

Arbeidet med uønsket variasjon i Sykehuset i Vestfold HF

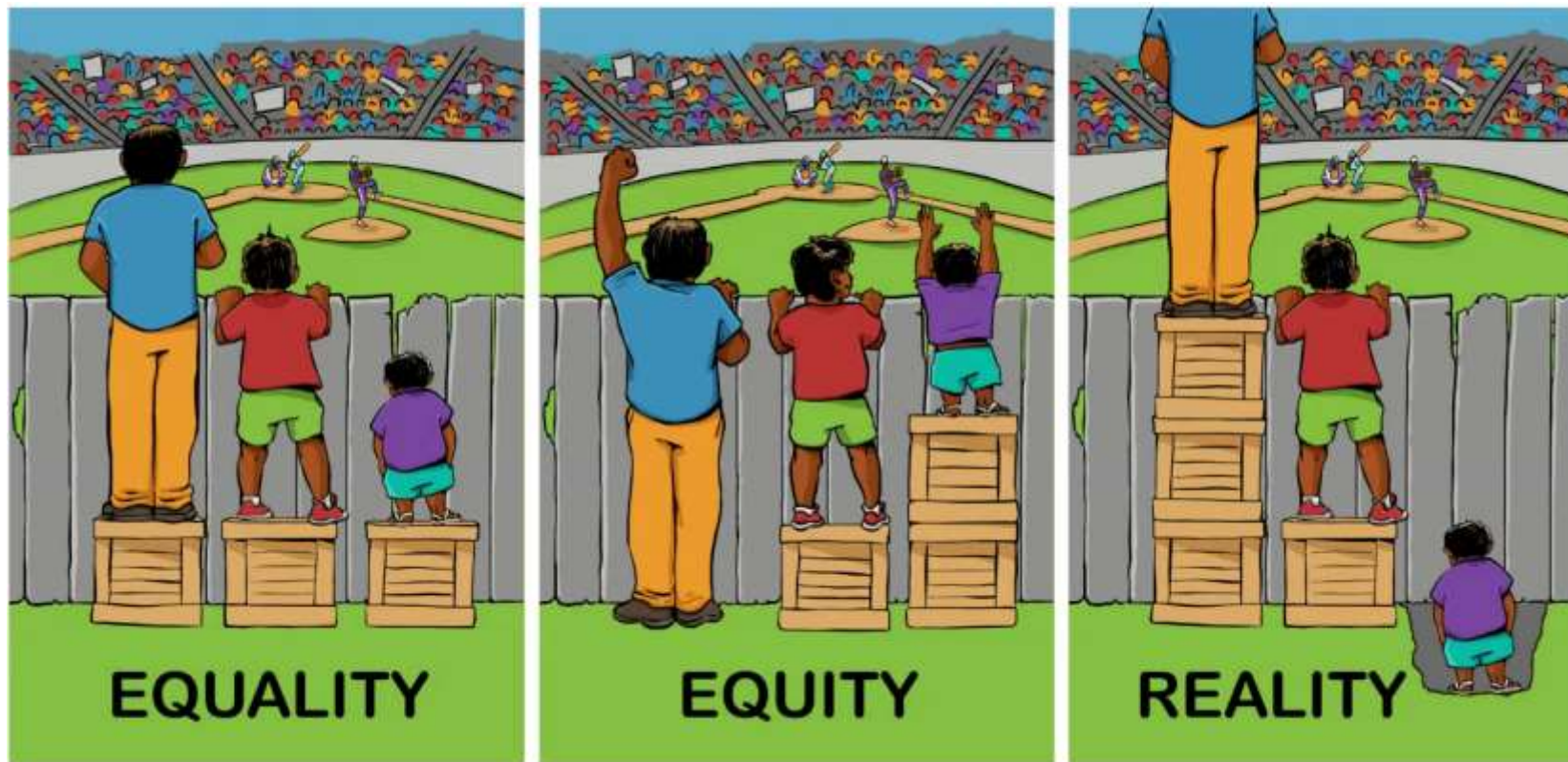
Brukerutvalget 31. august 2023



Redusere uønsket variasjon – sentral føring for spesialisthelsetjenesten

- Oppdrag og bestilling
 - Regional og lokal utviklingsplan
 - Helsepersonellkommisjonens rapport
 - Statsråd Kjerkhols sykehustale
 - Styreseminar
 - Styreledermøte
-
- Statsråd Høie var tydelig på behovet for å redusere uønsket variasjon

Uønsket variasjon – over- og underbehandling, skal alle ha likt eller er snitt alltid riktig?



