

Kvaliteten af NOAK-behandling ved AFLI-patienter i almen praksis



Hold 42

Udarbejdet af:

Mia Kamp Jensen

Lise Wittrup Lindeloff

Maibrit Petri Christensen

Katrine Bunk

Vejleder: Bo Christensen

Introduktion	3
Risikostratificering forud for AK-behandling ved atrieflimren	3
Typer af AK-behandling	3
Kontrol af behandling med NOAKs ved atrieflimren	4
Forbrug af NOAKs	4
Formål	4
Metode	5
Auditprojektet	5
Mini-survey	6
Udarbejdelse af frase	6
Resultater	7
Tabel 1 - Resultater	7
Patientsammensætningen	8
Figur 1 - Aldersfordeling (%)	8
Ordinationsmønster	8
Figur 2 - Iværksættelse af NOAK (%)	9
Figur 3 - Præparatvalg i de forskellige praksis (%)	9
Figur 4 - Ordinationsmønster auditprojekt (%)	10
Figur 5 - Ordinationsmønster Region Midt 2018 (%)	10
Figur 6 - Ordinationsmønster landsplan 2018 (%)	11
Årskontrol det seneste år	11
Figur 7 - Årskontrol ved AFLI-patienter i NOAK-behandling (%)	12
Figur 8 - Udvalgte indikatorer ved årskontrol (%)	12
CHA2DS2-VASc-score og HAS-BLED-score	13
Figur 9 - CHA2DS2-VASc-score og HAS-BLED-score	13
Årskontrol i forhold til opstartssted	13
Tabel 2 - Årskontrol i forhold til opstartssted	14
Figur 10 - Årskontrol i forhold til opstartssted (%)	14
Mini-survey og valg af præparat	14
Fejldosering	15
Diskussion	15
Forslag til frase:	18
Konklusion	19
Perspektivering	19
Referencer	21

Introduktion

Atrieflimren (AFLI) er den hyppigste vedvarende hjerterytmeforstyrrelse. Det skønnes, at prævalensen er 120.000 patienter i Danmark, og incidensen er 15 - 20.000 nye patienter pr. år (12). Ved AFLI er der en øget risiko for tromboemboli. AFLI øger risikoen for apopleksi med en faktor 5 og er årsag til 20-25 % af alle apopleksier (10). Adækvat AK-behandling reducerer den relative risiko for apopleksi med 67% pga. reducere af de iskæmisk apopleksier dog med en lille øgning i de hæmorrhagiske apopleksier (12).

Risikostratificering forud for AK-behandling ved atrieflimren

Til vurdering af indikationen for AK-behandling anbefales CHAD2DS2-VASc-score som hjælp til risikostratificering for tromboemboli (2,10,12). Siden 2010 har europæiske guidelines anbefalet AK-behandling til alle AFLI-patienter med moderat til høj risiko (1). RADS anbefaling fra 2016 anbefaler opstart af AK-behandling til alle AFLI-patienter med CHAD2DS2-VASc-score > 1 (12). Ud over risikoen for tromboemboli anbefales også en vurdering af blødningsrisikoen inden opstart af AK-behandling. Dette ved udregning af HAS-BLED-score. En høj HAS-BLED-score og dermed øget blødningsrisiko kontraindicerer ikke AK-behandling, men der vil være øget behov for monitorering (10, 12).

Typen af AK-behandling

AK-behandling omfatter enten behandling med Non-vitamin K antagonist orale antikoagulantia (NOAKs) eller vitamin K-antagonist (VKA) warfarin eller phenprocoumon. Foruden lavmolekylært heparin (LMH), særligt til cancerpatienter, som vi ikke vil komme yderligere ind på i dette auditprojekt.

Der er aktuelt 4 forskellige NOAKs tilgængeligt på markedet: Dabigatran (Pradaxa), Rivaroxaban (Xarelto), Apixaban (Eliquis) og Edoxaban (Lixiana).

Nationale guidelines anbefaler NOAKs frem for VKA til behandling af AFLI, såfremt der ikke er kontraindikationer mod NOAKs (10,11). Kliniske studier har vist, at NOAKs er ligeværdige i forhold til VKA med hensyn til beskyttelse mod tromboemboli og sikkerhed (1, 5, 11). NOAKs reducerer risikoen for alvorlige intrakranielle blødninger sammenlignet med VKA, hvorimod risikoen for gastrointestinale blødninger øges ved behandling med standarddosis NOAK, når der vælges Pradaxa, Xarelto eller Lixiana. Ved behandling med Eliquis er der beskrevet lavere risiko for gastrointestinel blødning end Xarelto og Pradaxa (3).

Det skal bemærkes, at ved velreguleret AK-behandling med VKA (TTI>70 %)¹ anbefales der ikke behandlingsskift til NOAK, medmindre patienten har et ønske om dette (11,12).

¹ TTI; Tid i Terapeutisk Interval

Gældende retningslinjer for behandling med NOAKs udfordres af, at der ikke findes randomiserede studier, der sammenligner VKA-behandling med TTI > 70 % mod NOAKs. Ej heller findes der randomiserede studier, hvor man har sammenlignet de forskellige NOAKs indbyrdes (12).

RADS anser VKA (TTI > 70 %), Lixiana, Eliquis og Xarelto som ligeværdig AK-behandling ved AFLI. Pradaxa anbefales ikke pga. høj grad af renal elimination og dermed større risiko for fejdosering ved påvirkninger af eGFR. Ligeledes er der øget hyppighed af gastrointestinale bivirkninger, øget forekomst af interaktioner med andre kardiologiske farmaka samt begrænset mulighed for dosisdispensering, da de kun findes i blisterpakning (12).

Kontrol af behandling med NOAKs ved atrieflimren

Ved behandlingsopstart med NOAKs anbefales, at nyrefunktionen kontrolleres hver 3. måned det første år. Herefter udfærdiges en individuel plan for, hvor hyppigt nyrefunktionen skal kontrolleres. Dog maksimalt med et års interval (11,12). Nyrefunktionen bør også kontrolleres i risikosituationer, hvor nyrefunktionen forventes at kunne falde, f.eks. ved dehydrering (11,12). RADS anbefaler minimum 2 årlige kontroller; herunder en årskontrol med stillingtagen til fortsat indikation, blødningsrisiko, bivirkninger, medicininteraktioner og plan for fremtidig opfølgning og behandling.

