

FÆLLES ANSØGNINGSSKEMA TIL KVALITETS- OG UDVIKLINGSMIDLERNE UNDER KEU

STAMOPLYSNINGER		
REGION: Region Midt	DATO:13/4/2018	LØBENR.: (udfyldes af regionen)

STAMOPLYSNINGER		
<p>ANSØGERS NAVN, MAIL, TLF mm. Nanna Woer Ebbensgaard Byløkken 39, 8240 Risskov Tlf: 61710140 nannaebbensgaard@gmail.com</p> <p>Uddannelseslæge i almen medicin fra 14/5/18-12/5/19 Lægefællesskabet 3. sal Sygehusvej 15, 3. 8500 Grenå</p>		
<p>PROJEKTANSVARLIG: Læge Nanna Woer Ebbensgaard Uddannelseslæge i almen medicin hos Lægefællesskabet 3. sal</p>		
<p>ØVRIGE DELTAGERE (samarbejdspartnere eller tilknytning til forskningsinst. el.lign): Praktiserende læge Jannik Falhof, Lægefællesskabet 3. sal, Grenå Praktiserende læge Mogens Vestergaard, Lægefællesskabet 3. sal, Grenå Praktiserende læge Hans Christian Kjeldsen, Lægefællesskabet 3. sal, Grenå</p>		

PROJEKT BESKRIVELSE		
<p>PROJEKTETS TITEL: Fælles beslutningstagning i almen praksis – Implementering af MAGIC-model i en dansk almen praksis.* *: Cardiff University, The Health Foundation, MAGIC: http://www.health.org.uk/programmes/magic-shared-decision-making</p>		
<p>PROJEKTETS (ANSØGNINGENS) EMNE: Fælles beslutningstagning/Shared decision making.</p>		
<p>OPDATERING VEDR. TIDLIGERE AFHOLDT PROJEKT (sæt x):</p>		
<p>NYOPRETTET PROJEKT (sæt x): X</p>		
<p>FORMÅL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - At præsentere og anvende den internationalt anerkendte metode "Fælles beslutningstagning" (eng: Shared decision making) i en dansk almen praksis. Dette ved at anvende model for fælles beslutningstagning udviklet af Yngre læger og Videncenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet (ViBIS) i en dansk almen praksis' hverdag og 		

konsultationsproces.

- At sætte fokus på, hvordan man i almen praksis på en mere standardiseret måde kan inddrage patienten i beslutninger om egen behandling, når de står overfor et præferencefølsomt valg, og således øge især den patientoplevede kvalitet af behandlingen.

PROJEKTBEKRIVELSE (kort resumé) – selve projektbeskrivelsen vedlægges som bilag, der kan linkes til.

Interventionen er at implementere ViBIS' udgave af MAGIC-modellen i praksis' konsultationsproces. Dette gøres i samarbejde med praksislæger og personale.

Effekten af interventionen vurderes kvalitativt og belyses ud fra fokusgruppeinterview med hhv læger, sygeplejersker og udvalgte patienter for at belyse effekten af den ændrede konsultationsproces.

Som delelement skal udarbejdes et simpelt beslutningsstøtteværktøj omhandlende en begrænset problemstilling (statinbehandling). Denne skal i første omgang bruges som model for ibrugtagning af MAGIC-modellen.

EVALUERING (metode og tidsramme samt plan for implementering og formidling) **(1)**

Metode:

Et kvalitativt studie løbende over et år i en dansk almen praksis, hvor effekten af en ændret konsultationsstruktur belyses ud fra fokusgruppeinterview med de implicerede læger, sygeplejersker og en gruppe af udvalgte patienter.

Tidramme: Året deles i kvartaler.

- 1. kvartal: Undervisning af praksispersonale og kolleger i modellen og fælles beslutningstagning generelt. Udarbejde beslutningsstøtteværktøj ud fra retningslinier fra ViBIS's anbefalinger, som undertegnede er oplært i ved kursusdag ved Yngre læger. Udvikle og afprøve beslutningsværktøjet i samarbejde med sygeplejersker, læger og patienter, inden den endelige model, som skal bruges videre. Dette vil udføres af undertegnede ved aftale af afsat tid, desuden i direkte samarbejde med to-tre udvalgte patienter, som vil indgå og afsætte tid til at hjælpe.
- 2. og 3. kvartal: Udføre konsultationsprocesser efter de givne nye retningslinier for patienter som skal opstartes eller reguleres i statinbehandling.
- 4. kvartal: Udføre interview af læger, personale og patienter. Transskribere og analysere data.

