

Patienters delaktighet i beslut kräver kunskap och pedagogiskt beslutsstöd

Exempel från antitrombosbehandling hos patienter med förmaksflimmer



MALIN ANDRÉ, allmänläkare, PhD, Britsarvets vårdcentral och Centrum för klinisk forskning, Falun malin.andre@ltdalarna.se

Den evidensbaserade kunskapen är i dag en självklar grund i sjukvården och uttrycks tydligt i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Men i den klassiska definitionen av evidensbaserad vård ingår inte bara den medicinska kunskapen, utan den ska också integreras med patientens egna värderingar [1].

I hälso- och sjukvårdslagen uttrycks att vården och behandlingen så långt det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Internationellt har begreppet »shared decision-making« fått stor uppmärksamhet som både utvecklings- och forskningsområde [2]. Det gäller framför allt beslut som fattas utan tidspress och där det finns evidensbaserad kunskap att utgå ifrån, t ex behandling av kroniska sjukdomar liksom behandling riktad mot riskfaktorer. Ett sådant exempel är val av behandling vid förmaksflimmer för att undvika stroke.

Olika möjligheter undvika stroke vid förmaksflimmer

För att det ska vara möjligt för patienten att kunna bilda sig en uppfattning om fördelar och nackdelar med de olika behandlingsalternativen behöver hon/han få tillgång till ett adekvat beslutsunderlag, som är presenterat på ett pedagogiskt och lättillgängligt sätt. Vid förmaksflimmer finns olika möjligheter till handläggning för att förebygga stroke: warfarin, acetylsalicylsyra (ASA) eller avstå från förebyggande medicinbehandling.

De olika behandlingsalternativen har både för- och nackdelar. Obehandlat förmaksflimmer leder till stroke i 5 procent och incidensen minskar till 2 procent med warfarin och 3 procent med ASA [3]. Skillnaden i effekt är olika för olika patientgrupper, eftersom risken för stroke varierar (mellan 0,5 och 25 procent per år); likaså varierar risken för medicinorsakad blödning (mellan 0,2 och 15 procent per år); t ex har äldre personer större nytta av behandling än yngre samtidigt som de äldsta har största riskerna med behandling i form av medicinorsakad blödning.

I de aktuella nationella riktlinjerna för hjärtsjukdom från Socialstyrelsen har ett nytt sätt att identifiera patienter med störst nytta av warfarinbehandling införts med hjälp av algorit-

»I hälso- och sjukvårdslagen uttrycks att vården och behandlingen ... ska utformas och genomföras i samråd med patienten.«

men CHADS2 (Cardiac failure, hypertension, age, diabetes and stroke doubled) [4]. Warfarinbehandling av patienter som identifierats med CHADS2 har prioriterats högt och är en av de föreslagna indikatorerna för kvalitet i hjärtsjukvården [5].

Patientinformation baserad på evidens

I många västländer har man på nationell nivå utvecklat patientmaterial från evidensbaserad kunskap, som på ett enkelt sätt beskriver kunskapsunderlaget [6]. I Sverige finns inte något sådant arbete, utan patienterna blir hänvisade till muntlig information från ansvariga läkare och sjuksköterskor. En avgörande faktor är då att dessa personer har adekvata och aktuella kunskaper.

Eftersom inga aktuella beskrivningar av kunskapen bland läkare och sjuksköterskor med ansvar för vården av patienter med warfarinbehandling kunde återfinnas, genomfördes en enkät i samband med en studiedag i Dalarna hösten 2006. I Dalarna ansvarar primärvården för två tredjedelar av de warfarinbehandlade patienterna, varför personal från både sjukhus och primärvård var inbjudna.

Syftet med studien var beskriva kunskapen om behandlingsalternativ för att förebygga stroke hos patienter med förmaksflimmer och att beskriva personalens uppfattning om sin kunskap, den givna patientinformationen och patienternas delaktighet i besluten om behandling.