Forbrug af NOAKs

De første NOAKs kom på markedet i Europa i 2008 (Pradaxa, Xarelto) som forebyggende behandling mod venøs tromboemboli efter hofte- og knæalloplastikker. Eliquis kom på markedet i 2011 og Lixiana i 2016. Siden er NOAKs blevet godkendt til forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli ved AFLI (2). Pradaxa blev godkendt til behandling ved AFLI i august 2011, Xarelto i februar 2012, Eliquis i december 2012 og Lixiana i juni 2016.

Et dansk studie har vist, at siden 2010 er flere AFLI-patienter opstartet i AK-behandling. I juni 2015 var 66,5 % af AFLI-patienter opstartet i AK-behandling (1), og i 2015 udgjorde NOAK 72,5 % af AK-behandling ved nydiagnosticeret AFLI (1). Tilsvarende tendens ses i et engelsk studie (7).

Formål

Formålet med vores auditprojekt er, at beskrive kvaliteten af NOAK-behandling ved AFLI-patienter i almen praksis i Danmark.

Metode

Opgaven blev udført som et auditprojekt. Den blev udarbejdet primært med baggrund i journalaudits i de enkelte uddannelsespraksis. Hhv. 2 "bypraksis" i Holstebro (ca. 6500 patienter) og i Horsens (ca. 7500 patienter) og 2 "landpraksis" i Låsby (ca. 3700 patienter) og i Juelsminde (ca. 6500 patienter).

Forinden udarbejdelsen af problemformuleringen søgte vi baggrundsviden på www.cardio.dk. Vi gennemgik her afsnittene for "Atrieflimren og atrieflagren" samt "Antikoagulationsbehandling". Desuden benyttede vi lægehåndbogen, RADS anbefalinger samt pro.medicin.dk. Vi valgte yderligere at gennemgå relevante artikler af lignende studier. Desuden benyttede vi artiklerne som inspiration til udarbejdelsen af vores auditskema. Ligesom vi også fik inputs til relevante indikatorer til vores auditskemaet. Vi søgte litteratur i Pubmed vha. MeSH-termer, herunder "Primary health care" AND "Factor Xa inhibitors", "Primary health care" AND "Atrial Fibrillation", "Primary health care" AND "NOAC". Vi udvalgte 9 artikler af relevans for vores projekt. (1-9)

Auditprojektet

Opgaven blev udarbejdet med baggrund i data på i alt 100 patienter med AFLI i NOAK-behandling, 25 patienter fra hver af de 4 praksis.

De enkelte indikatorer til auditskemaet blev udvalgt i fællesskab i gruppen efter gennemgang af baggrundsmaterialet. Data blev indført i et excel ark, der efterfølgende gjorde det muligt at samle samt beregne fælles data. Numbers² gjorde det desuden muligt at fremstille diverse resultater billedligt i form af diagrammer.

De 4 praksis benyttede to forskellige IT-systemer, hhv. XMO (2 praksis) og EG Clinea (2 praksis). Patienter i NOAK-behandling blev i hver praksis identificeret ved hjælp af statistikprogrammer. Der blev søgt på ATC-koder for NOAK-præparater (Lixiana, Xarelto, Pradaxa samt Eliquis) i medicinmodulet. For en enkelt praksis var det ikke muligt at søge på Lixiana. En anden praksis kunne ikke fremsøge data for Pradaxa. De fremsøgte data indeholdt, udover patienter med AFLI, også patienter med "NOAK-behandling af anden årsag", afdøde patienter samt passanter. Disse patienter blev frasorteret manuelt.

De første 25 patienter, der kunne inkluderes ud fra ovennævnte kriterier, blev udvalgt. Vi søgte i www.ordiprax.dk for at sammenligne anvendelsen af forskellige NOAK-præparater i vores audit med data for ordinationsmønster for hhv. Region Midt 2018 og landstal 2018.

² MAC program

Hver enkelt journal samt FMK blev gennemgået 1 år tilbage i tiden. Ved enkelte tvivlstilfælde blev vi i fællesskab enige om udfaldet. I tilfælde af manglende CHAD2DS2-VASc-score eller HAS-BLED-score blev disse udregnet af os ud fra de gældende retningslinjer. En årskontrol blev defineret ud fra enten kodning i diagnosefeltet eller benævnelse af årskontrol i journalen. Endvidere hvis ydelsen for en årskontrol var kodet indenfor det seneste år.

Mini-survey

I forbindelse med udarbejdelsen af de færdige resultater tegnede der sig et mønster for valg af NOAKs i de enkelte praksis. Vi valgte derfor yderligere i forløbet at lave en mini-survey. Nedenstående spørgsmål blev diskuteret i de 4 praksis for at undersøge mulige årsager til dette mønster.

1. Hvilken AK-behandling vælger du til AFLI-patienter?
2. Hvilke faktorer har betydning for dit valg?
3. Præferencer for præparat?

Udarbejdelse af frase

I forbindelse med gennemgang af baggrundsmaterialet samt udarbejdelsen af opgaven valgte vi at udarbejde et bud på en "frase" til brug i praksis. Frasen blev udarbejdet med baggrund i, hvad vi fandt relevant i forhold til en årskontrol, dette med udgangspunkt i vores baggrundsviden, og med anbefaling fra RADS.