Implementering: Praksispersonale skal undervises i fælles beslutningstagning.

Den daglige arbejdsgang, særligt ved årskontroller skal analyseres og vurderes. Ved hjælp af Triple Aim modellen eller Leavitts organisationsanalysemodel kan de strukturelle ændringer lokalt i praksis også vurderes. De 5. punkter i MAGIC-modellen læner sig op ad de dele vi kender med lægens del, patientens del, fælles del, således at de rent organisatoriske ændringer ikke er så store, men det er indholdet af konsultationerne, som gøres strukturelt anderledes.

Der skal løbende evalueres i praksis ved kvartalsevalueringsmøder. Dette med udgangspunkt i PDSA-cirklen, så der løbende kan laves forbedringer.

Formidling: Erfaringerne forventes efter 2. kvartal allerede at kunne formidles ud til de andre praksis i klyngen til inspiration. Det forventes at resultater kan præsenteres for andre praksis med interesse herfor, også uden for klyngen. Desuden vil det være muligt at undervise andre praksis og ansatte i de kommunale tilbud i metoden, hvor det også er meget relevant. Resultaterne forventes at blive formidlet gennem en artikel, præsentation og evt. deltagelse på relevante

<p>kongresser.</p> <p>Triple Aim: Som allerede nævnt kan Triple Aim metoden nedskaleres til at vurdere den løbende udvikling af projektet i praksis. Det starter i det små, og som skaleres op i større målestok hvis det viser øgning i klinisk og brugeroplevet kvalitet. Klinisk og brugeroplevet kvalitet er omdrejningspunktet for projektet, og her der forventes at være størst effekt. Omkostningen pr. capita forventes at være uændret, da metoden indarbejdes i den vanlige konsultationsproces. Dog kan ændringer i behandling antages at påvirke omkostning pr. capita, hvis man ser det store billede, da patientens generelle somatiske helbredstilstand kan ændres dog i varieret grad og retning.</p>
<p>Vurdering/overvejelse om efterfølgende udbredelse og implementering i almen praksis</p> <p>Perspektiverne for metoden, hvis man i almen praksis får den implementeret er store. Jeg ser særligt to steder, hvor det kommer til sin ret. Det kan først og fremmest for den enkelte praksis være et nyttigt værktøj, som sygeplejerskerne kan bruge når de skal rådgive patienter. Vi går i almen praksis mod opgaveglidning, hvor sygeplejersker kommer til frontlinien og tager større del i arbejdet med især de kroniske patienter. Her vil et beslutningsstøtteværktøj sikre ensartet vejledning at høj faglig standard i fbm eks. kontroller og forberedende konsultationer forud for lægekonsultation, og samtidige inddrage patientens egne præferencer. Det vil sikre at patienten kommer til lægekonsultationen med større viden og beslutningsdygtighed.</p> <p>Derudover ser jeg stor fremtid for Fælles beslutningstagning i klyngesammenhæng. Hvis man sammen i klyngerne arbejder med dette, vil det dels være bedre mulighed for at udforme gode beslutningsstøtteværktøjer, som man kan bruge i alle de involverede praksis. Samtidig med at klyngerne er et forum til evaluering, erfaringsdeling og videre dygtiggørelse indenfor fælles beslutningstagning. Hver praksis kan have en interesseperson, som sikrer samarbejdet mellem praksis og kan arrangere møder, hvor man kan undervise hinanden, supervisere hinanden osv. Det er også oplagt at kunne bruge som simulationsøvelser, eller undervisning af sygeplejersker. Det kan også skabe et forum for sygeplejerskerne i klyngen. Det vil været med kvalitet i højsædet, og komme flere til gode end den enkelte praksis.</p>
<p>START- OG SLUTTIDSPUNKT (evt. forventet): 14. maj 2018 – 12. maj 2019. Projektet skal udarbejdes mens jeg er i min fase 3.</p>

