

Best Practice

– en nyckelfaktor för bättre kvalitet

SNQ-dagarna

29 mars 2019

jorgen.nordenstrom@ki.se

Jorgen.nordenstrom@vbmcare.com

Adherence to Best Practice

- gapet mellan evidens och faktisk vård

- 30-40 % av patienterna får inte vetenskapligt fastställd vård
- 20 % av vården är onödig eller skadlig

Groll R, Lancet 2003



Original Investigation | Pediatrics

Prevalence of Severe Visual Disability Among Preterm Children With Retinopathy of Prematurity and Association With Adherence to Best Practice Guidelines

Mikael Norman, MD, PhD; Ann Hellström, MD, PhD; Boubou Hallberg, MD, PhD; Agneta Wallin, MD; Pelle Gustafson, MD, PhD; Kristina Tornqvist, MD, PhD; Stellan Håkansson, MD, PhD; Gerd Holmström, MD, PhD

Table 1. Adherence to National Guidelines and Best Practice in the Neonatal Period Among 17 Children Who Developed Severe Visual Disability Due to ROP

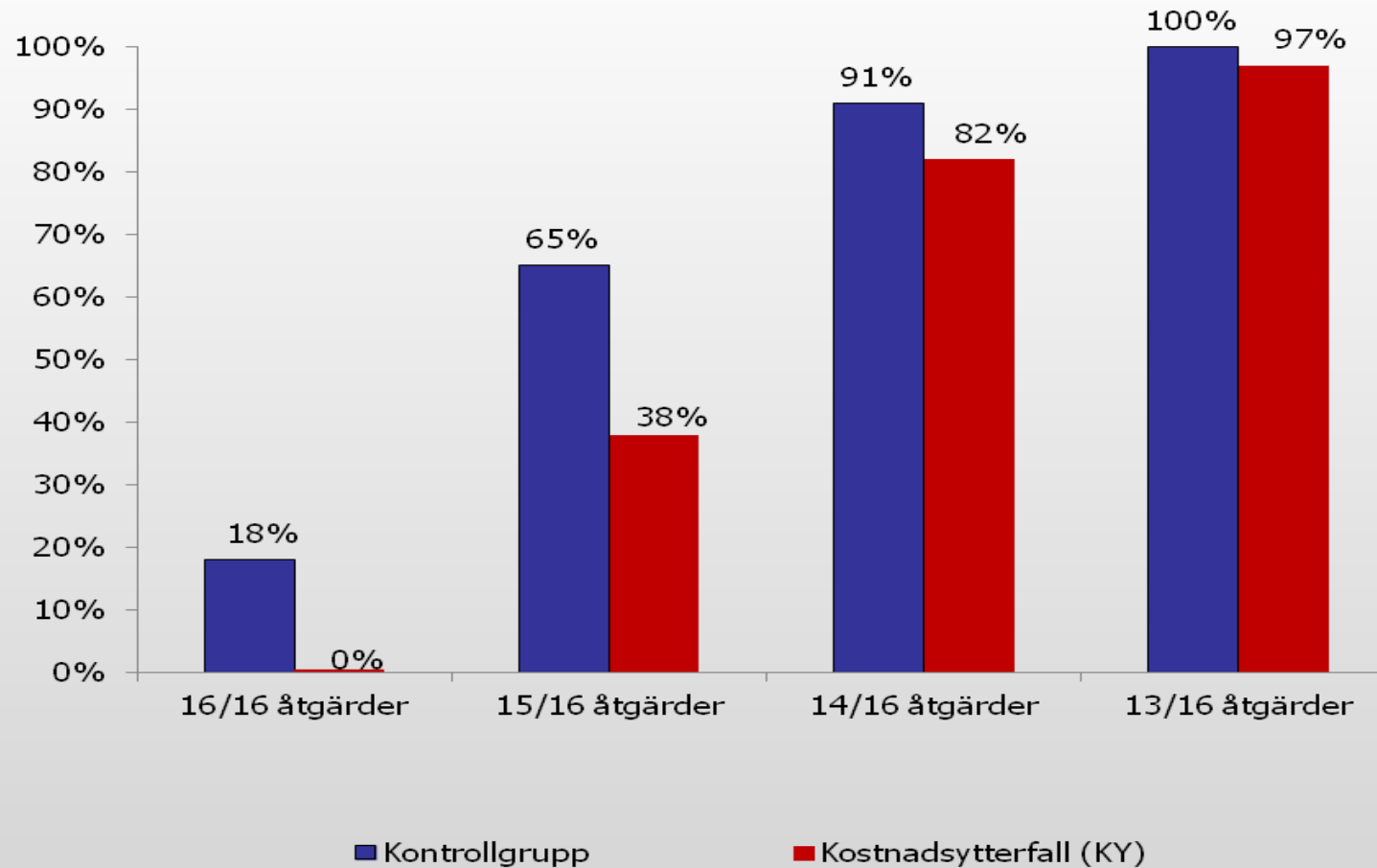
Key Performance Indicator ^a	No./Total No. (%)
Documentation in neonatal unit records	
Documentation of ROP stage only	11/14 (79)
Documentation included zone or type	3/14 (21)
ROP screenings documented in neonatal record	6/13 (46)
ROP treatment documented in neonatal record	6/13 (46)
If transfer to other hospitals, ROP screenings and treatment clearly documented	4/11 (36)
Screening	
For infants with GA at birth ≥ 27 wk, first screening examination at 5 wk postnatal age	1/2 (50)
If GA at birth < 27 wk, first screen no later than 31 wk postmenstrual age	11/14 (79)
Screening exams repeated > 2 weeks apart	3/13 (23)
Postponed screening exams	5/14 (36)
If transferred to other hospital, timely screening without interruption	4/11 (36)
Diagnosis and treatment	
Missed indication for treatment	6/17 (35)
Timely treatment (within 72 h of diagnosis)	7/15 (47)
Aggressive ROP treated within 48 h	5/12 (42)
First treatment with < 1500 laser photocoagulation applications	6/12 (50)
Postoperative retinal examination within 5-7 d	10/15 (67)
Additional information on treatment	
Second laser treatment	12/14 (86)
Anti-vascular endothelial growth factor administered	2/17 (12)
Vitrectomy or encircling band	10/17 (59)

