

# Hvordan skal vi slutte å gjøre det som ikke virker – og redusere det vi gjør for mye av

Pasientsikkerhetskonferansen 21.11.2024

Ole Tjomsland

Prosjektdirektør HSØ RHF

1ste amanuensis UIS

HELSE  SØR-ØST

# Læringsmål for sesjonen

- Hva er helsetjenester med lav helsegevinst?
- Tiltak for å slutte å gjøre det som ikke virker ?
- Hva er overforbruk – tiltak for å redusere det

# Klinisk praksis; innfasing minus utfasing....

## INNFASING

**Legemidler:** godt regulert  
(6% av budsjettet)

**Prosedyrerelatert utredning og behandling**

(ca 30% av budsjettet)

I hovedsak innført uten å vurdere kost-nytte effekt (HTA) f eks kirurgisk robot – «historisk portefølje»

## UTFASING

**Legemidler** godt regulert

**Prosedyrerelatert utredning og behandling**

Få vurderinger fra Beslutningsforum (artroskopisk skulderkirurgi)

# Lykkes vi med inn- og utfasing? 60-30-10.....

- 60% av behandlingen, nyttig og kunnskapsbasert
- 30% så lav kost-nytte verdi at den ikke burde tilbys
- 10% er direkte skadelige.

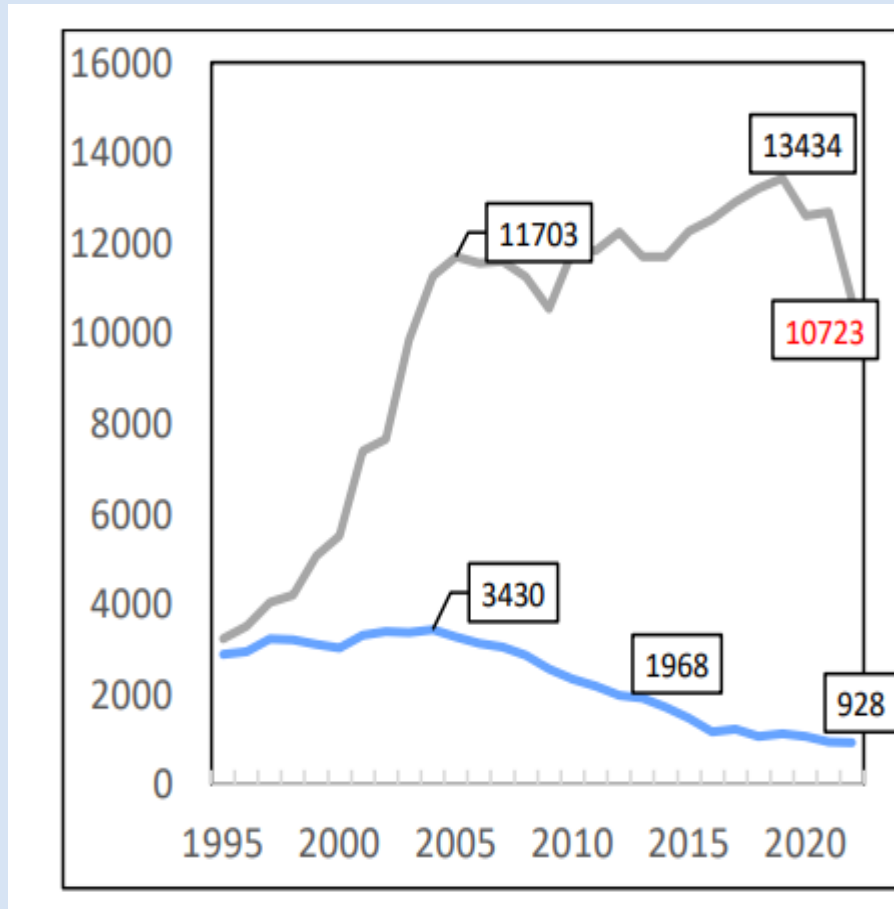
**OVERFORBRUK**

# UTFORDRINGER

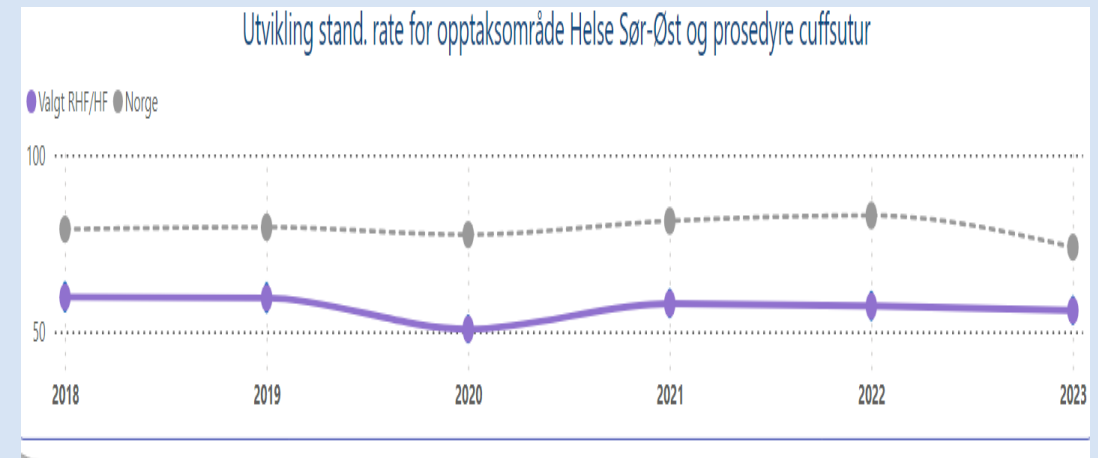
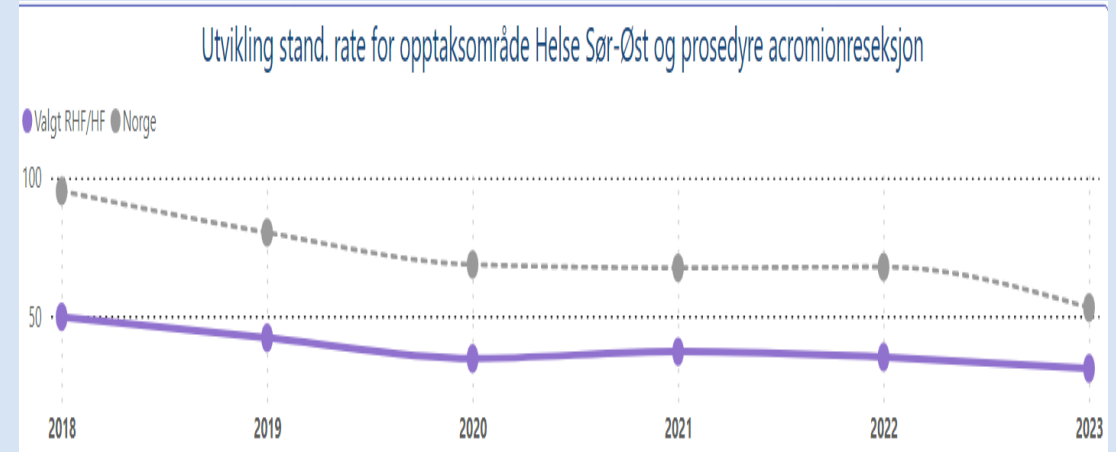
- en forsvinnende liten andel av prosedyrerelatert behandling er kost-nytte vurdert
- krevende å sette grense mellom videreutvikling og etablering av ny behandling
  - « *first came the shovel - than came science ...* »
  - « *trenger ikke placebokontrollerte studier for å vise at fallskjermer virker* »
- Vanlig oppfatning: manglende effekt på populasjonseffekt ikke utelukker effekt på enkeltindivider
- befolkningens forventinger – heller kirurgisk «quick-fix» enn ansvar for livsstils-intervensjon (kosthold, alkohol, fysisk aktivitet++) – kan kanskje kompenseres med bedre «samvalg»