BUDGET
ANSØGT BELØB (2): Fuld eller delvis finansiering af projektet, beløber sig til 63.365,70 kr
BEVILLING (indeværende år og evt. efterfølgende år):
ANSØGT MIDLER SPONSERET FRA ANDRE SIDER: Ingen
BUDGET FORDELT PÅ ÅR:
TOTALBUDGET: 63.365,70 kr

<p>AFSLUTTENDE RAPPORT/ARTIKEL SENDES TIL DET REGIONALE SEKRETARIAT:</p> <p>Ja</p>
<p>SUPPLERENDE OPLYSNINGER: Den 5. marts 2018 deltog undertegnede i Ambassadørdag – Fælles beslutningstagning arrangeret af Yngre Læger og Videnscenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsnet. Ved denne dag udsprang inspirationen til nærværende projekt. Spørgsmål vedrørende ambassadørkorpset kan rettes til Thomas Kjær Jensen, Chefkonsulent, Yngre læger. Telefon: 34448389 Mobil: 22633217</p>

BILAGSFORTEGNELSE:

Bilag 1: Projektbeskrivelse

Bilag 2: Estimeret budget

- (1) I forbindelse med evaluering skal projektet forholde sig til mulighederne for at anvende Triple Aim .
- (2) Et udspecificeret budget vedlægges, hvor det er markeret præcist, hvilke midler der ansøges om hos KEU.

Fælles beslutningstagning i almen praksis.

Introduktion:

Vi lever i en tid og et samfund, hvor lægers tillid i befolkningen er på prøve. Internettet og de sociale medier flyder over med råd, vejledninger, retningslinjer, personlige historier osv. omhandlende medicinske problemstillinger. Det er som patient meget svært at færdes i, og det er svært at skelne skidt fra kanel. Mange søger råd hos deres egen læge, for at få hoved og hale i det, men ofte bliver egen læges vurdering bare endnu en stemme i koret, og har måske ofte svært ved at få tungtvejende indflydelse. Hvilken viden er rigtig, og hvad skal patienten gøre? Vi lever også i en tid, hvor enhver er sin egen lykkes smed, vi vil gerne leve så godt som muligt med færrest risici som muligt. Vi vil gerne have del i beslutninger om egen behandling, samtidig med at ansvaret ofte alligevel placeres hos den sundhedsfaglige, særligt hvis behandlingen ikke få den ønskede effekt, eller endda får bivirkninger. Tonen i den sundhedsfaglige debat fokuserer meget på patientcentreret behandling, og individualiseret behandling, skræddersyet til patienternes sygdomme. Afstanden mellem specialerne bliver større i og med at specialiseringen bliver højere, og der kommer flere og flere mulige medicinske behandlinger til flere og flere sygdomme. Vi lever længere, og dermed også med flere sygdomme på samme tid.

Alt dette stiller enorme krav til patienternes indblik i egen situation, krav til behandlere om stillingtagen til medicinering og samarbejde specialerne imellem. Midt i alt dette står patienten ofte som Moses ved det Røde hav, og har brug for hjælp til at kunne tage det informerede valg. Vi som praktiserende læger har ofte med medicinering at gøre, som ikke er akut livreddende. Vi behandler ud fra viden om risici for en patient med en given sygdom. Vi læner os op ad retningslinjer for den rent medicinske effekt af et lægemiddel.

Undersøgelsen "Danskere om sundhedsvæsenet" udarbejdet i 2016 af Mandag Morgen og Trygfonden samler mere en 6000 danskeres overordnede forventninger til og erfaringer med det samlede sundhedsvæsen. Denne rapport afdækker flere væsentlige udfordringer – ikke mindst en kritisk lav tillid til, at sundhedsvæsenet leverer sin kerneydelse: de rette undersøgelser og behandlinger. Kun 42 pct. har stor tiltro til, at de altid vil få tilbudt den rigtige behandling. Undersøgelsen viser også, at godt halvdelen af danskerne (53 pct.) mener, at det er nødvendigt at insistere for at få den rette behandling. Rapporten sætter også fokus på at mange ønsker at spille en mere aktiv rolle, både når de selv og deres nærmeste er i kontakt med sundhedsvæsenet. Næsten tre fjerdedele er klar til at tage del i egen behandling.¹ Andre undersøgelser viser samme tendens.²

