

Kloke valg og prioriteringer

Bjørn Egil Vikse
Fagdirektør Helse Vest

Hva skal jeg si noe om?

- Prioritering
- Kan vi jobbe smartere? (og slippe å prioritere bort nyttige tiltak)
- Hvorfor bruker vi ikke de smarte løsningene?
- En felles jakt på de små gevinstene

Blander vi begrepene?

- Behandlingsbegrensning
- Sparsommelighet
- Prioritering

Behandlingsbegrensning

- **Behandlingsbegrensning** vil si at man avstår fra (fortsatt) diagnostikk og behandling i situasjoner der dette medisinsk sett ikke er i enkeltpasientens interesse.
 - Klassiske eksempler på manglende behandlingsbegrensning er forsinket avslutning av intensivbehandling, eller for sein avslutning av medikamentell kreftbehandling med påfølgende betydelige bivirkninger og lav sannsynlighet for nytte.
- Overbehandling i livets slutfase er et stort problem og gir en uverdigg avslutning av livet.
- Denne type problemstillinger henger ofte sammen med manglende avklaring av hvem som tar beslutninger, hvordan man samhandler med pasient/pårørende, og hvem som tar de vanskelige samtalene.
- En bedring av praksis ved denne type problemstillinger er ikke prioritering, men kvalitetsforbedring.
- Man slutter ikke med noe som er ønskelig å gjøre for å flytte ressurser til andre og mer nyttige oppgaver: Man slutter med noe som ikke er i pasientens interesse.

Sparsommelighet

- **Sparsommelighet** betyr at man gjennomfører ønsket utredning og behandling, men bruker enklest og billigst mulige løsninger ved gjennomføring. Sparsommelighetsprinsippet er klart nedfelt i [helsepersonelloven § 6](#):
 - *Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasient, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.*
- Et klassisk eksempel er samkjøring i drosje ved pasienttransport: Du får den beste behandling, men får ikke egen transport til og fra sykehuset, evt. må du ta bussen til sykehuset, og får drosje hjem når du er i dårligere form etter gjennomført behandling.
- Et annet eksempel er tidsmessig samordning av opptrekk og infusjon av dyre kreftlegemidler til flere pasienter, så mest mulig av innholdet i hetteglassene blir brukt.
- Et tredje eksempel er bruk av det billigste legemiddelet (fra LIS-anbudet) til enhver tid.

Prioritering

- **Prioritering** er å avstå fra det som er i pasientens interesse for å flytte ressurser til andre pasienter/oppgaver der forholdet mellom kostnader og nytte er bedre.
- «Å prioritere betyr å sette foran. Noen, men ikke alle tiltak kan komme på *samme* plass i en rangorden av prioriterte tiltak ... Spissformulert: «Å prioritere betyr å si *nei* til noe» (NOU 1987: 23, s. 17)



Nytte, ressurs og alvorlighet

- Nyttekriteriet:
 - Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket.
 - Vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelp kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for:
 - Overlevelse eller redusert funksjonstap
 - Fysisk eller psykisk funksjonsforbedring
 - Reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag
- Ressurskriteriet:
 - Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på
- Alvorlighetskriteriet:
 - Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden.
 - En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:
 - Risiko for død eller funksjonstap
 - Graden av fysisk og psykisk funksjonstap
 - Smerter, fysisk eller psykisk ubehag
 - Både nå-situasjonen, varighet og tap av framtidige leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med helsehjelp.

Helsedirektoratet – Prioritering på klinisk nivå

- Hovedinntrykk:
 - Prioritering er kjent problematikk for klinisk helsepersonell – og prioritering engasjerte klinikerne
 - Men det er liten kjennskap til de offisielle prioriteringskriteriene
- Helsedirektoratet opplevde at klinikere hadde behov for
 - Opplæring i prioriteringsteori og hvordan den kan brukes i praktisk arbeid
 - Arenaer i arbeidshverdagen for tverrfaglig refleksjon og diskusjon
- Forslag til hva helsemyndighetene kan bidra med:
 - Retningslinjer, pakkeforløp og veiledere som inneholder føringer for å avslutte forløp, vurdere nytten av tiltak og unngå diagnostikk og behandling med liten nytte
 - Tilsynsmyndigheter som reflekterer over prioriteringskriteriene i sitt arbeid