# Inn- og utfasing

## Koronar bypass – vs PCI



## Skulder; acromionreseksjon – cuff-sutur



# 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)
- Evaluering har vist liten til ingen effekt i forbruk



## Norge

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

Eksempel Skulderkirurgi



# Konsensus indikasjon for artroskopisk skulderkirurgi

- Cuff - ruptur
- Instabilitet
- Impingement



## Beslutningsforum 13.02.2023

1. Konservativ behandling av degenerativ rotatorcuff-ruptur skal være førstevalg og utprøvd i tilstrekkelig grad før eventuell kirurgisk intervensjon.
- 2: kirurgi ikke gir klinisk relevante forskjeller sammenlignet med ikke-kirurgisk behandling

## Beslutningsforum 26.04.2021

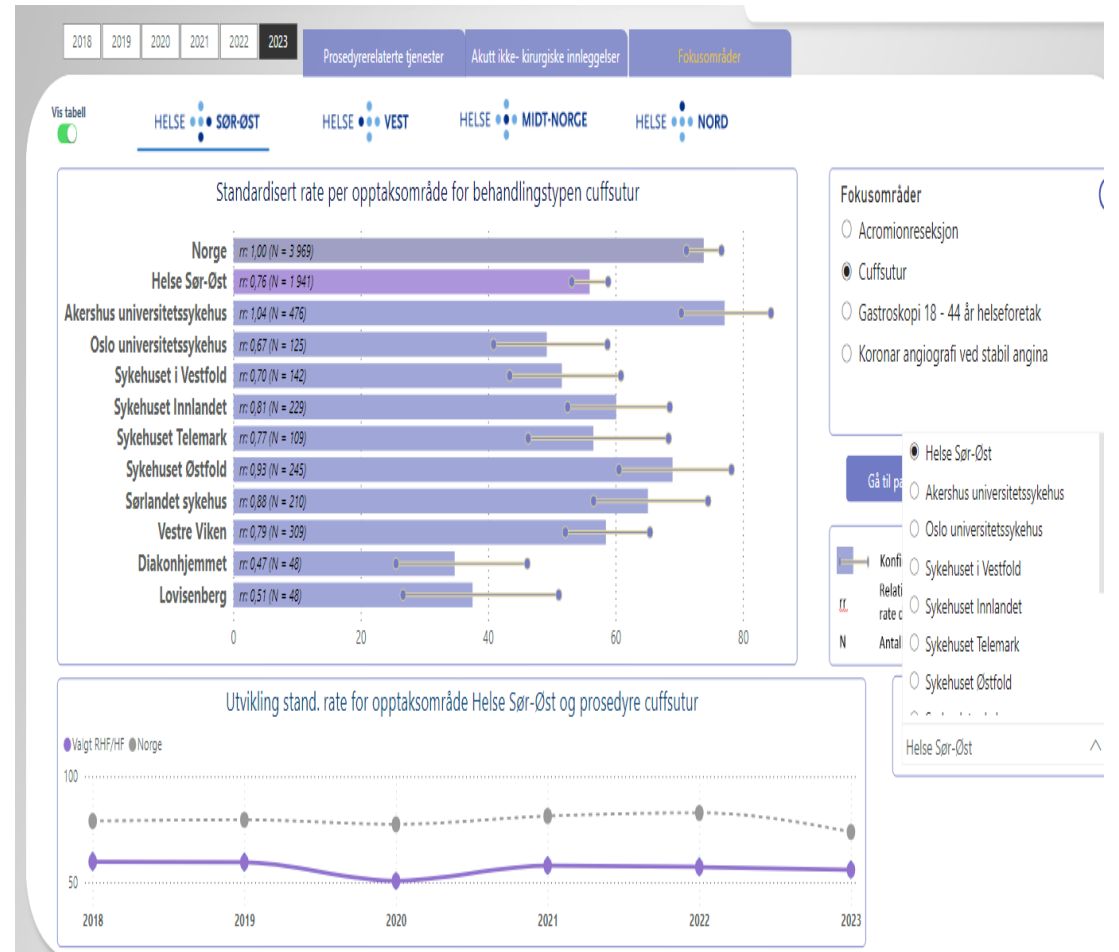
Akromionreseksjon skal som hovedregel ikke tilbys som behandling for impingementsyndrom.

