

Saksframlegg til

Styret for Sykehuset i Vestfold HF

Møtedato: 21.06.2023

Saksnr: 54/23

Sakstype: Beslutning

Saksid: 23/00069-63

Saksbehandler: Torgeir Grøtting

Variasjon i forbruk av og kvalitet i spesialisthelsetjenesten – SiVs arbeid med å redusere uønsket variasjon

Vedlegg: ingen

Hensikten med saken:

Oppmerksomheten rundt uønsket variasjon og behovet for prioritering i spesialisthelsetjenesten har økt de siste årene. Denne saken skal sikre at styret er kjent med hvordan Sykehuset i Vestfold HF (SiV) arbeider med uønsket variasjon.

Forslag til vedtak:

SiVs arbeid med å redusere uønsket variasjon går langs tre linjer:

1. Ta opp problemstillingene uønsket variasjon, overbehandling, overdiagnostikk og prioritering i Ledelsens gjennomgang.
2. Lage en regi for å fasilitere møteplasser der de samme problemstillingene diskuteres, eventuelt ha problemstillingene som fast tema i HKU.
3. Plukke ut enkeltområder, som endoskopi / koloskopi eller annet, jobbe konkret med disse.

Tønsberg, 15. juni 2023

Stein Kinserdal
administrerende direktør

Faktagrunnlag:

I Norge er det et mål at befolkningen skal ha et likeverdig tilbud av helsetjenester, uansett hvor de bor. Det er videre enighet om at all utredning, diagnostisering og behandling skal baseres på kunnskap. Likevel viser flere undersøkelser at det er variasjon i både kvalitet på pasientbehandlingen og i forbruk av tjenester (ref blant annet Helseatlasene, Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst sin undersøkelse om hvordan kvalitetsdata benyttes i helseforetakene (2022), Riksrevisjonens undersøkelse om årsaker til variasjon i forbruk av helsetjenester Dokument 3:2 (2019-2020)).

Erkjennelsen om at uønsket variasjon faktisk er en realitet og at det i tillegg til å utfordre politiske målsettinger, representerer pasientrisiko og feil bruk av ressurser, ser ut til å være etablert.

Faktagrunnlag

«Å redusere uberettiget variasjon blir en helt sentral utfordring for helsetjenesten fremover», sa daværende statsråd Bent Høie i sin sykehistale 2016. Han fulgte videre opp med «Variasjonen i norsk helsetjenesten er så omfattende at det må kalles systemsvikt». Bakgrunnen for uttalelsene den gang var offentliggjøringen av Norges første helseatlas, som beskrev en betydelig variasjon innenfor dagkirurgien i Norge. Av 12 inngrep helseatlaset tok for seg, var det for ni av operasjonene mer enn dobbel så høy forbruksrate i de geografiske områdene med høyest forbruk sammenliknet med områdene med lavest forbruk.

Siden den gang har Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering i Helse Nord i samarbeid med Helse Førde dokumentert variasjon i helsetjenester systematisk gjennom utarbeidelsen av Helseatlas – en serie rapporter og eget nettsted – om bruk av og kvalitet i helsetjenestene. I dag foreligger det 13 ulike helseatlas som alle viser variasjon i helsetjenesten ([Helseatlas \(skde.no\)](https://helseatlas.skde.no))

Variasjon – redusere uønsket variasjon

Ikke all variasjon er uønsket. Dersom to pasienter med samme tilstand i samråd med sin behandler velger to ulike behandlinger, er variasjonen ikke uønsket. Når variasjonen derimot ikke kan forklares i pasientens valg eller i ulikhet i sykdom i befolkningen, kalles variasjonen uforklarlig – eller uønsket.

Uønsket variasjon representerer et problem når den skyldes

- *Overbehandling*; pasienten får for mye helsetjenester, helsetjenester som ikke forbedrer eller endrer sykdomsforløp til det bedre og som av og til forårsaker skade
- *Underbehandling*; pasienten får for lite helsetjenester, pasienten får ikke nødvendig helsehjelp selv om indikasjonene er klare og behandlingen har dokumentert effekt
- *Overdiagnostikk*; tilstand eller diagnose blir oppdaget, men som uten behandling verken vil forårsake symptomer, helsetap eller medføre redusert levetid

(NOU 2023:4 Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste)

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst kartla i perioden februar – september 2022 hvordan om helseforetak og sykehus i regionen har etablert strukturer og systemer der man anvender nasjonale kvalitetsregistre og Helseatlas i arbeidet med å redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk.