METOD

En enkät med fasta svarsalternativ delades ut till deltagarna på en utbildningsdag om antikoagulantibehandling (114 personer, varav 76 från primärvården och 38 från sjukhuskliniker). Deltagarna uppmanades svara omgående.

Frågorna om attityd till den egna kunskapen och patientens delaktighet hade fyra alternativ. Val av rekommenderad behandling illustrerades med fyra patientfall som gällde rekommenderad behandling till en i övrigt frisk 65-årig kvinna med förmaksflimmer, en 65-årig kvinna med förmaksflimmer och hypertoni, en 80-årig kvinna med förmaksflimmer och en 80-årig kvinna som nyligen opererats för kollumfraktur. Resultaten har bearbetats med SPSS 15.0. Signifikanstestning har gjorts med χ^2 -test, och $P < 0,05$ har använts som signifikansnivå.

RESULTAT

Av de 103 personer som svarade på enkäten hade 95 ofta kon-

SAMMANFATTAT

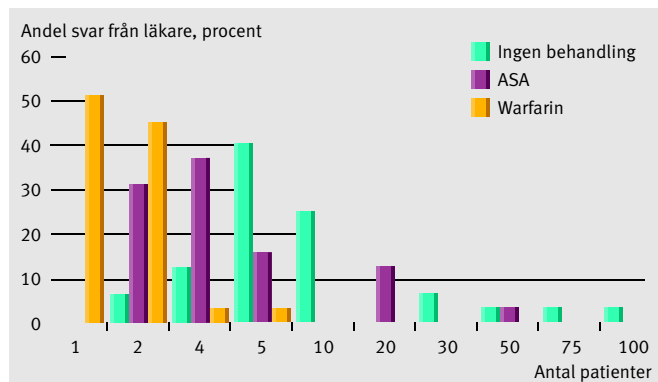
Vid förmaksflimmer finns olika behandlingsalternativ för att undvika stroke.

Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård understryker att ställningstagande till warfarinbehandling ska göras för alla patienter med förmaksflimmer.

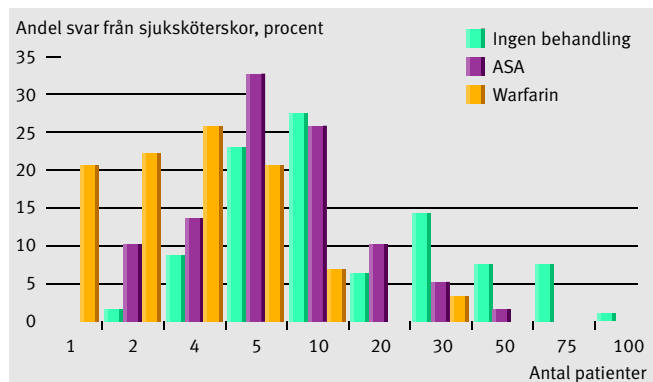
För att patienter ska kunna ta ställning till olika behandlingsalternativ krävs adekvat information.

Läkare och sjuksköterskor har bristande kunskap vad gäller vinst och risk med olika behandlingsalternativ.

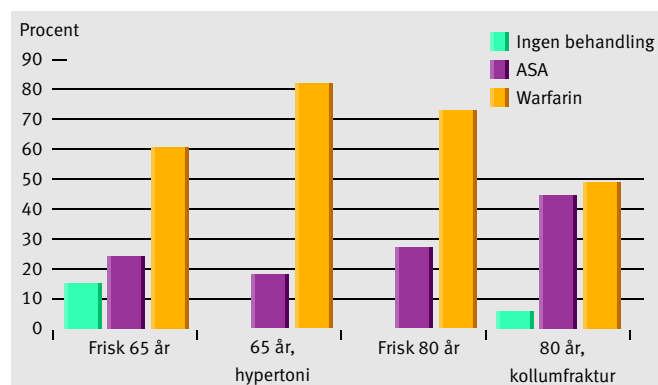
Ett särskilt beslutsstöd som informerar om alternativen på ett pedagogiskt sätt skulle öka patienters möjlighet till delaktighet i beslut om behandling.



