

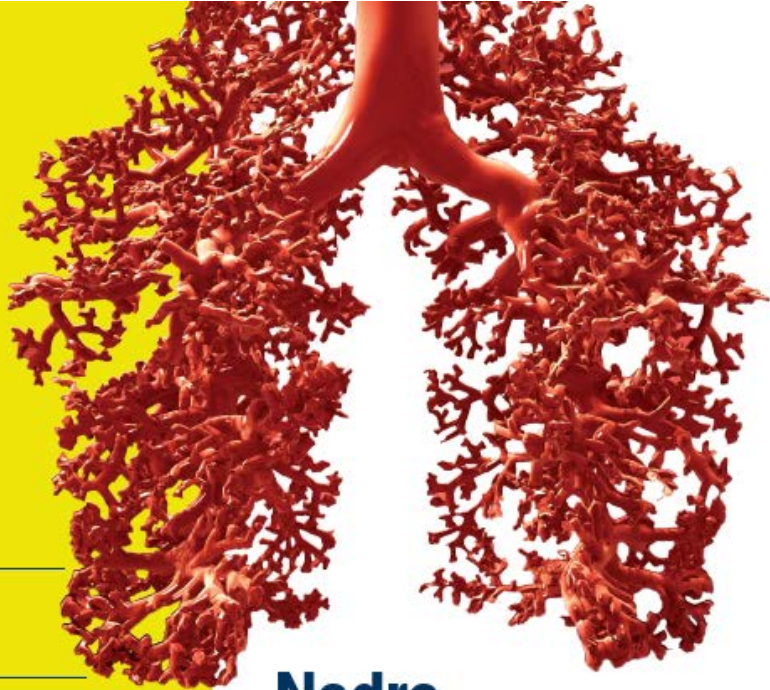
Academic detailing i Praksis

Korte fokuserede besøg i almen praksis

Nedre luftvejsinfektioner

- Akut Bronkitis – ingen antibiotika behandling
- Førstevalg ved pneumoni penicillin x 4 i 5 dage
- Ved penicillinallergi anbefales clarithromycin i 5 dage
- Ved KOL-exacerbation er Amoxicillin i 5 dage førstevalg

REGION  Klinisk Farmakologisk Afdeling
Medicinfunktionen



Nedre luftvejsinfektioner

Nyhed

- Pneumoni: penicillin i 5 dage
- KOL-exacerbation: amoxicillin i 5 dage

REGION  Klinisk Farmakologisk Afdeling
Medicinfunktionen

Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler

Læge, ph.d. Jon Trærup Andersen, farmaceut Anne Mette Drastrup og farmaceut Katja Toft

Indhold

| | |
|--|----|
| Indledning..... | 3 |
| Formål..... | 4 |
| Metode | 4 |
| Inklusion og eksklusion..... | 4 |
| Finansiering | 5 |
| Udførelse | 5 |
| Forberedelse af projekts materiale (Besøgsfolderen)..... | 5 |
| Kontakt til almen praksis- markedsføring og bookning af besøg..... | 5 |
| Academic detailing besøget | 6 |
| Resultater..... | 6 |
| Perspektivering | 7 |
| Ressourcer..... | 7 |
| Fremtidige academic detailings besøg | 8 |
| Konklusion | 8 |
| Bilag | 9 |
| Bilag 1: Endelig besøgsfolder RADS nedre luftvejsinfektion. | 9 |
| Bilag 2: Academic detailing projekt_info til alm prak. | 11 |

Indledning

Læger præsenteres ofte for store mængder videnskabelig litteratur, vejledninger og anbefalinger, hvilket gør det svært at holde sig opdateret. Dette gør sig i særdeleshed gældende for praktiserende læger, da de tillige skal holde sig opdaterede inden for mange forskellige områder. Den nuværende evidens peger på, at udbredelse af ny viden til klinikere via fx videnskabelige artikler har en meget lille effekt, mens mere interaktive teknikker som for eksempel academic detailing har vist at være den mest effektive efteruddannelsesmetode til at ændre lægers adfærd.

