Die Erfahrung der öffentlichen Spitäler im Tessin

«Choosing Wisely»: von der Theorie zur Praxis

Luca Gabutti[a], Michela Pironi[b], Roberto Della Bruna[c], Juergen Heinkel[d], Luca Clivio[e], Angela Greco[e]

[a] Division of Internal Medicine and Nephrology, Ospedale Regionale di Locarno, Switzerland, [b] Central Pharmacy Service, Clinical Pharmacy Division, Ente Ospedaliero Cantonale, Switzerland, [c] Department of Laboratory Medicine, Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, Bellinzona, Switzerland, [d] Division of Radiology, Ospedale Regionale di Locarno, Switzerland, [e] Quality and Patient Safety Service, Ospedale Regionale di Locarno, Switzerland

Summary

Choosing Wisely: from theory to practice

"Choosing Wisely" is an innovative approach that the Network of Southern Switzerland Public Hospitals has decided to promote. Five standard diagnostic or therapeutic procedures have been chosen to explore the potential benefit of the "Choosing Wisely" initiative: the prescription of benzodiazepines, proton pump inhibitors or antibiotics on discharge from hospital, exposure to ionising radiation in radiological imaging and the number of blood samples taken during hospitalisation.

As a first step we compared these variables in the medical and surgical departments of the four major public hospitals in Ticino. We observed significant and unexpected practical differences between specialties and between the different institutions. These results were presented to all concerned healthcare stakeholders.

The next steps are to develop continuous monitoring of these indicators and specific recommendations by involving patients in the consciousness-raising process.

Key words: choosing wisely, recommendations, monitoring

Zusammenfassung

«Choosing Wisely» ist ein innovativer Ansatz, den sich die öffentlichen Spitäler im Tessin entschieden haben, zu unterstützen. Es wurden fünf gängige Diagnostik- bzw. Therapieverfahren ausgewählt, um den möglichen Nutzen der «Choosing Wisely»-Initiative zu untersuchen: die Verschreibung von Benzodiazepinen, Protonenpumpenhemmern oder Antibiotika bei der Entlassung aus dem Spital, die Exposition gegenüber ionisierender Röntgenstrahlung sowie die Anzahl der Blutentnahmen während des Spitalaufenthalts.

Zunächst haben wir diese Variablen in den medizinischen und chirurgischen Abteilungen der vier öffentlichen Hauptspitäler im Tessin verglichen. Dabei konnten wir bezüglich der Praktiken grosse und unerwartete Unterschiede zwischen den Fachrichtungen und den jeweiligen Spitälern feststellen. Die Resultate wurden dem medizinischen Personal der entsprechenden Einrichtungen präsentiert.

Die nächsten Schritte werden darin bestehen, die oben genannten Indikatoren kontinuierlich zu beurteilen und spezifische Empfehlungen zu erstellen, indem auch die Patienten in den Sensibilisierungsprozess mit einbezogen werden.

Luca Gabutti

«Choosing Wisely, Less is More, Slow Medicine, Smarter Medicine»... Die Massen- und wissenschaftlichen Medien mahnen uns, bei der Verschreibung therapeutischer und diagnostischer Interventionen kritischer und aufmerksamer zu sein, da diese Entscheidungen nicht nur keine gerechtfertigten Indikationen haben könnten, sondern auch für die Patienten kontraindiziert sein können [1–10].

Im Gespräch mit unseren Kollegen konnten wir bezüglich dieser Sensibilisierungskampagnen häufiger eine gewisse Skepsis oder Unmut wahrnehmen. So gab es beispielsweise folgende Reaktionen: «Ich bin bereits vorsichtig bei meinen Verschreibungen ...», «Natürlich schlage ich keine unnützen Therapien vor ...», «Der diagnostische und therapeutische Kompromiss, den ich unterstütze, ist das Resultat einer individuellen Medizin: Verbote von aussen können sich diesbezüglich störend auswirken...», etc.

Aber warum hat das *American Board of Internal Medicine* dann die «Choosing Wisely»-Initiative lanciert, und warum wird die internationale Kampagne verstärkt und inhaltlich ausgeweitet [11]?