Vi ønsker at informere vores patienter godt. Vi ønsker, at de skal tage del i egen behandling, og også være tilfredse med den behandling de får. Vi som læger bygger vores vejledning ud fra hvad vi ved om medicinen, sjældnere hvad vi ved om patienten. Det er her Fælles beslutningstagning skal gøre patienternes behandling markant bedre, særligt set med patientens øjne.

Formål:

Formålet er at præsentere og anvende den internationalt anerkendte metode "Fælles beslutningstagning" (eng: Shared decision making) i en dansk almen praksis. Dette ved at anvende model for fælles beslutningstagning udviklet af Yngre læger og Videncenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet (ViBIS) i en dansk almen praksis' hverdag og konsultationsproces.

Desuden at vise, hvordan man i almen praksis på en mere standardiseret måde kan inddrage patienten i beslutninger om egen behandling, når de står overfor et præferencefølsomt valg, og således øge især den patientoplevede kvalitet af behandlingen.

Metode: Fælles beslutningstagning.

Fælles beslutningstagen, på engelsk shared decision making, er en metode, hvor behandler og patient systematisk deler viden om behandlingspræferencer for i fællesskab at træffe beslutning om behandling.

Formålet med metoden er ikke at slække på den sundhedsfaglige autoritet eller at tilsidesætte den sundhedsfaglige viden, men at afdække patientens præferencer og dermed bringe patientens perspektiv ind i beslutningsprocessen sammen med den sundhedsfaglige viden på en systematisk måde. Målet er, at Fælles beslutningstagning ikke bliver opfattet som noget ekstra, men som en central og naturlig bestanddel af god klinisk praksis.

Metoden er især velegnet, når der skal vælges mellem forskellige muligheder, hvor den ene ikke er entydigt bedre end den anden – dvs. det præferencefølsomme valg. Her kan flere behandlingsmuligheder have sammenligneligt fagligt outcome, men med forskellige bivirkninger, krav til patienten mv. Her bliver patienters personlige præferencer vigtige, fordi en behandling der ikke passer ind i patientens liv, kan ende med at blive lavet helt om - hvilket betyder ekstra udgifter og ubehag - eller det kan resultere i, at patienten ikke følger anvisninger, og derfor oplever flere bivirkninger eller lavere effekt. Det kan også dreje sig om valg mellem uklar eller ingen evidens for de forskellige behandlingsmuligheder. BMJ Clinical Evidence gennemgår jævnligt et udpluk (3000 stk.) af de behandlinger, der testes i randomiserede, kontrollerede forsøg og beskrives i publicerede artikler, og kategoriserer, hvor klar evidensen er for deres effekt. Den seneste gennemgang fra 2013 viste, at der samlet set kun er helt klar evidens for positiv eller negativ effekt af 14% af de gennemgåede behandlinger. Her kan man altså komfortabelt læne sig op ad evidensen, for det er helt klart hvad det rigtige valg er. Men for 86% af behandlingerne, var evidensen uklar eller mangelfuld, eller der var store trade-offs mellem fordele og ulemper³.

Patientens præferencer er ukendte. Mange sundhedsprofessionelle tror, at de ved hvad patienterne ønsker. Set ud fra deres perspektiv, med deres faglige viden, kan det virke oplagt hvilket behandlingsvalg der er bedst for patienten. Men undersøgelser har vist, at sundhedsprofessionelle faktisk er ret dårlige til at gætte, hvad patienterne foretrækker. Sundhedsprofessionelle ved ikke hvad 'kvalitet' er for den enkelte patient - de må spørge!