Academic detailing er en metode til fortsat medicinsk uddannelse, hvor fx en farmaceut (detailer) besøger fx en læge på dennes kontor med henblik på at formidle ny viden på et udvalgt område. Overordnet set arbejder man med at:

- identificere én specifik problemstilling
- identificere basisviden og motivation for ændring
- definere en klar målsætning for den ønskede ændring
- redegøre evidensbaseret for perspektiverne for den givne ændring
- afholde korte, interaktive sessioner med mulighed for diskussion
- understrege de vigtigste beskeder koncist og grafisk
- evt. forstærke budskabet via followup-besøg

Tilgangen til lægen eller sundhedspersonen er fordomsfri og dialogbaseret. Det er ikke meningen, at lægen skal forberede sig på besøget, men blot sætte tid af (10-15 min). Mødet holdes meget kort for ikke at belaste lægens tid unødigt.

Academic detailing må fremhæves som en effektiv metode til at ændre sundhedsudbyderes adfærd på, fordi metoden gentagne gange er vist effektiv til bl.a. at ændre praktiserende lægers udskrivning af lægemidler. Talrige studier har beskrevet effekten af metoden. Fx så man i et randomiseret studie en reduktion på op til 45 % i brugen af antikolinerge antidepressiva hos ældre behandlet af læger udsat for academic detailing sammenlignet med en tilsvarende gruppe behandlet af læger, der ikke havde modtaget academic detailing besøg. Et andet studie viste en reduktion på mere end 25 % i udskrivning af benzodiazepiner, ligesom man i et tredje studie fandt en reduktion på 27 % i brugen af psykoaktive stoffer hos ældre ved brug af academic detailing.

Et stort canadisk review har fundet, at der i gennemsnit ses en ændring af ordinationsmønsteret på 21 % i de randomiserede studier, der indgik i reviewet, og hvor der blev intervenseret overfor praktiserende læger ved hjælp af academic detailing.

Academic detailing er udbredt i lande som Australien, Norge, USA og Canada, hvor erfaringerne med korte fokuserede besøg hos læger er gode. Metoden har som sådan været anvendt i lægemiddelindustrien i mange år, men academic detailing, hvor den anvendes i

dens oprindelige form (kort besøg, med få simple budskaber, der er uafhængige og evidensbaserede, ikke kommerciel og udført af en certificeret detailer), er endnu ikke afprøvet i Danmark.

Der findes andre regionale tilbud i Region Hovedstaden via KAP-H (Kvalitet i Almen Praksis i Hovedstaden), hvor læger tilbydes besøg med fokus på medicin af en medicinkonsulent (en kollega, der er praktiserende speciallæge i almen medicin). Disse besøg er væsentlig længere og ofte baseret på ordinationsdata og medicingennemgang, hvor man ofte tager udgangspunkt i den enkelte læges problemområder. Metoden er ikke evalueret med henblik på effekt i ændring af ordinationsmønstre.

Formål

Projektets formål er at undersøge, om de alment praktiserende læger i Region Hovedstaden vil tage imod et tilbud om academic detailing (AD).

Herunder:

- Om det er muligt via brev at få interesserede læger til at tilmelde sig et academic detailingbesøg.
- Om det er muligt, at mindst 100 læger modtager et AD besøg i projektets løbetid.

Metode

Inklusion og eksklusion

Alle læger i Region Hovedstaden havde i udgangspunktet mulighed for at modtage et besøg. Besøgene blev tilbudt i perioden september 2017-maj 2018. Lægerne, der blev tilbudt et AD besøg, havde alle tilknytning til almen praksis. Enten som alment praktiserende læge eller som uddannelseslæge i almen praksis.

Der var ikke forud for besøgstilbuddet foretaget en analyse af den pågældende læges ordinationsmønstre.

For at skabe opmærksomhed om tilbuddet om AD besøg blev der sendt breve ud med information om tilbuddet til klinikker i Nordsjælland, København, Vestegnen og Amager. De kontaktede klinikker blev valgt tilfældigt via ydernummer. Alle læger, der tilmeldte sig et besøg, havde tilknytning til almen praksis og der blev således ikke ekskluderet nogen læger på baggrund af manglende tilknytning til almen praksis.

