

Hvordan skal vi diskutere rapportene om fastlegenes forskrivning?

Presentasjon for RIKTIG ANTIBIOTIKABRUK I KOMMUNEN-RAK 2016



Dagens agenda

- Indikatorer for antibiotikabruk i kommunene og i fastlegepraksis
- Gjennomgang av forskrivningsrapport
- Hvordan diskutere forskrivningsrapport i grupper slik at alle kommer til orde og får lagt fram sin rapport til diskusjon?

Indikatorer for antibiotikabruk i RAK

- Antall antibiotikakurer pr 1000 korrigert listelengde
- Antall luftveisantibiotika (penicillin V, amoxicillin, doxylin, makrolider)
- Andel smalspektret (penicillin V) forskrevet
- Antall resepter med urinveisantibiotika (Trimetoprim (sulfa), nitrofurantoin, mecillinam, ciprofloxacin)
- Andel ciprofloxacin

Hvem forskriver mest antibiotika (JAC 2012)

- Svein Gjelstads studie på 440 fastleger:
- Travle leger med flest konsultasjoner
 - Forskriver nesten dobbelt så hyppig antibiotika ved luftveisinfeksjoner
 - Forskriver mer enn dobbelt så ofte bredspektret antibiotika
 - Mulig å redusere mye på infeksjoner i øre, bihuler, hals og bronkier
- Leger på legevakt forskriver mer antibiotika enn fastleger 40% vs 33%.

Intervensjoner mot norske fastleger nytter(Gjelstad BMJ 2013)

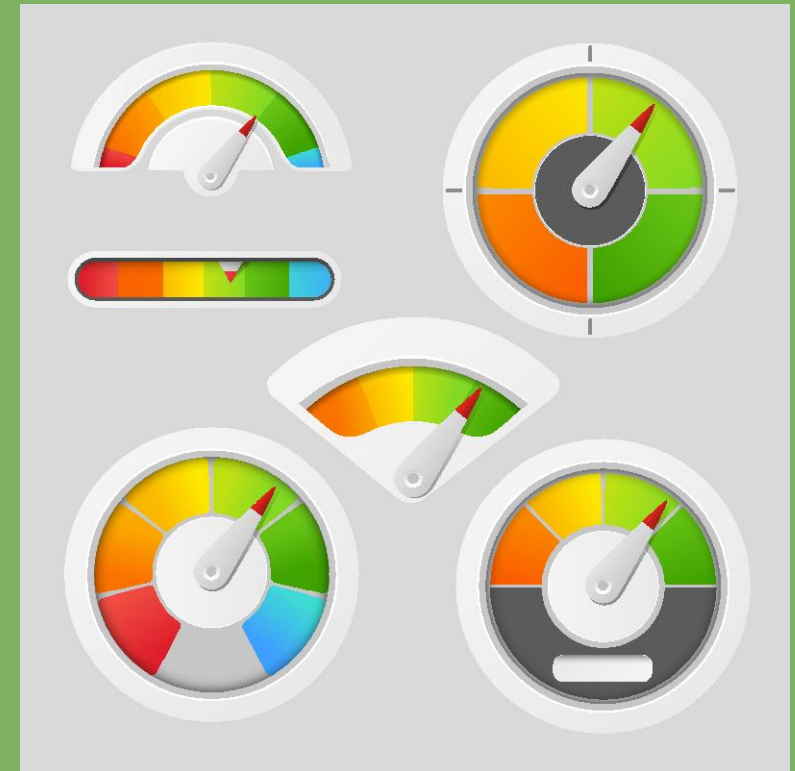
- Gjelstads intervensjonsstudie på 440 fastleger gav reduksjon i antibiotikabruk:
 - Redusert totalforskrivning med 9% relativt
 - Økt forskrivning av smalspektret antibiotika med 20% relativt
- Effekten knyttet til gjennomgang av egen forskrivning som ble diskutert i kollegagrupper med ny rapport et år etter
- Kanskje kan vi oppnå samme effekt i denne intervensjonen?

DATA FRA EGEN PRAKSIS

I dag er følgende fokus:

- Når du ser på egne data, har du ønske om å gjøre endringer i praksis?

Gå gjennom forskrivningsrapporten fra reseptregisteret.



1. Beskrivelse av din praksis

Ulike fastleger har ulik aldersfordeling på listene sine. Dette kan spille en stor rolle for antibiotikabruken. Vi har ikke tilgang til detaljer om din listepopulasjon, men aldersfordelingen blant dem du har gitt antibiotika, kan likevel si noe om aldersfordelingen i listepopulasjonen.

Tabell 1.1. Andel (%) av pasienter som har fått antibiotikaresepter, fordelt på aldersgrupper.

	Under 10 år	10-64 år	Over 65 år
Din praksis	11 %	56 %	33 %
Smågruppe	7 %	57 %	37 %
RAK Buskerud	9 %	59 %	32 %
Ringerike	8 %	59 %	33 %
Buskerud	9 %	60 %	31 %
Hele landet	9 %	62 %	29 %

Tabell 2.1. Oversikt over total antibiotikaforskrivning, målt i andel personer, antall resepter og DDD. Din praksis, smågruppe, RAK-Buskerud, kommunen, fylket og hele landet i perioden.