Resultater

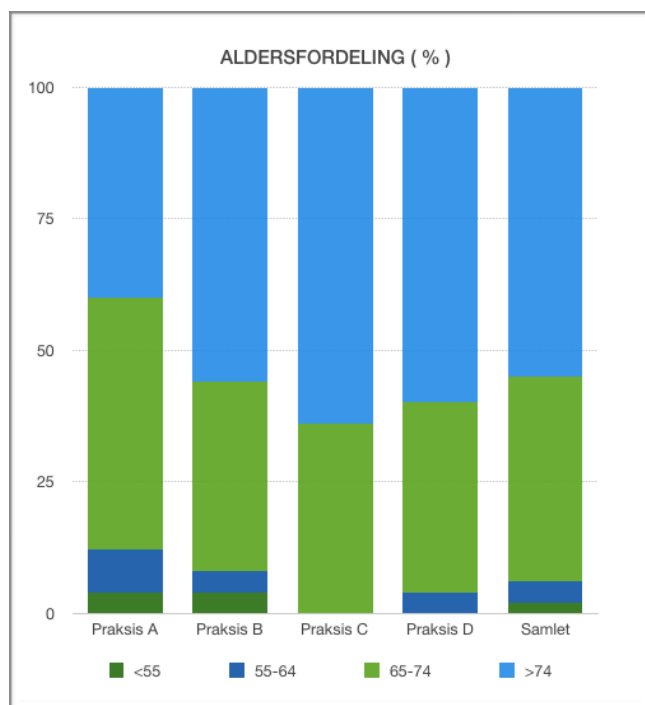
Tabel 1 - Resultater

Resultater Tabel 1					
	Praksis A % (antal)	Praksis B % (antal)	Praksis C % (antal)	Praksis D % (antal)	Samlet % (antal)
Køn					
Mand	52 (13)	68 (17)	52 (13)	48 (12)	55 (55)
Kvinde	48 (12)	32 (8)	48 (12)	52 (13)	45 (45)
I alt					100 (100)
Alder					
<55	4 (1)	4 (1)	0 (0)	0 (0)	2 (2)
55-64	8 (2)	4 (1)	0 (0)	4 (1)	4 (4)
65-74	48 (12)	36 (9)	36 (9)	36 (9)	39 (39)
>75	40 (10)	56 (14)	64 (16)	60 (15)	55 (55)
I alt					100 (100)
Ordination					
Praksis	28 (7)	52 (13)	32 (8)	16 (4)	32 (32)
Sekundærsektor	72 (18)	48 (12)	56 (14)	84 (21)	65 (65)
Uoplyst	0 (0)	0 (0)	12 (3)	0 (0)	3 (3)
I alt					100 (100)
Præparat					
Xarelto	72 (18)	56 (14)	40 (10)	40 (10)	52 (52)
Pradaxa	0 (0)	12 (3)	8 (2)	0 (0)	5 (5)
Eliquis	28 (7)	24 (6)	52 (13)	60 (15)	41 (41)
Lixiana	0 (0)	8 (2)	0 (0)	0 (0)	2 (2)
Årskontrol					
Ja	68 (17)	72 (18)	60 (15)	68 (17)	67 (67)
Nej	32 (8)	28 (7)*	40 (10)**	32 (8)	33 (33)***
Blodtryk	52 (13)	48 (12)	60 (15)	44 (11)	51 (51)
Biokemi	80 (20)	72 (18)	76 (19)	64 (16)	73 (73)
Plan	52 (13)	68 (17)	68 (17)	32 (8)	55 (55)
Interaktioner	0 (0)	4 (1)	36 (9)	0 (0)	10 (10)
CHA2DS2 VASc					
Udregnet i praksis	44 (11)	40 (10)	0 (0)	4 (1)	22 (22)
Udregnet ved audit	56 (14)	60 (15)	100 (25)	96 (24)	78 (78)
Samlet					100 (100)
HAS-BLED					
Udregnet i praksis	20 (5)	40 (10)	0 (0)	0 (0)	15 (15)
Udregnet ved audit	80 (20)	60 (15)	25 (25)	25 (25)	85 (85)
Samlet					100 (100)
	* Her iblandt 4 fulgt i sekundærsektor og 1 patient udeblev.	** Her iblandt 4 fulgt i sekundærsektor.	*** 24 (24) såfremt patienter nævnt under * og ** trækkes fra.		

Patientsammensætningen

I alt 100 patienter blev identificeret, heraf 55 mænd og 45 kvinder. Heriblandt befandt den største andel af patienter sig i de to ældste aldersfordelinger hhv. 39 % (36 % - 48 %) i aldersgruppen 65-74 og 55 % (40 % - 64 %) i aldersgruppen > 75 år. Én praksis havde ingen patienter i de to yngste aldersfordelinger med i auditten, de øvrige 3 praksis havde 1-3 patienter (figur 1).

Figur 1 - Aldersfordeling (%)

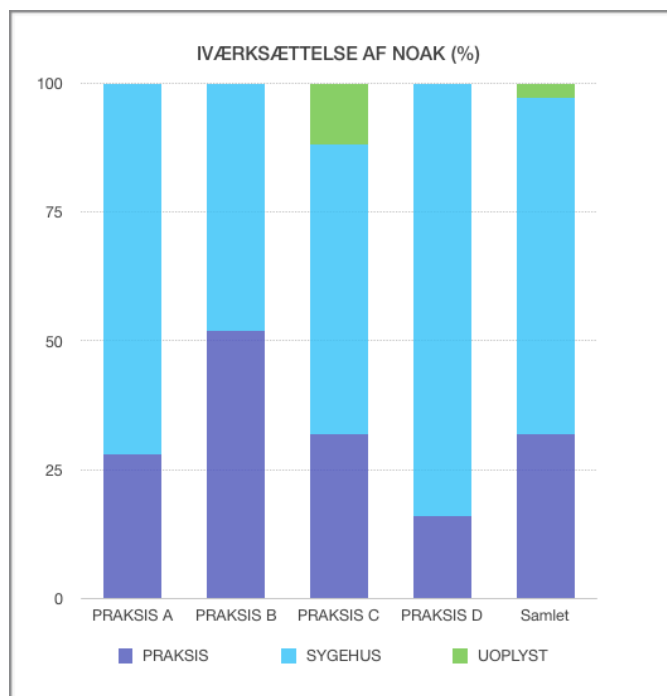


Ordinationsmønster

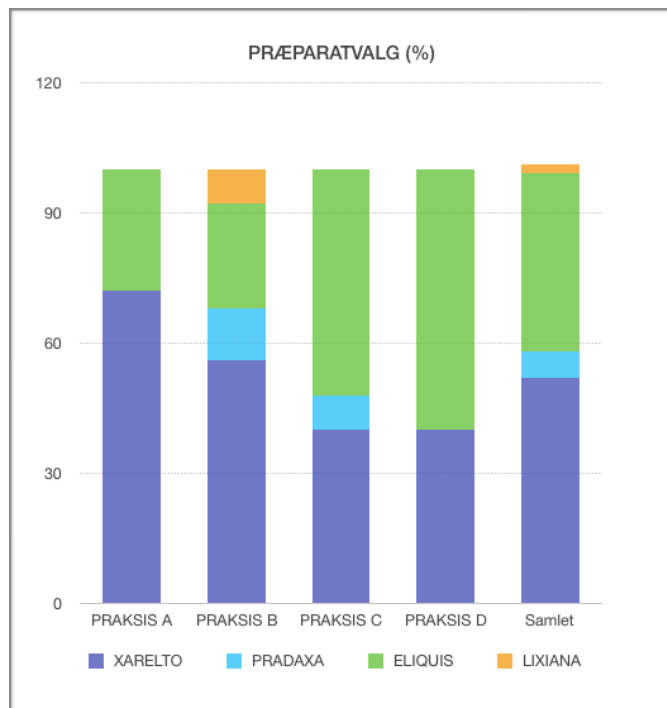
Samlet blev 65 % (48 % - 84 %) af patienterne opstartet i NOAK-behandling i sekundær sektor og 32 % (16 % - 52 %) i almen praksis. Ved 3 patienter var det ikke muligt at identificere, hvor de var opstartet. De enkelte praksis adskilte sig markant fra hinanden. Praksis B og D mest udtalt, idet hhv. 52 % og 16 % af patienterne blev opstartet i NOAK-behandling i praksis (figur 2).