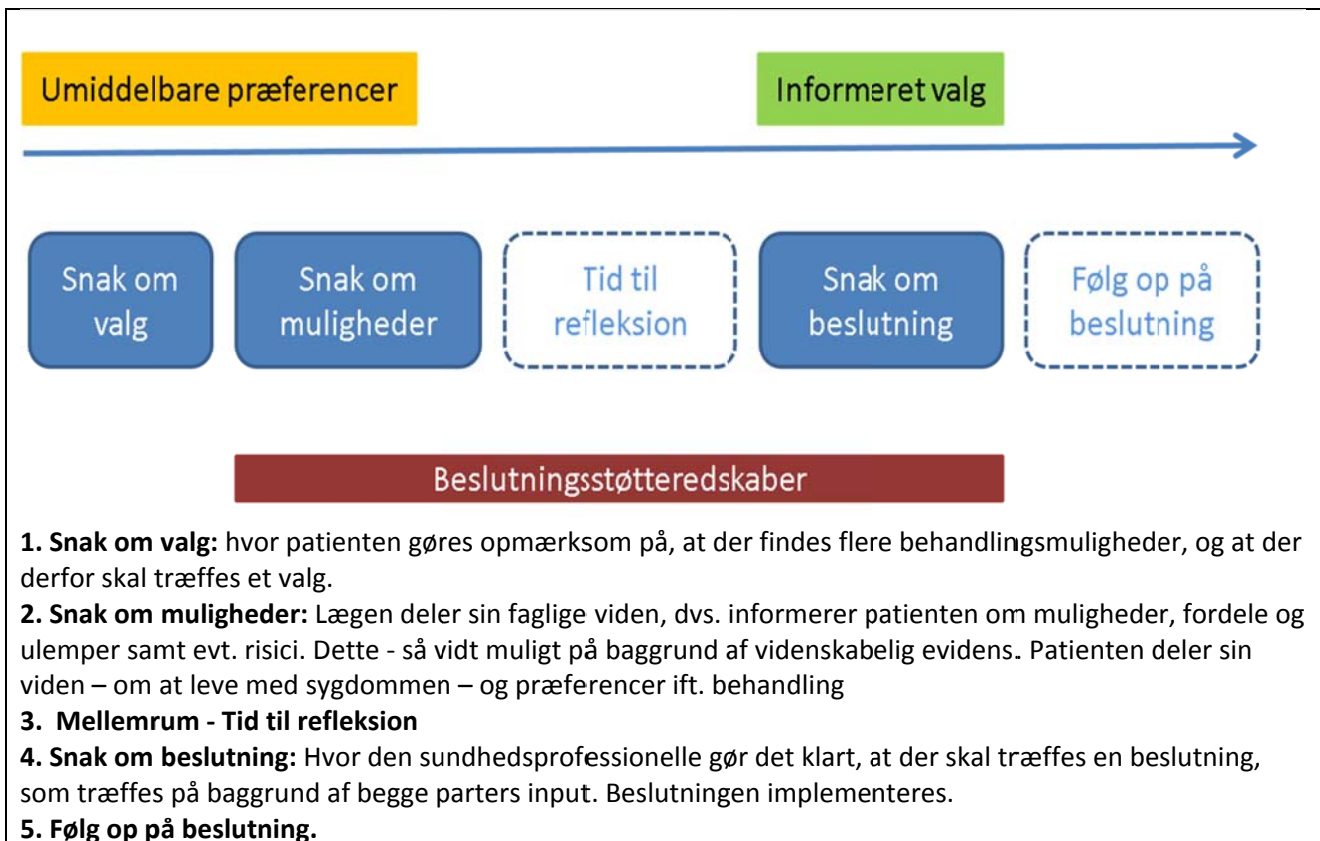
Model for Fælles beslutningstagning

Vejen til den fælles beslutningstagning går gennem en særlig kommunikationsform, som helt basalt bygger på 4 grundelementer, som kan sammenfattes til: **To aktive parter** (patient og behandler), skal **dele deres viden** og **dele deres præferencer** og derefter **opnå enighed**⁴.

Nedenstående model er udviklet i Videnscenter for Brugerinddragelse I Sundhedsvæsenet (ViBIS). Den er inspireret af MAGIC projektet ved Cardiff University (et stort forskningsprojekt, hvor fælles beslutningstagning blev implementeret på 26 hospitalsafdelinger)⁵. Metoden sikrer at beslutningen træffes på det bedst mulige vidensgrundlag (evidens + personlig erfaring/præferencer), at patienten har medbestemmelse i eget forløb og at beslutningen er i overensstemmelse med patientens præferencer.