Finansiering

Projektet er finansieret af Klinisk Farmakologisk Afdelings interne midler

Udførelse

Forberedelse af projekts materiale (Besøgsfolderen)

Der blev til besøgene udviklet en besøgsfolder, som dialogen mellem detalier og lægen kunne tage udgangspunkt i. Folderen havde flere formål

1. at være udgangspunkt for samtalen i forhold til hovedbudskaberne,
2. at kunne efterlades som en påmindelse om hovedbudskaberne efter selve besøget.
Den udarbejdede folder er derfor ikke tiltænkt at skulle læses alene, men bruges til selve samtalen og indeholde simple og overskuelige oversigter, som lægen har mulighed for at bruge til at huske på budskaberne fra besøget.

Materialet blev udarbejdet med udgangspunkt i RADS vejledning "Baggrundsnotat for hensigtsmæssig anvendelse af antibiotika ved nedre luftvejsinfektioner i almen praksis og på hospital". Folderen blev udarbejdet som et kort sammendrag i forhold til det, der er relevant for almen praksis. De vigtigste budskaber blev fremhævet, og folderen blev sat op i meget overskueligt format. Folderen blev trykt i størrelsen A3 – foldet 2 gange, således at det var muligt for to personer at sidde sammen og kigge på folderen samtidig.

Hovedbudskaberne i besøgsfolderen/indsatsen:

1. Akut Bronkitis – ingen antibiotika
2. Førstevalg ved pneumoni: Penicillin x 4 i 5 dage
3. Ved penicillinallergi anbefales clarithromycin i 5 dage
4. Førstevalg ved KOL-exacerbationer: Amoxicillin i 5 dage

Besøgsfolderen, der blev anvendt i de ordinære besøg (efter pilotbesøg), kan ses i bilag 1.

Kontakt til almen praksis- markedsføring og bookning af besøg

For at informere de alment praktiserende læger om tilbuddet om Academic detailing besøget blev der udformet et brev, der i korthed beskrev Academic detailing som metode og hvilket emne besøget ville handle om. Brevet indeholdt også information om tilmelding via mail. Alle brevene blev underskrevet af Katja Toft og Jon Trærup Andersen, se bilag 2.

Ikke alle læger i Region Hovedstaden modtog et brev. For at sikre at kunne imødekomme de læger, der ønskede besøg, samt at samle besøgene geografisk, blev der sendt breve ud af flere omgange, en kommune ad gangen.

Det var planlagt, at der ca. en uge efter klinikken havde modtaget brevet, skulle ringes til klinikken, for at aftale et tidspunkt for besøget. Denne opfølgning på brevet blev dog ikke nødvendig, da klinikkerne selv, i langt større omfang end forventet, tilmeldte sig via mail. De fleste læger tilmeldte sig via mail, kun få tilmeldte sig via telefonisk kontakt.

Efter lægerne havde tilmeldt sig, blev de ringet op for at aftale et tidspunkt for besøget. Tiderne var typisk nogle måneder herefter.

Academic detailing besøget

Besøget blev udført af en farmaceut uddannet i academic detailing. Så mange som muligt af de læger, der var tilstede i de besøgte klinikker, deltog i et besøg.

De første 10 besøg blev planlagt som pilotbesøg, hvor de første besøg blev optaget på video til selvevaluering. Der var dog 13 læger i alt, der deltog i pilotfasen, da der var læger der under besøget af deres kollega i klinikken også gerne ville have et besøg. Efter pilotfasen blev besøgsfolderen evalueret og tilpasset.

Selve besøget i klinikken blev normalt gennemført på 10-15 min. per samtale. Ved klinikker, hvor der var aftalt flere besøg, var der typisk lagt 15 min pause mellem hver aftale. Detaileren medbragte besøgsfolderen, som samtalen tog udgangspunkt i, men hver samtale blev tilpasset til den dialog, der opstod mellem læge og detailer.

Hovedbudskaberne blev gennemgået på alle besøg, men vægten og dermed tiden blev lagt på de emner, hvor det var mest relevant under det enkelte besøg/samtale.

Efter besøget blev besøgsfolderen udleveret til lægen.