Konsernrevisjonens konklusjon var at det er behov for bedre balanse i styringen ved flere helseforetak og sykehus for å øke oppmerksomheten på kvalitet i helsetjenestene.

Konklusjonen bygger på følgende vurderinger:

1. Målet om å redusere uønsket variasjon er ikke tydelig kommunisert i styringslinjen

2. Det er varierende bruk av kvalitetsregistre og Helseatlas i avdelingenes forbedringsarbeid
3. Uønsket variasjon inngår i for liten grad som tema i styringslinjens oppfølgingsmøter

(Styresak 95/22 Revisjonsrapport – uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester, 16. november 2022).

Å redusere uønsket variasjon er med andre ord en sentral føring for spesialisthelsetjenesten og kommer til uttrykk i en rekke sammenhenger:

- Oppdrag og bestilling (OBD)
- Regional og lokal utviklingsplan
- Helsepersonellkommissjonens rapport
- Statsråd Kjerkhols sykehustale
- Tema på felles styreseminar for styret i Helse Sør Øst RHF og styrene i helseforetakene i april i år
- Tema på styreledermøte i Helse Sør-Øst i mai i år

Tre kategorier helsetjenester

Den amerikanske legen John Wenneberg har siden slutten av 1960-tallet jobbet med å kartlegge variasjon i forbruk av helsetjenester. På bakgrunn av dette arbeidet har han delt helsetjenestene i tre kategorier:

- *Nødvendige helsetjenester.* Dette er tjenester der det er konsensus om indikasjon og behandling og behandlingen har dokumentert effekt. Det er lite variasjon innen nødvendige helsetjenester. Faren er underforbruk snarere enn overforbruk.
- *Preferansestyrte helsetjenester.* Dette er helsetjenester der pasient og behandler har valgt mellom ulike behandlinger, alle med fordeler og ulemper, og der både indikasjon og helsegevinst kan være uklare. Overforbruk er utfordringen.
- *Tilbudssensitive helsetjenester.* Dette er helsetjenester der eksistensen av tilbudet skaper sin egen etterspørsel. Dess bedre tilgang til tjenesten, jo høyere forbruk. Ofte manglende dokumentasjon nytten av tjenestene. Overforbruk er utfordringen.

Ut fra sitt arbeid i USA finner Wenneberg at nødvendige helsetjenester utgjør 15 % spesialisthelsetjenestens aktivitet, preferansestyrte helsetjenester utgjør 25 % mens tilbudsstyrte helsetjenester utgjør 60 %.

(Wenneberg JE. *Tracking Medicine - A researcher's quest to understand healthcare*: Oxford university press; 2010).

Prioritering

Sentralt i arbeidet med å redusere uønsket variasjon står det å prioritere. Å prioritere innebærer at vi setter noe fremfor noe annet. Uten tydelige prinsipper for hvordan man skal prioritere, vil arbeidet med tilfeldig og uønsket variasjon være enda vanskeligere. I tillegg til fagspesifikke prioriteringsveiledere for ulike tilstander og behandlinger, er en rekke Stortingsmeldinger og NOUer utarbeidet for å tydeliggjøre prinsippene for prioritering.

De prioriteringskriteriene som gjelder i dag, er i stor grad presiseringer av de opprinnelige kriteriene fra Lønning II-utvalget (NOU 1997: Prioriteringer på ny; Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste). Gjeldende prioriteringskriterier uttrykker at prioriteten av diagnostikk og behandling øker, jo:

- Større den forventede nytten av tiltaket er
- Mindre ressurser det legger beslag på, og
- Mer alvorlig tilstanden er

(<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/?ch=12>)