Takk til Per Arne Holman, analyse- og kvalitetssjef,
Lovisenberg sykehus

Variasjon i helsetjenesten

- Kvalitet
 - Overlevelsesrater
 - Kvalitetsindikatorer

Fremragende – god – forsvarlig – uforsvarlig

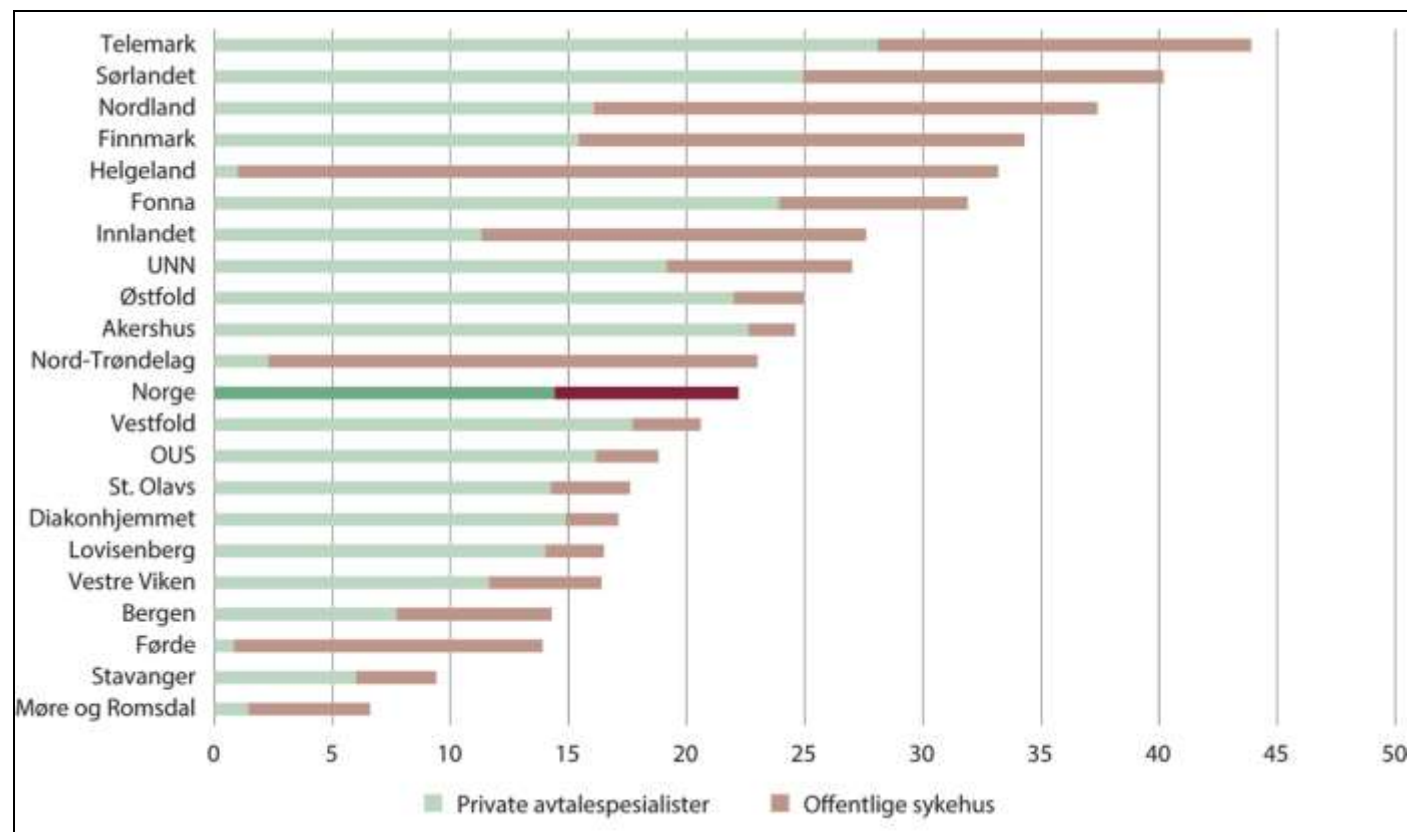
- Forbruksrater
 - Demografi
 - Geografi
 - Sykelighet
 - Annet

Forskjeller som ikke kan forklares med tilfeldige svingninger eller ulikheter i sykelighet og pasientpreferanser, omtales som uønsket variasjon

Forbruk av spesialisthelsetjenester – befolkningen i opptaksområdene

Oppholdsrate pr 1000 etter innbyggere i opptaksområde				
Opptaksområde	BUP	SOM	TSB	VOP
Lovisenberg Diakonale Sykehus OO	171	1 653	210	797
Diakonhjemmet Sykehus OO	189	1 532	126	467
Oslo universitetssykehus OO	225	1 533	118	426
Sørlandet Sykehus OO	152	1 361	112	414
Sykehuset i Vestfold OO	210	1 437	180	354
Vestre Viken OO	216	1 446	80	353
Akershus universitetssykehus OO	203	1 372	78	337
Sykehuset Innlandet OO	142	1 288	56	328
Sykehuset Telemark OO	195	1 464	41	299
Sykehuset Østfold OO	139	1 350	119	269
Helse Sør-Øst	185	1 412	101	369

Antall gynekologiske rutineundersøkelser per 1 000 kvinner fordelt på helseforetaksområde og type tjenesteleverandør.



Helseforetaksområdene er aldersstandardiserte.

Rosenlund mfl. (2017), figur 2.

MR-undersøkelser

MR Caput (hode)

MR Skulder

MR Hånd

MR Prostata

MR Kne

Om Atlaset

Metode og Data

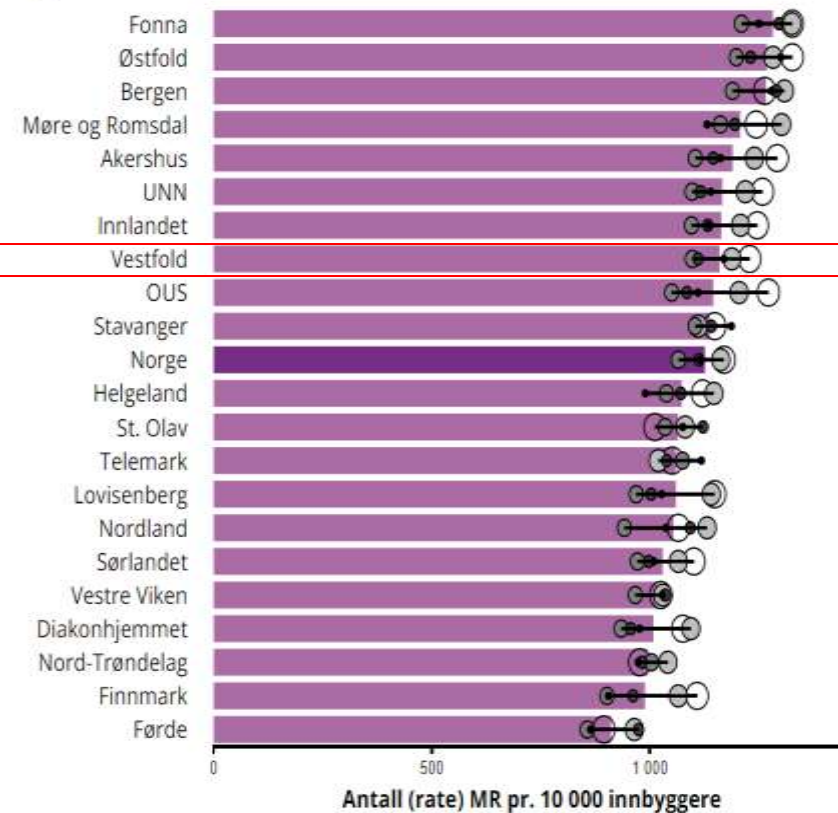
Har du spørsmål?