Um diese Fragen beantworten zu können, möchten wir zunächst einmal die Ziele der «Choosing Wisely»-Initiative vorstellen [12]. Das erste Ziel ist die Förderung des Dialogs zwischen Patienten und Ärzten (oder all-

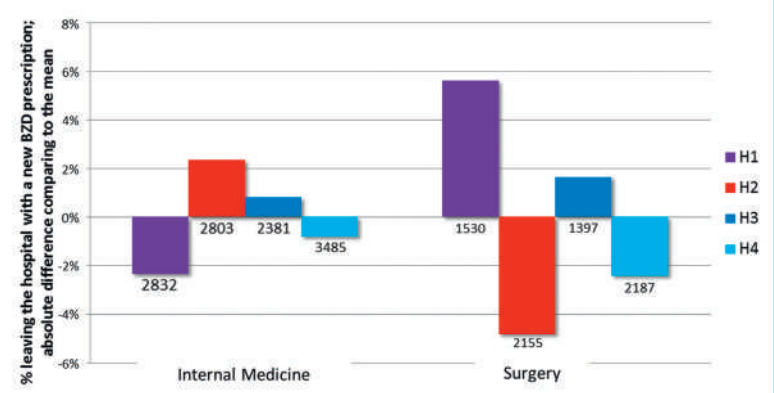

Abbildung 1: Die Variabilität der Neuverschreibungen von Benzodiazepinen bei der Spitalentlassung im Vergleich zum Mittelwert. Das Histogramm zeigt den Unterschied zwischen den Fachbereichen (Innere Medizin/Chirurgie) und den Spitälern, gekennzeichnet durch die Buchstaben H1–H4. Die Anzahl der analysierten Fälle geht ebenfalls aus dem Histogramm hervor.

gemeiner, den medizinischen Versorgern) und das zweite, den Patienten dabei zu helfen, diejenigen Behandlungen auswählen zu können, die fachlich fundiert sind, nicht wiederholt erfolgen und ein geringes Risiko aufweisen. Der Sinn der Negativlisten (zu vermeidende Praktiken) besteht nicht vornehmlich darin, diagnostische und therapeutische Interventionen mit hohem Risiko auszuschliessen, sondern die Ärzte dazu anzuregen, die Notwendigkeit, Risiken und eventuelle Alternativen mit dem Patienten zu besprechen und so sein Selbstbestimmungsrecht zu wahren [13].

Mehr ist nicht immer besser

Medikamentenverschreibungen anhand persönlicher Erfahrungen können die klinische Praxis stark beeinflussen. Dabei werden die Vorteile therapeutischer und diagnostischer Interventionen oft über- und die Risiken unterschätzt. Dies wird «inadäquate therapeutische Beurteilung» genannt. In manchen Fällen legen Ärzte einen «unangemessenen therapeutischen Optimismus», «unrealistischer Optimismus» genannt, an den Tag, der ihre Entscheidungsfähigkeit signifikant beeinflussen kann [14].

Entsprechend der Logik der «Choosing Wisely»-Initiative sollten bei der Verschreibung eines Medikaments bestimmte Kriterien erfüllt sein, die in der folgenden allgemeinen Empfehlung zusammengefasst werden: *«Vor der Verschreibung eines Medikaments ist die Indikation zu prüfen, sind nicht-medikamentöse Alternativen in Betracht zu ziehen und ist mit dem Patienten über den erwarteten Nutzen und potenzielle Risiken zu sprechen. Im Falle einer Langzeitbehandlung ist eine erneute Evaluierung vorzunehmen».*

Zusammen mit einer Gruppe von Gesundheitsversorgern (Ärzten, Krankenschwestern, Management- und Qualitätsbeauftragten, Technikern und Verwaltungsmitarbeitern), welche daran interessiert waren, die diagnostischen und therapeutischen Interventionen im öffentlichen Spitalnetz im Tessin (Ente Ospedaliero Cantonale, EOC) nach «Choosing Wisely»-Massgaben zu verbesseren, wurden Überlegungen vorgenommen. Die Arbeitsgruppe sprach sich dagegen aus, Negativempfehlungen nach dem Vorbild der Schweizerischen (Smarter Medicine [16]) und internationalen Ärztegesellschaften [17] aufzustellen, ohne zuvor deren Effektivität geprüft zu haben. Daher haben wir beschlossen, mithilfe der Variabilitätsanalyse die messbaren und quantitativ ausreichend wichtigen Praktiken zu ermitteln, um Vergleiche anzustellen und den Nutzen der Interventionen zu beurteilen (*Benchmarking*).