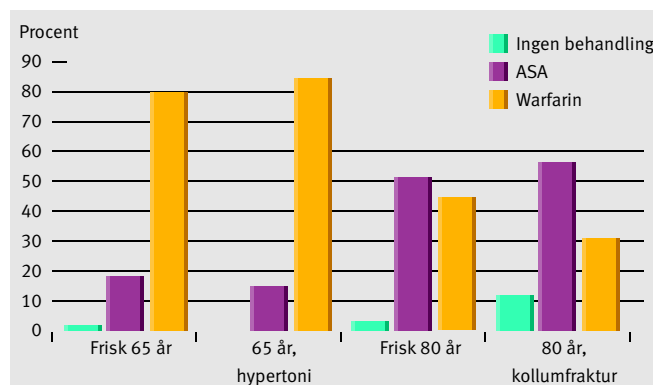
Figur 1. Läkares svar på: »Hur många av 100 personer med förmaksflimmer får stroke under 1 år med olika behandlingsalternativ?«



Figur 2. Sjuksköterskors svar på: »Hur många av 100 personer med förmaksflimmer får stroke under 1 år med olika behandlingsalternativ?«



Figur 3. Läkares val av behandling för fyra patientfall, procentuell fördelning.



Figur 4. Sjuksköterskors val av behandling för fyra patientfall, procentuell fördelning.

takt med eller nästan daglig kontakt med patienter som behandlades med antikoagulantia. Av dessa personer var 33 läkare och 62 sjuksköterskor, två tredjedelar kom från primärvård och de övriga från medicin- och kardiologiklinik, geriatrisk rehabiliteringsklinik och från akutmottagning.

En majoritet av läkarna och sjuksköterskorna (66 respektive 56 procent) kände sig mycket eller rätt säkra på sin kunskap. Fler läkare än sjuksköterskor uppgav att de alltid eller ofta berättade om olika behandlingsalternativ och om resultatet av olika behandlingar ($P < 0,01$) (Tabell I). En majoritet av både läkarna och sjuksköterskorna var nöjda med sitt sätt att informera och göra patienten delaktig i behandlingsbeslutet.

De som kände sig mycket eller rätt säkra på sin kunskap berättade oftare för patienterna om olika behandlingsalternativ och om förväntat behandlingsresultat ($P < 0,01$) än de som inte kände sig särskilt säkra eller var osäkra. De var också mer nöjda med sin information och hur de gjorde patienten delaktig i behandlingsbeslutet ($P = 0,012$). Det var ingen skillnad i rekommenderad behandling för de fyra patientfallen mellan de läkare och sjuksköterskor som kände sig mycket och rätt säkra på sin kunskap jämfört med dem som inte kände sig särskilt säkra eller var osäkra.

När läkare och sjuksköterskor registrerade hur många av 100 personer med förmaksflimmer som riskerade att få stroke under 1 år med de olika behandlingsalternativen ingen behandling, ASA och warfarin varierade svaren betydligt (Figur 1

»Denna enkla enkät visade stora brister i kunskap hos läkare och sjuksköterskor ...«

och 2). Warfarin var den behandling som läkarna oftast rekommenderade (Figur 3), medan sjuksköterskorna oftare rekommenderade ASA för den äldre patienten (Figur 4).

DISKUSSION

Denna enkla enkät visade stora brister i kunskap hos läkare och sjuksköterskor som i sitt dagliga arbete träffar patienter, där beslut om antikoagulantia-behandling ska tas eller omprövas. Det betyder att den information patienten får som hjälp i beslutet om behandling vilar på bräckligt underlag.