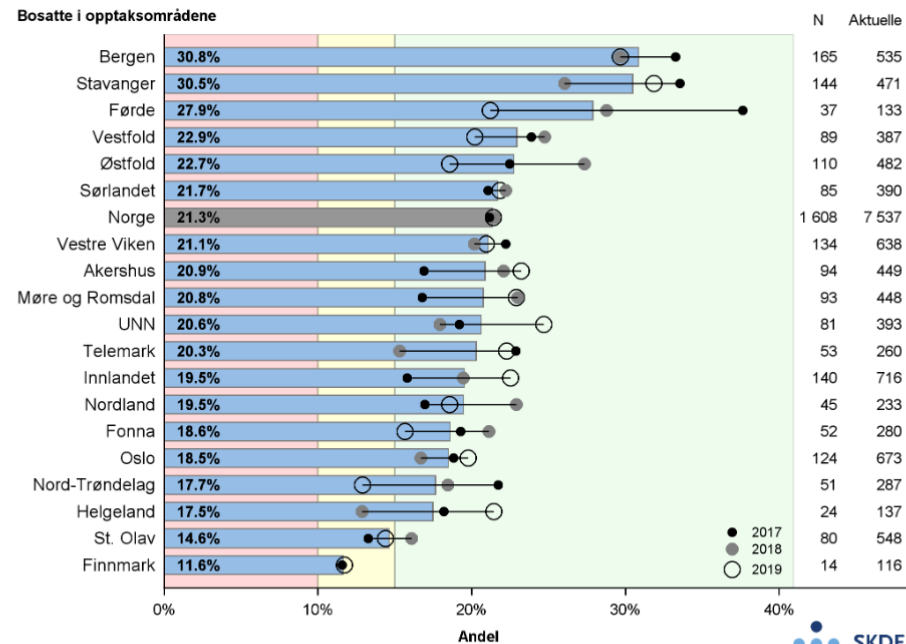
Barrierer mot prioritering på klinisk nivå (egen tolkning)

- Enklere å la være?
 - Den som prioriterer har bevisbyrden
 - Krever grundigere vurdering før beslutning
 - Krever samtaler og dokumentasjon etter beslutning
- Risiko for feil avgjørelse – og dermed åpen for kritikk
 - tilsynsmyndigheter, ledere, kollegaer, pårørende
- «Pasientens advokat»
- Jeg behandler pasienter, «systemet» må sikre nok ressurser
- Andre må gjennomføre behandlingen/pleien
- Mange pasientforløp er vanskelige og uforutsigbare

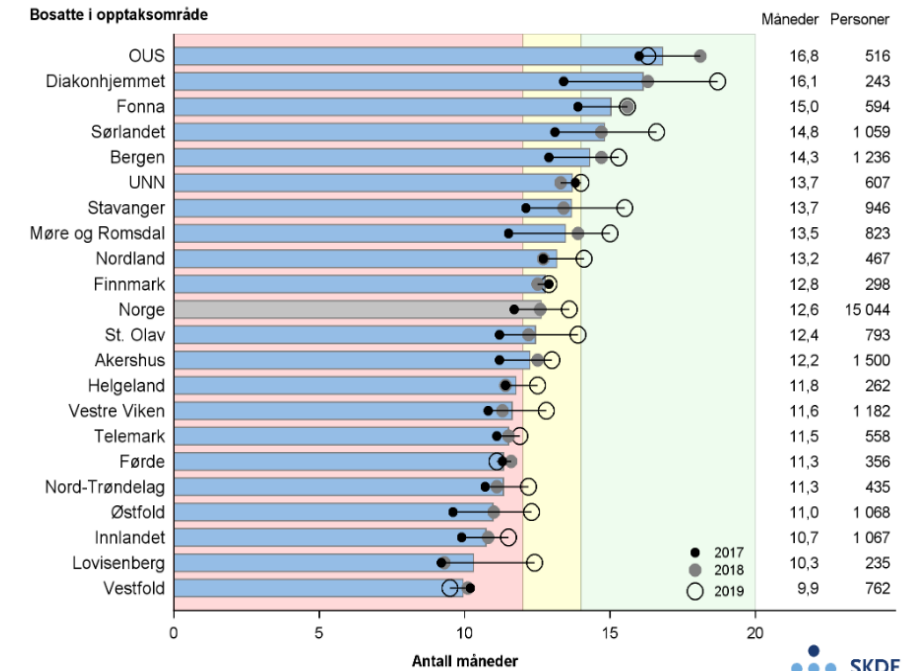
Kan vi jobbe smartere? (og slippe å prioritere bort nyttige tiltak)