Dank der dezentralen Lage der Spitäler im Tessin war es uns möglich, Daten aus ähnlichen klinischen Abteilungen zu erhalten, die jedoch teil-autonom sind und sich in nur wenige Kilometer voneinander entfernten Spitälern befinden [15].

Zunächst untersuchten wir zwei Interventionen, die laut «Choosing Wisely», «Slow Medicine» und «Smarter Medicine» vermieden werden sollten [12,16,18]: Die Verschreibung von Schlafmitteln (besonders starkes Abhängigkeits- und Sturzrisiko [19,20]) und Protonenpumpenhemmern (Risiko von Elektrolytstörungen, bakterieller Proliferation und eventuell Myokardinfarkt [21,22]).

Dabei bezogen wir uns auf folgende Originalempfehlungen:

1) Die Verordnung von Beruhigungsmitteln als Initialtherapie im Falle chronischer Schlaflosigkeit bei Erwachsenen ist zu vermeiden; vielmehr sollte eine kognitive Verhaltenstherapie empfohlen und die Medikamente gegebenenfalls für eine Add-On-Therapie aufgespart werden (*American Academy of Sleep Medicine*, «Choosing Wisely» [12]);
2) Keine Verordnung von Benzodiazepinen oder anderen Sedativa als Behandlung erster Wahl bei Schlaflosigkeit, Unruhe oder Verwirrtheitszuständen älterer Menschen (*American Geriatrics Society*, «Choosing Wisely» [12]);
3) Keine systematische Verordnung von Protonenpumpenhemmern (PPI) bei Patienten ohne Risikofaktoren für eine Ulkuserkrankung. Bei der gastroösophagealen Refluxkrankheit sollten PPI in der geringstmöglichen Dosis verschrieben werden, um die Symptome zu kontrollieren, und der Patient sollte darüber unterrichtet werden, dass es wünschenswert ist, die Behandlung zeitweise zu unterbrechen (*Italienische Gesellschaft für Allgemeinmedizin*, «Slow Medicine» [16]);
4) Das Weiterführen einer Langzeitbehandlung mit Protonenpumpenhemmern bei gastrointestinalen Symptomen ohne Reduktion auf die tiefste wirksame Dosis ist zu vermeinden (*Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin*, «Smarter Medicine» [18]).

Von Mai 2014 bis Juni 2015 wurden die Neuverschreibungen von Benzodiazepinen und Protonenpumpenhemmern bei Spitalpatienten in den vier Hauptspitälern des EOC-Spitalnetzes analysiert.
Die Analyse dieser Daten (Abbildung 1 und 2) hat grosse (und unerwartete) Unterschiede zwischen den einzelnen Fachrichtungen (Innere Medizin vs. Chirurgie) sowie den untersuchten Spitälern ergeben.
Bei den beiden ausgewählten Interventionen lag demzufolge eine Variabilität vor, aufgrund derer eine Nutzen-Evaluierung sowie eine kontinuierliche Überwachung erfolgen können. Ferner ergibt sich dadurch die Möglichkeit, spezifische Verbesserungspläne zu erarbeiten.
Infolge dieser ermutigenden Resultate wurden im Anschluss drei weitere Interventionen analysiert:

1) Die Überwachung der Antibiotikaverschreibung bei der Spitalentlassung in Abhängigkeit der Dauer des Spitalaufenthalts (vor allem in Bezug auf das Risiko der Resistenzbildung) (Mai 2014 – Juni 2015);
2) Die Überwachung der Strahlenexposition bei Thorax-, Abdomen- sowie Thorax-Abdomen-CTs (Dezember 2013 – Juni 2015; 200 Untersuchungen pro Spital);