	Personer pr 1000 listepasient-ekvivalenter(*) eller innbyggere	Resepter pr 1000 listepasient-ekvivalenter(*) eller innbyggere	DDD pr 1000 listepasient-ekvivalenter(*) eller innbyggere
Din praksis	128	162	1 963
Smågruppe	159	239	2 924
RAK Buskerud	126	185	2 120
Ringerike	174	292	3 275
Buskerud	168	272	3 094
Hele landet	168	273	3 143
Eget mål

(*) Din legevakt-aktivitet er også inkludert her. Se appendiks for nærmere forklaring av våre beregninger.

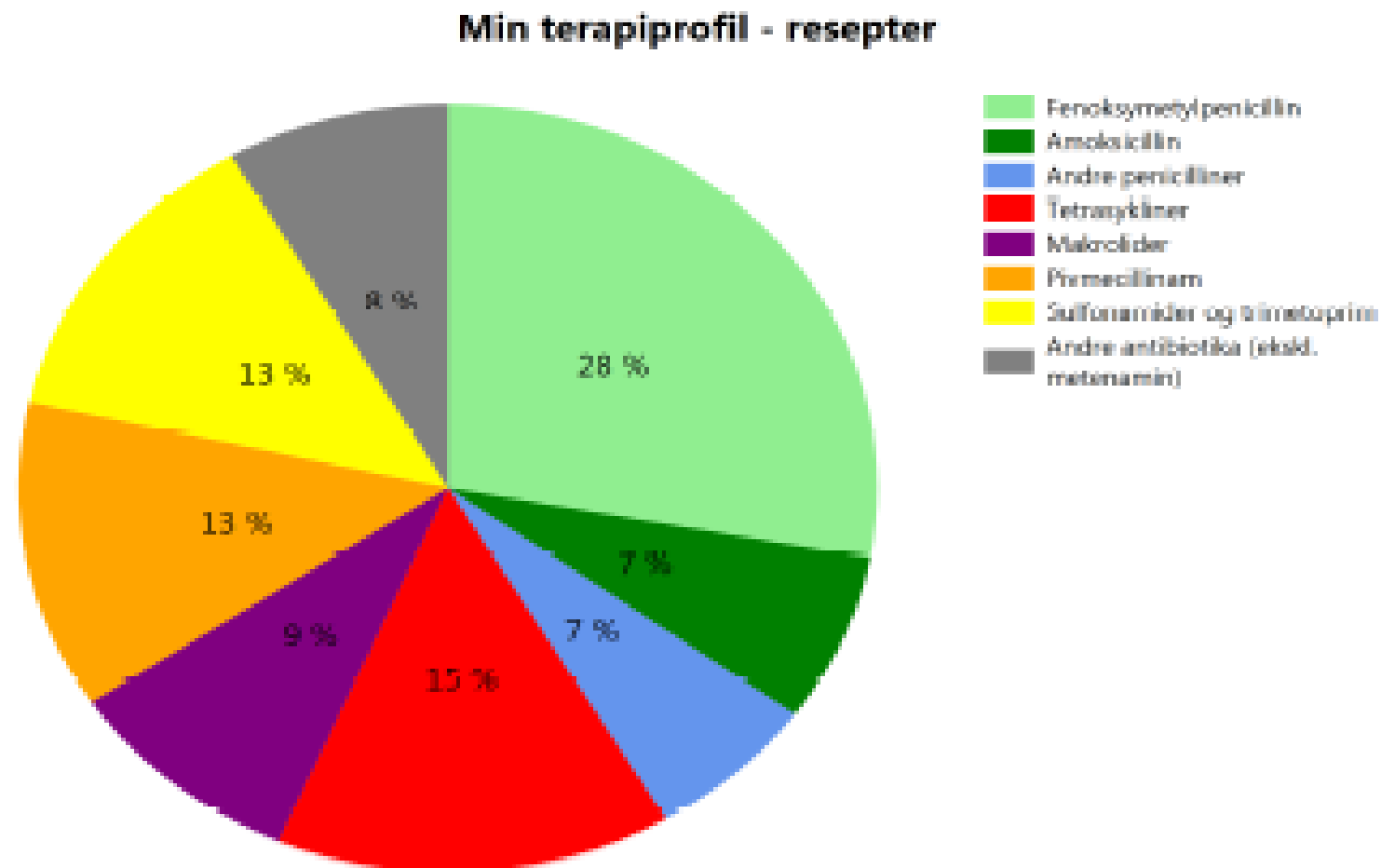
Tabell 2.2. Oversikt over hvilke antibiotika du har forskrevet i perioden. ATC-koder uten forskrivning er ikke inkludert i tabellen.

