

Klinisk Kvalitetskonference 2022

Robusthed i sundhedsvæsenet

Hvordan skærer vi det unødvendige fra og optimerer de resterende 80%?

Søren Overgaard,
Professor, overlæge, dr. med.

Bestyrelsesmedlem LVS

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital,
Ortopædkirurgisk afdeling M,

Københavns Universitet
Sundhedsvidenskabelige Fakultet,
Institut for Klinisk Medicin



LÆGE
VIDENSKABELIGE
SELSKABER

Test hverdagen

Vi skal gøre det som virker

Vi skal ikke sætte nyt i gang før
ved at det virker

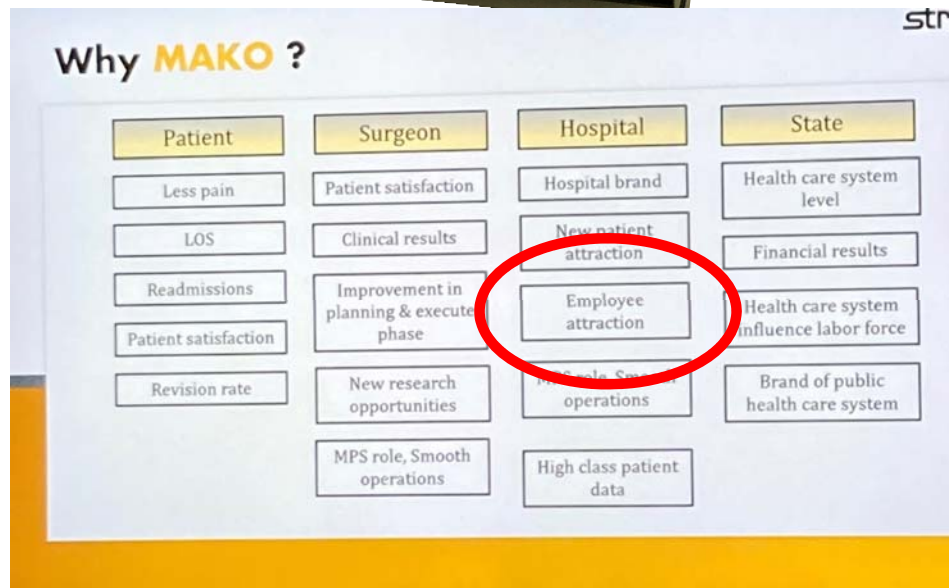
Skab kultur



Test hverdagen



Mako clinical evidence



Test hverdagen



UGESKRIFT FOR LÆGER

Videnskabelig Leder
Ugeskr Læger 2022;184:V205118

Robotkirurgi kræver forskning

Lars Lund
Ugeskr Læger 2022;184:V205118



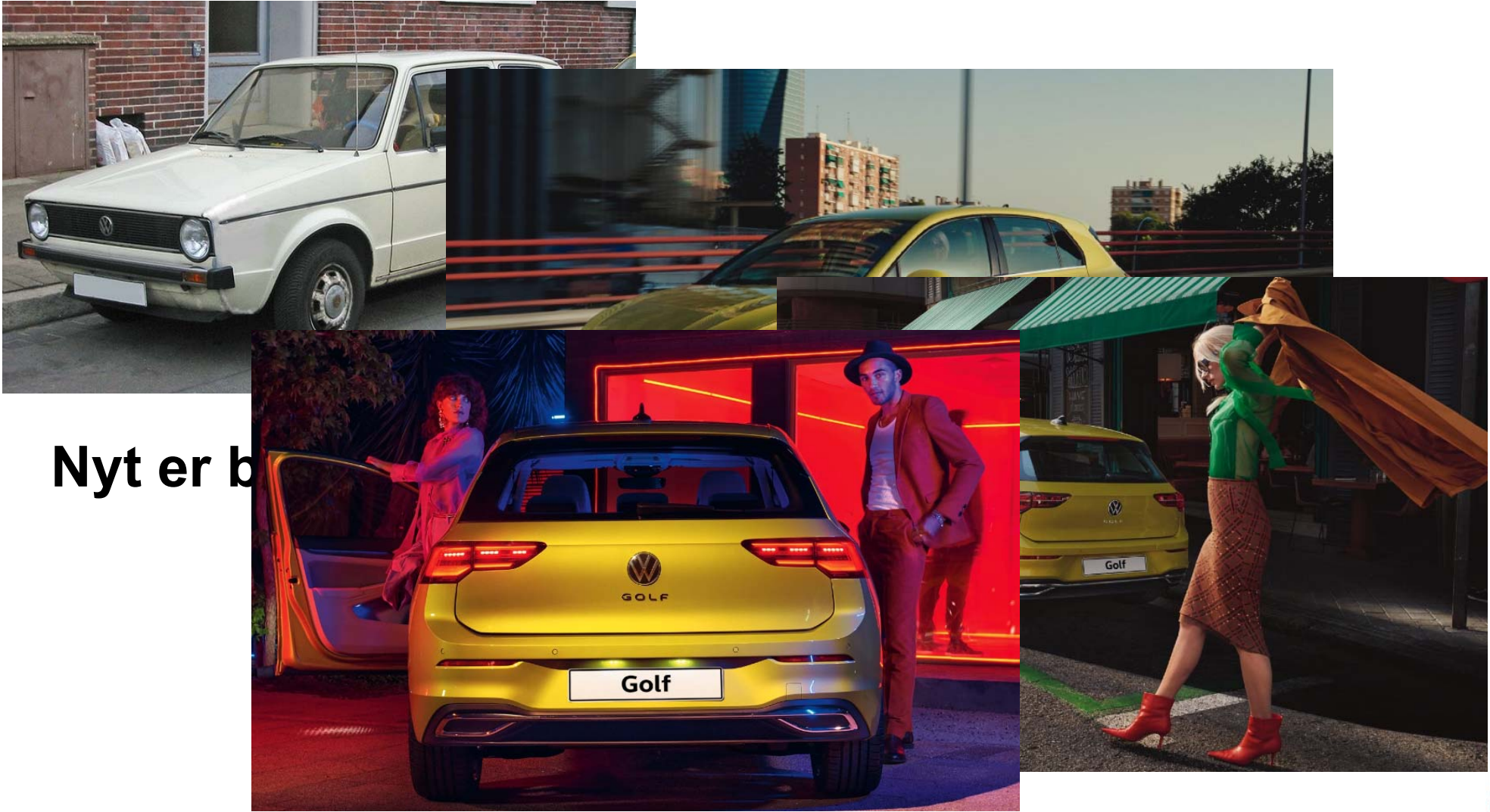
Statusartikel
Ugeskr Læger 2022;184:V12210942

