker på at praksis ikke har blitt endret, må alle ledd i prosessen evalueres igjen for å se hvilket ledd i gjennomføringen som sviktet, og om det er behov for et annet tiltak for å øke brukermedvirkning blant pasienter.

5.2.5 Standardisere og følge opp

Dersom vi finner at vår implementering har fungert tilfredsstillende, er neste skritt å sikre en oppfølging og videre gjennomføring. En indremedisinsk avdeling er en dynamisk arbeidsplass, og vi må ta høyde for at det kommer til nye ansatte. Det er ikke hensiktsmessig å holde nye eksterne kurs hver gang det kommer til en ny arbeidstaker. Derfor må vi sørge for at brukermedvirkning ved behandlingsvalg når pasienter skal settes på antikoagulantia blir en del av det interne opplæringsprogrammet, og at dette innlemmes i interne prosedyrer.

Vi vil gjennomføre en kontroll to ganger i året, der vi over en fire ukers periode på ny gjennomfører en undersøkelse med det samme spørreskjemaet som vi benyttet for å måle endring i brukermedvirkning og tilfredshet i utgangspunktet. Dette er nyttig for å registrere et eventuelt fall i gjennomføringen av den nye praksisen.

I tillegg vil vi ha oppfriskningskurs en gang i året, men vi ser at dette kan by på en utfordring rent tidsmessig. Alternativt kan det gjennomføres et kurs hvert andre år, samt at det en gang i året settes opp en temadag for brukermedvirkning ved behandlingsvalg, der emnet blir belyst på nytt under undervisning på morgenmøtet, overlappingsmøtene for sykepleierne, samt undervisning for turnusleger.

Vi valgte med denne oppgaven å gjennomføre en endring og forbedring i liten skala, på en begrenset arbeidsplass (Lovisenberg Diakonale Sykehus), og for en begrenset pasientgruppe (Atrieflimmerpasienter som skal startes opp på antikoagulantia). Dersom vi ser at dette er vellykket, er det tid for å utvide prosjektet slik at brukermedvirkning ved behandlingsvalg blir brukt aktivt på flere avdelinger og for flere pasientgrupper. På denne måten vil vi bidra til at Sosial og Helsetjenestens mål om å involvere brukere og gi dem innflytelse, i større grad blir nådd.

6 Diskusjon og konklusjon

6.1 Er det et behov for vårt tiltak?

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomførte i 2012 en spørreundersøkelse blant mer enn 12.000 pasienter over 16 år fra hele landet. Undersøkelsen viste at en av fem pasienter opplevde at legene «ikke i det hele tatt», «i liten grad» eller «i noen grad» snakket slik at pasientene forsto dem. En av tre pasienter mente at de ikke fikk fortalt legene det de mente var viktige om sin egen tilstand. Resultatene kan indikere at pasienten heller ikke fikk medvirke på behandlingsvalget. Dette viser hvor stort behov det er for vårt tiltak i den norske helsetjenesten. Brukermedvirkning ved behandlingsvalg setter fokuset på informasjon og respekt for hva som er viktig for pasienten. Forskning viser at brukermedvirkning ved behandlingsvalg er nyttig, fordi pasienten vil ha mer tillitt til avgjørelsen, bedre compliance, mer tilfreds med behandlingen og bedre livskvalitet (15).

6.2 Bruk av Decision Aids

I tiltaket vårt er bruken av Decision Aids integrert i MAGICapp, og skal brukes med pasienten ved hjelp av et nettbrett. Hensikten er å øke pasientens kunnskap om fordeler og ulemper ved bruken av warfarin og NOAC. På den måten blir Decision Aids brukt som et verktøy i brukermedvirkning av behandlingsvalg. Fordelen ved bruk av MAGICapp, er at legen blir anmodet til å informere pasientene, og at retningslinjene er lett tilgjengelig, slik at de raskere implementeres. Tiltaket er også en langsiktig investering, siden nettbrettet kan brukes i andre fagfelt og til andre lignende problemstillinger. Men for at MAGICapp skal bli tatt i bruk blant leger, må applikasjonen være faglig god og samtidig holder standard i forhold til dagens teknologi. Det er viktig å luke bort enkle tekniske feil, slik at dette ikke fører til mer tidsbruk og irritasjon hos en allerede travel lege.

6.3 Legenes respons på tiltaket

LDS har per dag ingen systematisk praksis i bruk av Decision Aids ved brukermedvirkning av behandlingsvalg. I en studie gjort i Hawaii (20), ble holdningen og praktiseringen av Decision Aids, kartlagt blant 170 leger. Resultatene viste at bruken av Decision Aids blant legene var lav, men også at både anerkjennelsen av fordelene ved brukermedvirkning og åpenhet for å ta i bruk Decision Aids var høy. Studien fra Hawaii, viste at barrierene legene hadde for å implementere Decision Aids blant annet var for lite kunnskap, lite ressurser, og lite tid blant legene for å sette seg inn i ny teknologi. Vi kan også tenke oss at kostnadene ved innkjøp av slikt nettbrett kan føre til motstand fra ledelsen.