Min forskrivning		Antall personer(*)	Antall resepter	Antall blåresepter	Antall DDD
J01CE02	fenoksymetylpenicillin	40	43		499
J01CA08	pivmecillinam	19	20		170
J01AA02	doksykyklin	17	17		315
J01EA01	trimetoprim	6	13	7	110
J01CA04	amoxicillin	11	11		150
J01CF01	dikloxacillin	7	9		68
J01FA01	erytromycin	9	9		85
J01EE01	sulfametoxazol og trimetoprim	6	7		43
J01XE01	nitrofurantoin	6	6		38
J01AA04	lymecyklin	4	6		300
J01DB01	cefalexin	3	4		30
J01FF01	Klindamycin	4	4		20
J01MA02	ciprofloxacin	2	3		25
J01CE01	benzylpenicillin	1	1		3
J01FA09	klaritromycin	1	1		10
	SUM antibiotika (ekskl. metenamin)	122	154	7	1 865
J01XX05	metenamin	14	54	54	3 008

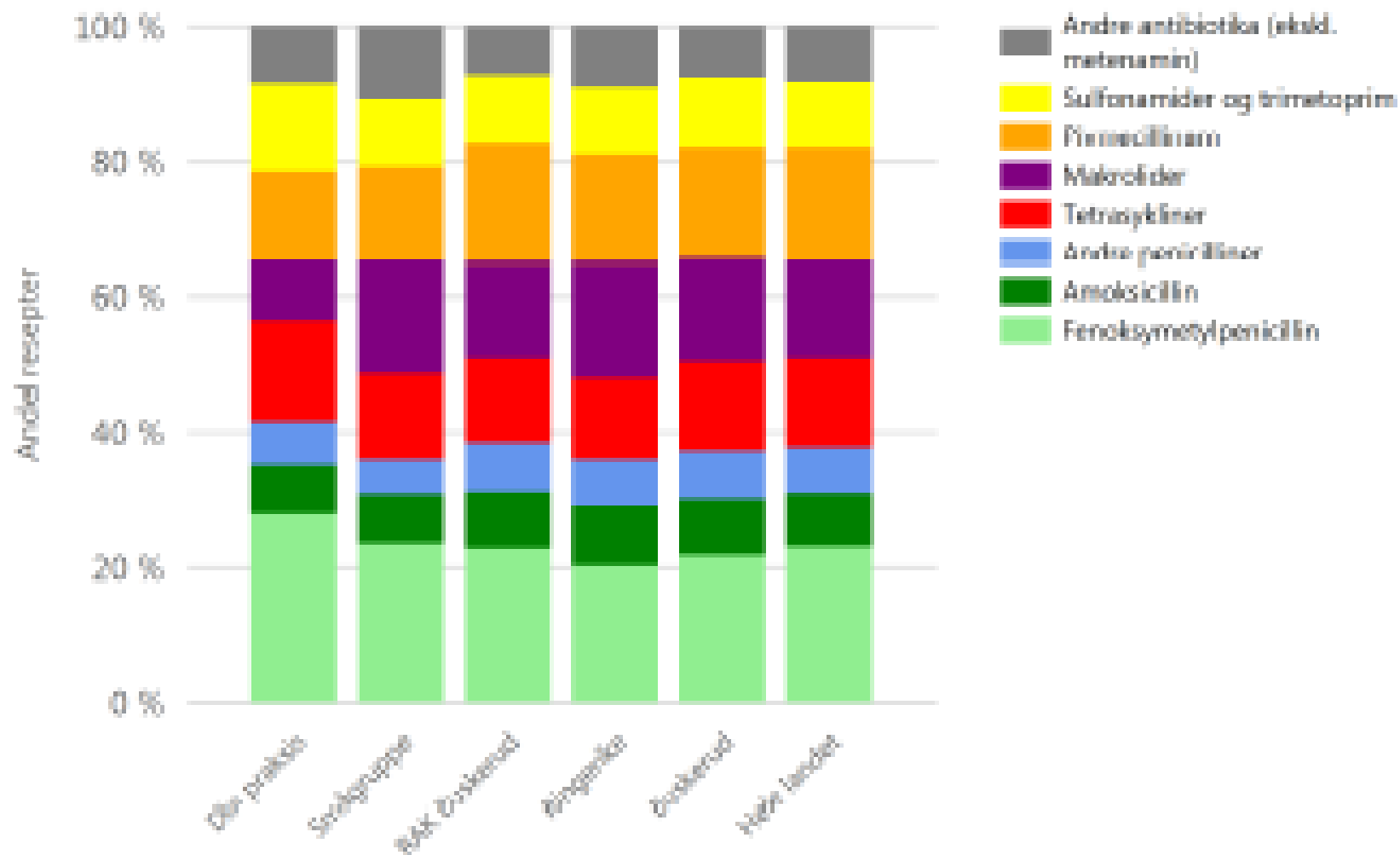
Fordeling av forskjellige typer antibiotika

Valg av type antibiotika er avgjørende for resistensutviklingen. Hvis flere typer antibiotika er virksomme mot en bestemt infeksjonstilstand, vil den minst resistensdrivende typen være førstevalg. Penicilliner er regnet som lite resistensdrivende.