The Better Colectomy Project

Arriaga AF et.al. Ann.Surg, 2009

- Följsamheten till 37 evidensbaserade åtgärder
konsekutiva patienter- kolorektal cancerkirurgi. - 370
- 16 särskilt viktiga åtgärder: infektions-, trombos-profylax, pre-operativ optimering, m.m.
- Icke-följsamheten >40% for 11 viktiga åtgärder

Följsamhet till best practice: Kolo-rektal cancerkirurgi, Karolinska



Mediankostnad:
Kostnadsytterfall (n=26):
692.000:-
Kontroller (n= 55):
177.000:-

Sannolikheten att vara KY ökar för varje ej utförd åtgärd: OR= +1.70 (95%CI: 1.13 – 2.72; p<0.05)

God följsamhet till evidens

Kolorektalkirurgi, Karolinska Solna (n=81)

- 100 % trombos-profylax
- 99 % antibiotika-profylax
- 99 % avlastande stomi vid låga anastomoser
- 98 % medicinkonsult vid multi-sjukdom
- 98 % undvikande av mekanisk tarm-rengöring inför operation

Icke-följsamhet till evidens

Kolorektalkirurgi, Karolinska Solna (n=81)

- 22 % Blodtransfusion trots hematokrit >21%
- 19 % CVK ej borttagen trots avsaknad av dokumenterat behov
- 15 % Ej värme-behandling trots temp <36.6
- 11 % Urinkateter ej borttagen inom 72h postop eller inom 24h efter epidural

Ledarskap för värdebaserad Vård

- 80 deltagare från 40 enheter från hela landet
- 4.5 dagar spridda över 7 månader
- strukturerat arbetssätt för att förbättra följsamhet till best practice
- utvärderas med nationella kvalitetsmått