Generelt blev der i vores audit identificeret flest patienter i behandling med Xarelto og Eliquis hhv. 52 % (40 % - 72 %) og 40 % (24 % - 60 %). Praksis B skilte sig ud ved at være den eneste praksis med patienter, som fik Lixiana (figur 3).

Figur 2 - Iværksættelse af NOAK (%)

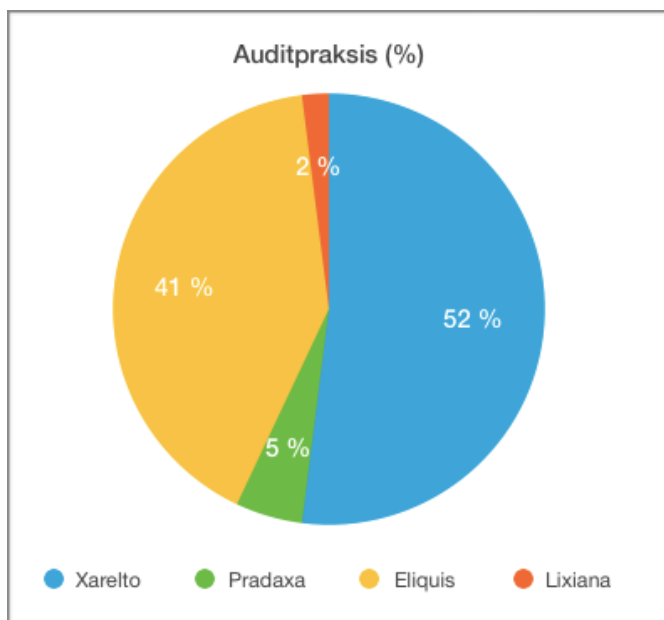


Figur 3 - Præparatvalg i de forskellige praksis (%)

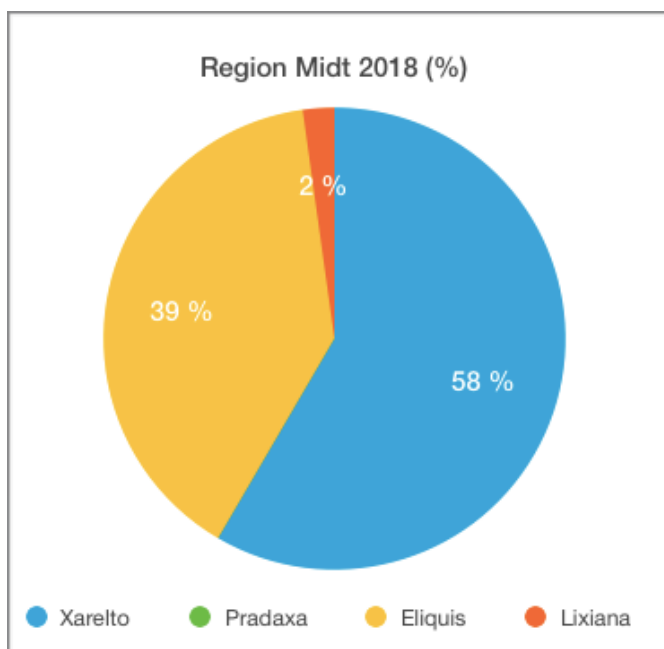


Ved sammenligning af ordinationsmønsteret i vores auditprojekt med data fra www.ordiprax.dk fandt vi, at der var tendens til lighed mellem ordinationsmønsteret i vores audit (figur 4), og ordinationsmønsteret fra Region Midt 2018 (figur 5) og på landsplan 2018 (figur 6).

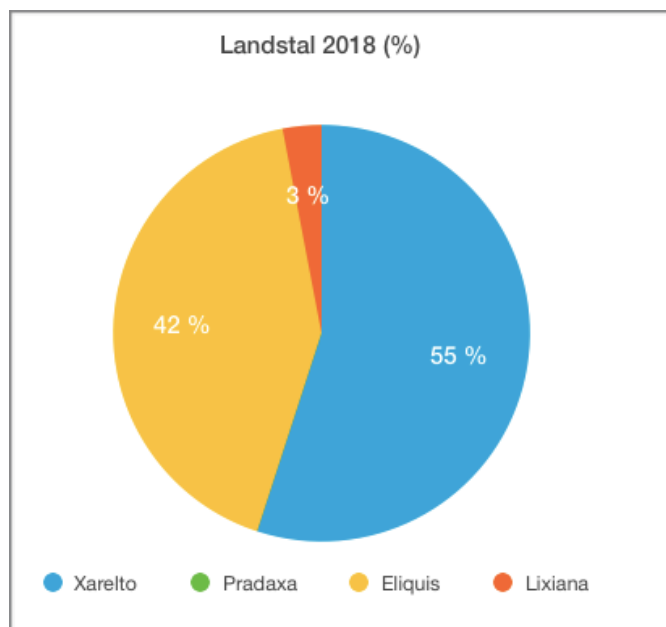
Figur 4 - Ordinationsmønster auditprojekt (%)



Figur 5 - Ordinationsmønster Region Midt 2018 (%)



Figur 6 - Ordinationsmønster landsplan 2018 (%)