Hvorfor er helsetilbudet ulikt avhengig av hvor du bor?



Figur: Andel pasienter med hjerneinfarkt behandlet med trombolyse. Søylene viser gj.snitt andeler, årlige andeler med symbol. Tallene til høyre viser antall pasienter som fikk trombolyse (N) og ant. pas. med hjerneinfarkt (aktuelle). Gj.snitt per år i perioden 2017–2019.



Figur: Median overlevelse i måneder for lungekreftpasienter, fordelt på opptaksområder, for perioden 2017–2019.

«God prioritering er også å gjøre det riktige»

Er det mulig å arbeide smartere uten å måtte gjøre ekte prioriteringer?

- Overbehandling
 - Behandling som ikke hjelper
- Overdiagnostikk
 - Diagnostikk av tilstander som ikke har konsekvens
- Overforbruk
 - Større variasjoner mellom mange metoder basert på bosted / sykehus
- Underforbruk/underdiagnostikk
 - Lavere tilgang på tjenester et sted vil kunne medføre økt behov andre steder
- Sparsommelighet med ressurser (regionalt samarbeid når mulig)



Figur 11.7 Antall innleggelser på sykehus for barn per 1000 innbyggere. Gjennomsnitt 2019–2021

Merknad: Data og utregninger er oversendt fra SKDE senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. De er justert etter kjønn og alder.

Kloke valg



Gjør kloke valg

[Forsiden](#)[Til helsepersonell](#)[Til pasienter](#)[Ressurser](#)[Samarbeid](#)[Om oss](#)

Mer er ikke alltid bedre

Gjør kloke valg er en kampanje som tar sikte på å redusere undersøkelser og behandling som pasienter ikke har nytte av og som i verste fall kan skade.

[Les mer](#)



Kan man få til vedvarende endringer i måten vi jobber på? – eksempel fra prosjekt i Tromsø

Pilotprosjekt 1 – Barneavdelingen 2019

Status 2022

Kriterier graf:
2019-2022, Barne- og ungdomsklinikken,
inneliggende eget HF, rutine og ø-hjelp,
ikke-PNA, Tromsø-Harstad-Narvik, jan-okt



Blå: 2019
Grønn: 2020
Rød: 2021
Gul: 2022

Hvordan kan dere jobbe smartere på DIN arbeidsplass / enhet?

- Hverdagen er full av pasientforløp som kunne vært håndtert bedre uten at det hadde krevd mer ressurser
- Det kan for eksempel være:
 - At man faktisk blir enig om hvordan det skal gjøres
 - At alle bruker de elektroniske verktøyene likt
 - At man rydder i misforståelser
 - At man sikrer et godt oppstartsprogram i avdelingen
 - Etc.....
- Å forbedre hverdagen – og gjøre pasientforløpene bedre – gir positive geninserr for ledere, helsepersonell og pasienter
 - Men noen må gripe fatt i det



Hva sa han?

- Prioritering er vanskelig – og trenger støtte i ledelse og blant kolleger
- For å unngå unødige prioriteringsdiskusjoner kan vi trolig ofte gjøre ting smartere
 - Unngå overdiagnostikk, overbehandling
 - Gjøre ting riktig første gang
 - Tenke pasientforløp (ikke bare egen spesialitet)
- Det er mye god statistikk innen de fleste fagfelt som viser reelle kvalitetsforskjeller mellom ulike sykehus/avdelinger
- Forbedringsarbeid kan gi varige forbedringer – og må starte i det lille i hver enkelt avdeling