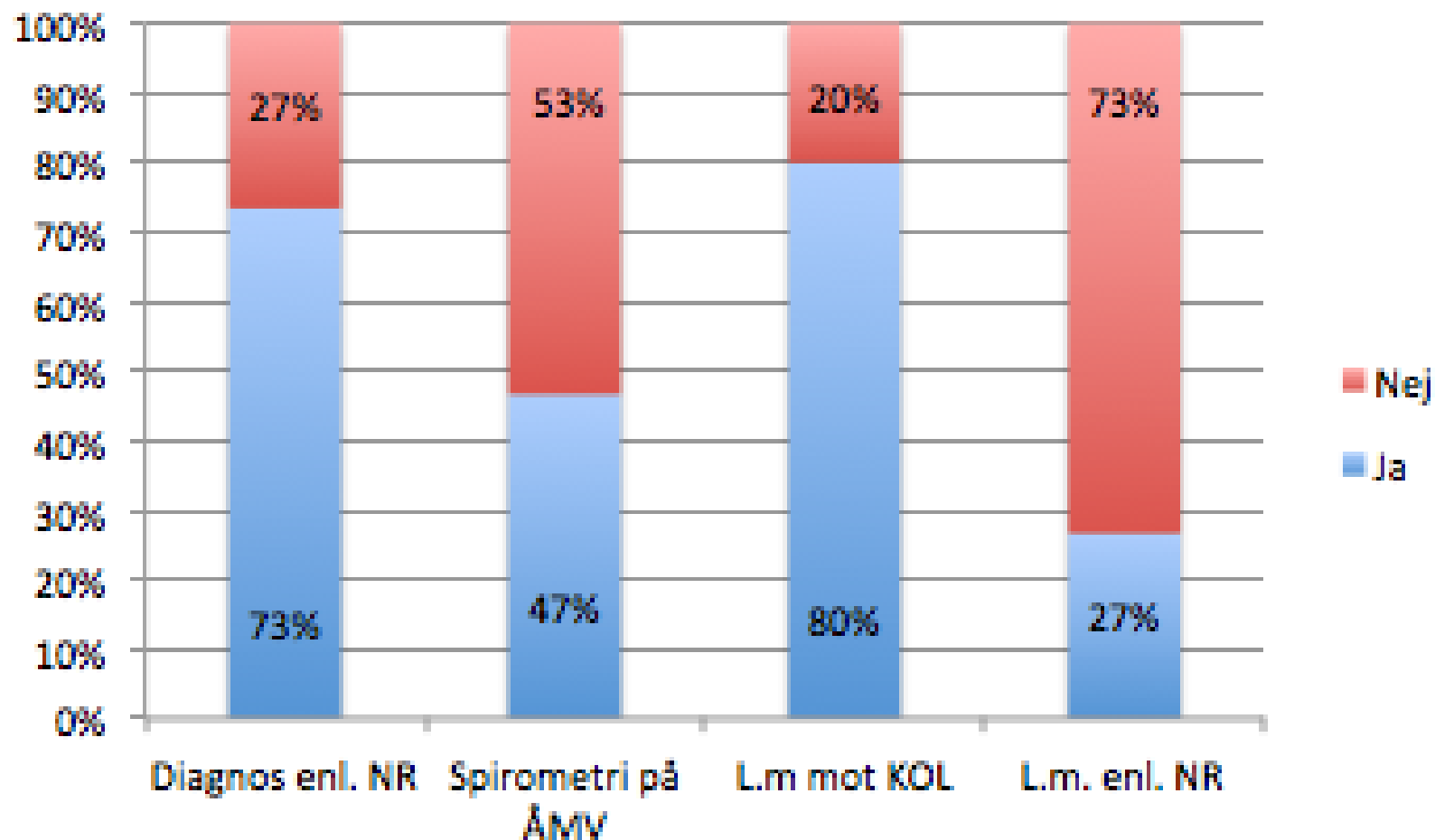


8 steg för värdeskapande vård

- *best practice* är en nyckelfaktor

1. Identifiera nyckeldiagnoser
2. Definiera vårdepisoder
- 3. Definiera *Best Practice***
4. Ta fram process- och utfallsmått för vårdepisoder för nyckeldiagnoser
- 5. Kontrollera följsamheten till *Best Practice***
6. Identifiera förbättringsmöjligheter
7. Inför *Best Practice*
8. Kontrollera senare följsamheten till nya rutiner

KOL - följsamhet till Best Practice



Sveriges totala vårdkostnader: 450 miljarder kr/år

Mycket är bra men det finns problem

Kvalitetsproblem

40% av vården är inte i samklang med bästa evidens

Vårdskador

9% av patienterna på sjukhus drabbas av vårdskada

Oförklarliga variationer

Vård som ofta varierar x2-3 ggr (ibland x25 ggr) i nationella kvalitetsregister

Dålig koordination

20% av äldre patienter blir återintagna inom 30 dagar

Ineffektiva processer

30% av resurserna är slöseri och förbättrar inte hälsan

Kostnadsökningar

Sjukvårdens andel av BNP är 11,9 % och stigande

*“The Opportunity to
Improve Value is
Staggering”*

Variationer i förlossningsvården

Om alla kliniker hade resultat som de 20 % bästa ...

- 2200 kejsarsnitt
- 900 perineala bristningar
- 1500 post-partum infektioner

... hade kunnat undvikas

Evidens- och rekommendationsgrad	A1 + A2	B1 + B2	C1	SVEUS variation (%)
Bristningar Grad 3 + 4	4	7	10	2.3 – 5.2
Blödning vaginal förlossning	5	5	12	4.2- 11.9
Blödning, Kejsarsnitt	4	4	4	6.3 – 19.1
Blodtransfusion, vaginal förlossning	1	2	15	1.0 – 3.8
Blodtransfusion, kejsarsnitt	1	2	15	2.6 – 10.5
Infektioner, vaginal förlossning	2	1	1	
Infektioner, kejsarsnitt	2	1		
Undvikande av sätesbjudning	2	6	2	
Instrumentell vaginal förlossning	7	6	5	

Blödning, vaginal förlossning;

- variation SVEUS 4.2 – 11.9 %

HÖG EVIDENS

- Profylaktisk användning av uterotonika (A1)
- Undvikande av uterusmassage (A1)
- Oxytocin 10 IU i.m. (A1)
- Vid ökad blödningsrisk: i.v. Tramexamin 0.5 – 1.0 g som tillägg till oxycytocin (A2)
- Kontrollerat navelstängsdrag (A2)

MEDELHÖG EVIDENS

- Simuleringsövningar med personal (B1)
- Guidelines för prevention och behandling (B2)
- Vid stor blödning: Uteruskompression, aortakompression, balongtamponad, kirurgi (B1)
- Riskfaktorer (de fyra "T") ska identifieras innan förlossning och ökad risk skall adresseras (C1 /B1)

Blödning, vaginal förlossning

LÅG EVIDENS

- Vid ökad blödningsrisk: ergometrin-oxyticin om avsaknad av hypertoni (C1)
- Vid stor blödning: ge blodgr 0, Rh-D negativt, K-negativt blod i avvaktan på blodspezifisk transfusion (C1)
- Vid höga erytrocyt-antikropps titrar tag kontakt med koagulationslab (C1)
- Vid fortsatt blödning och efter 4 enh erytrocytkoncentrat ges FFP 12 – 15 ml/kg (C1)
- Om protrombintid/aktiverat partiell tromboplastintid är mer än 1.5 ggr förhöjt behövs FFP doser högre än 15 ml/kg (C1)
- Kryoprecipierat fibrinogen skall ges vid ersättningsterapi (C1)
- Trombocytkoncentration lägre än $75 \times 10^9/L$ skall ersättas (C1)
- Plasma fibrinogen konc ska överstiga 2g/L under pågående blödning (C1)
- Volymsubstitution med kristalloida lösningar (C1)
- Överväg tidig, snarare än sen, hysterektomi vid placenta accreta eller uterusruptur (C1)
- Vid sekundärblödning: vaginal/endocervikal bakterieodling + ultraljud av uterus (C1)
- Alla fall av blödning > 1500 ml ska genomgå en formell incident genomlysning (C1)
- När farmakologiska försök att stoppa blödning inte räcker, överväg tidigt kirurgi (C1)
- Embolisering vid stor blödning (C2)
- Anti-chock strumpa vid stor blödning (C2)