Hvis klinikpersonalet var interesseret i at høre om emnet, fik de tilbuddet som samlet gruppe. Dialogen med denne gruppe blev tilpasset efter deres behov, men samtalen blev stadig holdt på 10-15 min.

Resultater

Der blev udsendt et brev pr. ydernummer med information om tilbuddet. Alle breve var enslydende og lægerne var ikke særligt udvalgte. Alle læger, der deltog i den ordinære besøgsrunde (efter pilotbesøgene), tilmeldte sig selv, efter at have modtaget brevet.

- Antal breve (ydernumre) udsendt: 281 med tilbud om besøg
- Antal ydernumre der modtog et AD besøg: 70
- Pilotbesøg, antal læger: 13
- Samlet antal læger, der modtog et AD besøg: 137
- 24,9 % af klinikkerne tilmeldte sig efter, de havde modtaget et brev

- Alle læger, fraset en, gav udtryk for, at de ville være positive overfor at modtage besøg igen.

Grundet den store tilmeldingsprocent, blev de planlagte systematiske opfølgende opringninger ikke gennemført.

De besøgte læger og deres klinikker var meget forskellige. Der var læger, der sad i solo- og kompagniskabs-praksis og klinikker med praksispersonale fra flere faggrupper til klinikker med kun et praksispersonale.

Da samtalerne tog udgangspunkt i den enkeltes læges spørgsmål, var vægten af emnerne i samtalen forskellig fra besøg til besøg. Der var dog nogle emner, der oftere blev brugt tid på.

Emner vedr. de lægemiddelfaglige budskaber:

- Generelt var der et lille kendskab til RADS og Medicinrådet
- Ofte ordinerede lægen færre antal daglige doseringer end det i RADS-vejledningen anbefalede (4 gange dagligt), men i flere dage (7-10), svarende til de tidligere anbefalinger
- Der var en del der konsekvent ordinerede amoxicillin med clavulansyre ved KOL i exacerbation
- Udfordringerne med at behandle børn med smalspektret penicillin mixtur grundet mixturens dårlige smag.

Besøgene blev ikke systematisk evalueret, men generelt var kommentarerne til besøgene meget positive:

- Læge i solopraksis: "jeg har ikke som sololæge mulighed for at følge med i det hele"
- Yngre læge: "det var en rigtig effektiv måde lige at blive opdateret på. Der er rigtig mange efterfyraftensmøder -her behøver jeg ikke en gang rejse mig fra min stol".

Nogle læger ville gerne have haft mere information om emnet og besøgene inden de tilmeldte sig et besøg. Flere læger efterspurgte data om egne ordinationer.

Perspektivering

Ressourcer

Projektet viser, at der bruges en del tid til materialeudvikling, udsende breve og koordinering af aftaler.

Projektet viser, at der er dage og tidspunkter, hvor det generelt passer lægerne godt at få besøg. Disse tidspunkter er meget ens på tværs af klinikker (typisk onsdage og omkring frokosttid). Det vil derfor være hensigtsmæssigt at have flere detailere, der kan tage på besøg, da lægerne ellers må vente i nogen tid på at få et besøg.

Fremtidige academic detailings besøg

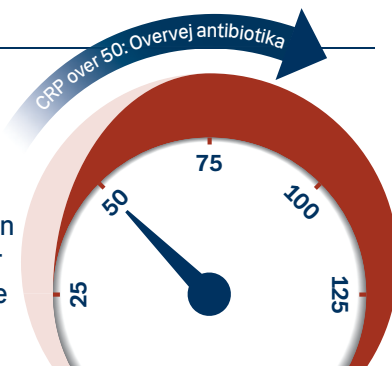
Resultaterne viser, at det er relevant at tilbyde academic detailing besøg til almen praksis. Den positive modtagelse af tilbuddet om et academic detailing besøg tyder på, at metoden også i Danmark kan anvendes til at udbrede faglige budskaber. Det foreslås, at fremtidige projekter får klarlagt, i hvor høj grad lægerne tager budskabet til sig og ændrer ordinationsvaner efter et besøg. Det ville være relevant mere systematisk at indsamle de besøgte lægers vurdering af besøget. Både i forhold til academic detailing som metode, og det konkrete emne besøget omhandler. I løbet af besøgsperioden har der fra nogle af de besøgte læger været ønske om også at kunne modtage besøg i grupper, således at flere læger fra samme klinik kunne få besøg fx ved et klinik/personale møde. Hvis der tilbydes gruppebesøg på lige fod med 1:1 besøg i fremtidige academic detailings indsatser, vil det være relevant at undersøge hvilke tilbud (gruppe/individuelle besøg), der er mest effektive til at ændre lægernes ordinationsvaner.