# Sykehus med høyest andel per HF

	Sør-Øst	Vest	Midt	Nord
<b>Acromion</b>	16 % Offentlig HF	42 % Privat ideelt	62 % Privat kommersielt	42 % Privat kommersielt
<b>Cuff-repair</b>	23% Privat ideelt	42% Privat ideelt	43% Privat kommersielt	33% Offentlig HF

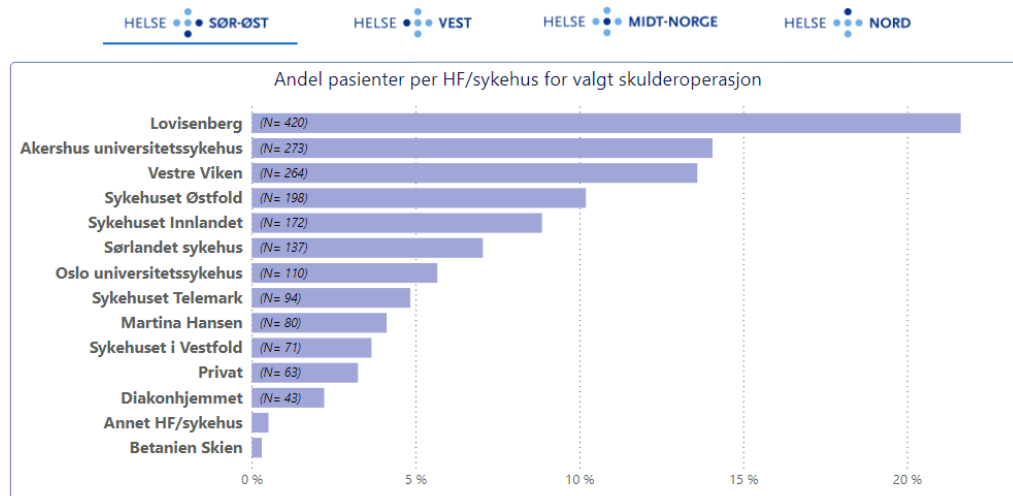
# Forbruksrater

## AHUS; acromionreseksjon (186) – cuffsutur (476)

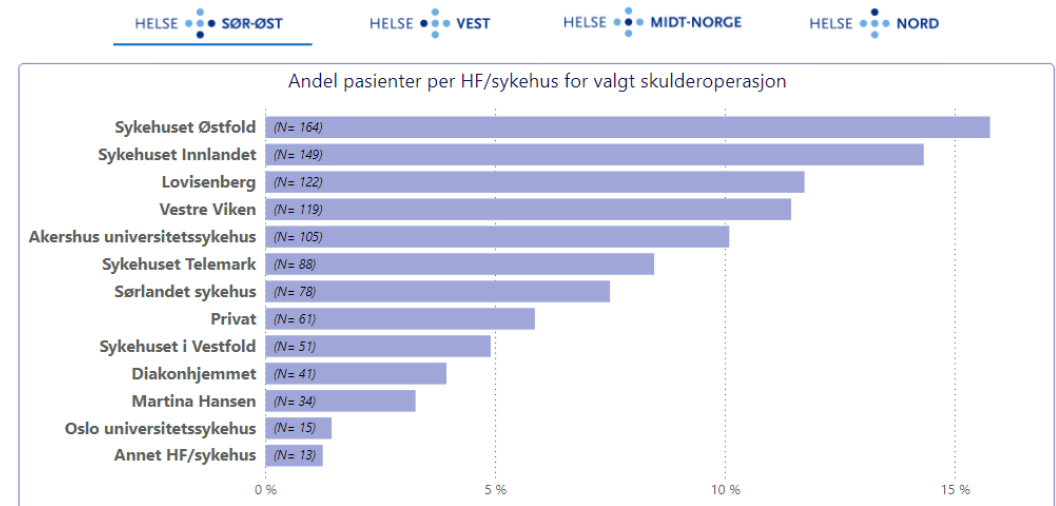


# Aktivitet per sykehus

## Acromionreseksjon



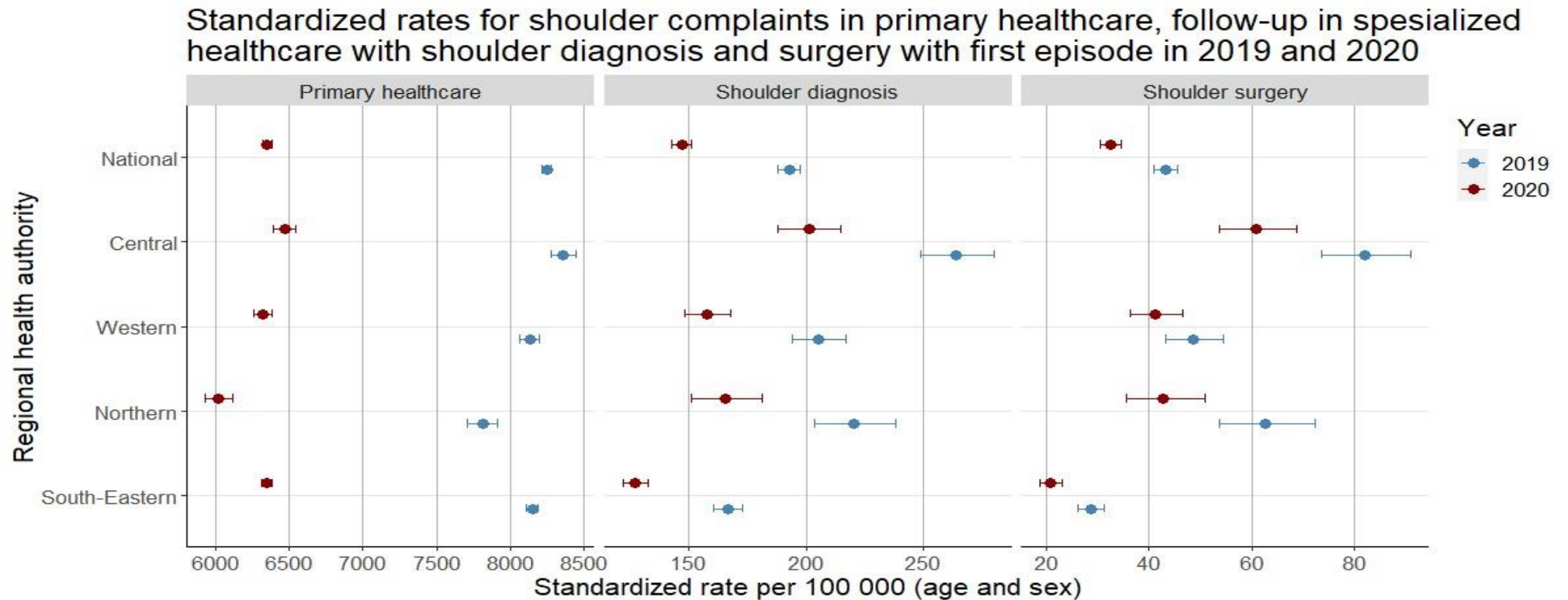
## Sutur – ikke traumatisk cuff ruptur



# Adm. Dir. Medi 3 Ålesund

- **forklaring på at de har gjort så mange menisk- og skulderoperasjoner:**
  - *større behov for ortopediske operasjoner blant sunnmørske fiskere, verftsarbeidere og andre med fysisk arbeid sammenlignet med kontorarbeidere i Oslo.*
  - *Samtidig kan vi dokumentere gode resultater. I en undersøkelse blant de som ble operert for skulderplager hos Medi3 i 2023, svarte 72 prosent at de er blitt helt bra eller nesten helt bra etter operasjonen».*