Figur 2.2. Din terapiprofil av antibiotikaresepter i perioden.



Figur 2.3. Terapiprofil av antibiotikareseptur i perioden. Din praksis sammenliknet med smågruppen, RAK-Buskerud, kommunen, fylket og hele landet.

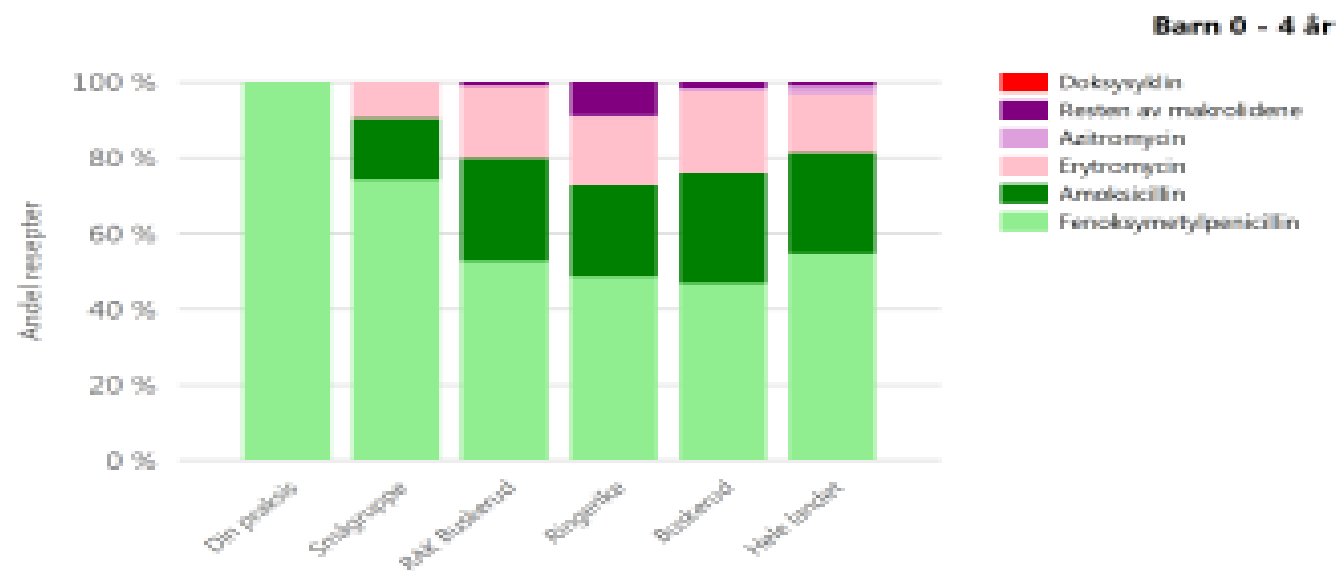


Tabell 3.1. Antall resepter luftveisantibiotika (LVI-AB) og andel fenoksymetylpenicillin (penicillin V) i perioden.

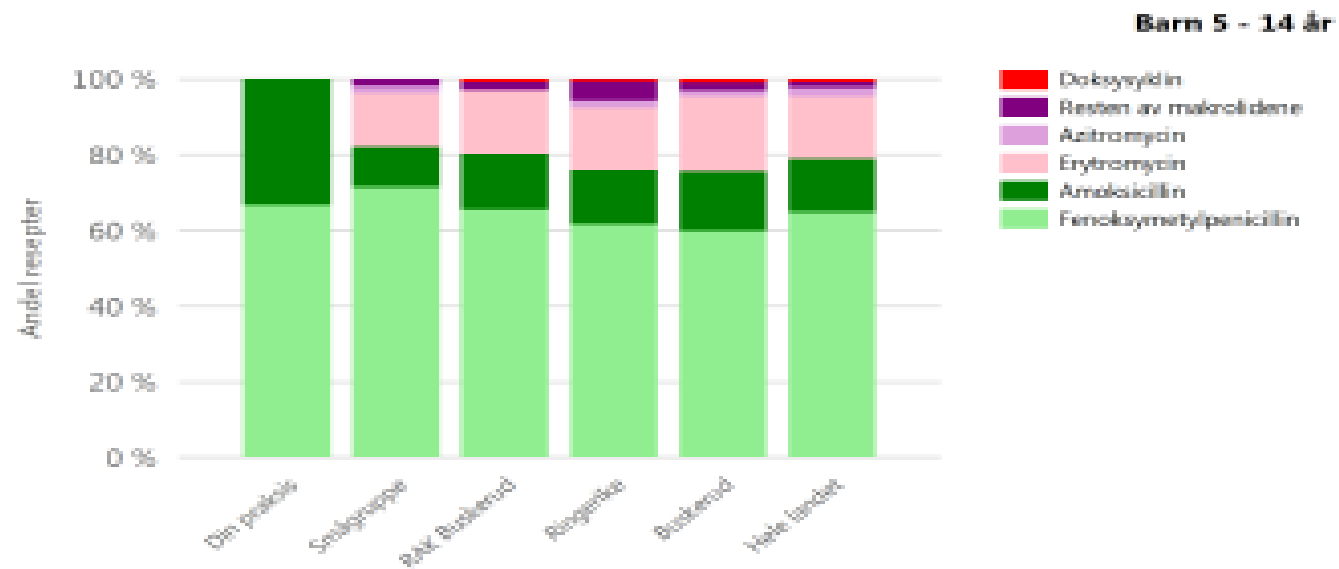
	Antall LVI-AB resepter	Andel fenoksymetylpenicillin av alle LVI-AB
Din praksis	81	53 %
Smågruppe	977	44 %
RAK Buskerud	14 700	46 %
Ringerike	4 397	40 %
Buskerud	38 395	43 %
Hele landet	717 466	46 %
Eget mål	--	--