Initiativ for å redusere uønsket variasjon – og evalueringer

Det er de senere årene tatt enkelte initiativ for å redusere uønsket variasjon. Tidligere nevnte offentliggjøring av helseatlasene er eksempel fra Norge. National Health service (NHS) i England definerte i 2018 17 inngrep med usikker helsegevinst. Det ble i prosjektet etablert et Evidence based interventiuons programme (EBI) for å redusere omfanget av disse prosedyrene. Choosing Wisely guidelines er et initiativ fra USA for å redusere uønsket variasjon (2012). Kampanjen hadde stor smitteeffekt og i 2018 startet den opp i Norge (Gjør kloke valg) på initiativ fra Legeforeningen. Videre har Helse Sør-Øst gjort en større jobb med å lage oversikter over forbruksrater ved regionens helseforetak og sykehus. Enn så lenge er disse i all hovedsak avgrenset til bruk av ulike prosedyrer (for eksempel endoskopi) i opptaksområdene i regionen. På sikt skal det etableres et klinisk dashboard for fremstilling av dette.

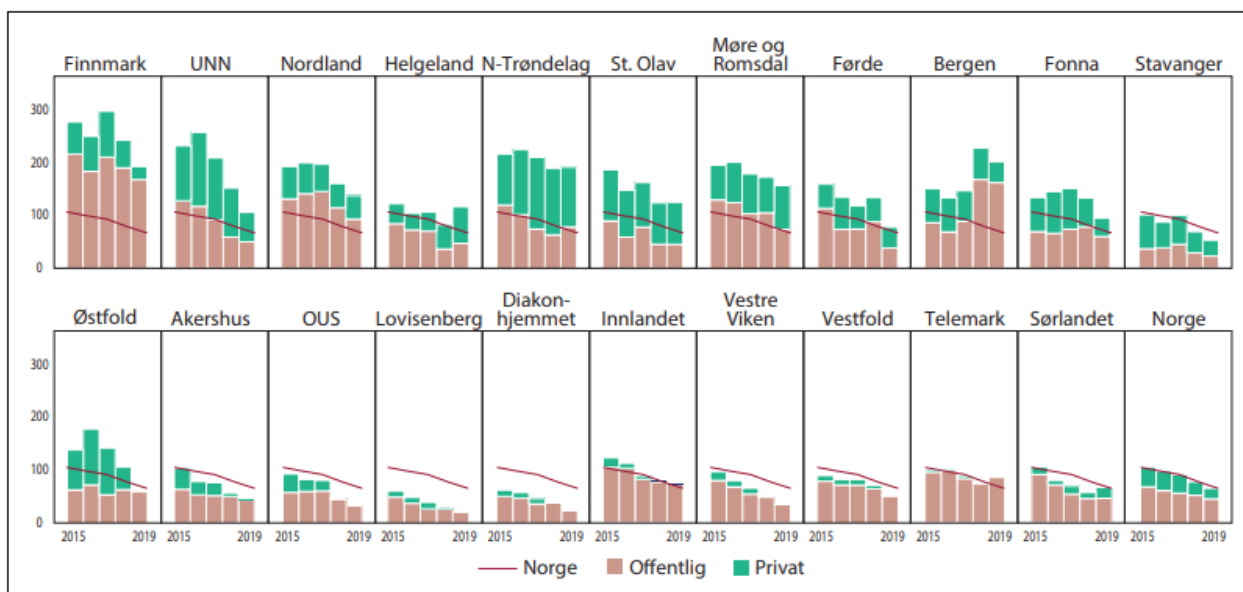
Det er ikke all verdens evalueringer av initiativene som er iverksatt for å redusere den uønskede variasjonen. Imidlertid finner Anderson med flere svært små endringer i volum av tjenestene, og konkluderte med at slike programmer har beskjeden effekt.

(Anderson M, Molloy A, Mayo L et al. Evaluation of the NHS evidence-based interventions programme: a difference-indifference analysis BMJ Qual Saf 2022; 0:1-10).

Likeledes finner Cliff med flere at Choosing wisely guidelines alene ikke ser ut til å ha effekt på bruk av det de kaller «low-value health services». Imidlertid kan det ifølge forskerne se ut som om det å etablere en sterkere kollektiv bevissthet blant klinikere om uønsket variasjon, kan ha effekt. Eksempler på dette kan være at man velger ut enkeltområder og jobber spesifikt med disse utvalgte områdene under overskriften uønsket variasjon. Et annet eksempel er å skape etablere arenaer der temaet blir diskutert. Kort sagt – det ser ut til at det å løfte og snakke om problemstillingen i seg har effekt.