*”Vad som inte kan mätas,
kan inte förbättras”*

- Paul Drucker

*”Det som har mätts,
blir inte automatiskt förbättrat”*

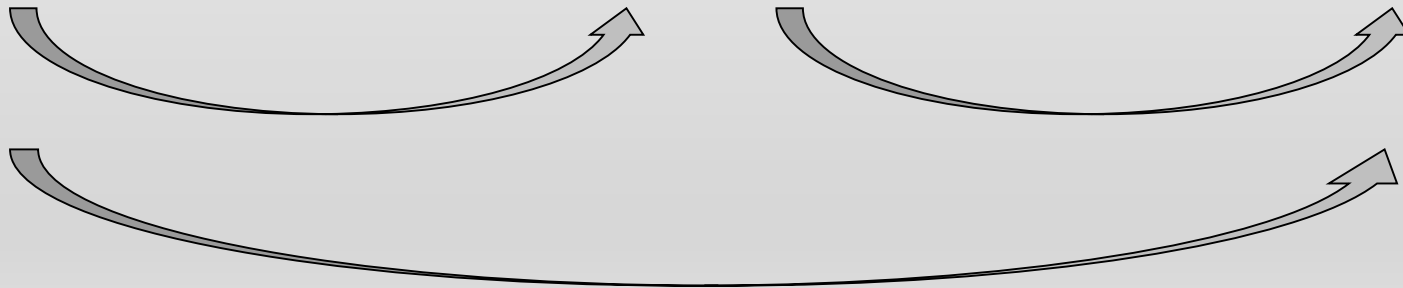
Structure



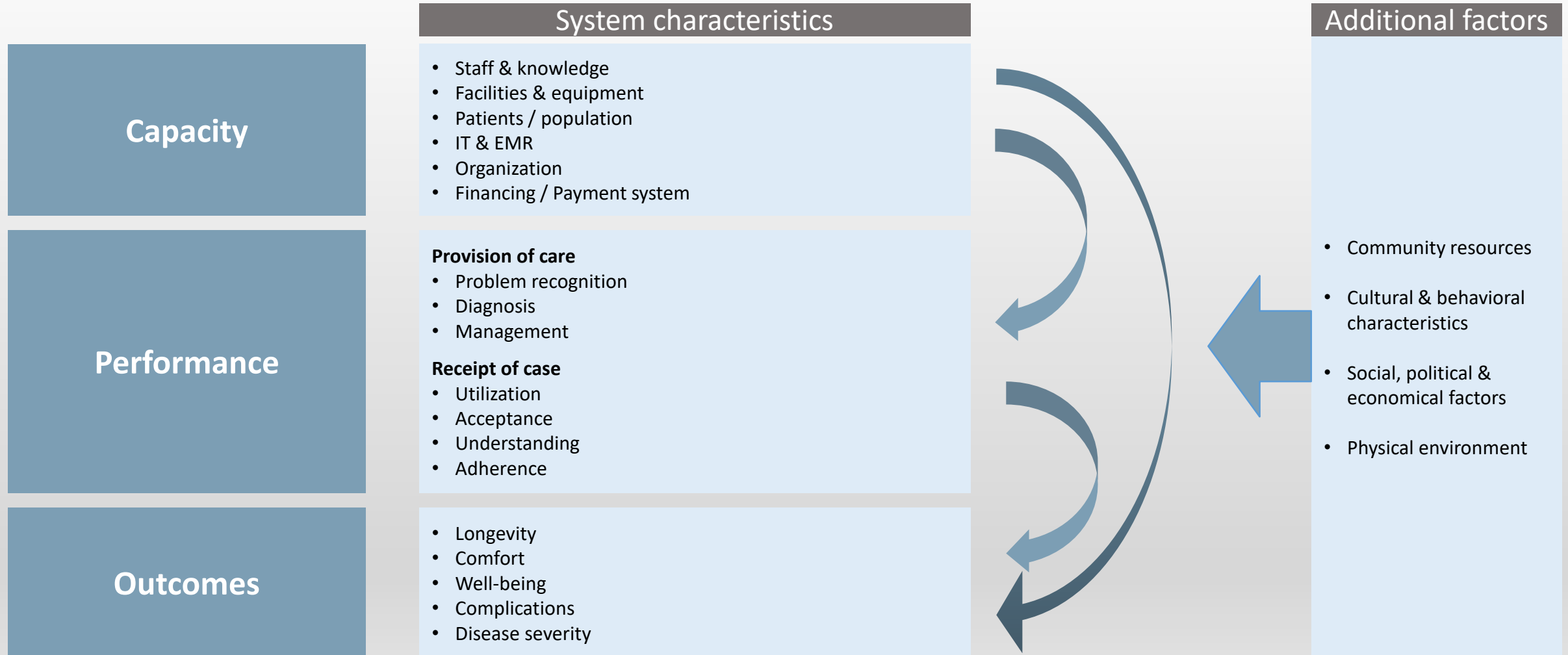
Process



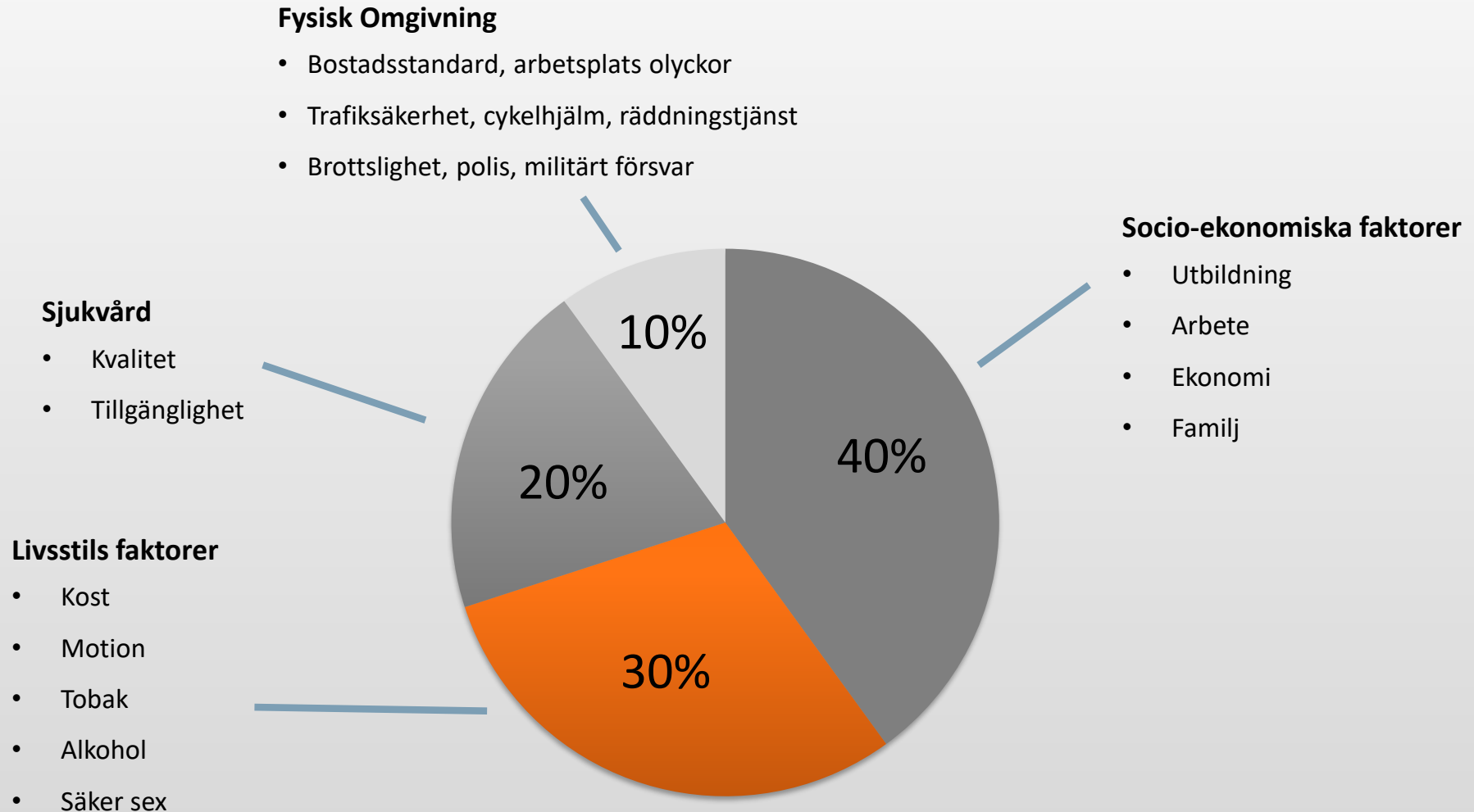
Outcomes



The Health Care System



Sjukvårdens bidrag till hälsan



VBM Care's Approach: Successful Hospital Management requires Operational Excellence in three verticals: Capacity, Performance and Outcomes



Varför är utfallsmått problematiska för att beskriva sjukvårdens resultat?



För- & nackdelar med process- och utfallsmått

Utfallsmått

- Ofta viktiga, t.ex. död
- Kräver risk-justering
- Påverkas av många andra faktorer än vårdens kvalitet
- Ej bra för feedback

Processmått

- Kräver ej risk-justering
- Enkelt att ta fram data; "30 journaler"
- Bra för feed-back
- Litet intresse för pat.