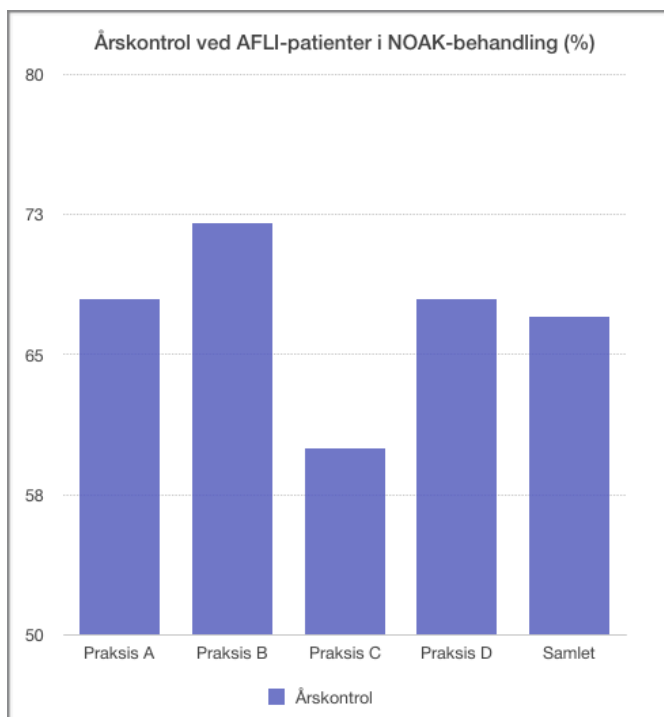


Årskontrol det seneste år

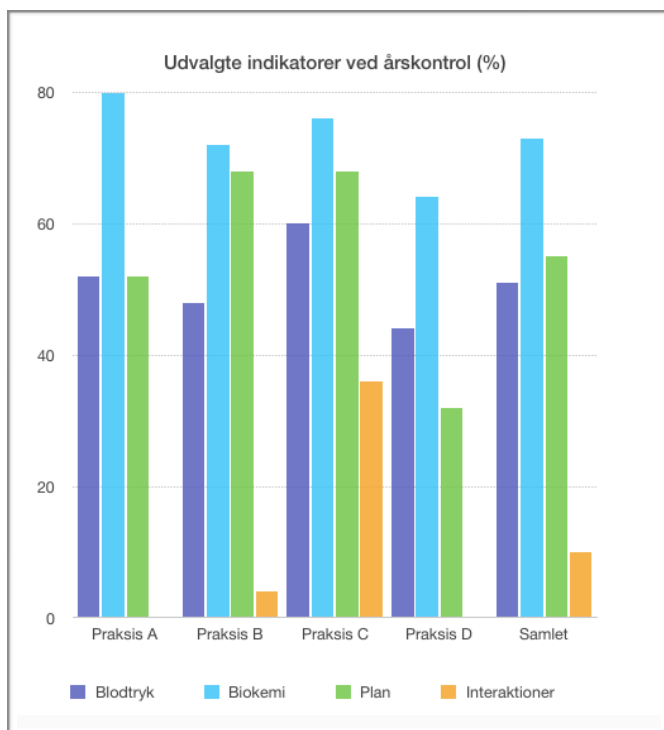
I alt fik 67 % (60 % - 72 %) af de identificerede AFLI-patienter i NOAK-behandling lavet en årskontrol indenfor det seneste år i de respektive praksis. Praksis B og C adskilte sig mest med hhv. 72 % og 60 % af AFLI-patienter, som havde fået lavet årskontrol (figur 7).

Ud af den andel, som fik lavet årskontrol, blev der hos 51 % (44 % - 60 %) målt og dokumenteret et blodtryk. 73 % (64 % - 80 %) fik taget blodprøver. Således var der større andel der fik taget blodprøver end foretaget årskontrol. Endvidere var der noteret en plan ved 55 % (32 % - 68 %) af patienterne, og ved 10 % (0 % - 36 %) var der dokumenteret stillingtagen til interaktioner (figur 8).

Figur 7 - Årskontrol ved AFLI-patienter i NOAK-behandling (%)



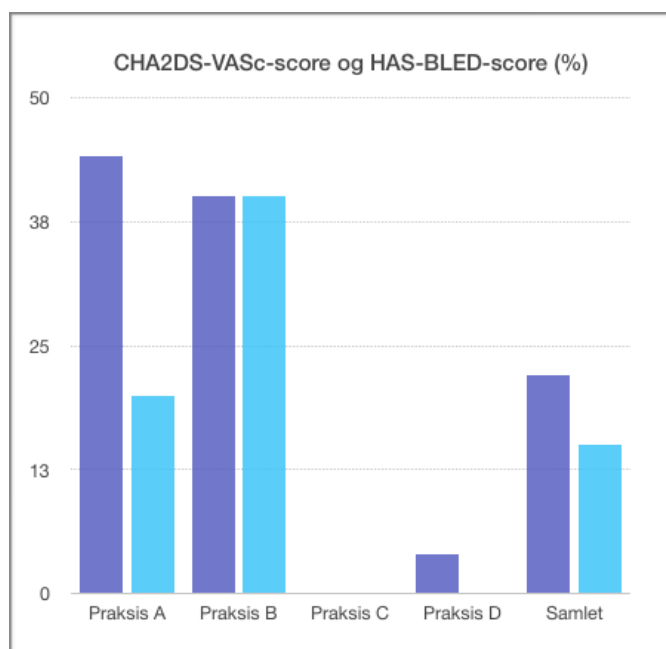
Figur 8 - Udvalgte indikatorer ved årskontrol (%)



CHA2DS2-VASc-score og HAS-BLED-score

Samlet havde 22 % (0 % - 44 %) af patienterne en CHAD2DS2-VASc-score dokumenteret i journalen indenfor det seneste år. Tilsvarende var der ved 15 % (0 % - 40 %) af patienterne noteret en HAS-BLED-score. Der var stor forskel praksis imellem. Det bemærkedes især, at der ved praksis D var få, og ved praksis C slet ikke var dokumenteret hverken CHAD2DS2-VASc-score eller HAS-BLED-score (figur 9).

Figur 9 - CHA2DS2-VASc-score og HAS-BLED-score

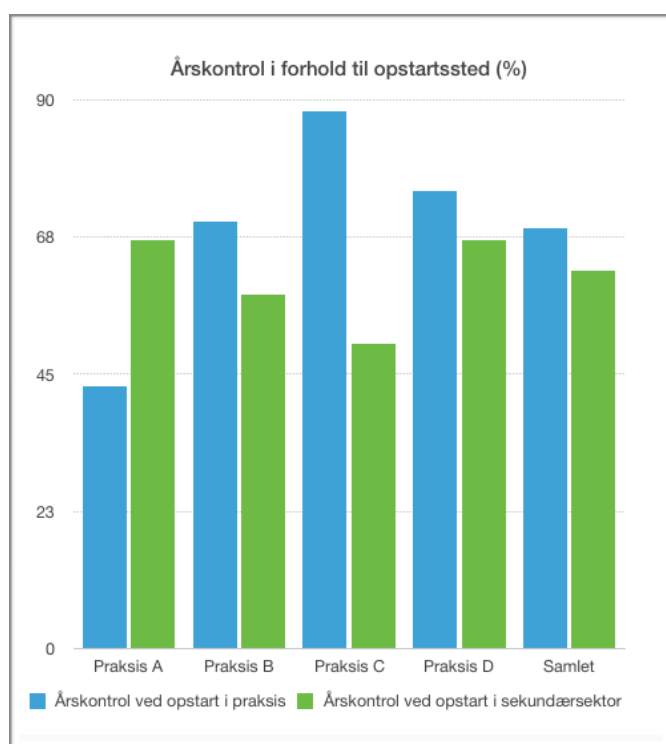


Årskontrol i forhold til opstartssted

Samlet fik andelen af patienter, opstartet i NOAK i hhv. almen praksis og i sekundær sektor, lavet årskontrol næsten lige hyppigt hhv. 69 % (43 % - 88 %) og 62 % (50 % - 67 %). Der var dog igen stor variation de enkelte praksis imellem. (Tabel 2 og figur 10)

