

# INFORMED: Eftermiddagsmøde om forskningens plads i politikudviklingen i sundhedsvæsenet

VIVE, 10. november 2022

**VIVE**





# Program

- 13.00 Velkommen v. professor MSO Jane Greve, VIVE
- 13.15 Effekten af kliniske retningslinjer v. lektor Søren Rud Kristensen, Dansk Center for Sundhedsøkonomi, SDU
- 13.40 Effekten af specialeplanlægningen v. ph.d. Anna Kollerup Iversen (nu Medicinrådet)
- 14.05 Prioritering af ny medicin – fra Medicinråd til klinisk praksis v. seniorforsker Sarah Wadmann og seniorforsker Amalie Martinus Hauge, VIVE
- 14.30 Pause
- 15.00 Paneldebat om forskningens plads i udviklingen af sundhedsvæsenet. Hvad skal der til, hvis politikudvikling skal være drevet af evidens, og er det reelt noget, der efterspørges?
- 15.50 Afrunding v. afdelingschef, professor Mickael Bech, VIVE

Efterfølgende er der networking med bobler og en let anretning

# Kliniske Retningslinjer

Søren Rud Kristensen

Danish Centre for Health Economics (DaCHE)

Syddansk Universitet



**VIVE**

# Involverede forskere

- Jane Greve, VIVE
- Marie Jacobsen, VIVE (nu ÆldreSagen)
- Søren Rud Kristensen, Syddansk Universitet
- Tim Doran, University of York
- Nis Lydixen, VIVE & Syddansk Universitet (nu Socialstyrelsen)
- Matt Sutton, University of Manchester
- Caroline Westergaard, VIVE



**VIVE**



# Kliniske retningslinjer kort fortalt

*...[S]tatements that include recommendations intended to optimise patient care that are informed by a systematic review of evidence and an assessment of the benefits and harms of alternative care options”*

*(Institute of Medicine, 2011)*

Per definition er retningslinjer ikke obligatoriske anvisninger

- Til at vælge behandling
- Til at fravælge/begrænse behandling

Dog stærke incitamenter til at følge dem (se fx Manski 2017)

- Som værn mod erstatningssager
- For at kunne retfærdiggøre beslutninger overfor kolleger



# 3 Spørgsmål

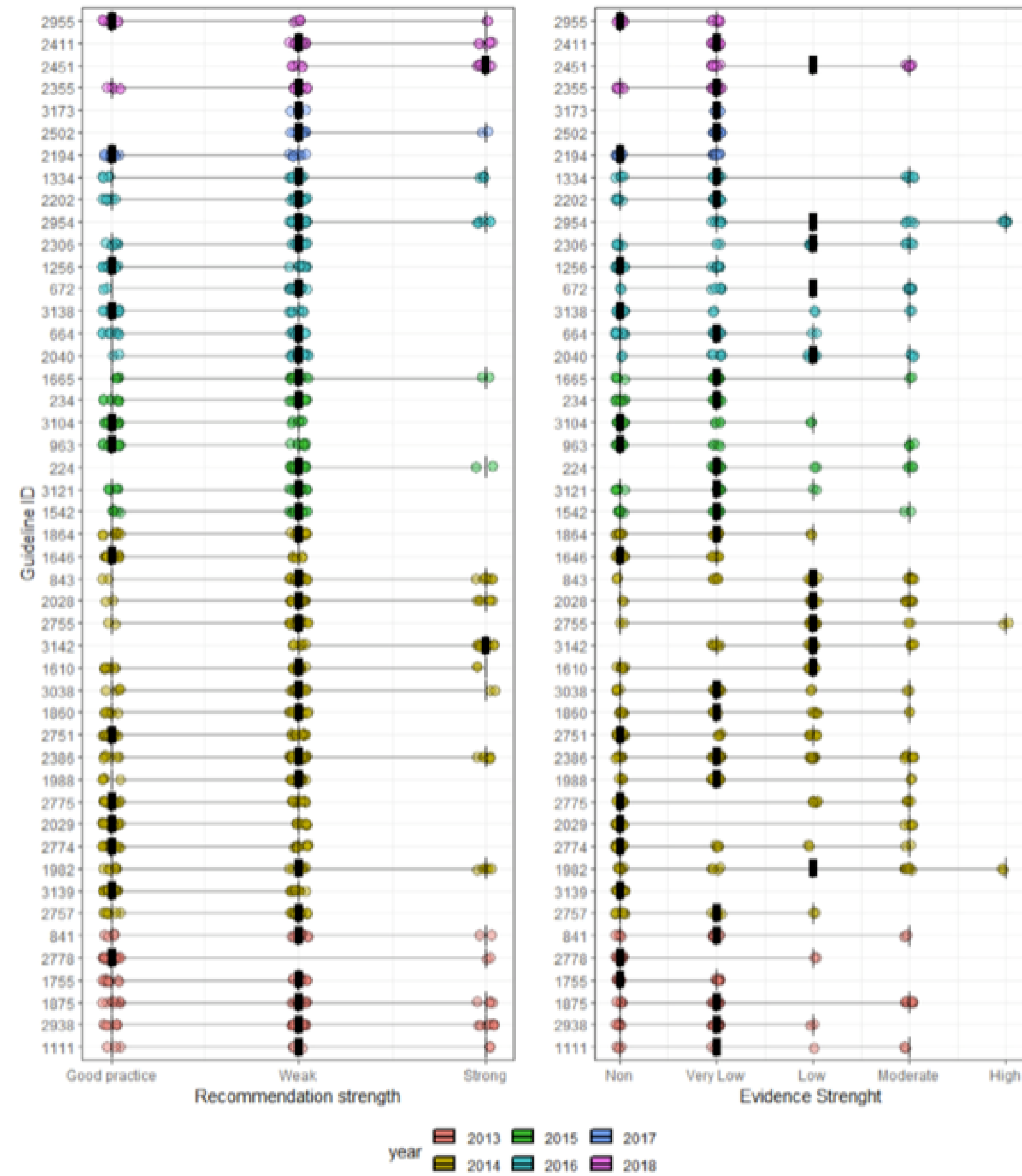
- ▼ Hvad var resultatet af investering i Nationale Kliniske Retningslinjer?
  - Deskriptiv analyse af proces og resultat af det nationale program (ej effekt)
- ▼ Påvirker kliniske retningslinjer forskellige aktører forskelligt?
  - Case studie af retningslinjer for behandling af alkoholafhængighed
- ▼ Hvordan påvirker retningslinjer lighed i adgang?
  - Case studie af retningslinjer for forsterkdiagnostik





# De Nationale Kliniske Retningslinjer

- DKK 80m skulle reducere variation i klinisk praksis med 47 nye nationale kliniske retningslinjer fra 2012-2017
- Effekten af investering på praksis er tvivlsom:
  - Lav evidensstyrke medførte mange svage anbefalinger i overensstemmelse med den valgte GRADE metode, hvor der var klinisk uklarhed
  - Ingen central samlet overvågning/evaluering af ændring i behandlingspraksis
  - Ingen hensyn til omkostningseffektivitet