MR-UNDERSØKELSER

Hovedfunn

- Det ble årlig utført 606 000 polikliniske MR-undersøkelser, på omtrent en halv million pasienter.
- Det ble utført 40 % flere polikliniske MR-undersøkelser pr. 10 000 innbyggere i opptaksområdet Fonna sammenliknet med opptaksområdet Førde.
- 67 % av polikliniske MR-undersøkelser ble utført ved private røntgeninstitutt.

Opptaksområder



• 2018 • 2019 • 2020 • 2021 ○ 2022

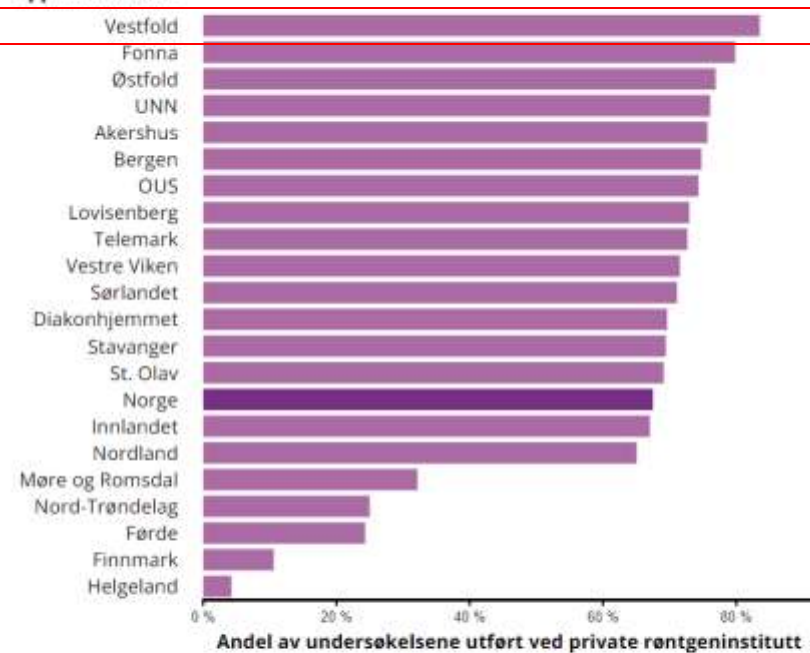
Utvalg

Offentlig/privat

67 % av polikliniske MR-undersøkelser ble utført ved private røntgeninstitutt. Ikke alle opptaksområdene har private røntgeninstitutt, eller at kun deler av opptaksområdene har et privat tilbud.



Opptaksområder



© Utvalg

Ulikt privat tilbud er årsaken til at bosatte i opptaksområdene Finnmark og Helgeland hadde lavest andel MR-undersøkelser utført ved private røntgeninstitutt, fulgt av opptaksområdene Førde, Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal. Det var en sterk positiv sammenheng (korrelasjonsanalyse) mellom rater for MR og andeler utført ved private røntgeninstitutt når vi ser alle opptaksområdene samlet.

Hvordan forebygge overbehandling og uønsket variasjon?

Alt kan ikke sjekkes

Vi har ikke kapasitet til å drive samtaleterapi for folk med diffuse plager i føttene, sukket en god kirurgkollega.



Vi som fagfolk må involveres i prioriteringene og vi må også våge å se oss selv i speilet med et kritisk blikk for å være sikre på at det vi holder på med gir bedre helse i befolkningen på andre siden, skriver kronikkforfatteren (bildet).



Trude Basso

overlege, Leder Norsk ortopedisk forening og bystyrekandidat Trondheim Ap

<https://www.nrk.no/ytring/alt-kan-ikke-sjekkes-1.16375503>

Økt bevissthet som virkemiddel i arbeidet med å forebygge overbehandling?

- “Hva vi skal bruke alle blodprøvene til er ikke alltid like klart.
 - “En MR-beskrivelse kan skremme vannet av både lek og lærd.
 - “Nå er det kjøpt inn ultralydapparat på hver en knaus.
 - “Vi som er leger må slutte å henvise til undersøkelser for sikkerhets skyld.
-

Noe så enkelt som å vrikke foten skal i dag håndteres på komplisert vis. Før haltet vi rundt til den ble god igjen. Nå tar vi MR, blir vettskremt av svaret og overtaler til fastlegen å henvise oss til sykehuset.

Vi som er leger må slutte å henvise til undersøkelser for sikkerhets skyld, for det ene leder til det andre leder til det tredje osv.

Pasienter må tilbys informasjon av god kvalitet, som er tilgjengelig for mer enn en av gangen.

Nesten hver dag jeg vurderer henvisninger, dukker det opp pasienter som i utgangspunktet har blitt undersøkt for noe helt annet. Tilstander som pasienten var lykkelig uvitende om inntil nå, og som man veldig sjelden trenger å gjøre noe med. For å få tid til dem som trenger helsehjelp her og nå, så kan vi helt sikkert redusere på en del av kontrollene.

Er det på bærtur å mene at vi oftere må gi pasientene den minst ressurskrevende behandlingen?