I Dalarna är antikoagulantia-behandling integrerad med öv-

TABELL I. Procentuell andel av svar från läkare respektive sjuksköterskor.

Påstående	Läkare n=33, %	Sjuksköterskor n=62, %
	Alltid/ofta	Alltid/ofta
Jag tycker det är enkelt att ta beslut/ge råd avseende behandling för att förebygga stroke vid förmaksflimmer	47	47
Jag känner mig mycket eller rätt säker på sin kunskap	66	56
Jag berättar alltid eller ofta om olika behandlingsalternativ	79	35
Jag berättar alltid eller ofta om resultat av olika behandling	66	34
Jag är alltid eller ofta nöjd med mitt sätt att informera och göra patienten delaktig i behandlingsbeslutet	70	60

rigt arbete i både primärvård, invärtesmedicin och hjärtsjukvård, och alla dessa verksamheter var representerade bland deltagarna. Den undersökta gruppen var relativt liten och begränsad till deltagare från Dalarna, varför resultatet måste tolkas försiktigt. Deltagare på en studiedag utgör sannolikt en selekterad grupp av personer med särskilt intresse eller särskilt ansvar för denna behandling. Det var relativt få deltagare från sjukhuskliniker på studiedagen, varför resultatet inte har jämförts mellan de olika arbetsplatserna.

Olika studier redovisar något olika nivåer för stroke vid förmaksflimmer liksom något skilda resultat av behandling. I denna studie valdes Socialstyrelsens state of the art-dokument som referens, eftersom det hade ingått i Dalarnas riktlinjer sedan 1999.

I de nyutkomna nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård understryks vikten av antikoagulantbehandling vid förmaksflimmer [4]. Beslutsalgoritmen CHADS2 förenklar identifikationen av patienter med ökad risk. Men var kommer patientens värderingar och beslut in? Warfarinbehandling är omständlig för patienten och inte utan risk.

Svårt informera om komplex kunskap

Beslut om insättande av antitrombotisk behandling sker i de allra flesta fall utan brådska, och det är alltså möjligt att låta patienten vara delaktig i beslutet.

Ett hinder för bra patientinformation är att kunskapen är komplex. Målet med förebyggande behandling är att reducera risken för sjukdom och handikapp. Risken uttrycks som en andel och beskriver händelseförlopp för en grupp. Flera studier har beskrivit att det är svårt att förstå innebörden i riskminskningar uttryckt i procent [7]. För den enskilde patienten är händelsen 0 eller 100 procent: »antingen drabbas jag av en stroke eller så gör jag det inte«.

Är det rimligt att tänka sig att all berörd vårdpersonal ska ha kunskap om effekter av de olika behandlingsalternativen? Patienten med nypupptäckt förmaksflimmer finns ofta i primärvården eller på en akutmottagning. För de flesta läkare och sjuksköterskor som arbetar där är kunskapen om antitrombotisk terapi bara en liten del av all den kunskap som behövs. Det är i förvånansvärt få situationer under den kliniska vardagen som vi aktivt letar efter kunskap [8]. I de allra flesta fall använder vi den kunskap vi bär med oss. Att det är svårt att själv bedöma sin kunskapsnivå finns beskrivet från tidigare studier [9, 10].

Det betyder att bristerna i kunskapen om antikoagulantbehandling vid förmaksflimmer hos läkare och sjuksköterskor sannolikt kommer att bestå.

Beslutsstöd ökar patientens kunskap

Finns det då möjligheter att hantera situationen på ett bättre sätt? För att patienten ska ha en rimlig möjlighet till delaktighet behövs ett kunskapsunderlag som är evidensbaserat och

samtidigt pedagogiskt lättförståeligt. I en Cochrane-rapport från april 2005 gjordes en genomgång av beslutsstöd och värdet av dessa [6]. I inledningen till Cochrane-rapporten beskriver man skillnaden mellan beslutsstöd och annat utbildningsmaterial. Beslutsstöd är detaljerat, specifikt och personligt med syfte att hjälpa människor till beslut, där man väger fördelar mot nackdelar. En definition som används är »aid patients' decision making by providing information about treatment or screening options and their associated outcomes«.