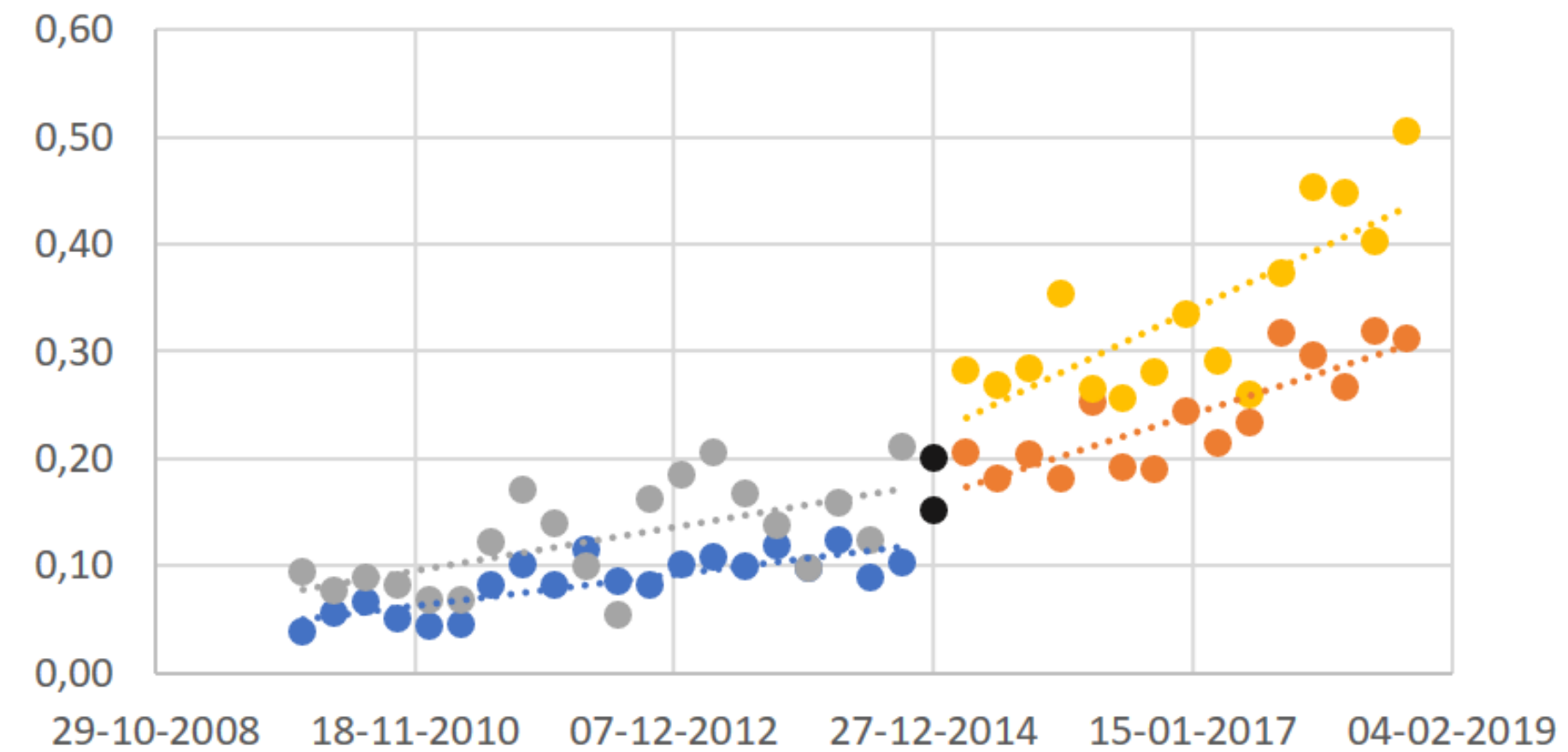




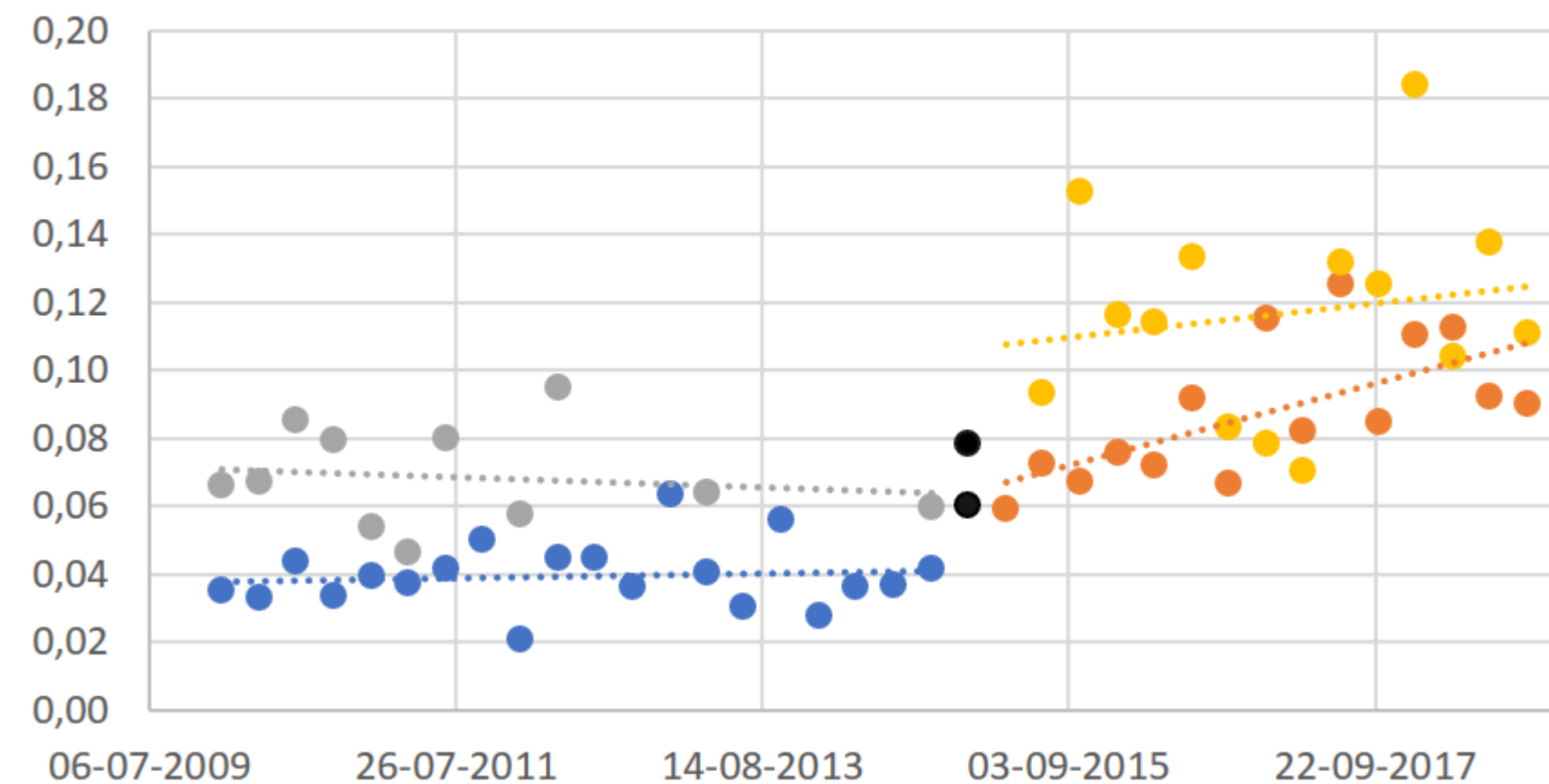
# Retningslinjer for behandling af alkoholafhængighed

- Nye retningslinjer skulle "højne og ensrette kvaliteten af alkoholbehandling i Danmark"
- Anbefalinger om både terapeutisk og farmakologisk behandling – vi fokuserer på sidstnævnte
- Læger og alkoholcentre ændrer (udskrivelses) adfærd, men lille eller ingen effekt på borgeren på kort sigt
  - Stigning i brug af nyere lægemidler på omkring 10 procentpoint i både AP og centre blandt medicinsk behandlede
  - Størst effekt for højtuddannede (3-5pp forskel) ifht kortuddannede
  - Lille positiv effekt på selvforsørgelse for kortuddannede, men ingen effekt på forbrug af sundhedsydelse eller dødelighed

Brug af evidensbaseret behandling i AP – høj og lav udd.



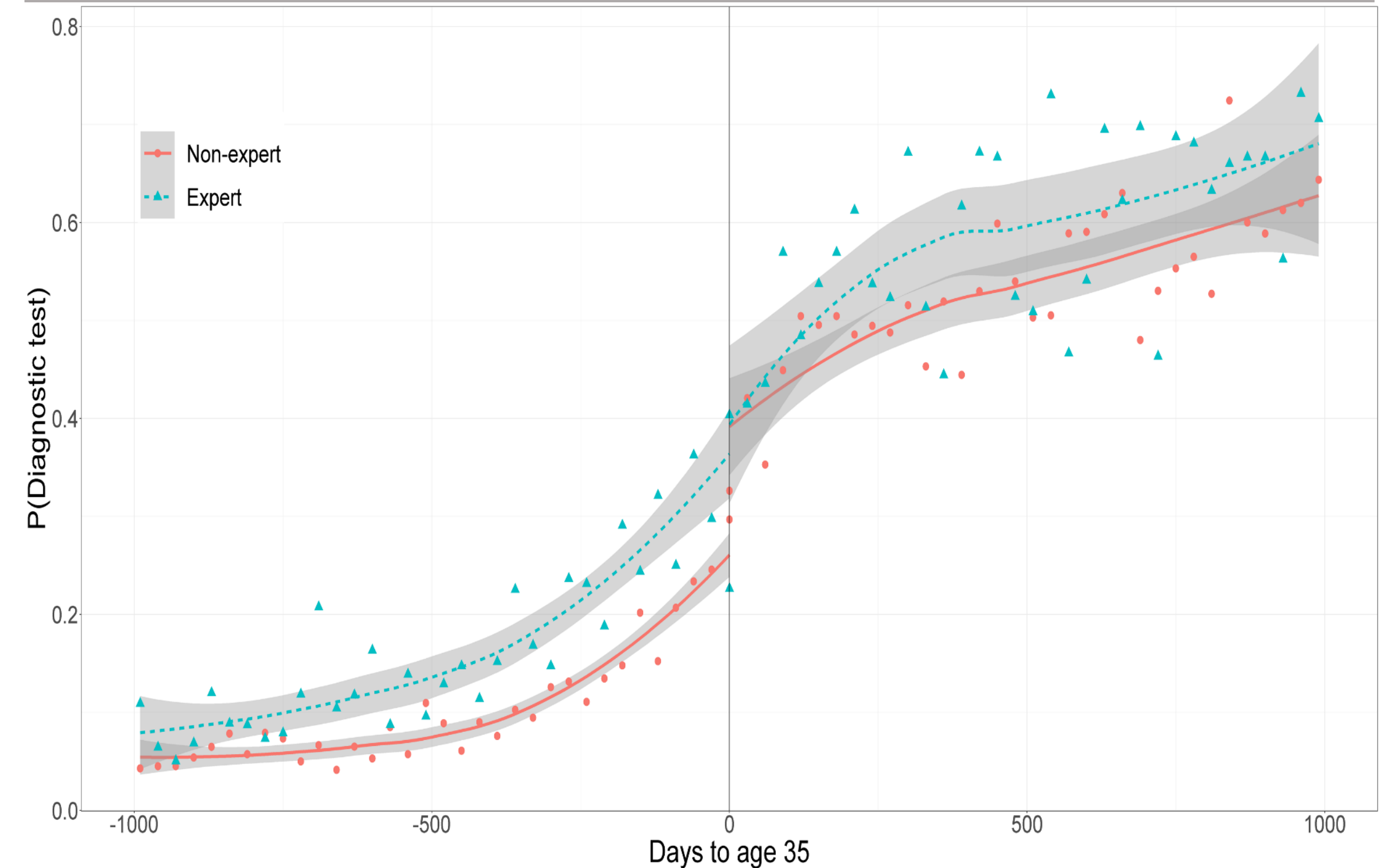
Brug af evidensbaseret behandling på centre – høj og lav udd.





