



Kommentar

Debattinnlegg på inntil 800 ord sendes inn via www.manusnett.no

Hvordan gjøre warfarinbehandling vellykket

Warfarinbehandling kan gjennomføres med høy kvalitet i allmennpraksis. Små justeringer skal til for at behandlingen kan bli enda bedre.

Oppgitte interessekonflikter:
Se til slutt i artikkelen

Warfarinbehandling er blant de aller mest krevende medikamentelle behandlingsoppleggene overhodet (1). Behandlingen stiller store krav både til legen og til pasienten. Legen må ha gode kunnskaper om farmakokinetikk, farmakogenetikk, monitorering, behandlingsmål, behandlingens lengde, praktisk gjennomføring og behandlingens interaksjoner med kost, legemidler og naturmedisiner. Pasienten må ha gode kunnskaper om behandlingsmålene, betydningen av pinlig nøyaktighet med hensyn til inntak av tabletter og hva som kan påvirke behandlingen. Dette krever systematisk opplæring, både av legen og spesielt av pasienten.

Det foreligger så langt ikke noe standardisert opplegg for slik opplæring. Det finnes informasjonsmaterieil rettet mot pasienter (2), men skriftlig informasjon er neppe tilstrekkelig alene. Pasienter som skal starte med warfarin, bør få nøye muntlig og skriftlig informasjon om behandlingen etter et systematisk opplegg, på samme måte som i dag blir gitt til andre pasienter med kompliserte behandlingsopplegg, for eksempel pasienter med diabetes. Dette er bakgrunnen for at Hematologisk poliklinikk ved Ullevål universitetssykehus og enkelte andre sykehus har ansatt egen trombose-sykepleier, som blant annet kan stå for en systematisk opplæring av pasienter. Det er usikkert hvordan tilsvarende opplæring blir gitt ved andre sykehus som ikke har slike systematiske opplegg eller når behandlingen blir startet og fulgt opp utenfor sykehus.

I dette nummer av Tidsskriftet publiserer Bjørn Bratland en artikkel om warfarinbehandling i allmennpraksis (3). Artikkelen

gir viktig informasjon, fordi de fleste pasientene i Norge blir fulgt opp i primærhelsetjenesten. Bratland fant at i perioden 1988–2004 økte andelen warfarinpasienter fra 0,9 % til hele 2,7 %, og at dette hovedsakelig skyldes antikoagulasjonsbehandling av pasienter med atrieflimmer. Ved slutten av perioden var hele 12 % av konsultasjonene, altså hver 8. til 9. konsultasjon, relatert til kontroll av warfarinbehandling. Dette betyr at warfarinpasienter i dag utgjør en stor og viktig andel av pasientene i primærhelsetjenesten. Dette innebærer et det bør utvikles strukturerte opplegg for slik behandling, for eksempel med eget støttepersonell med spesiell opplæring.

I Bratlands studie var 57 % av INR-målingene i målområdet for behandlingen (3). Dette er i samsvar med mange andre undersøkelser, men litt lavere enn ved oppfølging i kontrollerte studier, der 60–70 % av pasientene har INR-målinger i målområdet. I en nylig publisert studie med 2 223 pasienter med atrieflimmer ble det påvist at en 10 % økning av tiden utenfor terapiområdet økte risikoen for død, iskemisk hjerneslag og andre tromboemboliske komplikasjoner (4). Dette viser at god kontroll av behandlingen er klinisk relevant.

En viktig faktor for god kontroll av warfarinbehandling er tiden mellom kontrollene. Enkelte pasienter er meget stabile og svinger sjelden eller aldri utenfor anbefalt INR-område. Slike pasienter kan møte til kontroll med intervaller opptil 4–6 uker mellom hver kontroll. Enkelte andre pasienter svinger ofte inn og ut av INR-målområdet (4). Slike pasienter har større risiko for behandlingssvikt (tromboembolisk komplikasjon) og for bivirkning (blødning). Bratland rapporterer at hans pasienter hadde et gjennomsnittlig intervall på 5,6 uker mellom hver blodprøvekontroll. Dette er trolig et for langt intervall dersom man ser hele pasientpopulasjonen under ett. Muligens kunne andelen av pasienter med INR-verdier i terapiområdet vært høyere ved noe hyppigere kontroller. I gjennomsnitt fikk 2,4 av 100 pasienter per år alvorlig blød-

ning, hvorav halvparten var intrakranielle (3). De fleste pasientene fikk blødning med INR-verdier i terapiområdet. Dette er i samsvar med andre studier (5). Derimot var det kun én tromboembolisk komplikasjon, noe som understøtter nytten av warfarinbehandling.

Bratlands studie viser at warfarinbehandling kan gjennomføres med høy kvalitet i allmennpraksis. Små justeringer skal til for at behandlingen kan bli enda bedre.

Per Morten Sandset

p.m.sandset@medisin.uio.no
Hematologisk avdeling
Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo

Oppgitte interessekonflikter: Forfatteren har holdt foredrag og laget veileder om warfarinbehandling på oppdrag og betaling av Nycomed AS.

Litteratur

1. Sandset PM. Antikoagulasjonsbehandling med warfarin – fortsatt vanskelig. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 992.
2. Brosstad F. Marevanbehandling – legens råd til pasienter som behandles med Marevan. Oslo: Nycomed AS, 2004.
3. Bratland B. Warfarinbehandling i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 162–5.
4. Jones M, McEwan P, Morgan CL et al. Evaluation of the pattern of treatment, level of anticoagulation control, and outcome of treatment with warfarin in patients with non-valvular atrial fibrillation: a record linkage study in a large British population. *Heart* 2005; 91: 474–7.
5. Levine MN, Raskob G, Beyth RJ et al. Hemorrhagic complications of anticoagulant treatment. The 7th ACCP conference on antithrombotic and thrombolytic therapy. *Chest* 2004; 126: 287S–310S.