6.4 Kunnskapsgrunlaget

I forbindelse med valg av peroral antikoagulasjon til pasienter med atrieflimmer og CHA₂DS₂-VASc skår på 2 eller høyere, anbefales de NOAC fremfor warfarin. Behandlingsfordelene er størst hvor en har dårlig INR – kontroll og derav minst ved god INR kontroll ved warfarin (10). NOAC er relativt nye medikamenter, slik at det er en noen langtidseffekter av legemidlene man ikke kjenner til enda. Dette kan føre til ny endring av retningslinjene i framtiden. De oversikt studiene som er gjort på brukermedvirkning ved behandlingsvalg er basert på kvalitative studier, som er vanskelig å vurdere kvaliteten på. Det er utfordrende å forske på dette området, da resultatene kan være vanskelig å tolke.

6.5 Valg av indikator

Resultatindikatoren vår, som baserer seg på tilbakemeldinger fra spørreskjema utdelt til den aktuelle pasientpopulasjonen, er som allerede nevnt, avhengig av god kvalitet. Vi er avhengig av høy deltagelsesrate, både før og etter innføring av tiltaket, at spørsmålene er enkle å forstå og svare på, samt samarbeid med sykepleierne som skal dele ut og samle inn arkene. Dersom pasientene gir tilbakemelding på at de er inkludert i beslutningen om hvilket antikoagulantia de skal bruke *før* tiltaket er innført, er det et signal om at det er lite behov for kvalitetsforbedring på dette området. Dersom resultatindikatoren peker på at praksis ikke har blitt endret, må alle ledd i prosessen evalueres igjen for å se hvilket ledd i gjennomføringen som svikta eller om det er behov for et annet tiltak for å øke brukermedvirkning blant pasienter.

6.6 Økonomiske betraktninger

6.1.1. Hva koster medisinene?

Det er utført en del studier som har vurdert kostnader mot effekt av NOAC i forhold til warfarin hos atrieflimmerpasienter. Kunnskapsdepartementet konkluderer med at både abixaban 5 mg x 2, dabigatran 150 mg x 2 og rivaroksaban 20 mg x 1 er kostnadseffektive når hver enkelt av dem er sammenliknet i forhold til warfarin hos pasienter med atrieflimmer med medium til høy risiko for hjerneslag (21). I refusjonsrapporten for dabigatran til legemiddelverket beskriver de medikamentet som kostnadsbesparende, med ca. 22 000 NOK innspart per pasient i gjenstående leveår sammenliknet med warfarin (22).

6.6.2 Kostnader knyttet til våre tiltak:

Noen av de foreslåtte tiltakene krever ingen ekstra kostnader for sykehuset. Informasjon om de nye retningslinjene på morgenmøtet, undervisning for turnusleger og kurs i bruk av Decision Aids utløser ikke mer kostnader for sykehuset.

Det vil være en del kostnader knyttet til innkjøp av nettbrett. Men det finnes nettbrett i alle priser og det er ikke nødvendig å kjøpe inn det dyreste i denne sammenhengen. Avhengig av størrelsen på avdelingen bør man kjøpe inn nok antall nettbrett som legene kan ta med seg under konsultasjonen. Selv om dette blir en utgift for sykehuset, kan dette forsvares med at man i økende grad har begynt å ta i bruk nettbrett på sykehus. Dessuten vil det etter hvert bli vanligere med brukermedvirkning i flere sammenhenger, slik at disse kan brukes i også andre fagfelt.

Utdeling av skriftlig informasjon til pasienten vil også føre til noen ekstra utgifter. For å lage kortene med informasjon kan sykehuset benytte seg av firmaer som de allerede har kontakt med. Kostnadene vil være avhengig av antallet pasienter med atrieflimmer som startes opp på antikoagulantia.

Opprettelse av en ansvarsgruppe må også tas med i den økonomiske betraktningen da det vil koste for sykehuset at noen fra personalet må bruke arbeidstiden på å jobbe med dette prosjektet. Men etter at innføringen og kurset er gjennomført, blir det bare nødvendig med evalueringsmøter innimellom.

6.7 Konklusjon

På grunnlag av nasjonale og internasjonale retningslinjer for antikoagulasjonsbehandling som viser en svak anbefaling, ser vi et behov for et økt fokus for brukermedvirkning i helsetjenesten. I den sammenheng er det nødvendig med hjelpemidler for å implementere brukermedvirkning ved behandlingsvalg i konsultasjonen med pasienter.