# Retningslinjer for fosterdiagnostik

- Retningslinjer rationerer adgangen til dyr fosterdiagnostik
- En aldersbaseret retningslinje blev ikke overholdt af mødre med en sundhedsfaglig uddannelse, som havde 10 procentpoints større ssh for at få foretaget fostervandsprøver end mødre uden en sundhedsfaglig uddannelse under aldersgrænse (imod retningslinje)
- Med de nye retningslinjer i 2018 er der ikke længere forskel i brug af fosterdiagnostik mellem forskellige grupper
  - Indførelse af mere præcise test
  - Ændret beslutningsproces





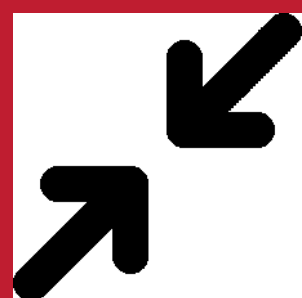
# Konklusioner



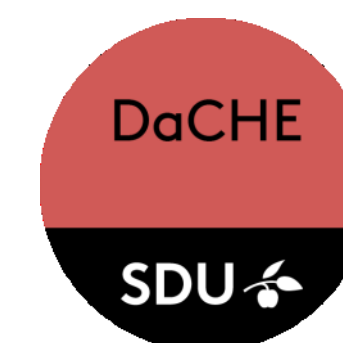
Vigtigt at overveje om omkostninger til udvikling og implementering af nye retningslinjer står mål med de mulige gevinster og at sikre let mulighed for opfølgning



Implementering af nye retningslinjer ændrer behandleres udskrivningsadfærd på alkoholområdet  
Både i almen praksis og på centre  
Tendens til, at borgere med længere uddannelse i højere grad får den behandling, som de kliniske retningslinjer foreskriver



Designet af retningslinjer kan have betydning for retningslinjernes effektivitet og potentiale for at reducere ulighed i adgang til sundhedsydelser



VIVE



# Effekter af specialeplanlægning

INFORMED: Eftermiddagsmøde om  
forskningens plads i politikudviklingen i  
sundhedsvæsenet

Anna Kollerup Iversen

Torsdag den 10. november 2022

**VIVE**





# Effekter af specialeplanlægning

- **Vi ser på effekter af specialisering og hvad der har drevet udgifterne siden specialiseringen tog fart**
- Udgangspunktet for specialeplanlægning stammer fra forskning formuleret første gang i 1957
  - Korrelationer mellem store, specialiserede sygehusafdelinger og kvalitet i behandlingen (Luft et al. 1979; Halm et al. 2002; Birkmeyer et al. 2002; Chowdhury et al. 2007)
  - Dannede grundlag for princippet ”øvelse gør mester” - Jo mere erfaring, jo større sandsynlighed for høj kvalitet i behandlingen
    - Både den enkelte læge, afdeling og behandlingsteams
- Forskningen dannede gennem 00'erne baggrund for specialisering i det danske sygehusvæsen
  - Mindre sygehuse er blevet lukket, og behandlingen er samlet til større og færre sygehuse
  - Store investeringer har fulgt med: I 2007 blev 2,5 pct. af sundhedsbudgettet over en tiårig periode afsat til omlægninger af det specialiserede sygehusvæsen

# Forskningsartikler i denne arbejdsmappe

## ➤ Effekterne af specialisering analyseres gennem to case studier

## ➤ Hvad er effekten af at halvere antallet af brystkræftafdelinger over en tiårig periode?

➤ Kollerup, A. (2022): Worth the trip? The effect of hospital clinic closures for patients undergoing scheduled surgery. *Social Science and Medicine*

## ➤ Sikrer specialisering og kliniske retningslinjer ensartet behandling af våd AMD?

➤ Kollerup, A., Wadmann, S., Bek, T. og Kjellberg J. (2022): National clinical guidelines and treatment centralization do not guarantee consistency in healthcare delivery. A mixed-methods study of wet age-related macular degeneration treatment in Denmark. *Health Policy*

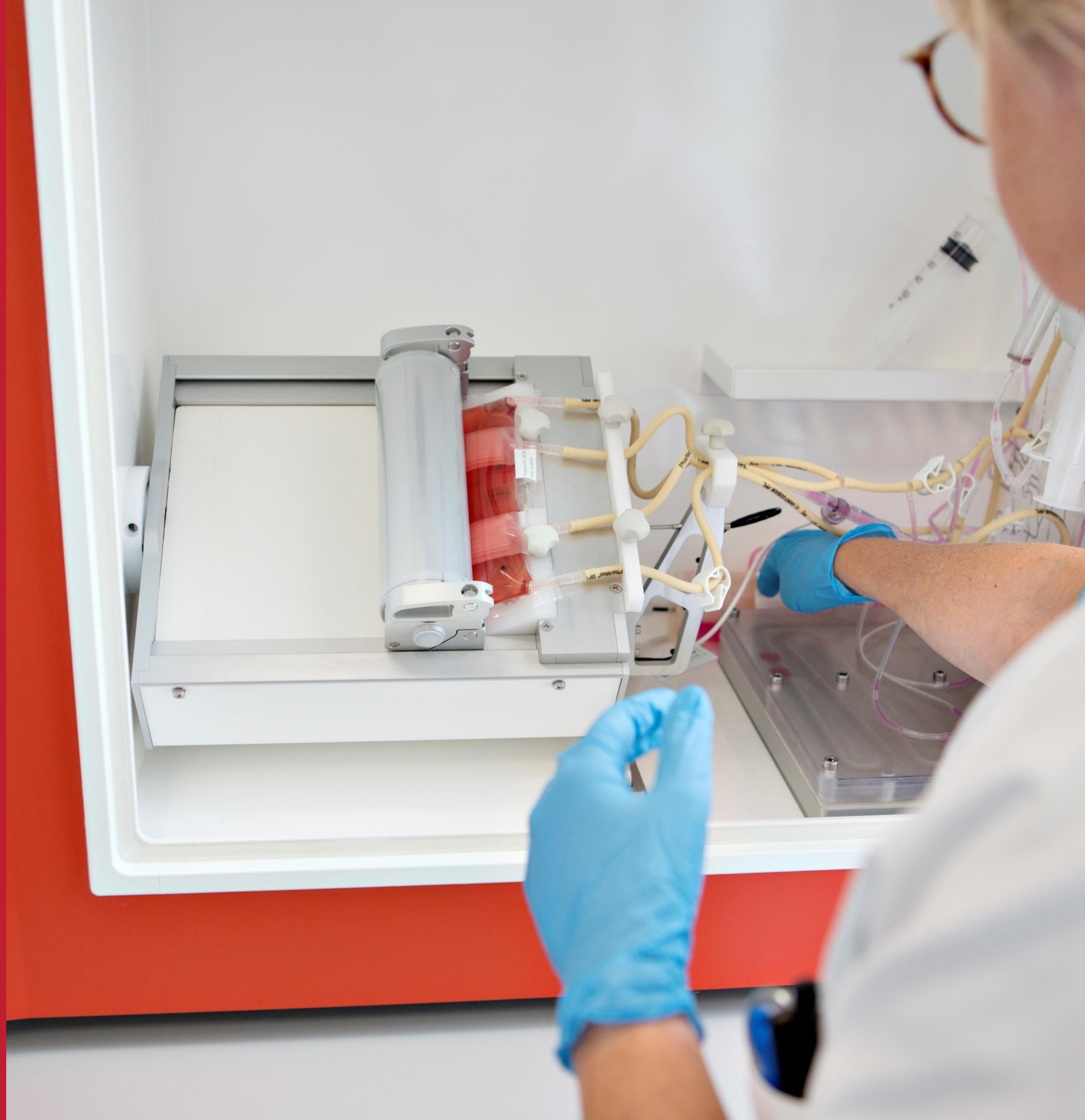
## ➤ Udgifterne siden specialiseringen tog fart

## ➤ Statiske og dynamiske analyser af den aldersfordelte udgiftskurve

➤ Kollerup, A., Ibsen, R. og Kjellberg J (2021): Ageing and health care expenditures: The importance of age per se, steepening of the individual-level expenditure curve and the role of morbidity. *European Journal of Health Economics*



# Specialisering i behandlingen af brystkræft



# Specialisering i behandlingen af brystkræft

## ➤ Spørgsmål

- Hvad er effekten af at halvere antallet af afdelinger, der udfører brystkræftoperationer, fra 2000 til 2011? Følger patienter bosat i 29 lukningsramte kommuner.