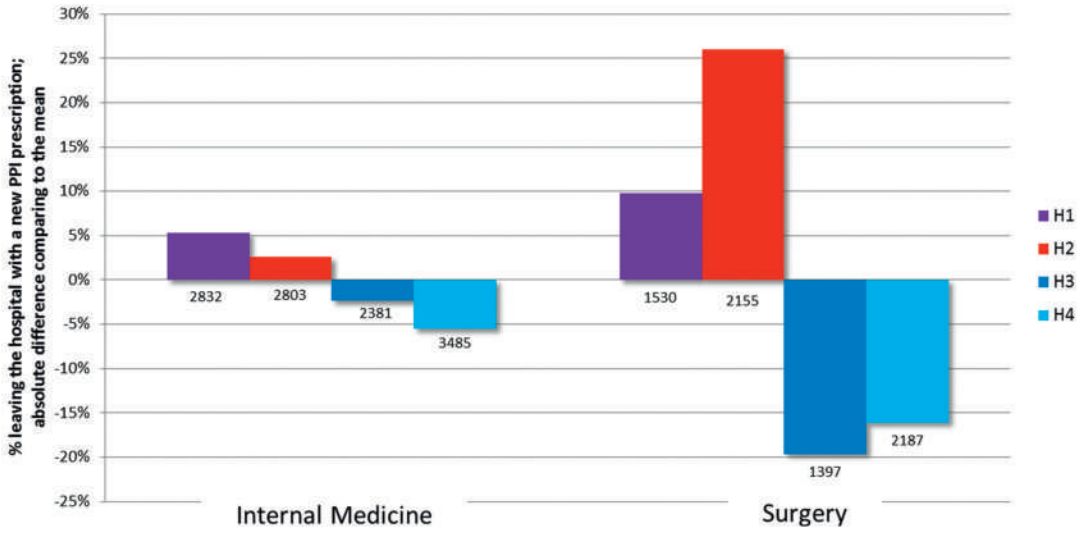

Abbildung 2: Die Variabilität der Neuverschreibungen von Protonenpumpenhemmern bei der Spitalentlassung im Vergleich zum Mittelwert. Das Histogramm zeigt den Unterschied zwischen den Fachbereichen (Innere Medizin/Chirurgie) und den Spitälern, gekennzeichnet durch die Buchstaben H1–H4. Die Anzahl der analysierten Fälle geht ebenfalls aus dem Histogramm hervor.

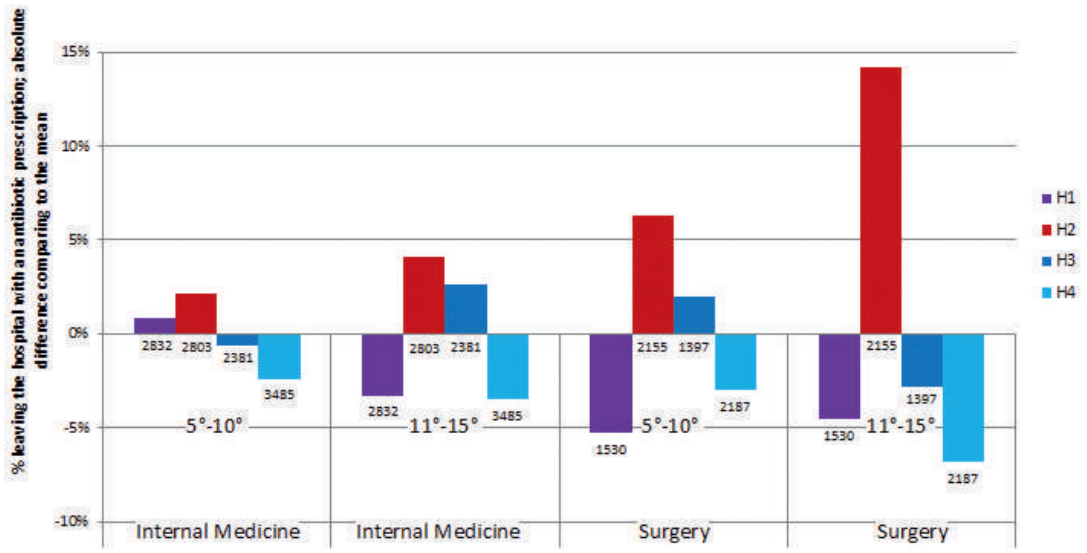

Abbildung 3: Die Variabilität der Antibiotikaverschreibungen bei der Spitalentlassung in Abhängigkeit von der Dauer des Spitalaufenthalts (unter 11/über 10 Tage) im Vergleich zum Mittelwert. Das Histogramm zeigt den Unterschied zwischen den Fachbereichen (Innere Medizin/Chirurgie) und den Spitälern, gekennzeichnet durch die Buchstaben H1–H4. Die Anzahl der analysierten Fälle geht ebenfalls aus dem Histogramm hervor.