Figur 3.1. Prosentandel fenoksymetylpenicillin-resepter av alle LVI-AB-resepter i perioden fordelt på ulike aldersgrupper.

Figur 3.2. Terapiprofil, LVI-AB-reseptor, aldersgruppen 0 - 4 år.



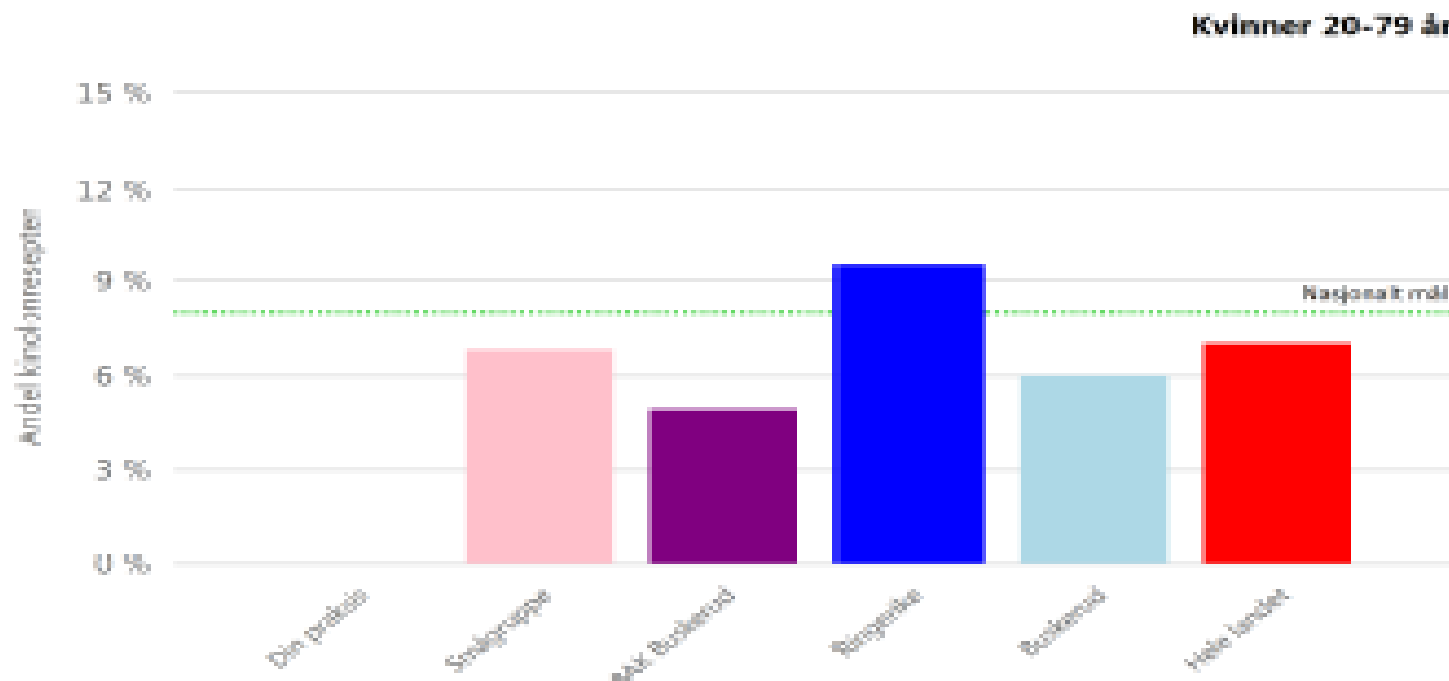
Figur 3.3. Terapiprofil, LVI-AB-reseptor, aldersgruppen 5 - 14 år.