## ➤ Afsæt i to grene af litteraturen

- Hvad er effekterne af specialisering for patienter, der bor i lukningsramte områder?
  - Patienters rejsetid til akut behandling har en negativ effekt på overlevelsessandsynligheden (Avdic 2016; Bertoli and Grembi 2017; Buchmueller et al. 2006; Carroll 2019)
  - Begrænset forskning i ikke-akut behandling
- Er der et afkast til størrelsen?
  - Driver størrelsen kvaliteten? Mulighed for skala og scope effekter på tilbageværende afdelinger (Se f.eks. Avdic et al. 2019; Gaynor et al. 2004)
  - Driver kvaliteten størrelsen? Måske, men begrænset evidens fra universale sundhedssystemer



# Specialisering i behandlingen af brystkræft

## Data

### ▣ Lukningsramte afdelinger

- ▣ Historiske sygehusafdelingsklassifikationer
- ▣ Sundhedsvæsenets organisationsregister
- ▣ Det danske adresseregister

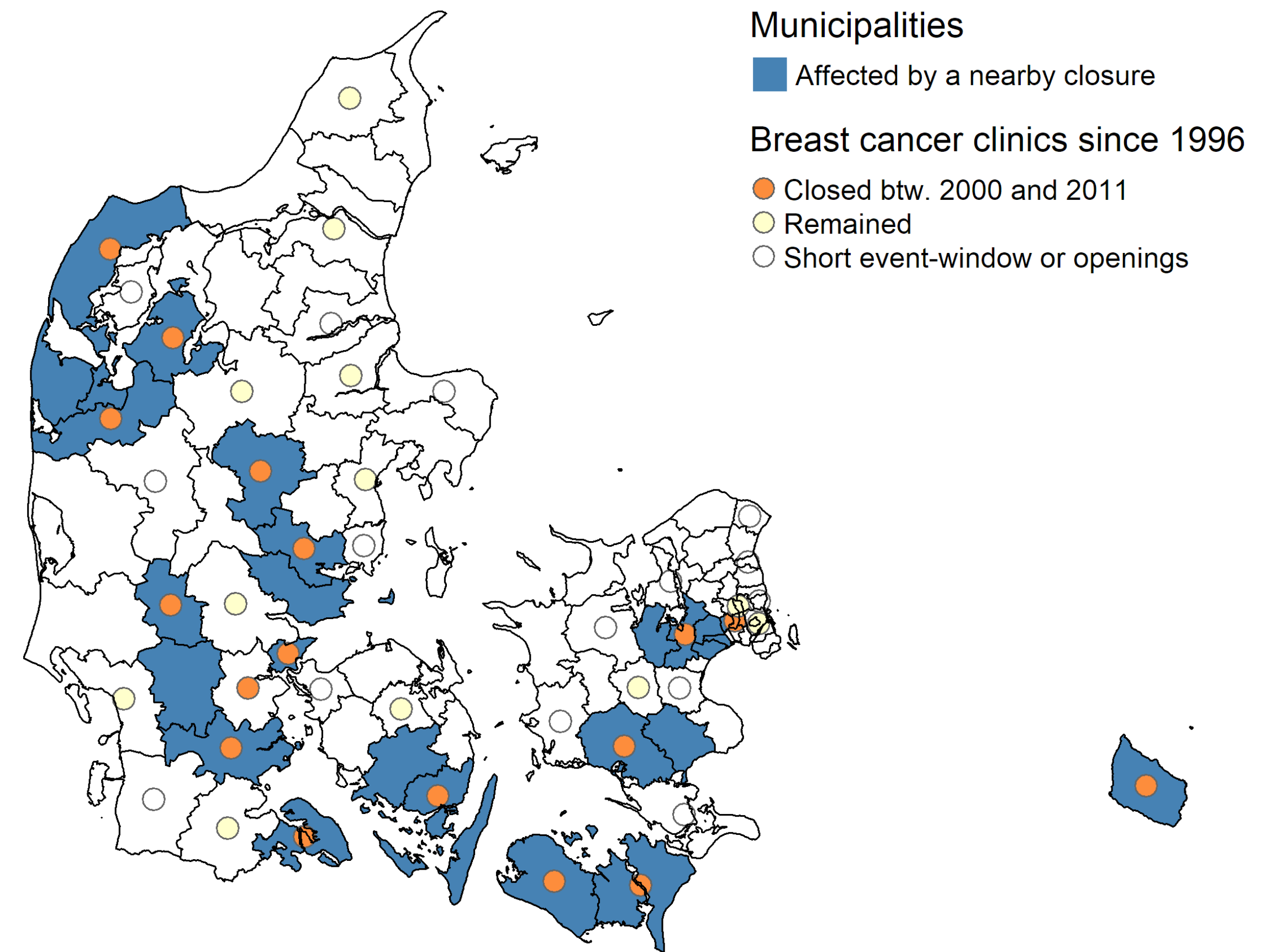
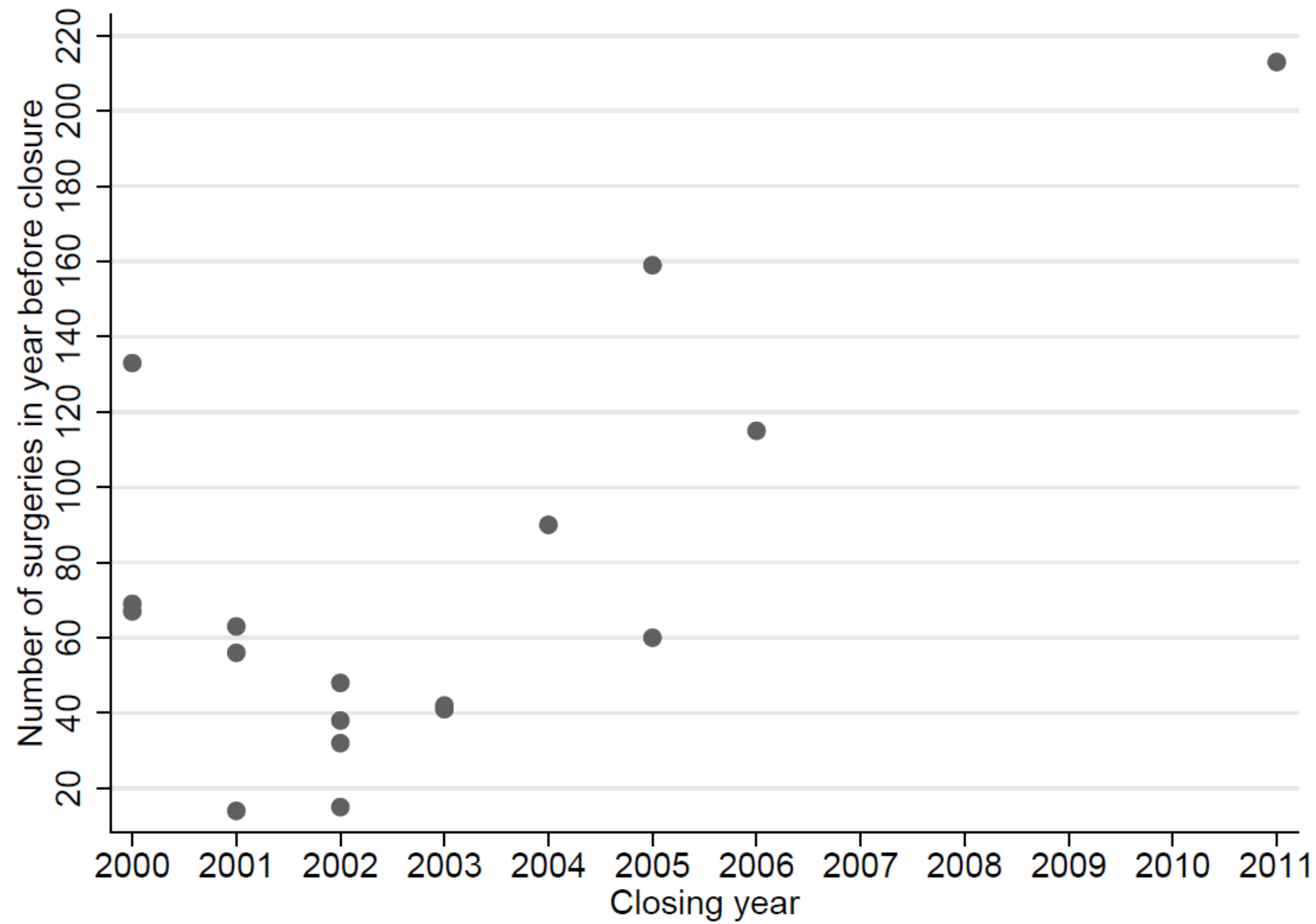
### ▣ Patienter

- ▣ Registerdata på procedurer, diagnoser, brug af receptpligtig medicin, demografi, socioøkonomi

## Metode

- 1) Identificerer sygehusafdelinger, der er stoppet med at udføre brystkræftoperationer mellem 2000 og 2011
- 2) Identificerer de kommuner, hvor den nærmeste afdeling lukker (baseret på rejsetid)
- 3) Identificerer i de lukningsramte kommuner alle patienter, der mellem 1996 og 2014 gennemgår en brystkræftoperation
- 4) Følger patienterne i event-studier, hvor effekter estimeres relativt til året før lukning. I parametriske event-studier tages der højde for den underliggende tidsudvikling uden centralisering

# Specialisering i behandlingen af brystkræft





# Specialisering i behandlingen af brystkræft

## Resultater

- Andelen af brystbevarende operationer er steget, og indlæggelsestiden er faldet som følge af centralisering
- Ingen målbare effekter på reoperationer, ambulans behandling, dødelighed, brug af opioder