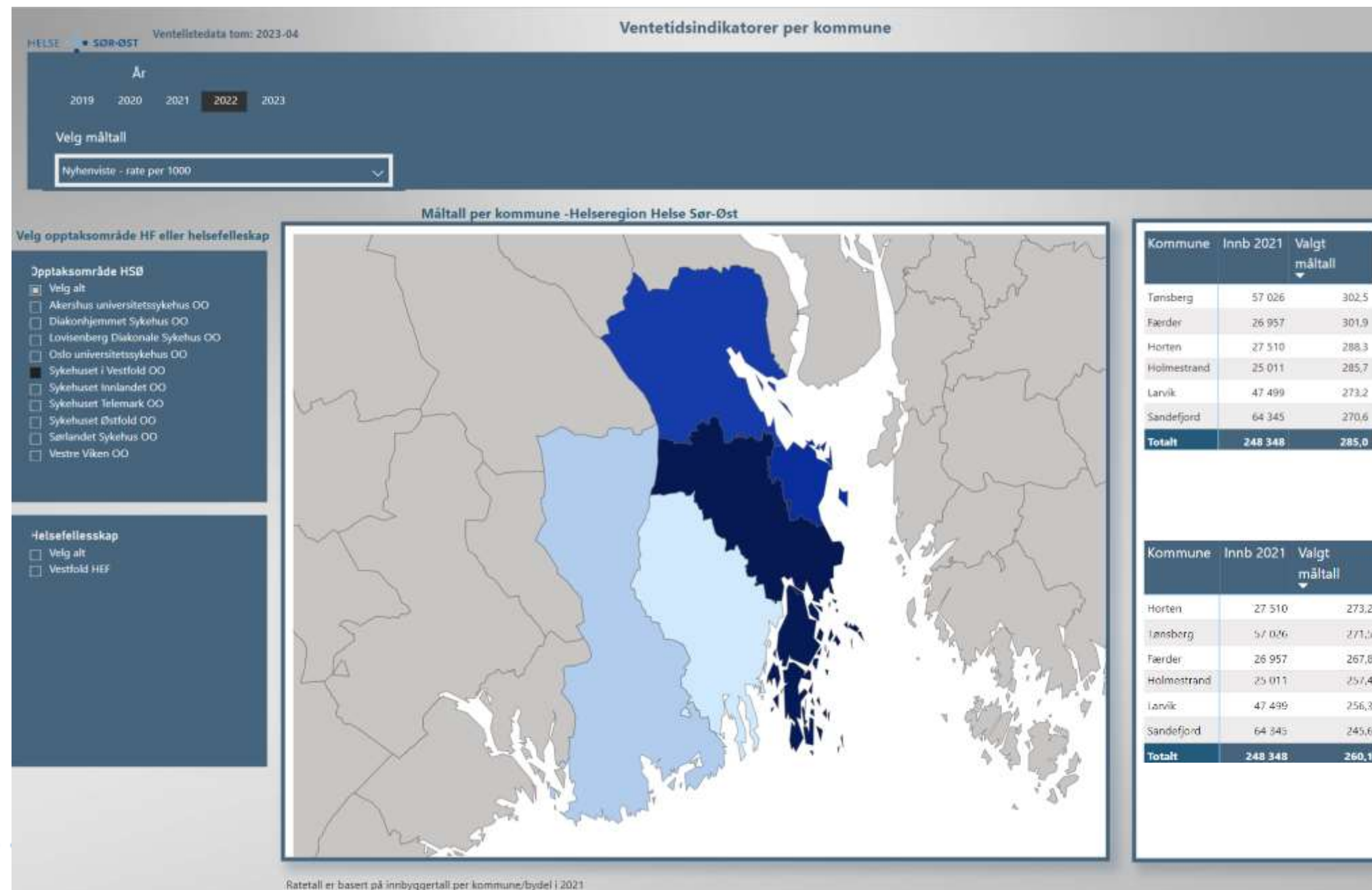
Røntgenleger jeg omgås synes ultralyd av muskel-skjelettsystemet kan være vanskelig. Nå er det kjøpt inn ultralydapparat på hver en knaus som har en lege eller en fysioterapeut. De synes selvfølgelig også at dette er vanskelig og henviser til sykehus når de har sett noe de ikke har forstått.

(Over)diagnostikk

- «Eneste grunn til at fremdeles finnes folk som er friske, er at de ikke er undersøkt nok».

Leif Arne Heløe
Sosialminister 1981-1986

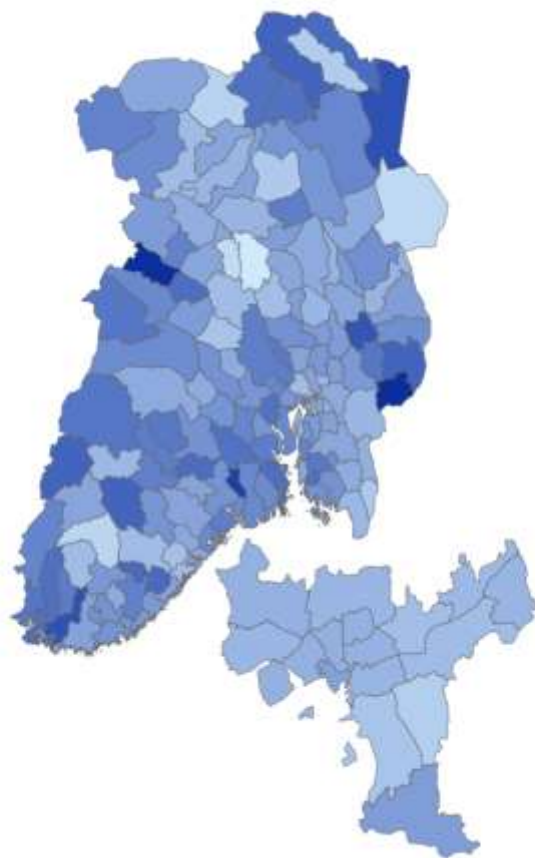




2022

2019

Nyhenviste - rate pr 1000 innbyggere



Nyhenviste - rate pr 1000 innbygger, opptaksområder				
Opptaksområder	Innbyggere 2021	Rate pr 1000		
		2019	2022	Endring
Sykehuset i Vestfold	248 348	260,1	285,0	24,9
Vestre Viken	490 977	256,1	270,2	14,1
Sykehuset Telemark	173 534	287,1	268,2	-18,9
Sørlandet sykehus	308 843	263,3	260,0	-3,3
Sykehuset Østfold	320 151	238,9	251,1	12,2
Akerhus universitetssykehus	583 952	230,9	245,3	14,4
Sykehuset Innlandet	328 218	241,1	239,8	-1,3
OUS/Diakonhjemmet/Lovisenberg	586 699	223,5	223,7	0,2
Helse Sør-Øst	3 050 722	245,4	252,1	6,7



Behov for å prioritere

Utredninger og rapporter (1987 -)



Behov for å prioritere

- 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
- Vi må gjøre mer av det som virker og mindre av det som ikke virker
 - Vi må si nei til noe!