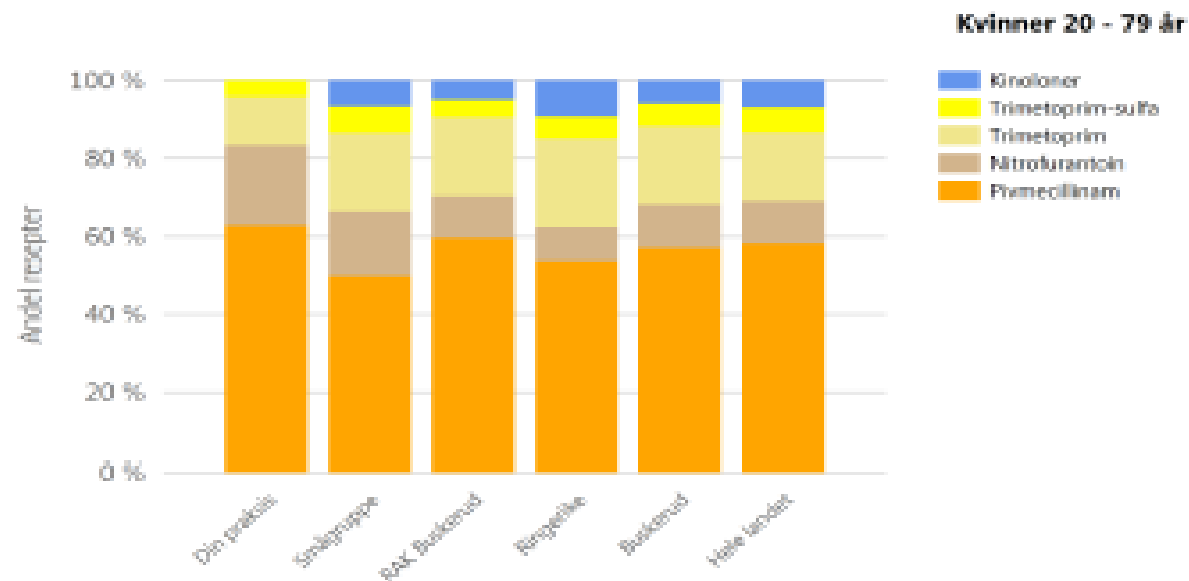
Tabell 4.1. Antall UVI-AB-resepter og andel kinolon-resepter til kvinner og menn mellom 20-79 år.

	Antall resepter UVI-AB - Kvinner	Andel kinolonresepter - Kvinner	Antall resepter UVI-AB - menn	Andel kinolonresepter - menn
Din praksis	24	0 %	6	33 %
Smågruppe	355	7 %	101	30 %
RAK Buskerud	6 084	5 %	1 365	25 %
Ringerike	1 764	9 %	482	43 %
Buskerud	14 732	6 %	3 782	28 %
Hele landet	289 622	7 %	71 521	30 %
Eget mål	—	—	—	—

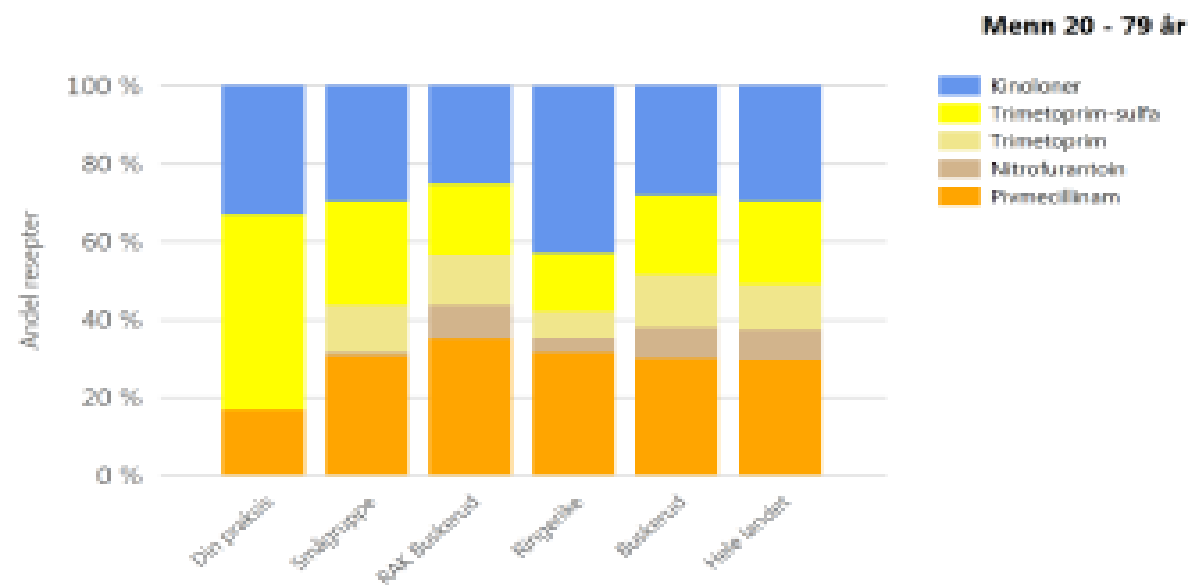
Figur 4.1. Prosentandel kinolon-resepter av alle UVI-AB-resepter, kvinner 20-79 år, i perioden.