3) Die Überwachung der Anzahl der täglichen Blutentnahmen im Spital (August 2014 – Juni 2015).

Auch bezüglich dieser drei Interventionen konnten wir starke und überraschende Unterschiede zwischen den Fachbereichen und Spitälern feststellen (Abbildungen 3, 4 und 5).

Ausgehend von diesen Resultaten, gaben wir den Ärzten zunächst einfache Empfehlungen ab (Tabelle 1) (die wir «Statements des Choosing Wisely EOC-Projekts» nannten). Das langfristigste Ziel besteht darin, diese Indikatoren kontinuierlich zu beurteilen und spezifische Empfehlungen zu erstellen, indem auch die Patienten in den Sensibilisierungsprozess mit einbezogen werden. Um Pflegepersonal, Patienten und Politikern das Projekt und die «Choosing Wisely»-Philosophie näher zu bringen, haben wir ferner ein Symposium in Lugano mit Schweizerischen und internationalen Experten organisiert.

Schlussfolgerung

Unser Fazit ist, dass Verschreibungsgewohnheiten und Vorurteile aufgrund bisheriger Erfahrungen (die zur Überschätzung der Vorteile und Unterschätzung der Risiken diagnostischer und therapeutischer Interventionen führen) ungewollt suboptimale Praktiken zur Folge haben, die keiner selbstkritischen Betrachtung unterzogen werden. Eine kontinuierliche Überwachung

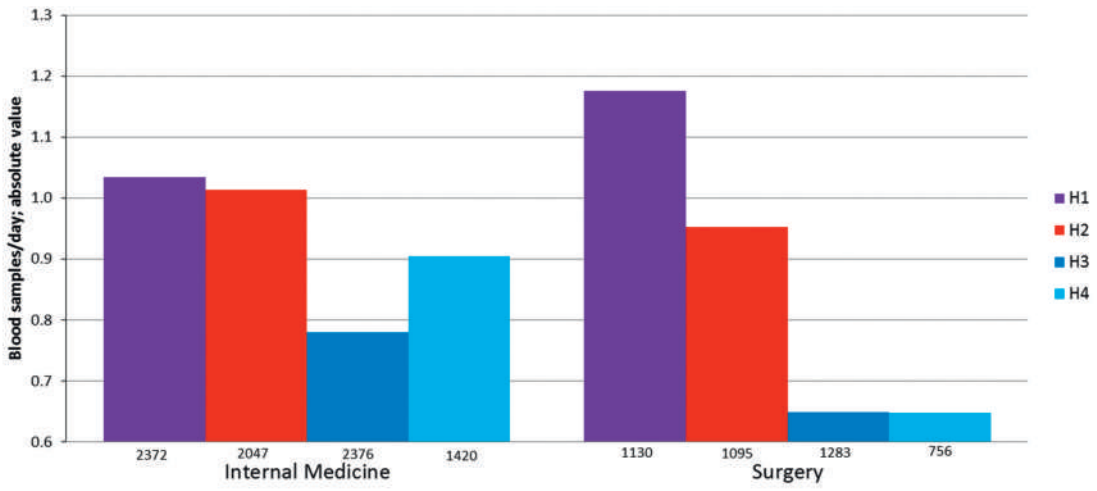

Abbildung 4: Die Variabilität der Anzahl der Blutentnahmen während des Spitalaufenthalts im Vergleich zum Mittelwert. Das Histogramm zeigt die Anzahl der Blutentnahmen pro Tag des Spitalaufenthalts sowie die Unterschiede zwischen den Fachbereichen (Innere Medizin/Chirurgie) und den Spitälern, gekennzeichnet durch die Buchstaben H1–H4. Die Anzahl der analysierten Fälle geht ebenfalls aus dem Histogramm hervor.