Medisinsk overaktivitet

Det har blitt stadig vanskeligere å spore om leger og annet helsepersonell finner for mye sykdom. Slik dukker også spørsmålet om hvordan behandling og diagnostikk kan gjøre mer skade enn godt. Overbehandling og overdiagnostikk er to stikkord i henhold til dette med medisinsk overaktivitet, som for øvrig er et hett tema for medisinske konferanser og foredrag rundt om. På engelsk kalles dette fenomenet gjerne «too much medicine».



En dagskonferanse om medisinsk overaktivitet ble holdt på i februar 2020 i helsedirektoratets lokaler i Oslo. Her kunne tilhørere få oppdatert kunnskap, høre om ulike helsepolitiske problemer, lokal og internasjonal erfaring fra praksis, samt hvordan «for mye medisin» påvirker pasientene. Den primære målgruppen for konferansen var beslutningstakere innen helseadministrasjon, helsepolitikk, klinikk, akademia og brukerorganisasjoner. Samtidig kunne alle leger melde seg på.

Forhold mellom pasient og lege er kritisk

Slike konferanser kan svare på mange spørsmål, men også føre til at nye blir stilt. Det er vanskelig å få bakte med medisinsk overaktivitet, men en del leger har yndet framgå og uttalt at leger må ha ryggrad og mot til å gjøre mindre av det de vet ikke har effekt på livende og pasientene. Den nå avdøde Per Fugelli uttalte en gang at det ideelle er når pasient og lege kjenner hverandre godt, fordi det da bygges opp tillit.

Et godt forhold mellom pasient og lege fungerer som allmennmedisinen «gudpartikkel», og kan komme medisinsk overaktivitet i forkjøpet. Er fokus på kjennetegnende sykdommer til at vi kan unngå for mye medisin? Det er kanskje noe i påstandene til Fugelli og de andre som mener tilsvarer. Fel vil alltid skje innen allmennmedisinen, men ofte er det frykten for ikke å gjøre nok som fører til at leger overkompenserer og gjør for mye. Folk stiller tross alt krav til leger og helsepersonell, men det er viktig å huske på at ingen tjener på at legens frykt tar overhånd.



anne kjersti befring on Twitter: "Oppmerksomheten i dag rettes bare mot ...

<https://twitter.com/akbefring/status/1665260235559260160>

Nettet Oppmerksomheten i dag rettes bare **mot overbehandling**. Vi må snakke om underbehandling: når personer ikke får nødvendig **diagnostikk og hjelp**. Gjelder mange grupper.

Helsetjenestens bruk av fenomenet «prioritering» er å løfte noe opp. Veldig sjelden forstår man det som å si nei til noe.

Underbehandling = behov for prioritering

Overbehandling = greit å være på den sikre siden

For sikkerhets skyld

- *«Hvis jeg henviser en pasient til sykehuset, er det ingen som klager. Hvis jeg lar være, og det viser seg at pasienten likevel skulle trengt det, da er Statsforvalter, Helsetilsyn, fylkeslege, media og fandens oldemor der med en gang! Hva tror du jeg gjør, Torgeir?»*

Arbeid med å redusere uønsket variasjon



Internasjonalt

- Choosing wisely «bottom up» initiert av fagmiljøene
- Evidence based intervention program EBI NHS UK – publisert 3 lister med «low value» prosedyrer som ønskes redusert eller stanset (17+31+16)



Norge

- Legeforeningen; norsk versjon av «Choosing wisely»; KLOKE VALG
- Revurderingsprosjektet – interregionalt; inspirert av EBI

EMILIE RAAUM CLOSS
Medisinsk fakultet
Universitetet i Oslo

MIRIAM LYAMOURI
Medisinsk fakultet
Universitetet i Oslo

KNUT ØYMAR
Barne- og ungdomsmedisinen
Stavanger universitetssjukehus
Klinisk institutt 2
Universitetet i Bergen

KETIL STØRDAL
ketil.stordal@gmail.com
Barneklirken
Oslo universitetskykehus
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Oslo

Regionale forskjeller i bruk av protonpumpehemmere hos barn

BAKGRUNN

Fysiologisk gastroøsofageal refluks i spedbarnsalder er vanskelig å skille fra reflukssykdom. Internasjonale retningslinjer anbefaler restriktiv bruk av syrehemmende behandling til spedbarn på grunn av mangel på dokumentert effekt, men for både spedbarn og eldre barn har bruken økt de siste åra. Formålet med studien er å beskrive endring over tid og geografisk variasjon i utredning og behandling for mistenkt gastroøsofageal reflukssykdom.

MATERIALE OG METODE

I aggregerte data fra Legemiddelregisteret for perioden 1.1.2007–31.12.2020 undersøkte vi regionale forskjeller i antall utleveringer av protonpumpehemmere til barn og ungdom. Data fra Norsk pasientregister ble analysert for å kartlegge bruken av 24-timers pH-måling og gastroskopi, som kan støtte mistanken om gastroøsofageal reflukssykdom.

RESULTATER

Antall utleveringer av protonpumpehemmere første leveår økte, og var høyest i Helse Sør-Øst med 10,1 per 1 000 barn i 2007 og 54,7 per 1 000 barn i 2020 (relativ risiko 5,4, 95 %-konfidensintervall 4,6 til 6,4). Antall utleveringer i 2020 var 64 % høyere i Helse Sør-Øst sammenlignet med Helse Nord og Helse Midt-Norge. Antall gastroskopier endret seg lite, men bruk av 24-timers pH-måling falt med 52 % fra 2016 til 2020.