Konklusion

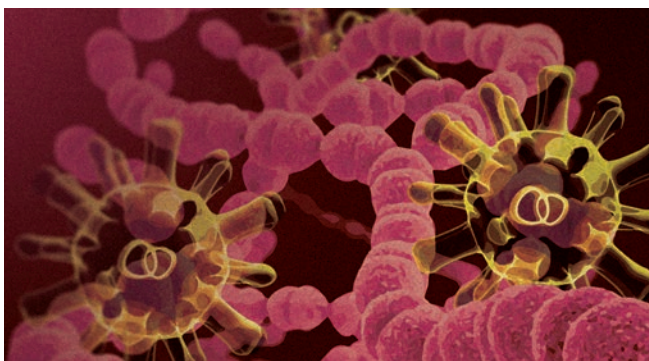
Projektet viser, at det er muligt at få de alment praktiserende læger i Region Hovedstaden til at tage imod et tilbud om et academic detailing besøg. Alle læger, der deltog i den ordinære besøgsrunde (efter pilotbesøgene), tilmeldte sig selv efter at have modtaget brevet med information og der var således ikke behov for opfølgende opringninger. Samlet antal læger, der modtog et academic detailings besøg var 137. Om tilslutningen til besøgene bunder i, at tilbuddet er nyt og derfor interessant, og om de besøgte læger også i fremtiden ønsker at tage imod et academic detailing besøg er svært at vurdere på nuværende tidspunkt, men tilbagemeldingen på besøgene var meget positive.

Der er således basis for at fortsætte indsatsen.

- Ved usikkerhed om diagnosen kan der foretages røntgen af thorax. Parakliniske diagnostik fx CRP kan til udvalgte patienter supplere den kliniske diagnose.



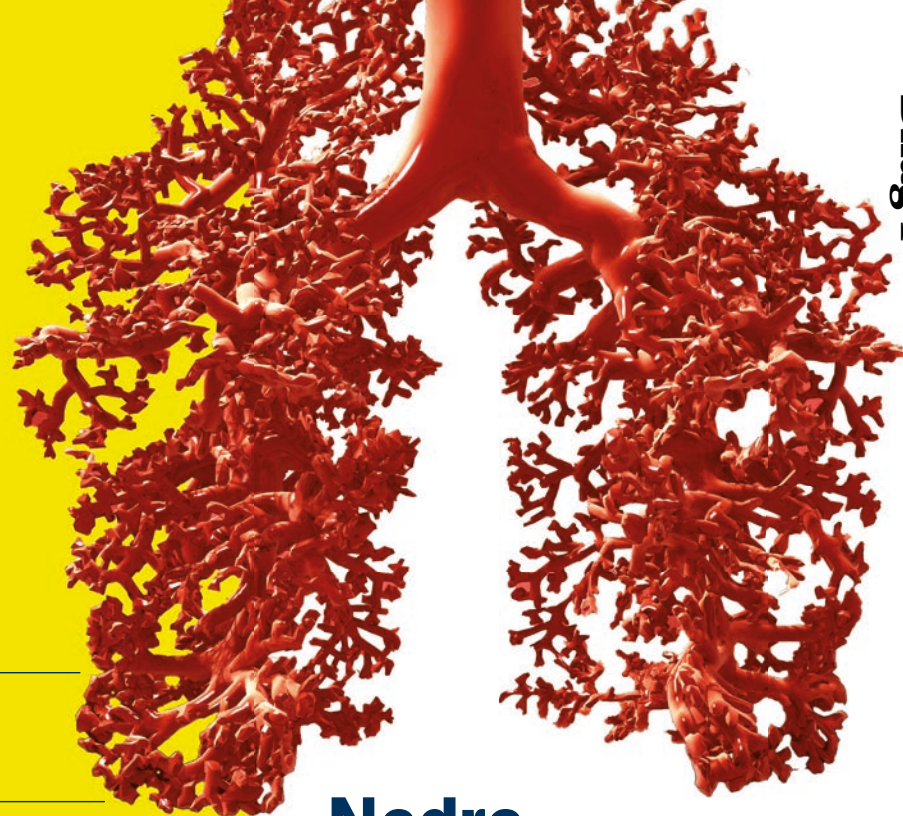
- Forbruget af makrolider bør begrænses, da forekomsten af makrolidresistente bakterier tiltager med anvendeshyppigheden
- Streptococcus pneumoniae-infektion er den hyppigste årsag til alvorlig pneumoni i Danmark.
- 1 ud af 20 patienter med pneumokok-pneumoni har makrolidresistente pneumokokker