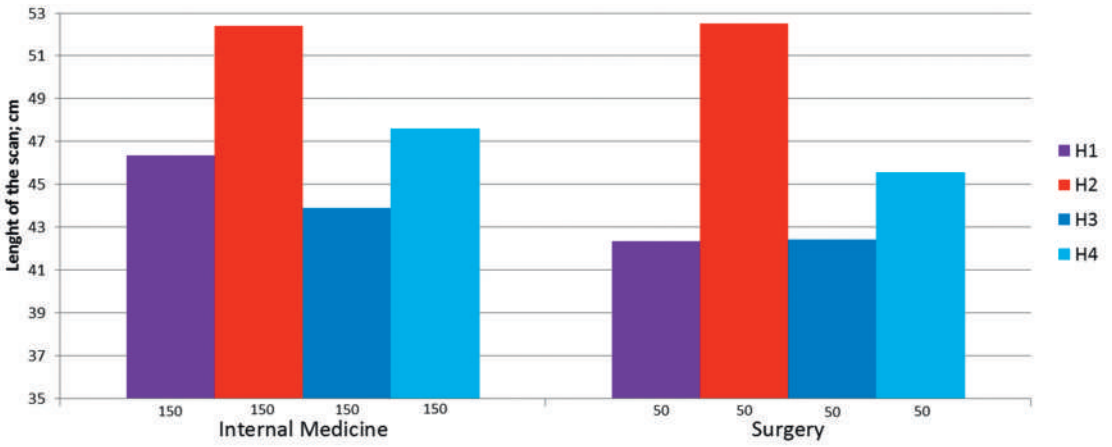

Abbildung 5: Die Variabilität der Länge von Abdomen-CTs während des Spitalaufenthalts im Vergleich zum Mittelwert. Das Histogramm zeigt den Unterschied zwischen den Fachbereichen (Innere Medizin/Chirurgie) und den Spitälern, gekennzeichnet durch die Buchstaben H1–H4. Die Anzahl der analysierten Fälle geht ebenfalls aus dem Histogramm hervor.

Tabelle 1: Die fünf Eingangsempfehlungen.

Fibrose	Klassifikation gemäss Ishak-Score
1	Überprüfen Sie, bevor Sie einem Spitalpatienten ein Benzodiazepin verschreiben, die Indikation und grenzen diese ein, informieren Sie sich über Alternativen (insbesondere nicht-medikamentöser Art) und Risiken (Abhängigkeit, Stürze, usw.) und beziehen Sie den Patienten in die Entscheidungsfindung mit ein. Beurteilen Sie die Indikation und die Risiken bei Entlassung des Patienten erneut, legen Sie bei einer Weiterverschreibung die Dauer der Behandlung fest und weisen Sie den behandelnden Arzt auf die Notwendigkeit einer erneuten Beurteilung hin.
2	Überprüfen Sie, bevor Sie einem hospitalisierten Patienten einen Protonenpumpenhemmer verschreiben, die Indikation und grenzen diese ein, informieren Sie sich über Alternativen und Risiken (Elektrolytstörungen, bakterielle Proliferation, Wechselwirkungen, usw.) und beziehen Sie den Patienten in die Entscheidungsfindung mit ein. Beurteilen Sie die Indikation und die Risiken bei Entlassung des Patienten erneut, legen Sie bei einer Weiterverschreibung die Dauer der Behandlung fest und weisen Sie den behandelnden Arzt auf die Notwendigkeit einer erneuten Beurteilung hin.
3	Überprüfen Sie bei der Entlassung des Patienten, ob die Dauer der verschriebenen Antibiotikabehandlung den Empfehlungen und dem Prinzip der niedrigsten wirksamen Dosis entspricht.
4	Überprüfen Sie, bevor Sie einem hospitalisierten Patienten ein Abdomen- oder Thorax-CT verschreiben, die Indikation und grenzen diese ein, informieren Sie sich über Alternativen und Risiken (Strahlenexposition, Kontrastmittelgabe, usw.) und beziehen Sie den Patienten in die Entscheidungsfindung mit ein. Überprüfen Sie während des CTs, ob die Gesamtstrahlenexposition den bestmöglichen Kompromiss zwischen diagnostischen Erfordernissen und Strahlenschutz darstellt.
5	Überprüfen Sie vor der Anordnung einer Blutentnahme, ob diese Antwort auf alle ungeklärten diagnostischen Fragen gibt. Prüfen Sie vor der erneuten Anordnung einer Blutentnahme deren Notwendigkeit und bemühen Sie sich, die Anfragen der folgenden Tage in einer einzelnen Blutentnahme zusammenzufassen, um unnötige Blutentnahmen zu vermeiden.