## Mekanismer

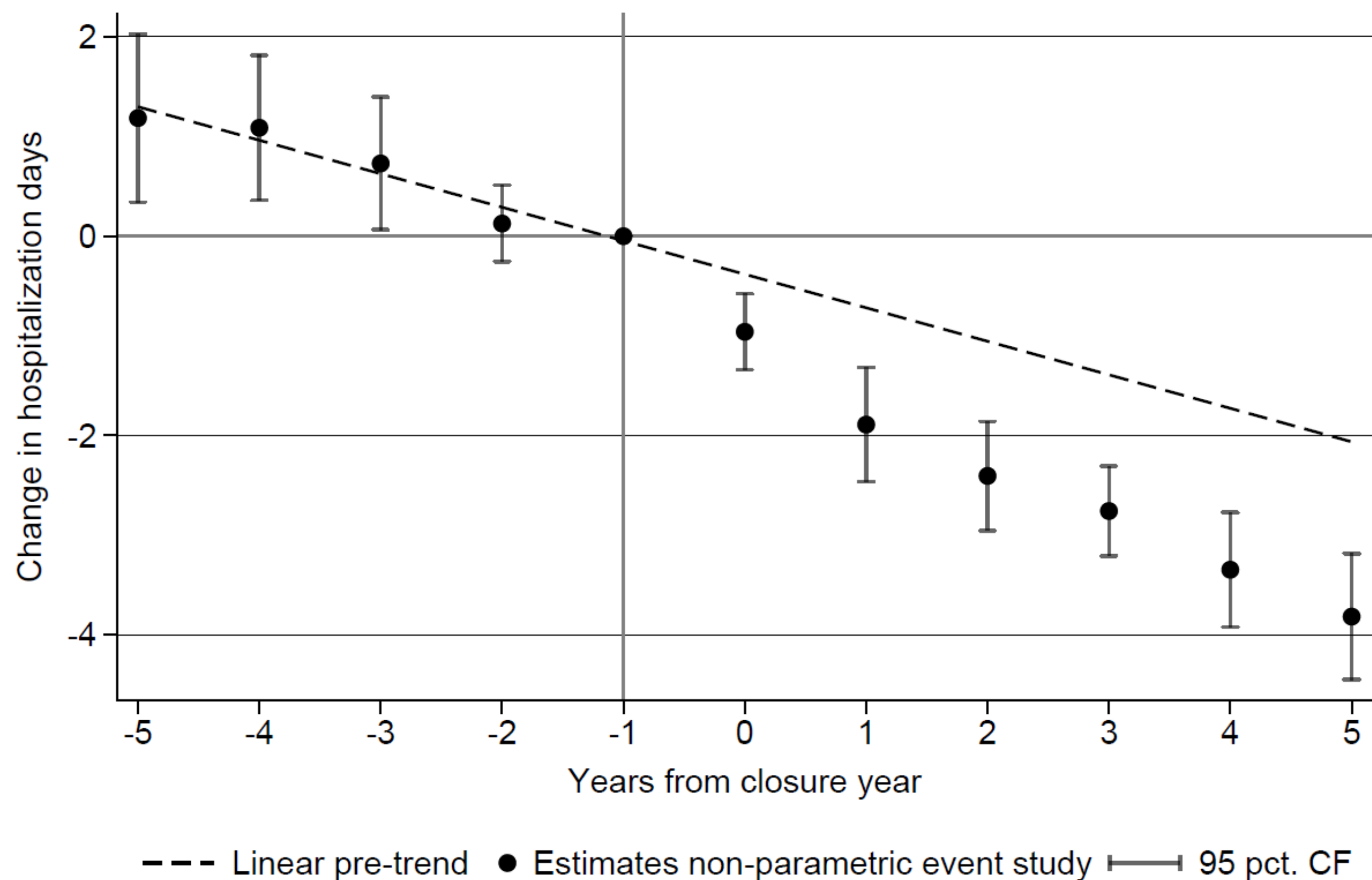
- Afdelinger, der har udført få brystbevarende operationer, er lukket
- Ingen evidens for, at kvaliteten på de tilbageværende afdelinger er steget yderligere som følge af øget volumen

## Konklusioner

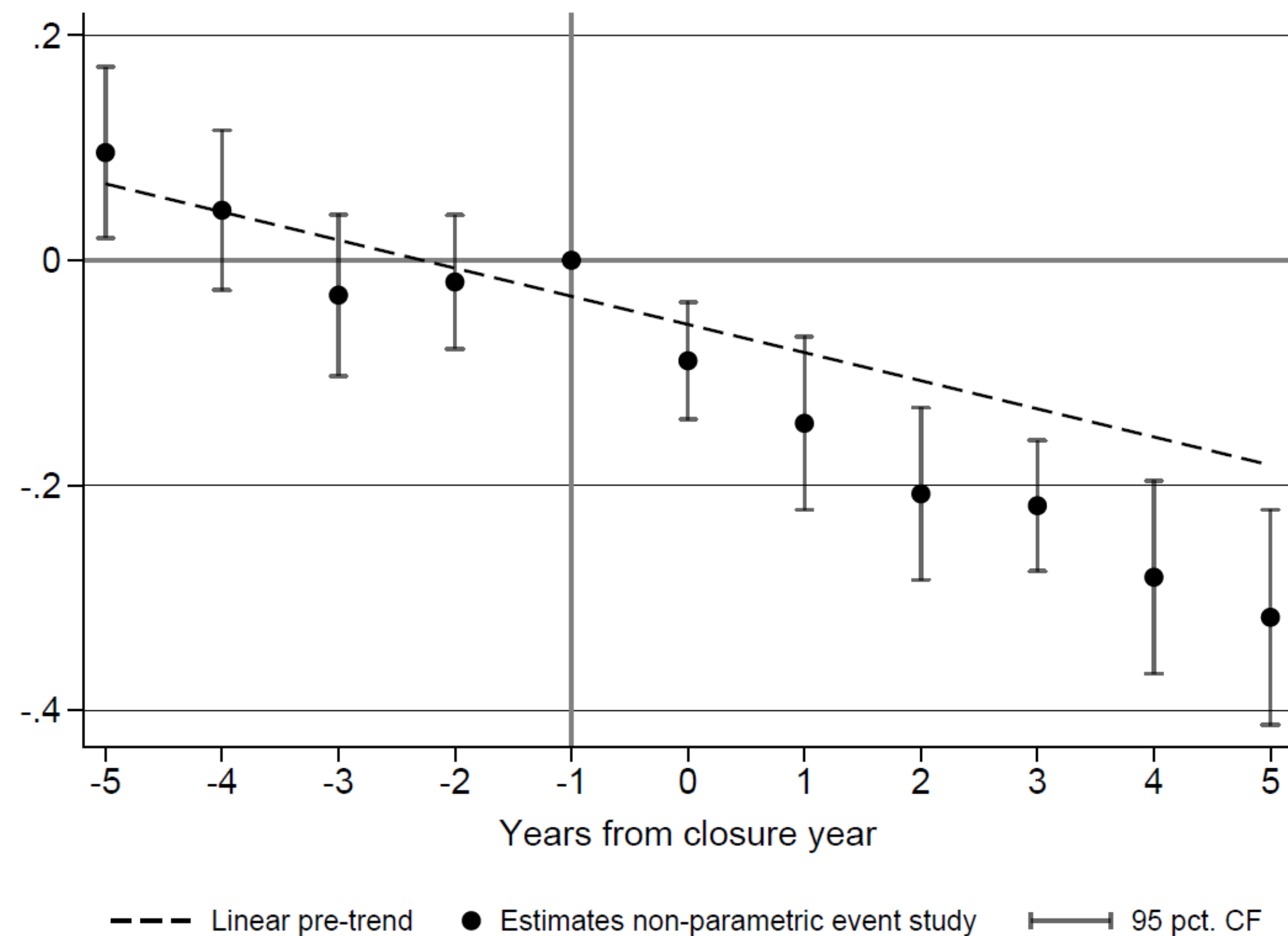
- Centralisering kan være et effektivt instrument, hvis de rigtige afdelinger lukkes
- Vi bør ikke lukke afdelinger på baggrund af størrelse, men på baggrund af lav kvalitet



# Specialisering i behandlingen af brystkræft



Et fald i antallet af indlæggelsesdage på 1,2 dage (ned fra 5 dage)



Et fald i antallet af mastektomier på ca. 10 pct. point (ned fra 65 pct.)



# Specialisering i behandlingen af våd AMD





# Specialisering i behandlingen af våd AMD

## Spørgsmål

- Sikrer specialisering og kliniske retningslinjer ensartet behandling af våd AMD?

## Case

- Introduktion af anti-VEGF terapi til behandling af våd AMD. Introduceres med specialisering og kliniske retningslinjer i 2007.