I form av MAGICapp vil legene ha lett tilgang til de nye retningslinjene og Decision Aids er et godt hjelpemiddel for å tilpasse valg av medikament til den enkelte pasient. Vi tror også at Decision Aids vil være aktuelt hjelpemiddel i andre kliniske situasjoner hvor det er flere mulige behandlingsalternativer og det er behov for god compliance. Dette kan for eksempel gjelde pasienter med KOLS eller diabetes mellitus.

Implementeringen av brukermedvirkning ved behandlingsvalg vil føre til økt compliance, økt pasienttilfredshet og bedre livskvalitet.

Etter gjennomføringen av dette pilotprosjektet på Lovisenberg Diakonale Sykehus vil indikatorene avdekke hvorvidt tiltakene har hatt effekt og kan brukes i andre kliniske situasjoner.

7 Litteraturliste

1. Stiggelbout AM, Van der Weijden T, De Wit MP, Frosch D, Legare F, Montori VM, et al. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *Bmj*. 2012;344:e256.
2. Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes-Rovner M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2011(10):CD001431.
3. Mullan RJ, Montori VM, Shah ND, Christianson TJ, Bryant SC, Guyatt GH, et al. The diabetes mellitus medication choice decision aid: a randomized trial. *Archives of internal medicine*. 2009;169(17):1560-8.
4. Vandvik PO, Brandt L, Alonso-Coello P, Treweek S, Akl EA, Kristiansen A, et al. Creating clinical practice guidelines we can trust, use, and share: a new era is imminent. *Chest*. 2013;144(2):381-9.
5. European Heart Rhythm A, European Association for Cardio-Thoracic S, Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, Schotten U, et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *Europace : European pacing, arrhythmias, and cardiac electrophysiology : journal of the working groups on cardiac pacing, arrhythmias, and cardiac cellular electrophysiology of the European Society of Cardiology*. 2010;12(10):1360-420.
6. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. *Stroke; a journal of cerebral circulation*. 1991;22(8):983-8.
7. Gage BF, Waterman AD, Shannon W, Boechler M, Rich MW, Radford MJ. Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2001;285(22):2864-70.
8. Vist G. Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE): Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2005. Available from: <http://www.kunnskapssenteret.no/prosjekter/grading-of-recommendations-assessment-development-and-evaluation-grade>.
9. Goldet G, Howick J. Understanding GRADE: an introduction. *Journal of evidence-based medicine*. 2013;6(1):50-4.
10. Vandvik P, Kristiansen A, Brandt L, Berge E, Dahm A, Halvorsen S, et al. Retningslinjer for antitrombotisk behandling og profylakse: MAGICapp; 2013. Available from: <http://www.MAGICapp.org/guideline/1>.
11. Adam SS, McDuffie JR, Ortel TL, Williams JW, Jr. Comparative effectiveness of warfarin and new oral anticoagulants for the management of atrial fibrillation and venous thromboembolism: a systematic review. *Annals of internal medicine*. 2012;157(11):796-807.
12. Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *Bmj*. 1999;319(7212):780-2.
13. Elwyn G, Laitner S, Coulter A, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS. *Bmj*. 2010;341:c5146.
14. Frosch DL, Kaplan RM. Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions. *American journal of preventive medicine*. 1999;17(4):285-94.
15. Joosten EA, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CP, de Jong CA. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2008;77(4):219-26.
16. MayoClinic. Decision Aids - Shared Decision Making: The Mayo Clinic Shared Decision Making National Resource Center; 2012. Available from: <http://www.mayo.edu/center-for-innovation/projects/decision-aids>.

17. Johnson A, Sandford J, Tyndall J. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. The Cochrane database of systematic reviews. 2003(4):CD003716.
18. Helsedirektoratet. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli! Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005. p. 52.
19. Langel G, Moen R, Nolan K, Norman C, Provost L. The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance. San Francisco, CA.: Jossey-Bass; 2009.
20. Alden DL, Friend J, Chun MB. Shared Decision Making and Patient Decision Aids: Knowledge, Attitudes, and Practices Among Hawai'i Physicians. Hawai'i journal of medicine & public health : a journal of Asia Pacific Medicine & Public Health. 2013;72(11):396-400.
21. Wisløff T, Ringerike T, Hagen G, Reikvam Å, Klemp M. Efficacy and cost-effectiveness of new oral anticoagulants compared to warfarin for the prevention of stroke in patients with atrial fibrillation. Kunnskapssenteret: 2013.
22. StatensLegemiddelverk. Dabigatran (Pradaxa) til forebygging av slag og systemisk emboli Statens legemiddelverk; 2012. Available from: http://www.legemiddelverket.no/Blaa_resept_og_pris/Helseoekonomiske%20rapporter/Documents/2012-2011/Pradaxa_atrieflimmer_2012.pdf.