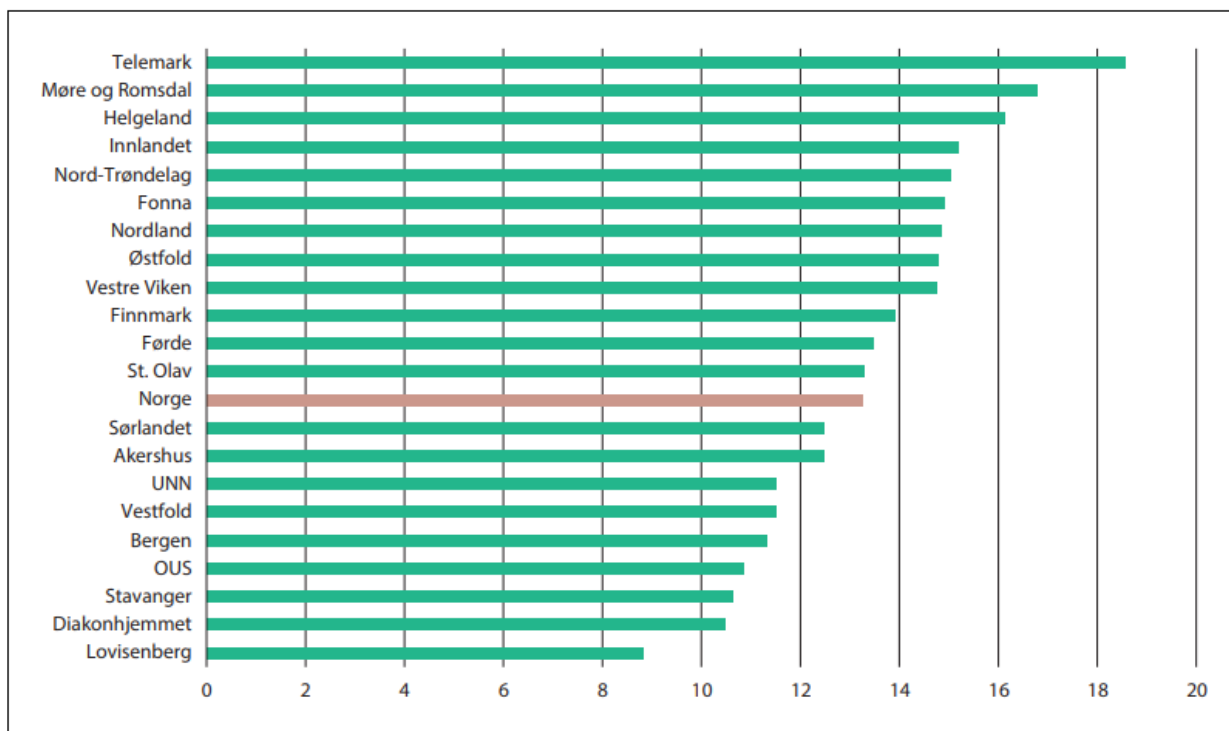
(Cliff BQ, Acena A, Hirth RA et al. Impact of Choosing Wisely Interventions on Low-Value Medical Services: A Systematic Review Milbank Quarterly 17 August 2021)

Et eksempel fra Helse Sør-Øst kan underbygge antakelsen om at det å velge ut enkeltområder å jobbe med disse sammen med klinikere, er da man etter offentliggjøringen av Dagkirurgiatlaset plukket ut skulderoperasjoner som et område der variasjonen var uønsket stor og effekt av behandling tvilsom. Oppdatering av Dagkirurgiatlaset i 2018 viste at det gjennomsnittlig omfanget av skulderoperasjoner var gått ned, men at variasjonen mellom opptaksområder økte:



Figuren viser utvikling i antall skulderinngrep, etter opptaksområder og type behandler. 2015–2019, og er hentet fra NOU 2023:4 Opptaksområdene er justert etter kjønn og alder. Kilde: NPR/SSB, SDKE Helseatlas