## Metode: Mixed-Method studie

- Kvantitativ casemix-justering af regionale behandlings- og effektforskelle på tværs af tre danske regioner over perioden 2007-2015
- Kvalitativ afdækning (interviews of dokumentgennemgang) af årsager til forskellene

# Specialisering i behandlingen af våd AMD

## Resultater

- Store behandlings,- omkostnings- og effektforskelle på tværs af tre danske regioner
- Store udfordringer med kapacitetsbegrænsninger og personalemangel
- 3 kendetræk ved regionen, der opnår bedste behandlingsresultater
  - Tidlig og vedvarende udbygning af kapaciteten
  - Tidlig og øget uddelegering af opgaver fra speciallæger til specialuddannede sygeplejersker
  - Samle diagnostik og behandlingsopstart i ét besøg

## Konklusioner

- Specialisering og kliniske retningslinjer sikrer ikke ensartet behandling på tværs af landet hvis der er store kapacitetsbegrænsninger
- Parathed er essentielt, hvis en stor patientgruppe "står og venter" på en ny behandling



**Hvad driver  
sundhedsydelse  
i  
denne periode?**

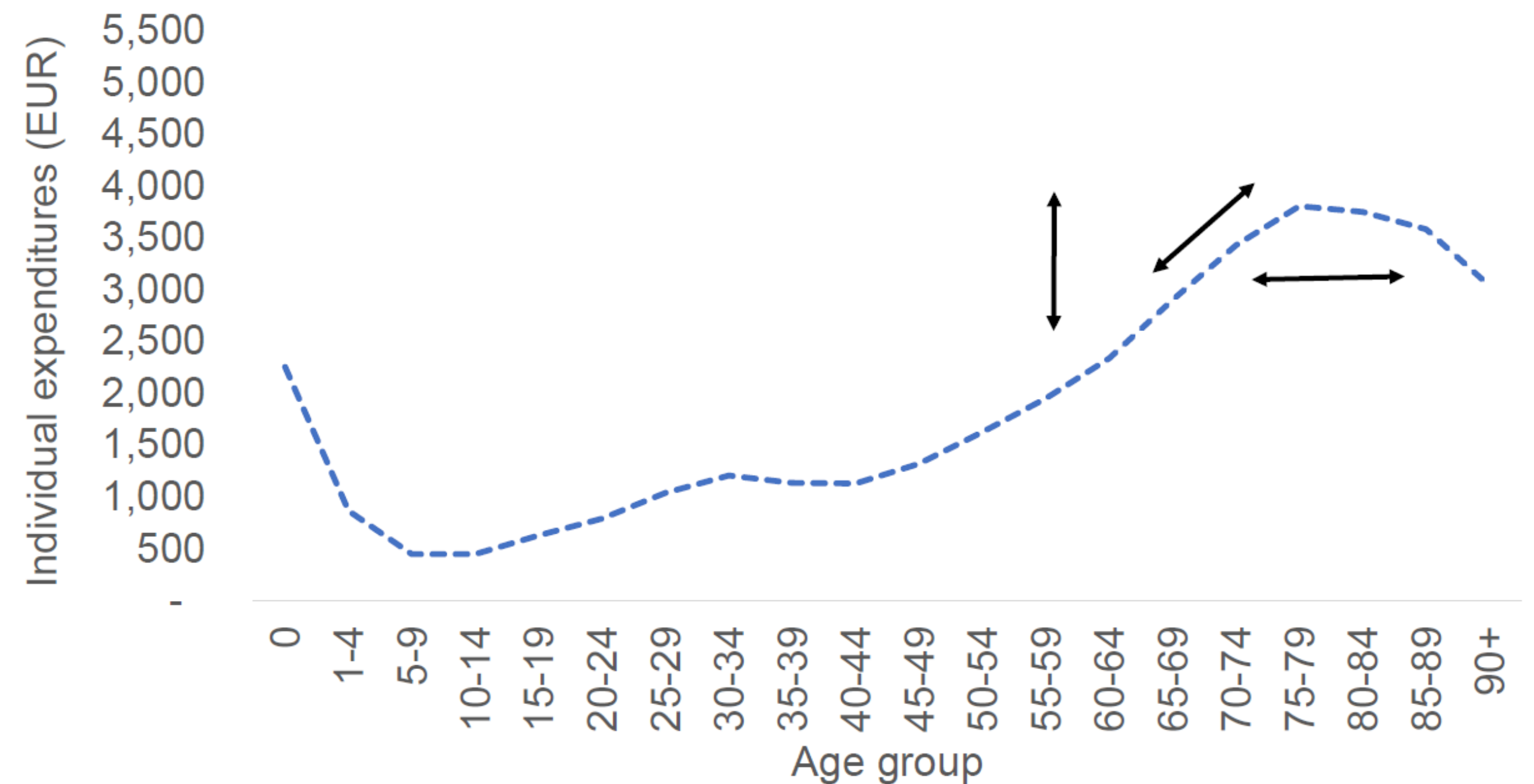




# Hvad driver sundhedsudgifterne i denne specialiseringsperiode?

## To hypoteser i litteraturen

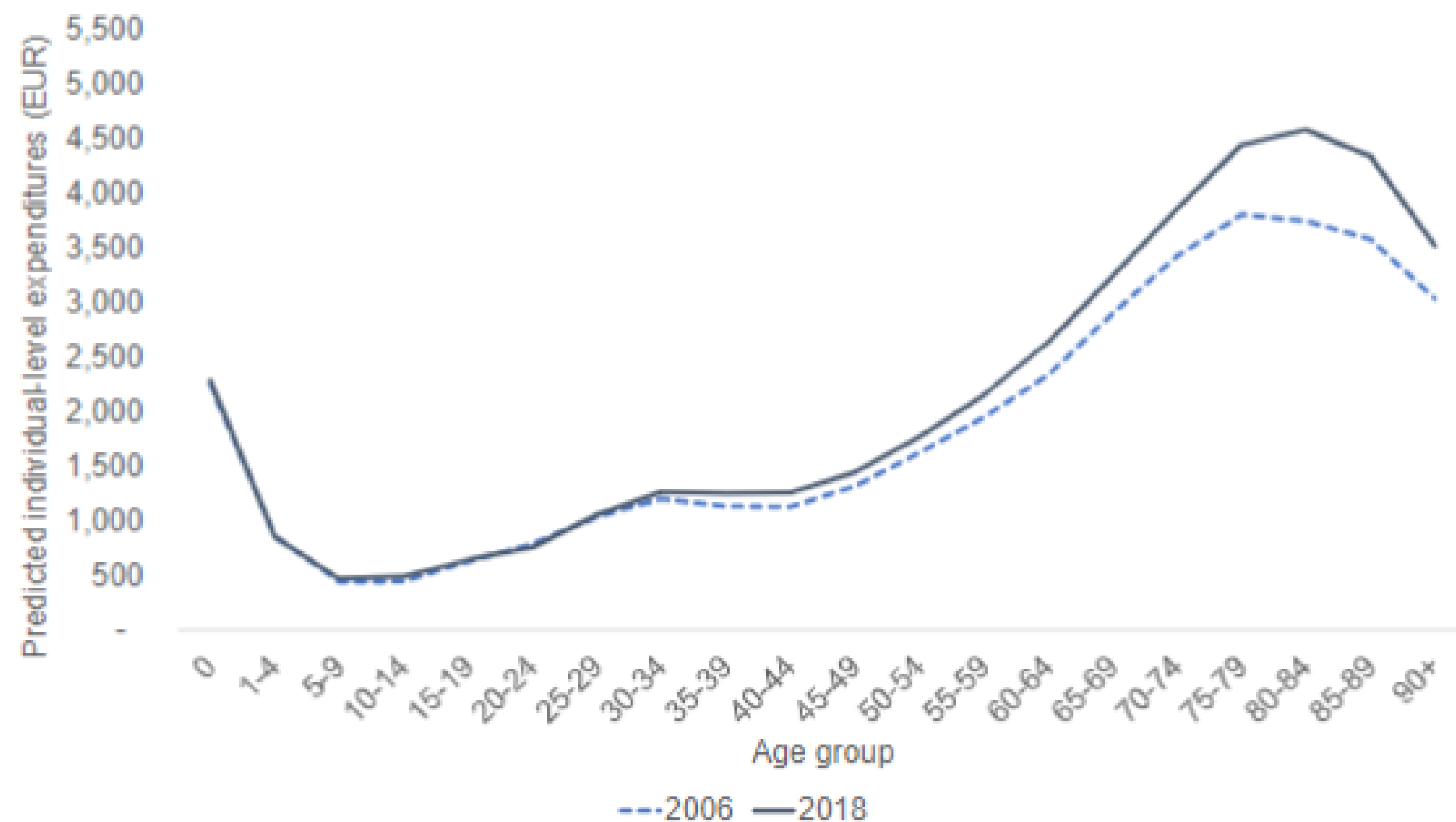
- **Sund aldring:** Udgifter udskydes til senere leveår (tættere på død), når levetiden stiger
  - **Stejlere aldersfordelt udgiftskurve:** Den enkelte ældre er blevet dyrere f.eks. fordi vi lever længere i dårlig sundhedstilstand
- 
- Statiske og dynamiske analyser af den aldersfordelte udgiftskurve over perioden 2006-2018.
  - Hypotese: “Udgifterne er steget hurtigere for den enkelte ældre end den enkelte yngre, selvom det enkelte individs udgiftstryk udskydes til senere leveår, når levetiden stiger”