- Azithromycin fravælges, pga lang halveringstid og vævsfordeling øger risiko for resistensudviklingsprofil

Nedre luftvejsinfektioner

- Akut Bronchitis – ingen antibiotika behandling
- Førstevalg ved pneumoni penicillin x 4 i 5 dage
- Ved penicillinallergi anbefales clarithromycin i 5 dage
- Ved KOL-exacerbation er Amoxicillin i 5 dage førstevalg



Nedre luftvejsinfektioner

Nyhed

- Pneumoni: penicillin i 5 dage
- KOL-exacerbation: amoxicillin i 5 dage

Diagnose

| Akut bronkitis | Pneumoni | KOL-exacerbation |
|---|--|--|
| Symptomer → Hoste. - Tør/produktiv - Dag og nat, - Ofte purulent ekspektorat ved symptomer i flere dage → Let vejrtrækningsbesvær og ømhed i brystet, specielt ved hoste. → Temperaturforøgelse. → Evt. almindelige forkølelsessymptomer. | Symptomer → Stor variation. Kan opstå akut eller som led i en anden luftvejsinfektion. → Hyppige symptomer - Feber - Hoste (tør eller produktiv) - Vejrtrækningsbesvær, smerte ved inspiration - Kulderystelser - Nattesved - Nytilkommen træthed - Gastrointestinale symptomer. | Symptomer En exacerbation af KOL kendetegnes ved en akut forværring af patientens daglige symptomer med → Dyspnø → Hoste → Opspyt. Evt. almen påvirkning med feber, nytilkommen træthed og søvnforstyrrelser. |
| Objektive tegn → Oftest upåvirket med hoste, hyppigt debuterende med symptomer på infektion i de øvre luftveje. → Lungestetoskopi har begrænset værdi grundet mangel på et specifikt fund ved akut bronkit. Typisk vesikulær respiration evt. med sekretraslen og/eller rhonchi. | Objektive tegn → Typisk en alment påvirket med feber og dyspnø, øget vejrtrækningsfrekvens og hoste. → Fravær af høj feber, krepitation eller dæmpning vil med høj sandsynlighed udelukke en lobær pneumoni. → De kliniske tegn er ret usikre; stetoskopisk høres kun bilyde i under 50 % af tilfældene, oftest krepitation og nedsat respirationslyd. | Objektive tegn → Varierer afhængigt af sværhedsgrad. → Typisk øget dyspnø (tale-/funktionsdyspnø) i forhold til habitualtilstanden, øget mængde og purulens (farve) af ekspektorat. → Ved stetoskopi høres bilyde, herunder krepitation, rhonchi og sekretraslen, men der er ikke specifikke fund. |

→ De fleste nedre luftvejsinfektioner er milde og kræver ingen antibiotisk behandling.

→ Ca. 13 % af patienter med diagnosen "nedre luftvejsinfektion" fra almen praksis har reelt en radiologisk verificerbar pneumoni.