Överlag visar studierna att med beslutsstöd ökar patienters kunskap, förväntningarna blir mer realistiska, fler involveras aktivt i beslut och färre kvarstår obeslutsamma [6].

I Kanada, på Ottawa Health Research Institute, har man under flera år arbetat med metoder för att involvera patienterna i medicinska beslut. På deras webbplats (<http://www.ohri.ca/DecisionAid/>) finns en förteckning av de beslutsstöd som är utvecklade och utvärderade, bl a beslutsstöd som används av patienter med förmaksflimmer för ställningstagande till val av antitrombotisk terapi [11]. Beslutsstöden är utarbetade i fyra olika versioner anpassade till patientens risknivå och innehåller enkel och grundläggande information om förmaksflimmer och risken med stroke, liksom om vinst och risk med olika behandlingsalternativ [12]. Vinst och risk med olika behandlingsalternativ illustreras där med smileys (schematiska ansikten). I en bild med 100 smileys uttrycker andelen med glad min de som undviker stroke och de med ledsen min de som drabbas av allvarlig blödning.

Nationella riktlinjer i patientversion

Behovet av beslutsstöd finns sannolikt vid andra förebyggande behandlingar, där den evidensbaserade kunskapen är komplex och informationen till patienten ofta blir reducerad till ett ensidigt råd. Cochrane-rapportens genomgång rör de utvärderade beslutsstöden bl a hormonsubstitution vid klimakteriebesvär, behandling av riskfaktorer för ischemisk hjärtsjukdom, behandling av benign prostataförstoring, ryggkirurgi och prenatal screening [6].

Därför är det glädjande att Socialstyrelsen ska fortsätta arbetet med patientversioner av nationella riktlinjer. För att de i realiteten ska öka patientens delaktighet bör de dock innehålla beslutsstöd liknande det som beskrivits här. Med enkla, pedagogiskt utformade beslutsstöd utgående från evidensbaserade kunskapsunderlag, som Socialstyrelsens nationella riktlinjer och SBU-rapporterna, skulle forskningsresultat bli enkelt tillgängliga för patienter och öka deras delaktighet i beslut om behandling.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312:71-2.
- Elwyn G. Idealistic, impractical, impossible? Shared decision making in the real world. *Br J Gen Pract*. 2006;56:403-4.
- Förmaksflimmer (kroniskt). State of the art. Medicinsk faktdatabas MARS. Stockholm: Socialstyrelsen; 1997.
- Arytmier - vetenskapligt underlag för nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
- Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008. Beslutsstöd för prioriteringar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
- O'Connor AM, Stacey D, Entwistle V, Llewellyn-Thomas H, Rovner D, Holmes-Rovner M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions [review]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(2):CD001431.
- Gigerenzer G, Edwards A. Simple tools for understanding risks: from innumeracy to insight. *BMJ*. 2003;327:741-4.
- Ely JW, Osheroff JA, Ebell MH, Bergus GR, Levy BT, Chambliss ML, et al. Analysis of questions asked by family doctors regarding patient care. *BMJ*. 1999;319:358-61.
- Tracey JM, Arroll B, Richmond DE, Barham PM. The validity of general practitioners' self assessment of knowledge: cross sectional study. *BMJ*. 1997;315:1426-8.
- Sibley JC, Sackett DL, Neufeld V, Gerrard B, Rudnick KV, Fraser W. A randomized trial of continuing medical education. *N Engl J Med*. 1982;306:511-5.
- Ottawa Research Health Institute. Decision aids. <http://www.ohri.ca/DecisionAid/>
- Canadian Stroke Network Tools. <http://www.canadianstrokenetwork.ca/eng/tools/index.php>