Das Wichtigste für die Praxis

- Eine Variabilitätsanalyse der diagnostischen und therapeutischen Strategien zwischen den Spitälern kann überraschende Unterschiede zutage fördern.
- Diese sind zumindest teilweise auf Verschreibungsgewohnheiten und klinische Vorurteile zurückzuführen.
- Die Überwachung und Beurteilung des Nutzens von Interventionen können wertvolle Instrumente zur Anpassung der klinischen Praxis darstellen.
- Die Berücksichtigung der Individualität jedes Patienten bleibt ein Grundwert, der durch den Aufbau einer vertieften und effektiven Arzt-Patienten-Beziehung gestärkt werden kann.

mit Evaluierung des diagnostischen und therapeutischen Ansatzes kann, zielgerichtet und sinnvoll eingesetzt, ausschliesslich positive Auswirkungen zur Folge haben.

Wir schätzen die «Choosing Wisely»-Philosophie, neben ihrer Aussagekraft, also vor allem aufgrund ihrer Möglichkeit der konstruktiven Selbstkritik in der klinischen Praxis.

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Luca Gabutti
Division Médicine Interne et Néphrologie
Hôpital Régional de Locarno
CH-6600 Locarno
luca.gabutti[at]eoc.ch

Literatur

1 Gaspoz JM. Smarter medicine: do physicians need political pressure to eliminate useless interventions? Swiss Med Wkly 2015;145:w14125.
2 Selby K, Cornuz J, Neuner-Jehle S, Perrier A, Zeller A, Meier CA, et al. «Smarter medicine»: 5 interventions à éviter en médecine interne générale ambulatoire. Schweizerische Aerzte Zeitung 2014;95:20.
3 Moynihan R, Smith R. Too much medicine? Almost certainly. BMJ 2002;324:859–60.
4 Glasziou P, Moynihan R, Richards T, Godlee F. Too much medicine; too little care. Time to wind back the harms of overdiagnosis and overtreatment. BMJ2013;346:f1271.
5 Garner S, Littlejohns P. Disinvestment from low value clinical interventions: NICELY done? BMJ 2011;343:d4519.
6 Elshaug AG, Hiller JE, Tunis SR, Moss JR. Challenges in Australian policy processes for disinvestment form existing, ineffective health care practices. Aust N Z Health Policy 2007;4:23.
7 NICE. Cost savings. http://www.nice.org.uk/aboutnice/whawedo/niceandthenhs/CostSaving.jsp.
8 Zuercher C. Ces examens inutiles. La Société Suisse de Médecine Interne Générale déconseille cinq tests aux praticiens. Tribune de Genève, 15 mai 2014.
9 Wolfson D, Santa J, Slass L. Engaging physicians and consumers in conversations about treatment overuse and waste: a short history of the choosing wisely campaign. Acad Med 2014;89:990–5.
10 Santa JS. Communicating information about «what not to do» to consumers. BMC Med Inform Decis Mak 2013;13 (Suppl. 3):S2.
11 Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA. ‹Choosing Wisely›: a growing international campaign. BMJ Qual Saf 2015;24:167–74.
12 Choosing wisely: an initiative of the ABIM Foundation. 2013 http://www.choosingwisely.org
13 Choosing wisely: About us. http://www.choosingwisely.org/about-us/14 Dunn LB. «Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: A review of instruments». Am J Psychiatry 2006;163:1323–34.
15 EOC; l'ospedale multisito del Ticino. http://www.eoc.ch/
16 «Smarter Medicine» Des bases de décision intelligentes pour le bien-être du patient. http://www.smartermedicine.ch/fr
17 Choosing Wisely Around the World. http://www.choosingwisely.org/resources/updates-from-the-field/choosing-wisely-around-the-world/
18 Slow Medicine. http://www.slowmedicine.it
19 Lader M. Benzodiazepines revisited: will we ever learn? Addiction 2011;106:2086–109.
20 Lader M. Benzodiazepine harm: how can it be reduced? Br J Clin Pharmacol 2014;77:295–301.
21 Johnson DA, Oldfield EC. Reported Side Effects and Complications of Long-term Proton Pump Inhibitor Use. Clin Gastroenterol Hepatol 2013;11:458–64.
22 Shah NH, LePendu P, Bauer-Mehren A, et al. Proton Pump Inhibitor Usage and the Risk of Myocardial Infarction in the General Population. PLoS One 2015:10(6):e0124653.