FORTOLKNING

Bruk av protonpumpehemmere til spedbarn har økt betydelig på tross av retningslinjer. Sammen med geografisk variasjon kan dette tyde på overbehandling av fysiologisk refluks hos spedbarn. Færre utredninger tyder på at en økende andel blir behandlet uten støttende diagnostikk.

BAKGRUNN

Fysiologisk gastroøsofageal refluks i spedbarnsalder er vanskelig å skille fra reflukssykdom. Internasjonale retningslinjer anbefaler restriktiv bruk av syrehemmende behandling til spedbarn på grunn av mangel på dokumentert effekt, men for både spedbarn og eldre barn har bruken økt de siste åra. Formålet med studien er å beskrive endring over tid og geografisk variasjon i utredning og behandling for mistenkt gastroøsofageal reflukssykdom.

RESULTATER

Antall utleveringer av protonpumpehemmere første leveår økte, og var høyest i Helse Sør-Øst med 10,1 per 1 000 barn i 2007 og 54,7 per 1 000 barn i 2020 (relativ risiko 5,4, 95 %-konfidensintervall 4,6 til 6,4). Antall utleveringer i 2020 var 64 % høyere i Helse Sør-Øst sammenlignet med Helse Nord og Helse Midt-Norge. Antall gastroskopier endret seg lite, men bruk av 24-timers pH-måling falt med 52 % fra 2016 til 2020.

FORTOLKNING

Bruk av protonpumpehemmere til spedbarn har økt betydelig på tross av retningslinjer. Sammen med geografisk variasjon kan dette tyde på overbehandling av fysiologisk refluks hos spedbarn. Færre utredninger tyder på at en økende andel blir behandlet uten støttende diagnostikk.

Original Scholarship

The Impact of Choosing Wisely Interventions on Low-Value Medical Services: A Systematic Review

BETSY Q. CLIFF,* ANTON L.V. AVANCEÑA,†
RICHARD A. HIRTH,†
and SHOOU-YIH DANIEL LEE‡

*School of Public Health, University of Illinois Chicago; †School of Public Health, University of Michigan; ‡College of Health Professions, Virginia Commonwealth University

Policy Points:

- Dissemination of Choosing Wisely guidelines alone is unlikely to reduce the use of low-value health services.
- Interventions by health systems to implement Choosing Wisely guidelines can reduce the use of low-value services.
- Multicomponent interventions targeting clinicians are currently the most effective types of interventions.

Context: Choosing Wisely aims to reduce the use of unnecessary, low-value medical services through development of recommendations related to service utilization. Despite the creation and dissemination of these recommendations, evidence shows low-value services are still prevalent. This paper synthesizes literature on interventions designed to reduce medical care identified as low value by Choosing Wisely and evaluates which intervention characteristics are most effective.

Methods: We searched peer-reviewed and gray literature from the inception of Choosing Wisely in 2012 through June 2019 to identify interventions in the United States motivated by or using Choosing Wisely recommendations. We also included studies measuring the impact of Choosing Wisely on its own, without interventions. We developed a coding guide and established coding agreement. We coded all included articles for types of services targeted, components of each intervention, results of the intervention, study type, and, where

The Milbank Quarterly, Vol. 99, No. 4, 2021 (pp. 1024-1058)
© 2021 Milbank Memorial Fund



Evaluation of the NHS England evidence-based interventions programme: a difference-in-difference analysis

Michael Anderson,¹ Aoife Molloy,² Laia Maynou,^{1,3,4}
Ilias Kyriopoulos,¹ Alistair McGuire,¹ Elias Mossialos^{1,5}

► Additional supplemental material is published online only. To view, please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2021-014478>).

¹Department of Health Policy, The London School of Economics and Political Science, London, UK;
²Health Inequalities Improvement Programme, NHS England, London, UK;
³Department of Economics, Universitat de Barcelona, Barcelona, Spain;
⁴Center for Research in Health and Economics, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, Spain;
⁵Institute of Global Health Innovation, Imperial College London, London, UK

Correspondence to: Dr Michael Anderson, Department of Health Policy, The London School of Economics and Political Science, London WC2A 2AE, UK; M.Anderson5@lse.ac.uk

Received 14 November 2021
Accepted 21 March 2022



© Author(s) (or their employer(s)) 2022. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by BMJ.

To cite: Anderson M, Molloy A, Maynou L, et al. *BMJ Qual Saf* 2022; ahead of print: [please include Day Month Year]. doi:10.1136/bmjqs-2021-014478

ABSTRACT

Background The NHS England evidence-based interventions programme (EBI), launched in April 2019, is a novel nationally led initiative to encourage disinvestment in low value care.
Method We sought to evaluate the effectiveness of this policy by using a difference-in-difference approach to compare changes in volume between January 2016 and February 2020 in a treatment group of low value procedures against a control group unaffected by the EBI programme during our period of analysis but subsequently identified as candidates for disinvestment.
Results We found only small differences between the treatment and control group after implementation, with reductions in volumes in the treatment group 0.10% (95% CI 0.09% to 0.11%) smaller than in the control group (equivalent to 16 low value procedures per month). During the month of implementation, reductions in volumes in the treatment group were 0.05% (95% CI 0.03% to 0.06%) smaller than in the control group (equivalent to 7 low value procedures). Using triple difference estimators, we found that reductions in volumes were 0.35% (95% CI 0.26% to 0.44%) larger in NHS hospitals than independent sector providers (equivalent to 47 low value procedures per month). We found no significant differences between clinical commissioning groups that did or did not volunteer to be part of a demonstrator community to trial EBI guidance, but found reductions in volume were 0.06% (95% CI 0.04% to 0.08%) larger in clinical commissioning groups that posted a deficit in the financial year 2018/19 before implementation (equivalent to 4 low value procedures per month).
Conclusions Our analysis shows that the EBI programme did not accelerate disinvestment for procedures under its remit during our period of analysis. However, we find that financial and organisational factors may have had some influence on the degree of responsiveness to the EBI programme.

INTRODUCTION

Low value care can be defined as the 'use of an intervention where evidence suggests it confers no or very little benefit on patients, or risk of harm exceeds likely benefit, or, more broadly, the added costs

Key messages

What is already known?