De 17 inngrepene med usikker helsegevinst som ble plukket ut av NHS er de samme statsråd Høie i sin tid adresserte i sin sykehustale i 2019. Omfanget I Norge av de definerte inngrepene er om lag 65 000 årlig:



Figuren viser antall inngrep per 1 000 innbyggere innen 17 prosedyrer som regnes å ha liten eller ingen helsenytte, etter opptaksområde, og er hentet fra NOU 2023:4. For å unngå tilfeldige konsekvenser av pandemien, er kun med data fra 2019 med i figuren. De er justert etter kjønn og alder. Kilde: SKDE, Helseatlas

Figuren viser stor geografisk variasjon mellom opptaksområdene og indikerer klare tegn på overbehandling.

Hva hemmer prioritering og kan føre til overforbruk

Riksrevisjonens undersøkelse om årsaker til variasjon i forbruk av helsetjenester (Dokument 3:2 (2019-2020)), konkluderer med at faglig uenighet om beste praksis, tilgjengelig kapasitet og hvor raskt ny kunnskap påvirker praksis, er hovedårsakene til uønsket variasjon i helsetjenesten.

Helsepersonellkommisjonen referer kunnskapsoppsummeringen fra Saini med flere 2017 som viser at en rekke drivere jobber mot prioritering og snarere understøtter utvikling mot overforbruk:

- Finansiering
- Organisering
- Kunnskap og kompetanse
- Maktrelasjoner i samfunnet
- Maktrelasjoner mellom aktørene

(Saini, Vikas, Sandra Garcia-Armesto, David Klemperer, Valerie Paris, Adam G. Elshaug, Shannon Brownlee, Johan P.A. Ionnadis, Elliott S. Fisher (2017). «Drivers of poor medical care», The Lancet, vol. 390 (10090), p. 178–190)

Spesielt relevant for Norge trekkes frem:

- Manglende tilbuds- og kapasitetsstyring
- Stykkprisfinansiering
- Styring etter ventelister og ventetider
- Pasientrettigheter og pasientkrav
- Manglende pasientinformasjon

Erfaringer fra og bekymring for tilsynsmyndigheter, som Helsetilsyn og Statsforvalter, kan også bidra til at behandler velger mer omfattende diagnostikk og behandling enn hva som faglig sett er nødvendig.

Andre forhold som trekkes frem i denne diskusjonen er at hva som defineres som sykdom er i stadig endring. Dette skjer enten ved at nye tilstander blir en del av sykdomsbegrepet, eller at terskelen for hva som regnes som sykdom senkes. Videre nevnes den teknologiske utviklingen av diagnostiske verktøy gjør at man ser stadig mer og kan finne tilstander på stadig tidligere stadium – tilstander man ikke vet om vil være skadelig for pasienten (se for eksempel Trude Basso; Alt kan ikke sjekkes (<https://nrk.no/ytring/alt-kan-ikke-sjekkes-1.16375503>)).

Vurdering

Dokumentasjonen på at det er til dels stor variasjon i forbruk av spesialisthelsetjenester og i kvaliteten på de tjenestene pasientene i ulike opptaksområder mottar, er etter hvert så stor og påpekt over så lang tid, og med så store konsekvenser for både pasient og samfunn, at arbeidet med å redusere uønsket variasjon bør forsterkes.

Det første vi må gjøre er presisere hva vi tenker på når vi snakker om uønsket variasjon. Er det uønsket variasjon i tilgjengelighet? Uønsket variasjon i resultat? Skal alle ha de samme tjenestene? Dersom likhetskravet settes til resultat, innebærer det at pasientene må behandles ulikt; skal gjennomsnittlig levealder i Oslo øst være lik hva den er for befolkningen i Oslo vest, må tilgang til tjenester og forbruk av tjenester være ulikt med forfordeling til befolkningen i Oslo øst.

I det nasjonale og regionale arbeidet med å redusere uønsket variasjon, defineres som nevnt over variasjonen som uønsket når variasjonen ikke kan forklares i pasientens valg eller i ulikhet i sykkelighet i befolkningen. I vårt lokale arbeid med å redusere uønsket variasjon i SiVs opptaksområde, må vi selvfølgelig benytte samme definisjon. Det innebærer i stor grad en tro på at gjennomsnittet er riktig.