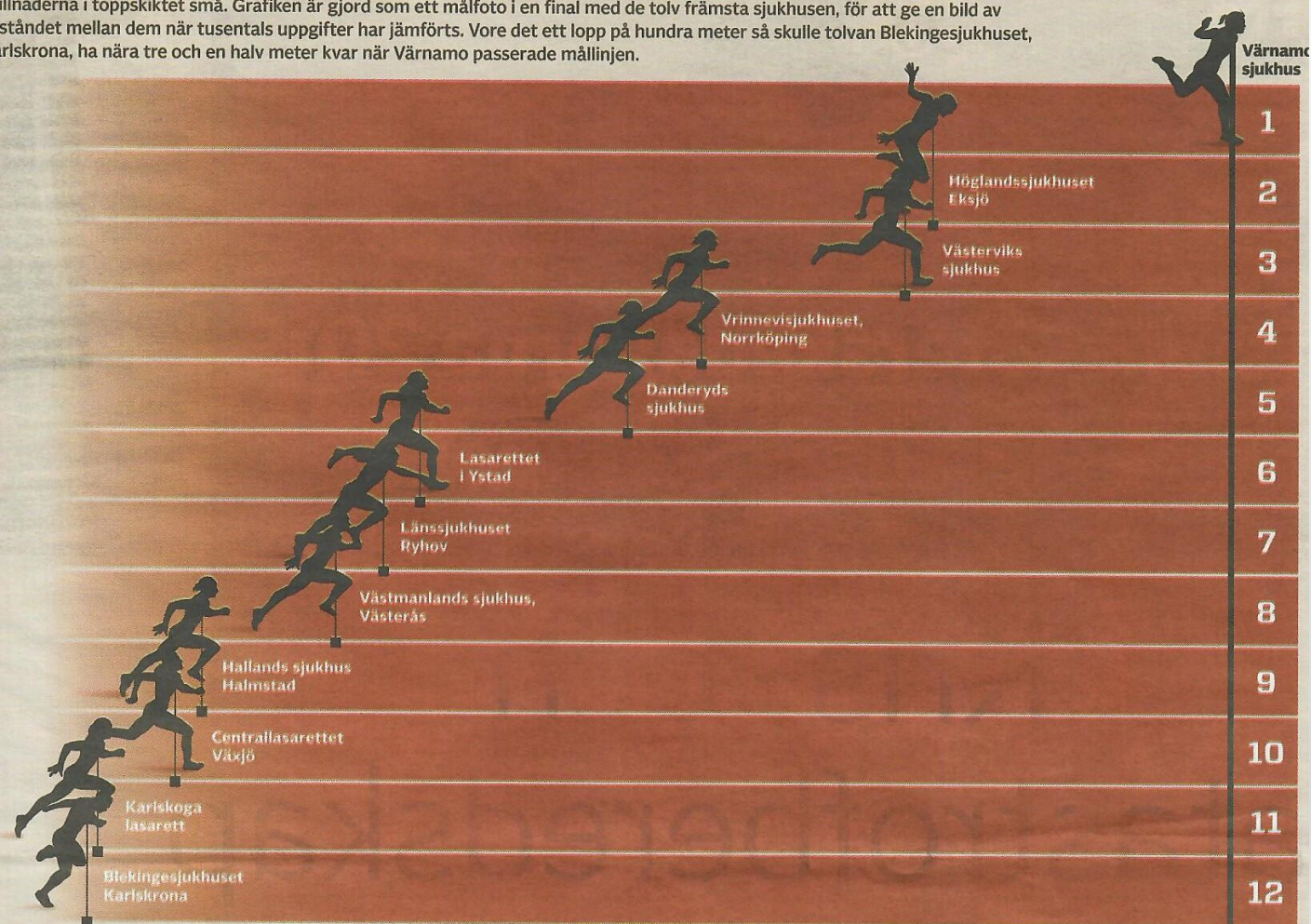
10 BÄSTA SJUKHUSET 2018 mellanstora sjukhus

www.dagensmedicin.se
DAGENS MEDICIN NR 1-4/19 ONSDAG 23 JANUARI

MELLANSTORA SJUKHUS

Värnamo vinnare i hård kamp mellan tolv i toppen

► Genom att vara bäst på tillgänglighet och med en topplacering i hygien vinner Värnamo för första gången i kategorin mellanstora sjukhus. Detta trots att medicinsk kvalitet väger överlägset tyngst i rankningen. Inom det området är nämligen skillnaderna i toppskiktet små. Grafiken är gjord som ett målfoto i en final med de tolv främsta sjukhusen, för att ge en bild av avståndet mellan dem när tusentals uppgifter har jämförts. Vore det ett lopp på hundra meter så skulle tolv Blekingesjukhuset, Karlskrona, ha nära tre och en halv meter kvar när Värnamo passerade mållinjen.



Research article

Open Access

What is the empirical evidence that hospitals with higher-risk adjusted mortality rates provide poorer quality care? A systematic review of the literature

David W Pitches, Mohammed A Mohammed and Richard J Lilford*

Results: From an initial yield of 6,456 papers, 36 studies met the inclusion criteria. Several of these studies considered more than one process-versus-risk-adjusted mortality relationship. In total we found 51 such relationships in a wide range of clinical conditions using a variety of methods. A positive correlation between better quality of care and risk-adjusted mortality was found in under half the relationships (26/51 51%) but the remainder showed no correlation (16/51 31%) or a paradoxical correlation (9/51 18%).

Conclusion: The general notion that hospitals with higher risk-adjusted mortality have poorer quality of care is neither consistent nor reliable.