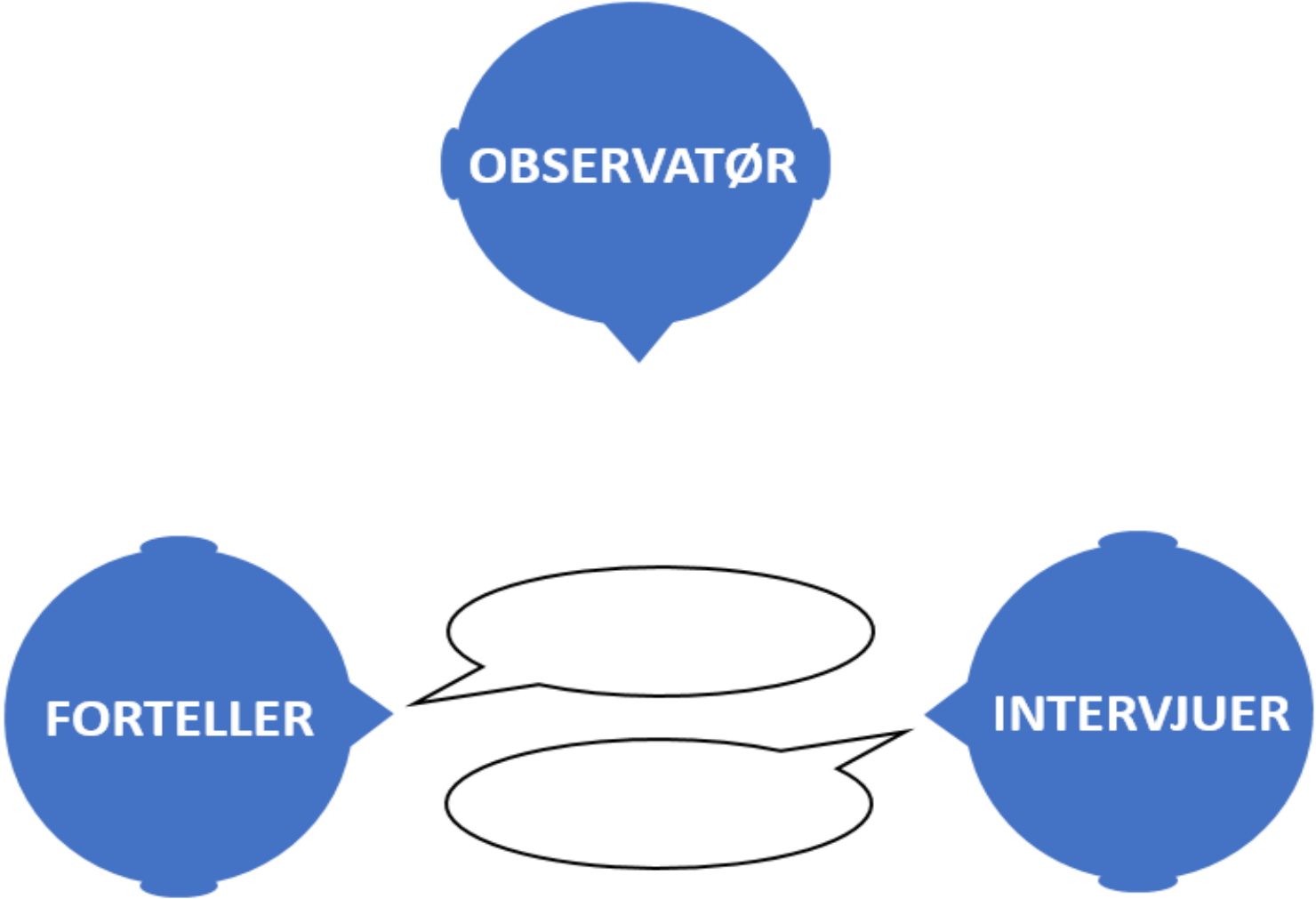


Figur 4.2. Terapiprofil, UVI-AB-reseptor til kvinder i aldersgruppen 20-79 år.



Figur 4.3. Terapiprofil, UVI-AB-reseptor til menn i aldersgruppen 20-79 år.





Aktuelle temaer for diskusjon

- Hvordan ligger du i fht hva du hadde forventet/resten av landet?
- Hva kan være årsaker til variasjon?
 - Total forskrivning
 - Luftveisinfeksjoner, fordeling bred/smål
 - Urinveisinfeksjoner, fordeling bred/smål
- Er det en trygg atmosfære til å legge fram egne svakheter og problemer?
- I hvilke situasjoner opplever dere press fra pasientene?
- Er det stor forskjell på å håndtere infeksjoner på legevakt og i egen praksis
- Ny kunnskap/erfaring som har kommet opp i diskusjonene?

Forbedringspotensial

- Alle deltakerne oppgir at de har et forbedringspotensial når det kommer til egen antibiotikaforskrivning.
- Det er gjennomgående at de ønsker å redusere bruken av antibiotika ved luftveisinfeksjoner, og at de ønsker å skrive ut mer smalspektret antibiotika når de først bestemmer seg for å forskrive.
- Flere av deltakerne peker også på at de kan bli flinkere i kommunikasjonen med pasientene, både det å få klarhet i hva pasientene forventer, og å forklare sykdommens naturlige forløp, og hvorfor antibiotika eventuelt ikke er nødvendig.
- Mange av deltakerne mener at de bør bli bedre på å endre behandlingen ved urinveisinfeksjoner, spesielt hos unge friske ikke-gravide kvinner. Her nevner deltakerne både å gi kortere kurer med antibiotika, men også å la være å skrive ut antibiotika i det hele tatt, og heller behandle med NSAIDs.