- In April 2019, NHS England launched the evidence-based interventions programme, a novel approach to disinvest in low value care which aims to reduce avoidable harm to patients, maximise value and avoid waste by reducing unnecessary interventions.

What does this study add?

- By comparing trends against a control group, we provide early evidence that the evidence-based interventions programme has not accelerated disinvestment for low value procedures in the first 11 months after implementation.

How might this study affect research, practice or policy?

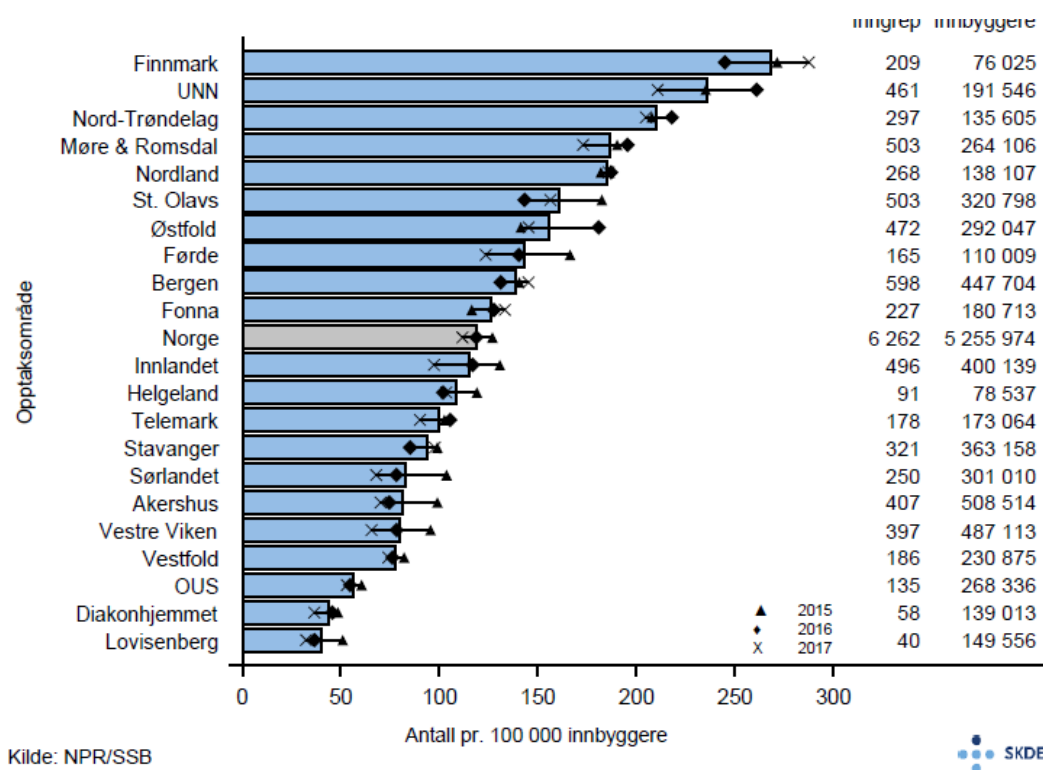
- Despite the lack of effectiveness to date, the evidence-based interventions programme has developed a structured and transparent approach to identify candidates for disinvestment.
- Moving forward, the evidence-based interventions programme needs to consider how to balance both bottom-up and top-down implementation to achieve sustainable and consistent reductions in low value care.

of the intervention do not provide proportional added benefits".¹ Minimising low value care, and tackling unwarranted clinical variation is a major issue for all healthcare systems. It has been estimated that 25% of healthcare expenditure in the USA is spent on low value procedures.² Equivalent figures for the UK do not