Value-Based Medical Care

48-h Value Implementation Sprint

VBM Care
Sturegatan 15
114 36 Stockholm
Advisory@VBMCare.com
www.vbmcare.com
+46 (0)70 553 0883

VBM CARE
ADVISORS IN VALUE-BASED MEDICAL CARE

implementation of Best Practice can be more effective by focusing on Processes rather than Outcomes

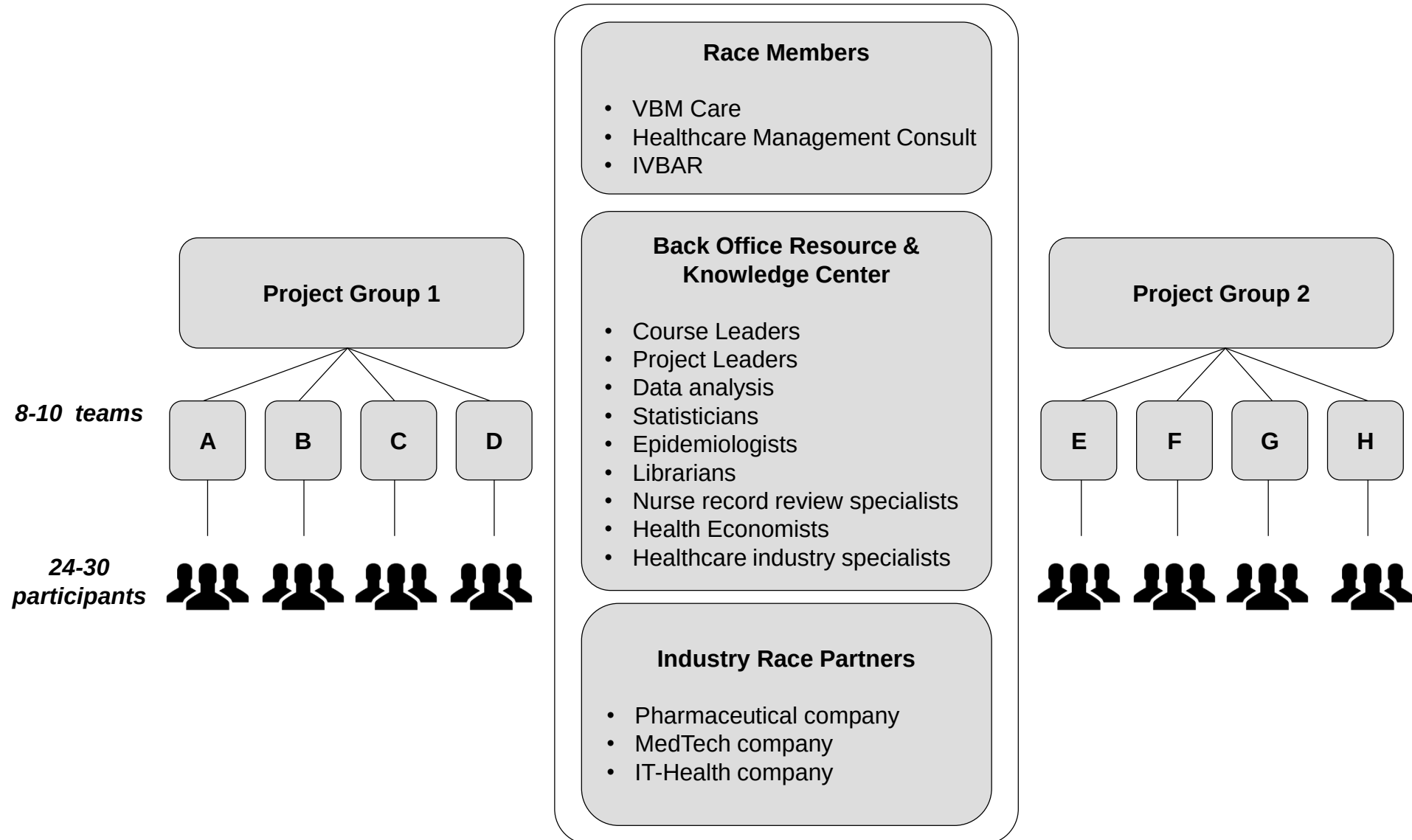
- Better quality with focus on Process Improvements compared to focus on Outcome Measures
- Long implementation processes lower staff's motivation.

*We propose a **"48-h Value Implementation Sprint"** process for key diagnoses/processes*