Definisjonen man arbeider etter for å identifisere uønsket variasjon, innebærer i stor grad en tro på at gjennomsnittet er riktig. Det er for de nødvendige helsetjenestene små variasjoner i forbruk og likeledes relativt små forskjeller i overlevelse. Her er også dokumentasjonen og faglig konsensusen på hva som er riktig, høy. Variasjonene i forbruk er imidlertid større for de preferansestyrte helsetjenestene og enda større for de tilbudssensitive helsetjenestene. Her er også dokumentasjonen og faglig konsensus om hva som er riktig, mindre. Trekker vi det faktum helt ut, er det ikke gitt at gjennomsnittet er feil. Teoretisk kan det godt hende at det er et av ytterpunktene som egentlig definerer gullstandard.

Eksempel på problemstillingen er pasientkontakter for sykkelig overvekt, hvor både helseforetaket SiV og SiVs opptaksområde skiller seg klart ut fra de andre

helseforetakene i Helse Sør-Øst. Gjennomsnittlig kontakter for overvekt pr 1000 innbygger i Helse Sør-Øst var i 2022 19, mens det for SiVs opptaksområde var 50:

Opptaksområde	Antall kontakter for overvekt pr opptaksområde	Hvor av ved SiV	Antall kontakter for overvekt pr 1000 innbygger i opptaksområde
Vestre Viken	8 819	2 047	18
Sørlandet	5 994	121	21
Østfold	9 028	583	30
Telemark	4 520	2 359	27
Innlandet	4 728	130	13
Vestfold	11 912	11 740	50
OUS	3 441	37	
Lovisenberg	1 810	15	10
Diakonhjemmet	992	24	
AHUS	6 114	239	11
HSØ	57 377	17 295	19

Denne variasjonen ikke kan forklares i pasientens valg eller i ulikhet i sykелighet i befolkningen. Men, er den uønsket av den grunn?

Som nevnt over ser det ikke ut til at publisering av uberettiget variasjon i seg selv har merkbar effekt på variasjonen og klinisk praksis. Som en konsekvens av dette og i et forsøk på å styre kapasiteten på enkeltområder, har Helse Sør-Øst redusert volumet på kjøp av enkelte tjenester hos private leverandører. For eksempel er tilgjengelig kapasitet for koloskopi og endoskopi redusert i regionen i 2023. Et problem for helseforetakene ved slike grep er at pasientene allerede er vurdert til å behov for spesialisthelsetjenester. Helseforetaket i pasientenes opptaksområde får da også disse pasientene på sine ventelister. Sannsynligheten er da stor for at ventetiden øker, fristbruddene øker og henvendelsene til HELFO som skal sikre pasientene behandling når helseforetaket ikke klarer å levere, øker.

Kunnskapsgrunnlaget rundt de initiativ som er gjort for å redusere uønsket variasjon, er tydelige på at publisering av uberettiget variasjon i seg selv ikke har merkbar effekt på variasjonen og klinisk praksis. Eksemplet over viser at heller ikke det å fjerne kapasitet alene er noen snarvei til redusert variasjon. Erfaringen er snarere at det som ser ut som å være virkningsfulle tiltak innebærer økt oppmerksomhet på og større bruk av kunnskapsbaserte retningslinjer. Det må skapes arenaer og rutiner der som bidrar til å skape en kollektiv bevissthet blant personellet om uønsket variasjon og overbehandling. Denne typen påvirkning er tidkrevende og langsiktig og krever kloke kommunikasjonsformer både internt i klinikk, mellom stab og klinikk.

Det foreslås derfor at SiVs arbeid med å redusere uønsket variasjon går langs tre linjer:

- Ta opp problemstillingene uønsket variasjon, overbehandling, overdiagnostikk og prioritering i Ledelsens gjennomgang.
- Lage en regi for å fasilitere møteplasser der de samme problemstillingene diskuteres, eventuelt ha problemstillingene som fast tema i HKU
- Plukke ut enkeltområder, som endoskopi / koloskopi eller annet, jobbe konkret med disse