Tilbakemeldingsrapport

- De aller fleste deltakerne synes at det å få en oversikt over egen forskrivningspraksis var et svært konkret og nyttig virkemiddel, som i stor grad bidro til å reflektere over egen forskrivningspraksis.
- Det ga også en motivasjon til forbedring videre. Noen følte at de dataene de fikk presentert ikke var helt representative, eller at det var en skjevhet i datamaterialet, som gjorde at de fikk overraskende høye tall. De mente skjevhetene kunne skyldes tilfeller hvor antibiotikaforskrivningen ble registrert på dem, uten at det var de selv som hadde igangsatt behandling, for eksempel ved behandling av klamydia ved helsestasjoner eller antibiotikabehandling av eldre i kommunale omsorgsboliger.
- Andre deltakere pekte på at det var vanskelig å tolke dataene, og å forstå hvordan tallene skulle ses i forhold til listelengder og legevakter. Dermed ble det noe usikkerhet knyttet til tallene, og de mente at de ikke fikk samme utbytte av rapporten. Totalt sett var likevel de fleste svært fornøyde med å få tilbakemelding på en slik måte.

Kollegadiskusjon

- Rapportene ble sammenlignet og diskutert innad i smågruppen. Deltakerne måtte eksponere seg og sin forskrivningspraksis, og de skulle gjennomgå kritisk for å finne mulige områder å forbedre seg på.
- Det å skulle eksponeres på den måten kunne nok potensielt oppleves ubehagelig og være utfordrende, men tilbakemeldingene på dette var utelukkende positive. Deltakerne synes det var fint å kunne få drøfte sine egne tall med andre, sammenligne og reflektere over forskjeller. De ble mer bevisste over de beslutningene de tok, og hvorfor de valgte de ulike gruppene antibiotika i ulike kliniske situasjoner.
- Noen av gruppene hadde hatt smågruppe sammen i mange år allerede, og kjente hverandre godt. Dette gjorde at de var trygge på hverandre, og de hadde en lav terskel for å stille hverandre spørsmål og be om råd. Noen hadde også en kollegabasert smågruppe, sammen med alle legene som jobbet på samme legesenter.
- De følte at dette var en god mulighet til å samkjøre praksis og retningslinjer på legesenteret, og de hadde også inkludert helsesekretærene sine på kurset. Det ble også pekt på at diskusjoner ga engasjement, og at dette er noe som gjør at man lærer bedre og husker bedre.

Tiltak

- Deltakerne ble bedt om å oppgi hvilke tiltak de hadde satt i gang i sin praksis for å forbedre sin forskrivningspraksis underveis i kurset. På den siste e-læringsmodulen, før de får sin endringsrapport på gruppemøte 3, forteller de fleste deltakerne at de satt i gang flere tiltak for å redusere sin bruk av antibiotika.
- Tiltakene som går igjen er at de i større grad følger de oppdaterte retningslinjene, de er mer bevisst på å velge smalspektrede preparater og de bruker mer tid på å kommunisere med pasientene om naturlige sykdomsforløp og at det ikke alltid er nødvendig med antibiotika.
- Mange oppgir at de har brukt vent-og-se-resept og antibiotikafri resept i større grad enn tidligere, i stedet for å skrive ut antibiotika.

Videreføring av tiltak

- For at tiltakene som er iverksatt faktisk skal ha en effekt, er det vesentlig at de opprettholdes over tid, og ikke kun mens kurset pågår. Deltakerne ble spurt om hvordan de skulle sikre at tiltakene skulle gjennomføres også i fremtiden.
- Flere svarte at de trodde at kursets varighet, over en periode på mer enn seks måneder, gjorde at de hadde hatt fokus på temaet så lenge at det begynte å bli innarbeidet i praksisen. Det ble også pekt på at tiltakene oppleves som gjennomførbare og hjelpsomme i en travel hverdag.
- Fordi infeksjoner og spørsmål om bruk av antibiotika er en svært vanlig problemstilling, brukes den nye kunnskapen daglig, og mange mener at den derfor innarbeides og huskes bedre. Verktøy som antibiotikafri resept, vent-og-se-resept og nasjonale veiledere nevnes som hjelpemidler de vil bruke mer også i fremtiden.
- Flere sier likevel at det er et behov for å jobbe aktivt videre med problemstillingen antibiotikabruk og antibiotikaresistens, og at det viktig med faglige oppdateringer og fortsatt smågruppearbeid. Et forslag eller ønske som gikk igjen, var at deltakerne gjerne ville ha en tilbakemeldingsrapport igjen etter en viss tid som en slags kontroll på at tendensen vedvarer, og som en motivasjon til å fortsette arbeidet. Noen ønsket også en årlig tilbakemelding.

Takk for oppmerksomheten!