# Pasientstrøm; fastlege – ortopedisk poliklinikk - kirurgi



## Klinisk dashboard Helse Sør-Øst

For å kunne følge med om helseforetakene ivaretar «sørge for ansvaret» med tanke på likeverdig behandling er det utviklet «klinisk dashboard» basert på Wennebergs<sup>1</sup> kategorisering av helsetjenester for å kunne følge ulike aspekter av pasientsikkerhet, kvalitet og forbruksrater med ulike kvalitetsindikatorer slik det er beskrevet i Regional Utviklingsplan.<sup>2</sup> Uønsket variasjon i spesialisthelsetjenesten oppstår når forskjell i utredning, behandling og oppfølging ikke kan forklares av ulikheter i demografi, geografi, sykkelighet eller andre forhold som sykehusene ikke kan gjøre noe med.

Nødvendige helsetjenester defineres som behandling av tilstander hvor effekt av behandlingen er godt dokumentert og hvor det er liten eller ingen uenighet om indikasjon (for eksempel operasjon for lårhalsbrudd og tykktarmskreft, behandling av hjerneslag og hjerteinfarkt i henhold til etablerte retningslinjer).

Andre helsetjenester (preferanse- og tilbudsstyrte) defineres som behandling av tilstander hvor det foreligger ulike behandlingsalternativ og hvor forbruket påvirkes av tilgjengelig tilbud.

Som utgangspunkt er hovedutfordringen med nødvendige helsetjenester underforbruk mens det for preferanse- og tilbudsstyrte tjenester er over- og feil bruk. Dersom kvalitetsindikatorene gir mistanke om redusert kvalitet brukes tilgjengelig prosess- og strukturindikatorer for å planlegge, gjennomføre og måle effekt av forbedringsarbeid.

<sup>1</sup>Wenneberg JE. Tracking medicine: a researcher's quest to understand health care. Oxford: Oxford University Press, 2010.

<sup>2</sup>Tjomsland, O., Thoresen, C., Ingebrigtsen, T., Søreide, E., & Frich, J. C. (2023). Reducing unwarranted variation: can a 'clinical dashboard' be helpful for hospital executive boards and top-level leaders? *BMJ Leader*, doi:10.1136/leader-2023-000749

[Klikk her for metodebeskrivelse](#)