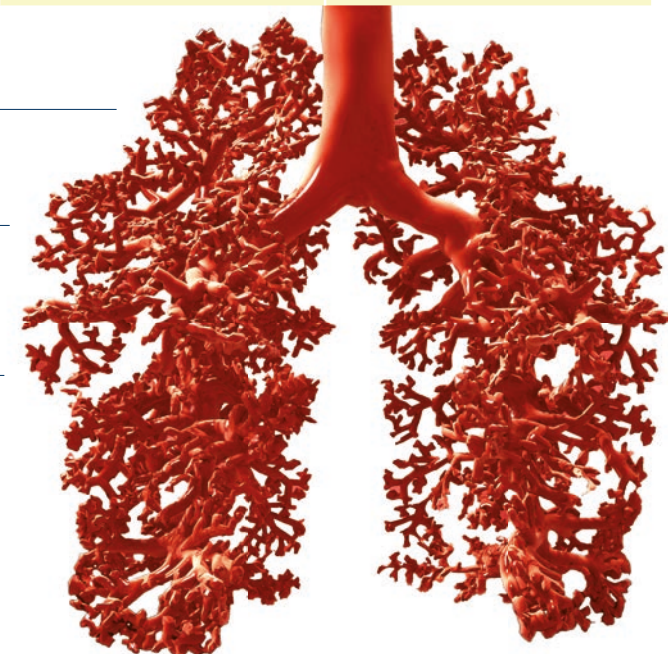
Valg af antibiotika i almen praksis

Immunkompetente voksne og børn med klinisk mistanke om nedre luftvejsinfektion og nytilkomne symptomer: Hoste, ekspektoration, bryst smerter og/eller feber.

| Akut bronkitis | Pneumoni | Penicillinallergi og pneumoni | KOL-exacerbation |
|--|---|---|--|
| Der anbefales ikke antibiotisk behandling | Penicillin V, peroral 1 MIE (660mg) x 4 i 5 døgn. Børn: 0,02 MIE/kg (12,5 mg/kg) x 4 i 5 døgn. Børn > 40 kg eller > 12 år doseres som voksne. | Clarithromycin, peroral, 500 mg x 2 i 5 døgn. Børn: 7,5 mg/kg x 2 i 5 døgn. (Maks. 1g/døgn) Børn > 12 år doseres som voksne. | Amoxicillin, peroral, 750 mg x 3 i 5 døgn. |
| Høj evidens for patienterne kun har minimal gavn af antibiotikabehandling. | Doseres 4 x dagligt for at nedsætte risiko for behandlingssvigt og udvikling af resistens. | Ingen evidens for, at ét makrolid er mere effektivt end andre makrolider. | Hvis disse er opfyldt: → Øget dyspnø → Øget ekspektoration → Øget purulens af ekspektorat |

→ Genhenvendelse ved forværring eller manglende bedring efter ca. 3 dage.

→ Kontrolrøntgen af thorax efter 4-6 uger:
 → rygere over 50 år
 → ved gentagne pneumonier.





5. december 2017

Kære praktiserende læge

Klinisk Farmakologisk Afdeling tilbyder lige nu et besøg i din praksis med fokus på antibiotika. Besøget er kort (10-15 min) og er en effektiv måde at forblive opdateret.

Besøgene bygger på *academic detailing*, hvor læger i almen praksis får tilbudt et fokuseret kort besøg med lægemiddelfagligt indhold. Metoden er udviklet som et modsvar til medicinalindustriens markedsføring. Tilbuddet gælder alle læger, der er tilknyttet klinikken, og kræver ingen forberedelse.

Besøget tager kun 10-15 minutter og tilrettelægges, så det passer dig bedst, og som tak for ulejligheden giver vi en flaske rødvin.

Så vær med til at sætte fokus på rationel anvendelse af antibiotika og få besøg af Klinisk Farmakologisk Afdelings certificerede detailer farmaceut Katja Toft. Skriv til katja.toft@regionh.dk – så finder vi et tidspunkt, der passer dig.

Med venlig hilsen

Jon Trærup Andersen
Læge, lektor, ph.d., *certificeret detailer*
Klinisk Farmakologisk Afdeling
Bispebjerg Hospital
2400 København NV
jon.thor.traerup.andersen@regionh.dk

Katja Toft
Farmaceut, *certificeret detailer*
Klinisk Farmakologisk Afdeling
Bispebjerg Hospital
2400 København NV
katja.toft@regionh.dk