Modellen beskriver de overordnede elementer i beslutningsprocessen, samt hvad der skal ske i det konkrete kliniske møde, hvor der skal træffes et valg. Patienten bevæger sig fra at have nogle umiddelbare præferencer (som kan være baseret på forkert/utilstrækkelig viden) til at træffe et informeret valg.

Figur 1. Fælles beslutningstagning i praksis⁶



Beslutningsstøtteværktøjer

Som figuren antyder kan dialogen understøttes med beslutningsstøtteværktøjer.

Beslutningsstøtteværktøjer kan hjælpe patienten til at bearbejde den megen information samt udvikle og fortælle om egne præferencer i beslutningen om behandling. Beslutningsstøtteværktøjer bygger på faktuel og balanceret information om fordele, ulemper og sandsynligheder for disse.

Der er forskning, som viser store fordele for patienten, når man måler på effekter af fælles beslutningstagning med brug af beslutningsstøtteværktøjer. Stacey D et al. konkluderer følgende effekter:⁷

- Mere viden om behandlingsmuligheder hos patienten (høj evidens)
- Patienter oplever sig bedre informerede og afklarede om deres præferencer (høj evidens)
- Mere præcis viden om risici (moderat evidens)
- Patienter er mere aktive i beslutningsprocessen (moderat evidens)
- Højere overensstemmelse mellem præferencer og valg (lav evidens)

- Mere dialog om beslutning mellem patient og sundhedsprofessionel
- Uændret tilfredshed med beslutninger
- Uændret behandlingskvalitet

Kvalitetsprojektet

Interventionen er at implementere Fælles beslutningstagning, som ViBIS' udgave af MAGIC-modellen i praksis' konsultationsproces. Dette gøres i samarbejde med praksislæger og personale.

Effekten af interventionen vurderes kvalitativt og belyses ud fra fokusgruppeinterview med hhv. læger, sygeplejersker og udvalgte patienter for at belyse effekten af den ændrede konsultationsproces.

Som delelement skal udarbejdes et simpelt beslutningsstøtteværktøj omhandlende en begrænset problemstilling (statinbehandling). Denne skal i første omgang bruges som model for ibrugtagning af MAGIC-modellen.

Tanker og perspektiver

Fælles beslutningstagning skal bruges hvor der er tale om præferencefølsomme valg mellem behandlingsmuligheder, som har et sammenligneligt fagligt outcome. Dette kan også være valget mellem behandling eller ikke behandling. I almen praksis kan nævnes antihypertensiva, kolesterolsænkende medicin, antidiabetika til type 2 diabetes, KOL-medicin, antidepressiva og flere. Projektet **Medicin i Midt 2017-2019**, som handler om at underbygge den medicinske behandling i dialog med patienterne, fokuserer også på Dipyridamol, Lægemedler til behandling af overaktiv blæresyndrom, PPI, Smertebehandling, NSAID, Opioider, steroid til inhalation. Disse kan også kategoriseres som præparater, hvor valget mellem præparater og administrationsform, eller fra valget af samme har sammenligneligt outcome, og er meget præferencefølsomme.

I almen praksis står vi ofte i situationer, hvor vi skal rådgive patienten om medicinering. Det være sig især mere kroniske lidelser som hyperkolesterolemie, hypertension, type2-diabetes mm. Her er vores vejledning af patienten meget lægeafhængig, og bygger på viden om sygdom og behandling. Der er ofte tale om behandlinger, som for den enkelte patient kan være noget u håndgribelige, og handler mere om risikosatser, frem for noget pt. egentlig mærker på egen krop. Det til trods for, at det er behandling, som har stor indgriben i deres hverdag, da det ofte er livslang behandling, som opstartes, på baggrund af en nogle gange relativ lille risikosats. Vi oplever ofte patienter, som ikke ved, hvilket medicin der hører til hvilken kronisk lidelse. De har næsten indtaget en stiltiende accept, fordi det bliver for svært at overskue. Ofte kan deres viden om behandlingen og frygt for bivirkninger være fejlagtig eller manglende. Det er så vigtigt, at patienten forstår baggrunden for behandlingen, og er enig. Det drejer sig om at tage aktiv del i valget, og ikke bare passivt acceptere det lægen anbefaler. Hvis man indfører og arbejder med implementeringen af fælles beslutningstagning i almen praksis, vil det øge tilfredshed, vedholdenhed og compliance i behandlingen.