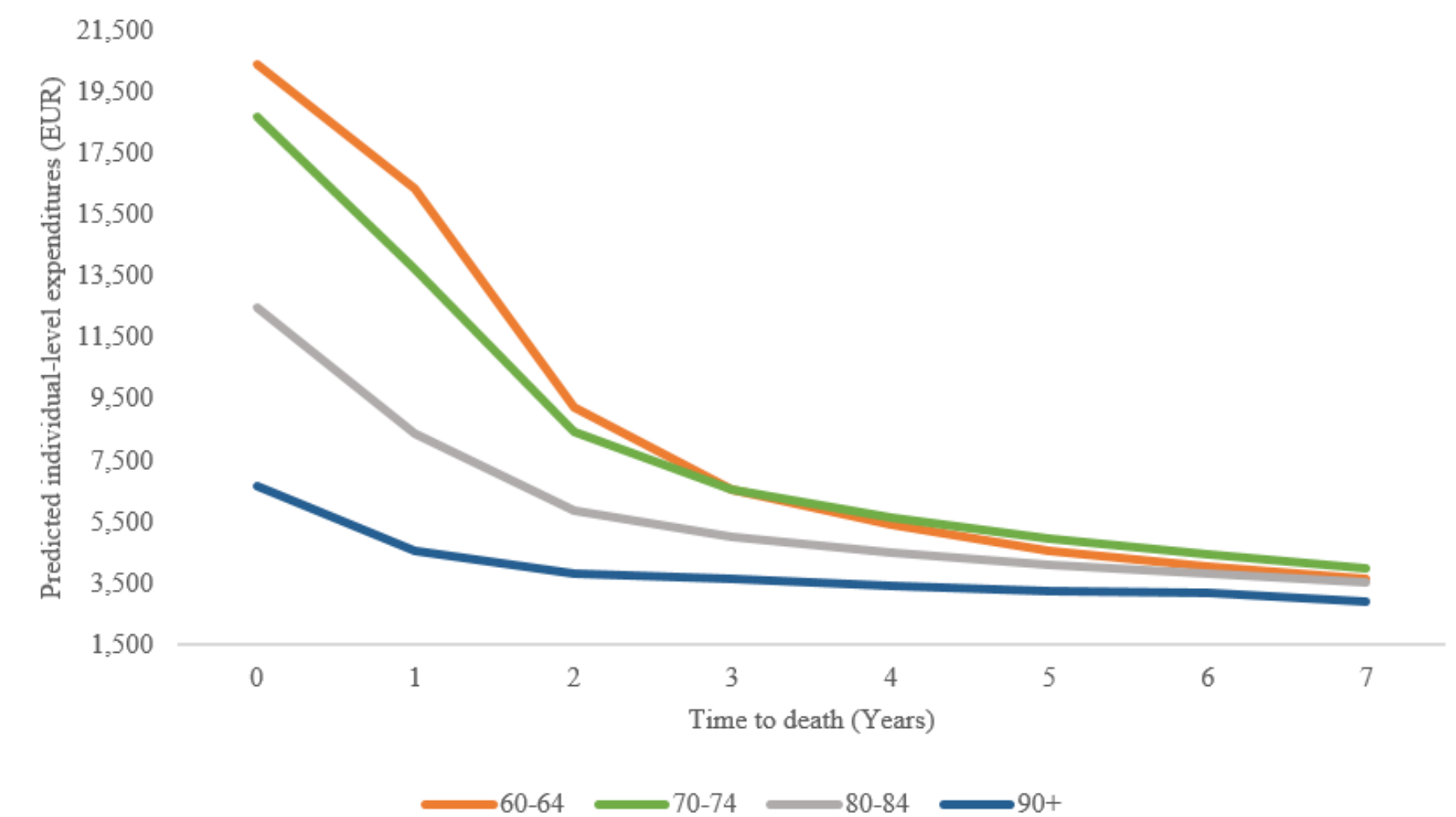


# Hvad driver sundhedsudgifterne i denne specialiseringsperiode?

- Den aldersfordelte udgiftskurve er blevet stejlere – den enkelte ældre er blevet dyrere
- Stor heterogenitet på tværs af sygdomsgrupper:
  - Ved hjertekar- og kræftsygdomme er kurven ikke blevet meget stejlere
  - Stejlere kurve ved kroniske sygdomme



- Vi finder at udgiftsniveauet per patient er bestemt af både alder og tid til død (om der er mindre end 6 år til død)



# Hvad kan vi lære af de seneste årtiers specialisering?

Specialiseret behandling, der kræver erfaring eller opkvalificering bør overvåges og evt. centraliseres for at undgå lav kvalitet i behandlingen

Hvis behandlingen er simpel, så er decentralisering effektivt til at sænke ventetider, sikre korrekt behandlingsinterval mv.

Nødvendigt at være opmærksomme på udgiftstrykket fra ældre kronikere – kan mængden af lægemidler og sundhedsydelse reduceres/effektiviseres?



# Prioritering af ny medicin

– fra Medicinråd til klinisk praksis

Sarah Wadmann og Amalie Martinus Hauge

INFORMED

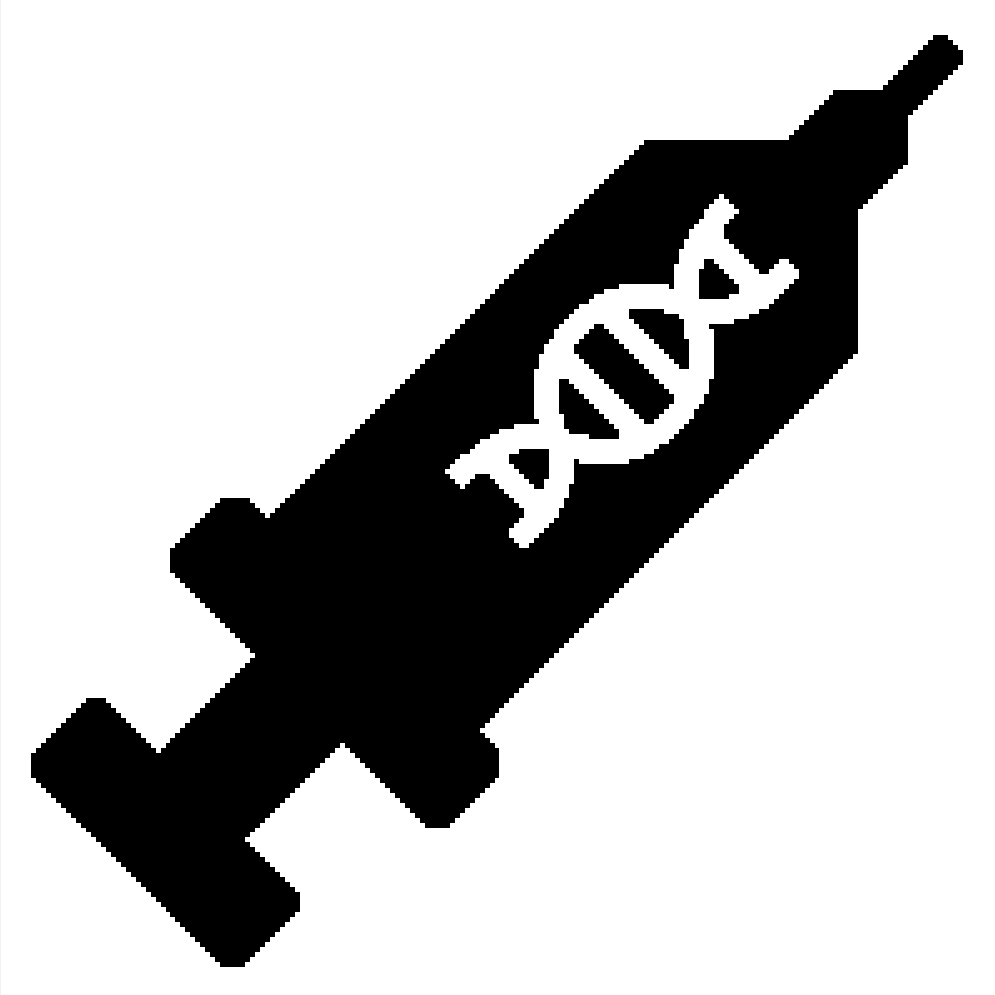
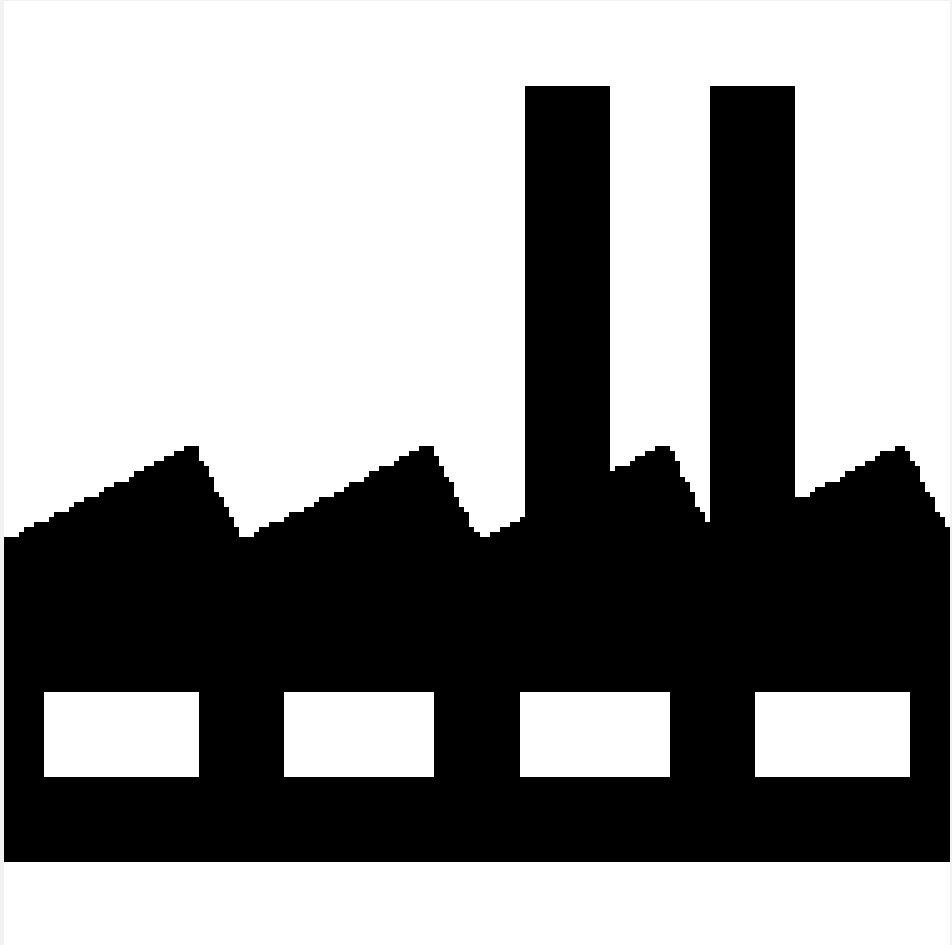
10. november 2022

I arbejdet med at lave prioriteringer er det vigtigt at:

1. Skabe grundlag for at inddrage synspunkter fra berørte parter
2. Stræbe mod faglig konsensus og stå på mål for økonomiske prioriteringer
3. Anerkende at prioritering også handler om at afslutte behandlinger



Lægemidler er ikke hvad de har været...