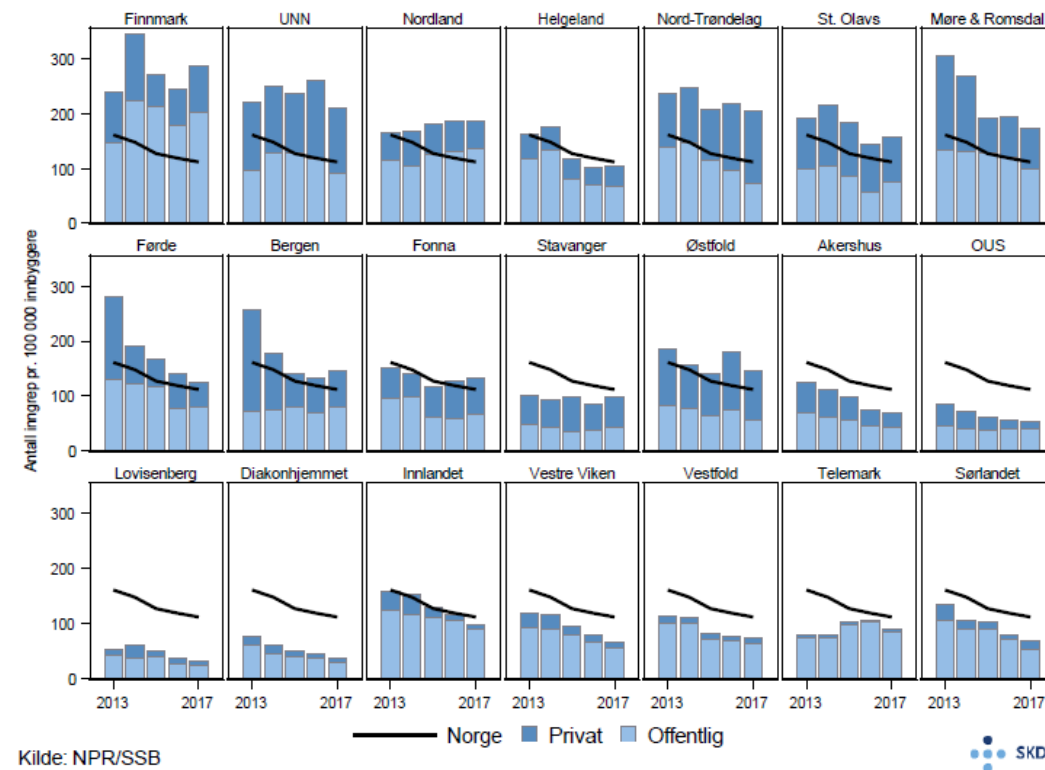
Redusere uønsket variasjon – tiltak

- Stadig mer forskning på uberettiget variasjon. Litteraturen viser at
 - Publisering av uberettiget variasjon i seg selv ikke har merkbar effekt på variasjonen og klinisk praksis
 - Publisering av retningslinjer i seg selv ikke har merkbar effekt på variasjonen og klinisk praksis
 - Større bruk av kunnskapsbaserte retningslinjer som bidrar til å skape en kollektiv bevissthet blant personellet om uønsket variasjon og overbehandling ser ut til ha best effekt
 - Denne typen påvirkning er tidkrevende og langsiktig og krever klokskap for å endre atferd

Skulderkirurgi – acromionreseksjoner

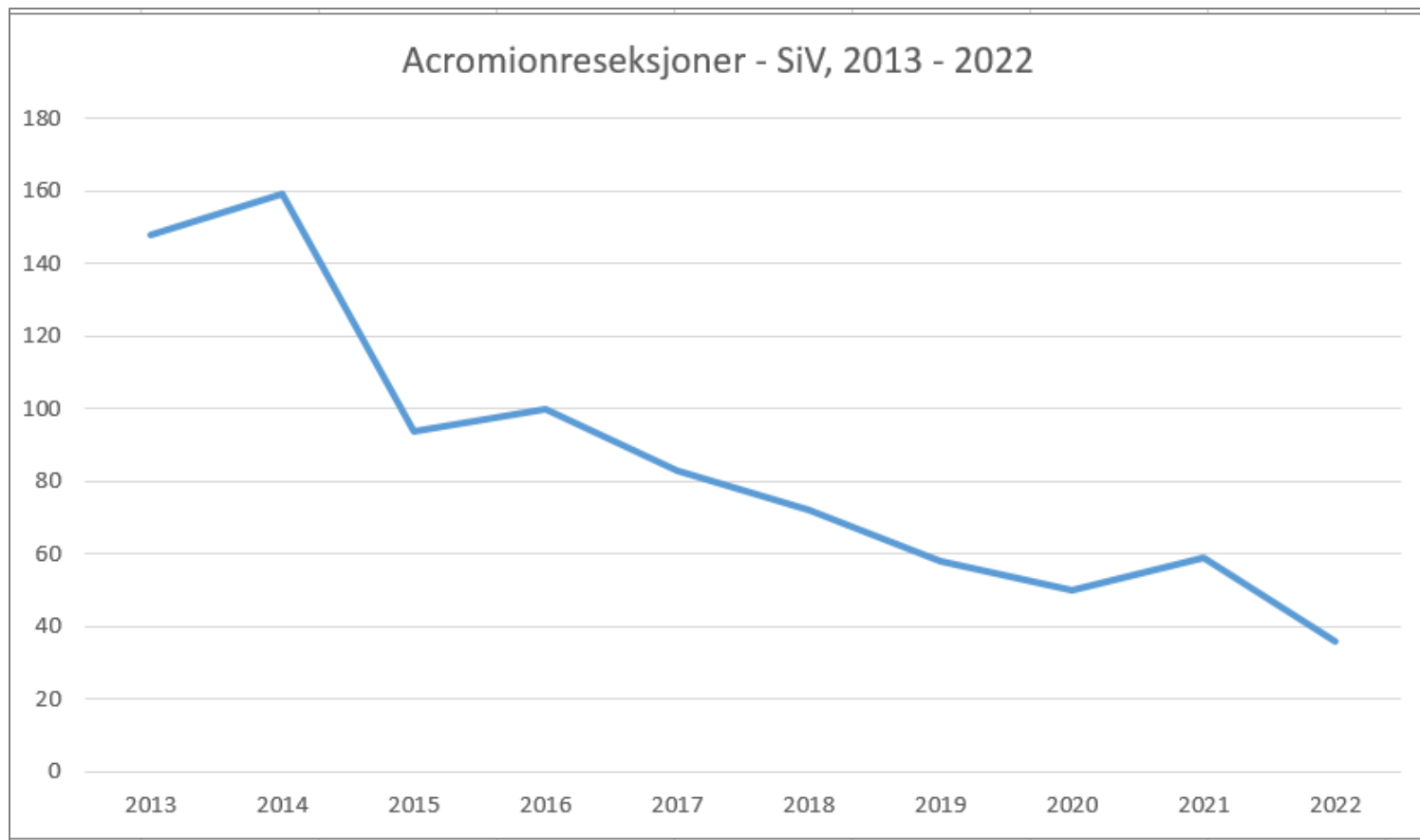


Figur 3.2: Antall acromionreseksjoner pr. 100 000 innbyggere, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år for perioden 2015–2017.



Figur 3.1: Acromionreseksjoner, utvikling i antall inngrep pr. 100 000 innbyggere i perioden 2013–2017, justert for kjønn og alder. Fordelt på opptaksområder og offentlig eller privat behandling.

Ikke gått tilbake til gamle vaner



Handlingsregulerende parametere

- Hvordan bryte «for sikkerhets skyld» handlingsmønstrene som ser ut til å ha satt seg?
 - Både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten?
- Hvordan unngå overbehandling og uønsket variasjon i en virkelighet der uønsket resultat ikke aksepteres?
- Der null-feil-visjoner er dominerende og tilsynsmyndigheter arbeid for å sikre disse visjonene påvirker institusjonens prosedyrer, rutiner og kultur og derigjennom den enkeltes handlinger?
- Hvor (lite) risikovillig tørr organisasjonen og den enkelte å være?
- Hvorfor skal vi si nei, når pasient kan velge behandlingen privat og vi likevel må betale?

Forslag til regi for arbeidet med å redusere uønsket variasjon ved SiV

- 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 (*primært tilbudssensitive tjenester*).