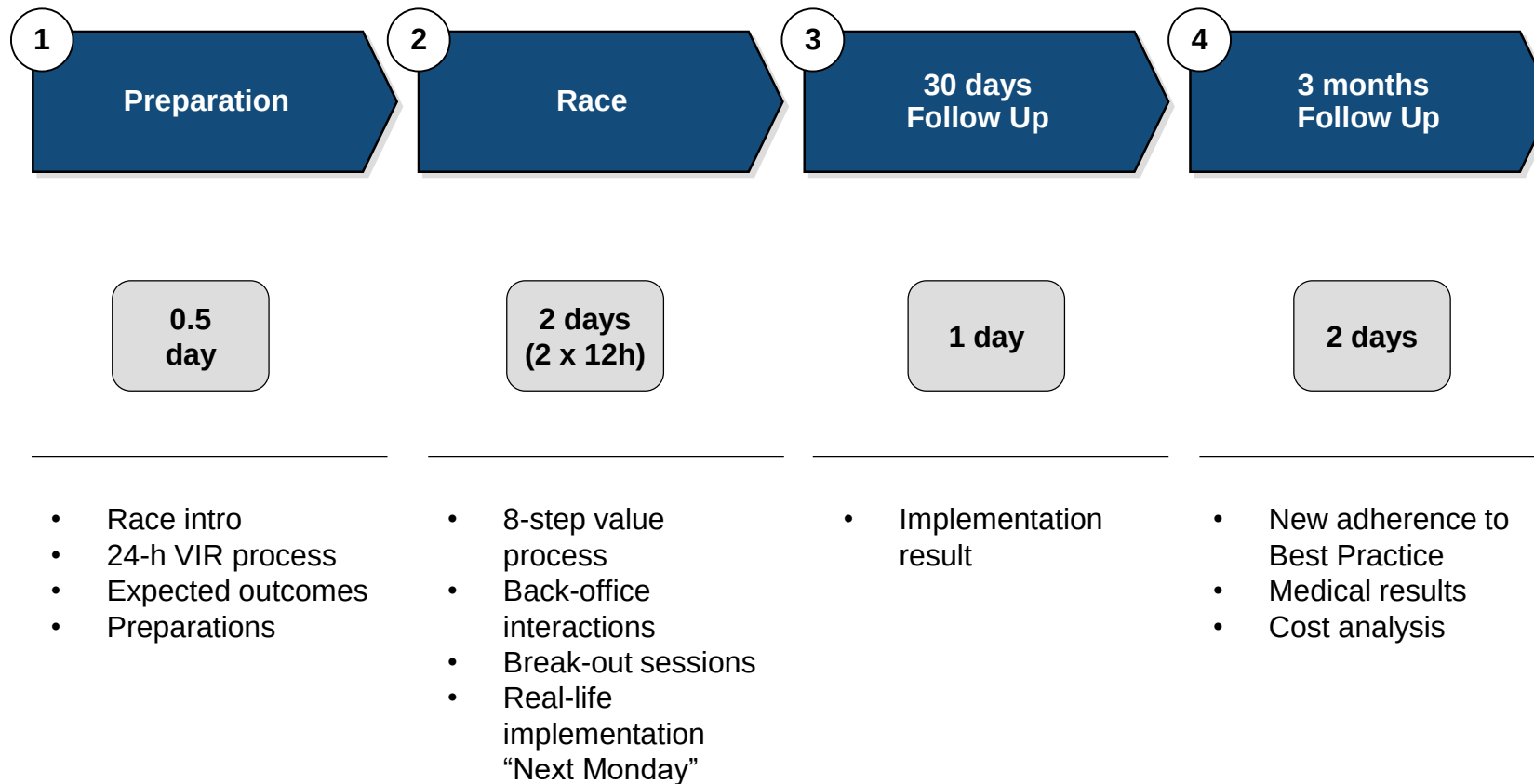
A process based on a fast Innovation Race Model:

<https://www.youtube.com/watch?v=p06mWMtmyjE&app=desktop>

We suggest a 48-h Value Implementation Sprint with 8-10 teams focus on one key diagnoses



48-h Value Implementation Sprint spans over 2 days with follow up sessions after 30 days and 3 months to ensure that improvements are realized



Project Goals and Deliverables

- Process Improvement in one selected diagnosis/process by use of a structured, fast model
- Use of a multi-dimensional, systems approach assisted by experienced healthcare professionals, healthcare management consultants, systems engineering specialists, data analytic specialists in co-operation with MedTech and Pharmaceutical Industry
- Support hospital teams with a structured process, implementation tools and skills needed for quality improvement (QI)
- Train doctors, nurses and hospital administrators for their independent, future QI
- Analyze and document post-course medical results and cost-effectiveness data

Appropriate Use Criteria (AUC)

- Kombinerar evidens-baserad medicin, klinisk erfarenhet och konsensus bland experter
- Ersätter inte kliniskt sunt förnuft
- När vården generellt inte harmonierar med AUC bör den granskas
- Bedömning av följsamhet, t.ex. av 30 konsekutiva fall/år

AUC

- poäng för en undersökning vid ett specifikt tillstånd

- 7-9 p: Lämplig/rimlig (*Appropriate*)
 - Undersökningen är rimlig och meningsfull
 - Betyder inte att den alltid ska utföras
- 4-6 p: Oklart om lämplig/rimlig (*Uncertain if appropriate*)
 - Undersökningen kan vara rimlig och vara meningsfull
 - Ersättningsbar
- 1-3 p: Olämplig/orimlig (*Inappropriate*)
 - Undersökningen är vanligen inte rimlig eller meningsfull
 - Betyder inte att den aldrig ska utföras men måste motiveras

By-pass kirurgi eller PCI?

	CABG		PCI
Two-vessel CAD with proximal LAD stenosis	A		A
Three-vessel CAD with low CAD burden (i.e., three focal stenosis, low SYNTAX score)	A		A
Three-vessel CAD with intermediate to high CAD burden (i.e., multiple diffuse lesions, presence of CTO, or high SYNTAX score)	A		U
Isolated left main stenosis	A		U
Left main stenosis and additional CAD with low CAD burden (i.e., one to two vessel additional involvement, low SYNTAX score)	A		U
Left main stenosis and additional CAD with intermediate to high CAD burden (i.e., three vessel involvement, presence of CTO, or high SYNTAX score)	A		I

Sammanfattning



1. Kvalitet i fokus ("STEEEP"): säker-, evidensbaserad-, verkningsfull-, patientcentrerad- & effektiv vård
2. Utfallsmått viktiga men oftast bara indikativa och ofta inte tillförlitliga
3. *Best practice* vägledande för hur processerna bedrivs
4. Mät och förbättra "adherence to best practice"
5. Tempo och snabbhet krävs i förbättringsprocesserna