Tabel 2 - Årskontrol i forhold til opstartssted

Resultater Tabel 2					
	Praksis A % (antal)	Praksis B % (antal)	Praksis C % (antal)	Praksis D % (antal)	Samlet % (antal)
Opstart praksis	28 (7)	52 (13)	32 (8)	16 (4)	32 (32)
Årskontrol ved opstart i praksis	43 (3)	70 (9)	88 (7)	75 (3)	69 (22)
Opstart sekundærsektor	72 (18)	48 (12)	56 (14)	84 (21)	65 (65)
Årskontrol ved opstart i sekundærsektor	67 (12)	58 (7)	50 (7)	67 (14)	62 (40)
Uoplyst	0 (0)	0 (0)	12 (3)	0 (0)	3 (3)

Figur 10 - Årskontrol i forhold til opstartssted (%)

Mini-survey og valg af præparat

Ved diskussion i de 4 praksis vedrørende valg af præparat blev Xarelto generelt foretrukket. Compliance spillede en væsentlig rolle for valget idet Xarelto kun doseres én gang i døgnet fremfor Eliquis og Pradaxa, der skal doseres to gange i døgnet. En enkelt læge foretrak VKA, med begrundelse i pris samt muligheden for antidot. En anden læge foretrak Eliquis grundet bedst kendskab til dennes virkning samt bivirkninger. De fleste læger angav, at de gjorde sig overvejelser vedrørende nyrefunktionen inden opstart af NOAK. Af faktorer af betydning blev endvidere nævnt, at lægerne lader sig guide af kollegerne i sekundærsektorens præparatvalg. I

praksis B blev tendensen til at vælge Lixiana begrundet med tendensen i sekundærsektoren, men også grundet påvirkning af repræsentanter fra medicinalindustrien.

Fejldosering

Der blev i alt identificeret 4 patienter (4 %), som ikke fik korrekt dosis af NOAK.

2 patienter i praksis C fik for lav dosis. 1 patient i hhv. praksis A og praksis B fik for høj dosis. Alle fejldoseringer var relateret til nyrefunktionen. 2 patienter fik for lav dosis hhv. grundet forkert dosis initialt, og fordi nyrefunktionen rettede sig. 2 patienter fik for høj dosis, idet de efter opstart havde fald i nyrefunktionen uden relevant justering i dosis.

Diskussion

Baseret på vores resultater fra vores journalaudit foretaget i 4 praksis på 100 patienter blev det vist, at der var stor forskel i, hvordan behandlingen med NOAK hos AFLI-patienter blev grebet an.

Patientsammensætningen adskilte sig ikke markant mellem de forskellige praksis. Den bestod, som forventet i særdeleshed af patienter i de to ældste aldersgrupper og af flest mænd. Der blev i arbejdsgruppen således argumenteret for, at patienterne i vores audit blev udgjorde en god stikprøve for de øvrige AFLI-patienter i praksis.

65 % (48 % - 84 %) af patienterne blev opstartet i NOAKs i sekundær sektoren, hvilket kunne være udtryk for, at behandlingen blev iværksat i forbindelse med indlæggelse. Indlæggelse som enten kunne være relateret til AFLI'en, men også øvrige komorbiditeter. AFLI'en kunne da være konstateret som et bifund. Nogle praksis afholdt sig måske fra at opstarte NOAK med baggrund i, at de blev henvist til sekundær sektor alligevel, og at man havde en forventning om, at der her blev taget stilling og iværksat behandling.

I forhold til præparatvalg fik patienterne generelt mest Xarelto og Eliquis. Denne tendens stemte overens med data fra ordiprax hhv. fra Region Midt 2018 og på landsplan 2018. En forklaring på dette kunne være, at præparaterne var nogle af de første NOAKs, der kom på markedet. Endvidere blev Xarelto måske valgt af hensyn til compliance, idet det kun doseres én gang dagligt. Eliquis blev eventuelt valgt på grund af en mere gunstig bivirkningsprofil. Ulempen ved Eliquis er dog, at det skal doseres 2 gange dagligt. En enkelt praksis skilte sig ud ved hyppigere at benytte Lixiana end de øvrige praksis. Dette eventuelt med baggrund i, at denne praksis havde haft fokus på netop dette præparat i forhold til tendensen til at benytte dette i sekundærsektoren. Ligeledes havde denne praksis haft besøg af en lægemiddelrepræsentant. Der blev i

arbejdsgruppen i øvrigt argumenteret for, at Lixiana var det mindst anvendte NOAK, idet det er senest godkendte og således det mest ukendte.

Kun 67 % (60 % - 72 %) af patienterne i vores audit fik foretaget årskontrol indenfor det seneste år. Dette kunne være et udtryk for et behov for skærpet opmærksomhed på AFLI-diagnosen. Endvidere et behov for en ensartethed i forhold til rutinerne i den enkelte praksis. Arbejdsgruppen udtrykte en bekymring omkring denne patientgruppe med AFLI-diagnosen. Af forskellige årsager kunne denne patientgruppe have svigtende compliance. Det er en gruppe med mange komorbiditeter og består særligt af ældre patienter, som måske havde svært ved at komme til lægen. Et alternativ, for at imødekomme denne problematik, kunne være at arrangere et opsøgende hjemmebesøg. I sammenhæng med bekymringen omkring compliance blev vigtigheden af praksispersonalet diskuteret. Der var enighed om, at praksispersonalet, herunder sekretæren, spiller en central rolle i forbindelse med at "indfange" patienten i det daglige. Herunder bl.a. i forbindelse med receptfornyelse. Ved selve kontrollen bør der kun ordineres recepter til ét år af gangen. Den enkelte patient kunne eventuelt hjælpes til at holde styr på årskontrollen ved at denne blev planlagt fremadrettet i vedkommendes fødselsmåned.

Vi havde i arbejdsgruppen en formodning om, at vi var bedre til at få lavet årskontroller på de patienter, der blev opstartet i NOAK-behandling hos "os selv" i almen praksis. Dette udfra en betragtning om, at vi muligvis havde større "ejerskab" eller opmærksomhed ved disse patienter. En endelig konklusion på baggrund af vores tal er ikke muligt grundet det lille datasæt og procentsatserne var følsomme grundet få patienter. Der blev dog konstateret en tendens til hyppigere årskontrol i praksis B, C og D. Samlet så det ikke ud til at være af nogen betydning i hvilken sektor, opstarten fandt sted.