Nødvendige helsetjenester



Somatikk



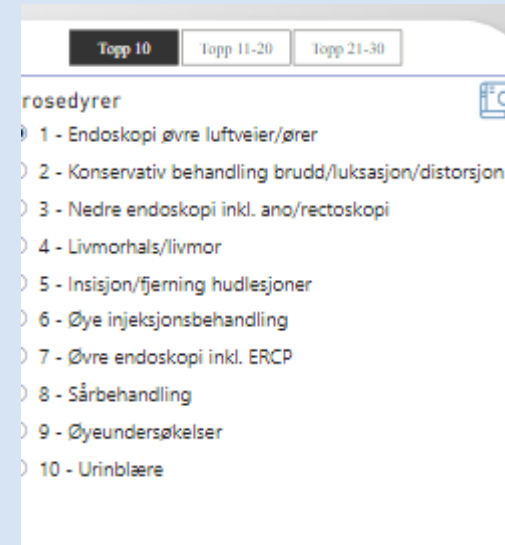
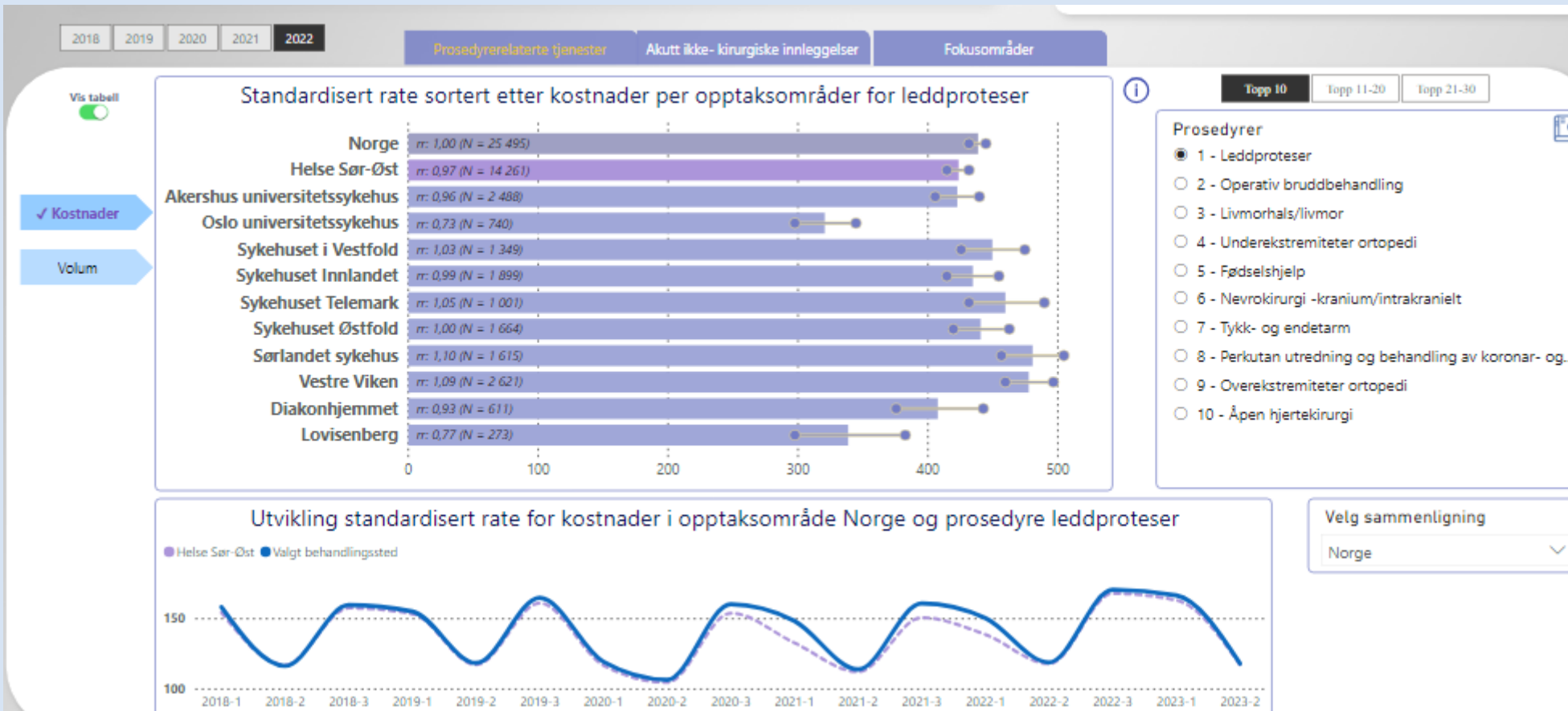
Laboratorie og billeddiagnostikk



Psykisk helse (PH) og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Foto: Ansatte ved Sykehuset Vestfold, Helse Sør-Øst billedarkiv

# Prosedyrelatert utredning/behandling - ca 30% av budsjett





# Virkemidler for å endre praksis

## The physician's experience of changing clinical practice: a struggle to unlearn

[Divya M. Gupta](#), [Richard J. Boland Jr.](#) & [David C. Aron](#) 

*Implementation Science* **12**, Article number: 28 (2017) | [Cite this article](#)

Clinical practice is in a constant flux of change - each instance of unlearning and learning is merely a punctuation mark in this spectrum of change.

We suggest that physician unlearning models be modified to reflect the constantly changing nature of clinical practice and demonstrate that change is a multi-directional process

**DET ENESTE VI VET VIRKER ER ØKONOMISKE INCENTIVER**

# Forventinger... WHO's definisjon av helse

«en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte»



Kan vi levere på dette; neppe.

Anslag; helsetjenesten kan forebygge eller behandle 10 % av all sykdom



## Helse Sør-Øst RHF

Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi.

# Takk for oppmerksomheten

[Ole.Tjomsland@helse-sorost.no](mailto:Ole.Tjomsland@helse-sorost.no)