Behandling målrettes mindre patientgrupper

Udvikling mod 'præcisionsmedicin' betyder at sygdomme underopdeles på nye måder

Stigende andel af nye lægemidler er målrettet sjældne sygdomme



Yervoy – 2011  
660.000 kr.



**CAR-T** – 2019  
2.200.000 kr.



Luxturna – 2020  
5.100.000 kr.



Zolgensma – 2021  
14.500.000 kr.



Libmeldy – 2022  
21.400.000 kr.



Kilde: Amaris 2022

Hvilke udfordringer kan der opstå i det praktiske arbejde med at prioritere ny medicin i Medicinrådet og omsætte anbefalingerne i klinisk praksis?

Og hvad kan vi lære fremadrettet?



1. Inddrag synspunkter  
fra berørte parter

# Høj grad af direkte interessentinddragelse i Medicinrådet

Medicinrådet har 516 fagudvalgsmedlemmer.  
81 af dem er patientrepræsentanter.



● Klinisk/fagligt medlem ● Patientrepræsentant

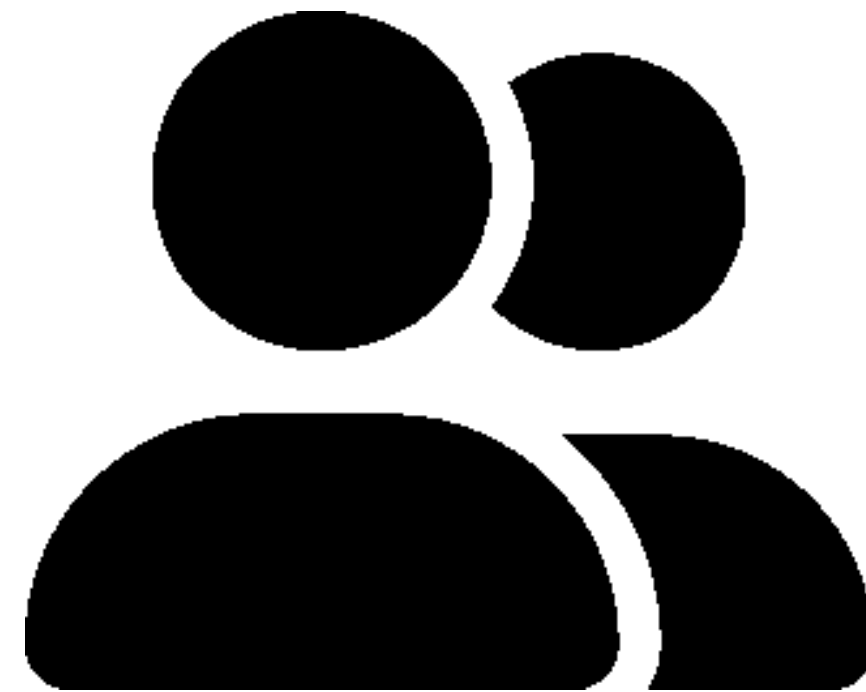
Medicinrådet  
bygger på et ideal  
om deliberativt  
demokrati



# Lige muligheder er ikke altid nok til at skabe lige vilkår for deltagelse

## Lyttere

Accepterer ikke rollen som patienteksperter



## Læg-eksperter

Søger at tilpasse deres viden efter Medicinrådets videnskabelige idealer

## Alliance-byggere

Skaber netværk for at påvirke vidensproduktion på sigt

## Demonstranter

Søger at skabe offentlig debat for at fremme deres synspunkter

**Muligheder for at udvikle den eksisterende inddragelses-model**

Anerkend videnskismaet – og afstem forventninger til patienternes bidrag

Giv mulighed for at synliggøre mindretalssynspunkter i fagudvalgsrapporter

Skab gode rammer for aktiv og inddragende mødeledelse

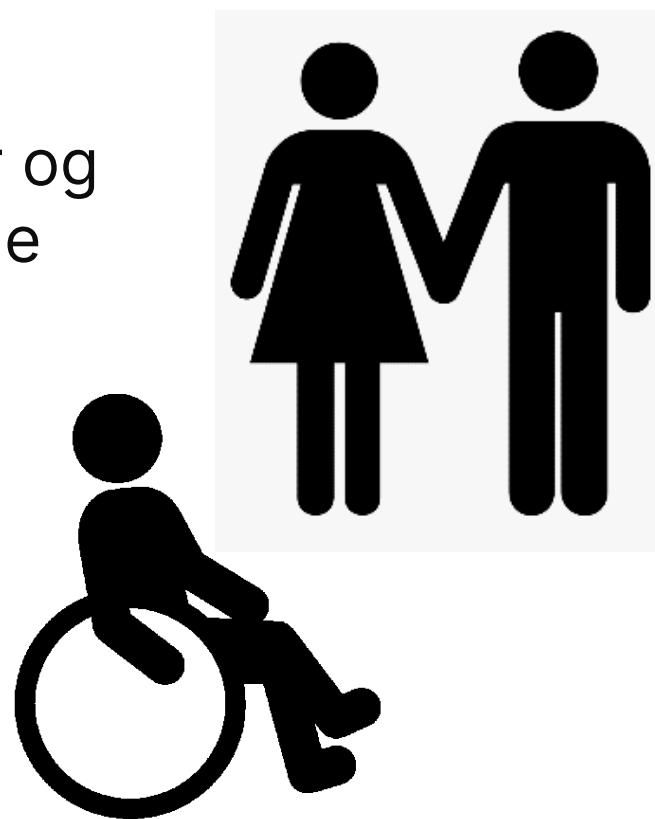


2. Stræb mod faglig  
konsensus og stå på  
mål for økonomiske  
prioriteringer

Klinikere skal  
balancere  
mange hensyn

De udfordres,  
når relationen til  
patienter og  
pårørende  
sættes under  
pres

Patienter og  
pårørende



Hospitals-  
organisationen



Velfærdsstaten og  
det offentlige  
sundhedsvæsen



Nationale og internationale kolleger



3. Husk at prioritering  
også handler om at  
afslutte behandling



Hvornår er det tid til at stoppe, når der er mere på hylden?



## 'Gør-det-selv'-fasen

Innovationshastigheden betyder, at der sjældent er evidensbaseret viden om effekten af at lade én behandling følge en anden

På danske hospitaler er der betydelig forskel på, hvor tæt på døden lungekræftpatienter modtager kemoterapi

- Målt som andel der får behandling 30 dage eller mindre inden de dør – også når man justerer for populationsforskelle

Hvordan trække grænsen mellem behandling og overbehandling?

Klinikere efterspørger muligheder for at udveksle viden om hvad der skal til for at skabe gode afslutninger

## Behandlings- afslutninger kan ikke sættes på formel

### Viden om hvad der understøtter rettidige behandlingsstop

- ✓ **Kollegaers øjne**  
Har man anledning til at udveksle behandlings- og afslutningsbeslutninger i lægegruppen?  
Er der opmærksomhed på at inddrage sygeplejerskers observationer?
- ✓ **Konsultationsfrekvens**  
Har man den rette konsultationsfrekvens? Jo sjældnere man ser patienten, desto vanskeligere er det at fange forværring af helbred.
- ✓ **Gode alternativer til behandling**  
Er der gode og tilgængelige tilbud til patienter, hvis behandling afsluttes? Frygt for at 'slippe' patienter til ukvalificerede eller ikke-passende tilbud



1. Skabe grundlag for at inddrage synspunkter fra berørte parter?
2. Stræbe mod faglig konsensus og stå på mål for økonomiske prioriteringer
3. Anerkende at prioritering også handler om at afslutte behandlinger

Kontakt:

[amha@vive.dk](mailto:amha@vive.dk)

[sawa@vive.dk](mailto:sawa@vive.dk)

**PAUSE**





# Paneldebat

- Direktør Søren Brostrøm, Sundhedsstyrelsen
- Afdelingschef Søren Gaard, Sundhedsministeriet
- Professor Jakob Kjellberg, VIVE
- Professor Tor Iversen, Oslo Universitet
- Moderator: Sundhedspolitisk analytiker og journalist ved Altinget Ole Toft





# Networking

Bobler, sodavand og en let anretning i de tilstødende lokaler