Ved sammenligning af kvaliteten af de enkelte årskontroller praksis imellem, var der stor variation på indholdet. Hvorvidt der også var visse dele, der blot ikke blev dokumenteret, men stadig vurderet, blev også diskuteret. 73 % (64 % - 80 %) af patienterne havde fået taget blodprøver det seneste år. Således en større andel end den andel patienter, som fik lavet årskontrol. Dette kunne eventuel skyldes, at patienterne udeblev fra selve kontrollen efter have fået taget blodprøver ved klinikpersonalet. Alternativt fik patienter eventuelt taget blodprøver af andre årsager. Dette kunne vi dog ikke tage højde for i vores audit, men vurderet sandsynligt grundet patienternes mange komorbiditeter.

51% (44 % - 60 %) af patienterne, som havde fået lavet årskontrol, havde et blodtryk dokumenteret i journalen i forbindelse med denne. Dette kunne være et udtryk for mangelfuld dokumentation, men også at en andel reelt ikke havde fået målt blodtryk. Det er dog arbejdsgruppens indtryk, at der for flere af indikatorernes vedkommende var en underdokumentation i forhold til, hvad der reelt blev foretaget til årskontrollen. Dette vurderet ud fra den daglige diskussion i de forskellige klinikker. Variationen i de forskellige indikatorer viser

med tydelighed, hvor stor forskel der er i de forskellige praksis' rutiner både i forhold til indholdet i årskontrollen og dokumentationen heraf.

Ved kun 10% (0 % - 36 %) af årskontrollerne var der taget stilling til interaktioner og dette dokumenteret i journalen. I arbejdsgruppen diskuterede vi, hvorvidt visse praksis ved "ajourføring" af FMK også indirekte havde taget stilling. Ligeledes tilstrækkeligheden heraf blev diskuteret. En overvejelse i den forbindelse var, at patienterne for manges vedkommende fik mange forskellige farmaka. Måske var tidspres eller faglig udfordring i forhold til polyfarmaci årsagen til, at der ved årskontrollen ikke blev taget stilling hertil. Såfremt dette var tilfældet kunne praksis overveje at tage imod tilbud om medicingennemgang ved Region Midt³.

Kun ved 55 % (32 % - 68 %) var der noteret en plan i forbindelse med årskontrollerne. Denne store spredning og samlede andel var arbejdsgruppen noget overraskede over. Denne del af årskontrollen, mener vi, er af særlig relevans af hensyn til opfølgning, videreformidling og intern samarbejde mellem lægerne og på tværs af faggrupperne i praksis.

Såfremt vores resultat var et reelt udtryk for mangel på fremtidige planer, kunne dette forklare, hvorfor der ikke var flere patienter, som fik udført årskontroller.

Ved vores audit blev hhv. 22 % (0 % - 44 %) og 15 % (0 % - 40 %) af patienterne dokumenteret vurderet i forhold til CHA2DS2 VASc-score og HAS-BLED-score ved årskontrollen.

Tankevækkende var det, at der ved begge indikatorer var stor variation praksis imellem. Årsager til dette kunne muligvis være, at man i praksis A og B havde været mere fokuseret på AFLI-patienter end i de to andre. Bl.a fokus i form af anvendelse af frase, årshjul og / eller undervisning internt i praksis. Arbejdsgruppens indtryk var igen, at disse scores blev underdokumenteret, da begge scores blev nævnt og diskuteret i den kliniske dagligdag.

Vigtigheden af dokumentation kommer klart til udtryk, idet man reelt set ikke har mulighed for at vide, om arbejdet egentlig er gjort, med mindre det dokumenteres. Spiller tidspres en rolle? Vi lægger op til, at hver enkelt praksis tager stilling til en måde, hvorpå kontrollerne varetages, og på denne måde ensarter behandlingen hver især. I denne forbindelse kan man med fordel bruge en frase, som vi giver et bud på forneden. Denne skal ses som en rå skabelon, som kan tilpasses den enkelte patient efter relevans. Arbejdsgruppen advokerer for systematik i kontrol af AFLI-patienterne, så vel som øvrige kronikere. En systematik, som arbejdsgruppen mener, kan være med til at minimere andelen af fejl. Dokumentationen er afgørende for, om kvalitetssikring og auditprojekter i almen praksis kan udføres ved fremtidige auditprojekter. I fremtidige projekter kunne det være interessant at undersøge faktorer af betydning for gennemførte årskontroller.

³ <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/laegemidler/medicin-gennemgang/hjaelpvaerktoej-og-information/kriterier-ved-henvisning/>

Forslag til frase:

ÅRSKONTROL AFLI

Kardiovaskulær resume:

EKKO dd-mm-år, EF %:

Disp:

Relevant komorbiditet:

KRAM:

Aktuelt/siden sidst:

Åndenød ja/nej:

Ødemer ja/nej:

Bivirkning ja/nej:

Kompliance:

Obj:

St. c et p:

Ødemer:

EKG:

Biokemi (VT, LT, TSH, langtids BS):

BT:

Vægt:

Højde:

BMI:

Medicingennemgang:

Interaktioner:

Dosisjustering ja/nej:

FMK afstemmes:

CHA2DS2-VASc:

HAS-BLED:

Plan:

Behov for EKKO ja/nej:

Kontroller ved klinikpersonale:

Ny årskontrol ved læge:

Årsrecept laves

Konklusion

Vores auditprojekt viser, at der er stor variation i kvaliteten af NOAK-behandling i almen praksis.

Vi mener, at der fortsat er behov for fokus på patientgruppen med AFLI. Både med hensyn til at få lavet årskontrollerne og i forhold til indholdet heri.

2 af 4 praksis i auditprojektet har haft fokus på denne patientgruppe, og har ligeledes en frase tilknyttet årskontrollerne for AFLI-patienter. I vores data kunne vi ikke se, at disse praksis adskilte sig i forhold til antallet af årskontroller og kvaliteten heraf. Dog var der markant flere beregnede CHAD2DS2-VASc-scores og HAS-BLED-scores i de pågældende 2 praksis. Dette eventuelt med baggrund i det beskedne antal patienter i vores auditprojekt.