Perspektiverne for metoden, hvis man i almen praksis får dem implementeret er store. Jeg ser særligt to steder, hvor det kommer til sin ret. Det kan først og fremmest for den enkelte praksis være et nyttigt værktøj, som sygeplejerskerne kan bruge når de skal rådgive patienter. Vi går i almen praksis mod opgaveglidning, hvor sygeplejersker kommer til frontlinjen og tager større del i arbejdet med især de

kroniske patienter. Her vil et beslutningsstøtteværktøj sikre ensartet vejledning at høj faglig standard i forbindelse med eks. kontroller og forberedende konsultationer forud for lægekonsultation, og samtidige inddrage patientens egne præferencer. Det vil sikre at patienten kommer til lægekonsultationen med større viden og beslutningsdygtighed.

Derudover ser jeg stor fremtid for Fælles beslutningstagning i klyngesammenhæng. Hvis man sammen i klyngerne arbejder med dette, vil det dels være bedre mulighed for at udforme gode beslutningsstøtteværktøjer, som man kan bruge i alle de involverede praksis. Samtidig med at klyngerne er et forum til evaluering, erfaringsdeling og videre dygtiggørelse indenfor fælles beslutningstagning. Hver praksis kan have en interesseperson, som sikrer samarbejdet mellem praksis og kan arrangere møder, hvor man kan undervise hinanden, supervisere hinanden osv. Det er også oplagt at kunne bruge som simulationsøvelser, eller undervisning af sygeplejersker. Det kan også skabe et forum for sygeplejerskerne i klyngen. Det vil være med kvalitet i højsædet, og komme flere til gode end den enkelte praksis.

Der er også meget debat om polyfarmaci og afledte effekter af dette. Dette kan nok også begrænses, hvis man fra starten af får taget den rette beslutning om opstart af en behandling, som for kroniske lidelser jo oftest er livslang.

Fremtiden er at patienterne føler sig hørt, får bedre indsigt i og tager ansvar for egen behandling. Samtidig med, at det stadig er højest faglige behandling. Hermed bliver de gladere patienter!

Udarbejdet af Nanna Woer Ebbensgaard, april 2018

¹ Sundhedsvænet ifølge danskerne, Mandag Morgen, 2016.

² Barometerundersøgelsen 2013, Kræftens Bekæmpelse

³ BMJ clinical evidence. Oplysning fra Videnscenter for brugerinddragelse i sundhedsvænet.

⁴ Fra seminar med Yngre læger og Videnscenter for brugerinddragelse i sundhedsvænet (ViBIS)

⁵ Cardiff University, The Health Foundation, MAGIC: <http://www.health.org.uk/programmes/magic-shared-decision-making>

⁶ Fra materiale fra Ambassadørdag – Fælles beslutningstagning

⁷ Stacey D. et al: Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review). The Cochrane Collaboration. 2017

BILAG 2

Estimeret budget for projekt om Fælles beslutningstagning i almen praksis:

Der ansøges om fuld eller delvis finansiering til projektet.

Ansvarlig: Læge Nanna Woer Ebbensgaard

Udgifter:

Frikøb af læge (10 dage x 2.286,57* kr.)	22.865,70 kr.
Frikøb af læger til supervision og deltagelse i fokusgruppeinterview	13.000,00 kr
Lønmidler til transkribering ved medicinstuderende	2.500,00 kr
Lønmidler til antropolog for analyse af resultater (berammet til 10 dage)	20.000,00 kr
Diverse til dataindsamling, opfølgning	5.000,00 kr
Totalbeløb	63.365,70 kr

* Lønsats jmf. Lægeforeningen/Yngre læger