Arbejdsgruppen advokerer for, at der i de enkelte praksis tages stilling til en ensretning i indholdet af årskontroller for AFLI-patienter. En systematik man med fordel kan overføre, og dermed drage nytte af, ved de øvrige kronikergrupper. Ligeledes opfordres til, at der tages stilling til, hvilken NOAK man vil anvende i den enkelte praksis. Dette for at opnå erfaring og fortrolighed med det enkelte præparat.

Vi mener, at auditprojekter generelt ved at sætte fokus på bestemt patientgrupper, er med til at facilitere motivationen for at arbejde med at øge kvaliteten i almen praksis. En forudsætning er dog, at man er konsekvent i sin dokumentation og kodning af notater.

Perspektivering

Almen Praksis er patienternes indgang til sundhedssystemet i Danmark. Den praktiserende læge fungerer som en gate-keeper funktion, der skal sikre den rette behandling for den enkelte patient. Det er en essentiel og vigtig opgave for, at det danske sundhedssystem kan hænge sammen. Fremtidens sundhedssystem lægger op til at videreudvikle almen praksis, som en integreret del af hele sundhedssystemet. Det skal både være moderne og nært, og samtidig skal der lægges flere opgaver ud til almen praksis. Almen praksis skal være kendetegnet ved høj faglig kvalitet, og ikke mindst kunne tilbyde en effektiv, optimeret service. Endvidere skal flere ambulante kroniske patienter følges i almen praksis og de hurtigere udskrivelser fra sygehusene kræver samtidig en hurtigere og større indsats fra patientens egen læge. Tilsammen betyder det, at flere syge og komorbide patienter skal kunne håndteres i almen praksis fremadrettet, og således kun de få mest multisyge følges i hospitalsregi. Fokus på kvalitetsudvikling i almen praksis vil derfor ikke

alene kunne ensrette behandlingen og sætte fokus på guidelines, men ligeledes bidrage til og sikre en høj faglig kvalitet i en travl hverdag.

Vores auditprojekt giver et godt indblik i muligheden for at arbejde med kvalitetssikring i almen praksis. Ved hjælp af relativt få redskaber har det været muligt at få indblik i behandlingen samt opfølgningen af AFLI med mulighed for indsatsområder i henhold til forbedringer i kvaliteten. Samtidig har vi belyst vigtigheden af en ensretning af behandlingen i dagligdagen, hvilket yderligere har inspireret os til at udarbejde en frase til brug ved årskontrol af AFLI. Den enkelte praksis kan desuden vælge at ensrette behandlingen yderligere ved at benytte samme NOAK-præparat. Således bliver præparat, bivirkninger samt anbefalinger kendt af alle fagpersoner, herunder også andet praksispersonale.

Et andet fokuspunkt i vores projekt er diagnosekodning. Ved konsekvens i forhold til diagnosekodning bliver det relativt simpelt at trække de rette data i forbindelse med kvalitetsarbejde. Vi er således alle blevet opmærksomme på, at diagnosekodning er ekstremt vigtigt, trods en travl hverdag, da det på et senere tidspunkt kan bidrage til optimale forhold for at arbejde med data.

Vi har gennem auditprojektet fået øget vores indsigt i, hvordan et kvalitetsprojekt kan opbygges og bidrage til at højne den faglige standard. Vi har alle i det daglige arbejde mærket behovet for tættere og hurtigere opfølgning og samtidigt mærket en opgaveglidning fra sygehus til praksis. Projektet med kvalitetsudvikling i almen praksis er derfor i særdeleshed relevant for fremadrettet at have fokus på kvaliteten. Arbejdet med kvalitetssikring tilvejebringer desuden en stor faglig tilfredshed, som giver stor motivation i det daglige virke. Samtidig har projektet henledt vores opmærksomhed på klyngearbejdet, som gør det muligt at arbejde med data praksis imellem. Her bidrages til en god faglig standard, der medvirker til, at de enkelte praksisser får fokus på aktuelle indsatsområder. Vi er alle gennem vores projekt blevet motiveret til at arbejde med kvalitetsudvikling fremadrettet i vores kommende egne praksis og i samarbejde med klyngerne.

Referencer

1. Kasper Gadsbøll, Laila Staerk, Emile Loldrup Fosbøl, Caroline Sindet-Pedersen, Anna Gundlund, Greory Y. H. Lip et al: "Increased use of oral anticoagulants in patients With atrial fibrillation: temporal trends from 2005 to 2015 in Denmark"
2. Simone Bonde Haastrup, Maja Hellfritsch, Lotte Rasmussen, Anton Pottegård, Erik Lerkevang Grove: "Use of Non-vitamin K antagonist oral anticoagulants 2008-2016: A Danish Nationwide Cohort study"
3. Carla Bastida, Núria Corominas, José Miguel Sotoca, Marina Rovira: "Anticoagulation in atrial fibrillation: NOAC prescribing in primary health care"
4. Naja Emborg Vinding, Anders Nissen Bonde, Rasmus Rørth, Morten Lamberts, Jonas Bjerring Olesen, Gunnar Hilmar Gaslason et al: "The importance of time in therapeutic range in switching from vitamin K antagonist to non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in atrial fibrillation"
5. Kasper Adelbord, Erik Lerkevang Grove, Jens Sundbøll, Maja Laursen, Morten Schmidt, "Sixteen-year nationwide trends in antithrombotic drug use in Denmark and its correlation with landmark studies"
6. Rebabonye B. Pharithi, Deepti Ranganatham, Jim O'Brien, Emmanuel E. Egom, Cathie Burke, Daniel Ryan et al: "Is the prescription right? A review of non-vitamin K antagonist anticoagulant (NOAC) prescriptions in patients with non-valvular atrial fibrillation. Safe prescribing in patients with non-valvular atrial fibrillation and evaluation of non-vitamin K oral anticoagulants in stroke prevention (SAFE-NOACS) group"
7. Simone Y. Loo, Sophie Dell'Aniello, Laetitia Huiart, Christel Renoux: "Trends in the prescription of novel oral anticoagulants in UK primary care"
8. K. Harris, J. Mant, "Potential impact of new oral anticoagulants on the management of atrial fibrillation-related stroke in primary care"
9. Laila Staerk, Emil Loldrup Fosbøl, Kasper Gadsbøll, Caroline Sindet-Pedersen, Jannik Langtved Pallisgaard, Morten Lamberts et al: "Non-vitamin K antagonist oral anticoagulation usage according to age among patients with atrial fibrillation: Temporal trends 2011-2015 in Denmark"
10. Atriflimmer og atrieflagren, behandlingsvejledning, cardio.dk
11. Antikoagulationsbehandling, behandlingsvejledning, cardio.dk
12. Non-valvulær atrieflimren, RADS