Robotkirurgi er bredt implementeret inden for gynækologien i Danmark

Pernille Tine Jensen^{1, 2} & Ole Mogensen^{1, 2}
1) Kvindesyge og Fødsler, Aarhus Universitetshospital, 2) Institut for Klinisk Medicin, Health, Aarhus Universitet
Ugeskr Læger 2022;184:V12210942

UGESKRIFT FOR LÆGER

India's First **Minimally Invasive Muscle Sparing** Cruciate Retaining Total Knee Replacement of Both Knees in a single stage with Fully Automatic Robotic Arm Technology



Nyt er b

Register results- kliniske kvalitetsdatabser

Results

10 of the 33 prostheses had a significantly higher rate of revision compared with the best performing prostheses in their class.

None of the new hip prostheses performed better than the established prostheses

TABLE I Summary of Performance of New Hip Prostheses Used in More Than 100 Procedures

Hip Prosthesis	Total No. of Components	Compared with the Three Best Performing Prostheses with Follow-up of ≥ 5 Years		
		Better	Same	Worse
Cementless femoral	11	0	9	2
Cementless acetabular	12	0	9	3
Cemented femoral	1	0	0	1
Cemented acetabular	0	0	0	0
Resurfacing femoral	5	0	3	2
Resurfacing acetabular	4	0	2	2
Total	33	0	23	10

Test hverdagen



Test hverdagen



HEALTH AFFAIRS FOREFRONT | DRUGS AND MEDICAL INNOVATION

RELATED TOPICS:
QUALITY-ADJUSTED LIFE-YEARS | DISEASES

Nearly One-Third Of New Drugs Are No Better Than Older Drugs, And Some Are Worse

[Jonathan J. Darrow](#), [Aaron S. Kesselheim](#)

Test hverdagen

Der hvor vi ikke har den gode evidens



Test hverdagen

Der hvor vi ikke har den gode evidens

Hvad kan få os til at ændre?

Vi skal acceptere!

Vi skal implementere!

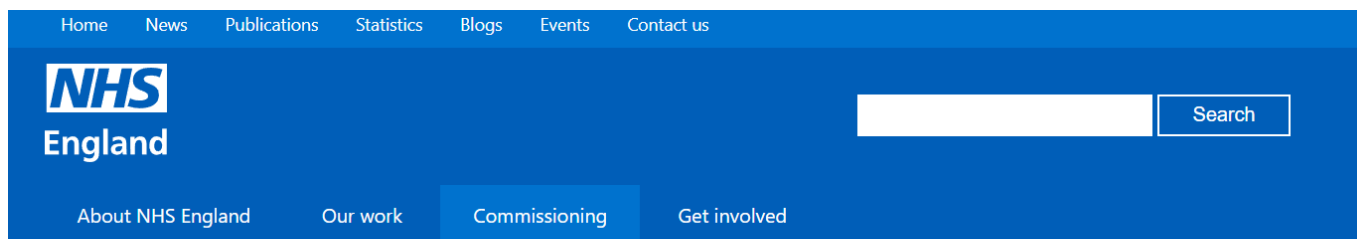
Hele patientforløbet



Test hverdagen

Der hvor vi ikke har den gode evidens

Hvordan?



The screenshot shows the NHS England website navigation bar. It features a blue background with white text. At the top, there is a horizontal menu with links: Home, News, Publications, Statistics, Blogs, Events, and Contact us. Below this, the NHS England logo is displayed on the left. To the right of the logo is a search bar with a white input field and a 'Search' button. At the bottom of the navigation bar, there are four menu items: About NHS England, Our work, Commissioning (which is highlighted with a darker blue background), and Get involved.

Commissioning

What is commissioning?

Commissioning is the process of assessing needs, planning and prioritising, purchasing and monitoring health services, to get the best health outcomes.

Who commissions NHS services?

Services are commissioned by integrated care boards and are overseen by NHS England on a regional basis.

Commissioned services

Find out more about the services that ICBs commission.

Test hverdagen

Der hvor vi ikke har den gode evidens

Hvordan? NHS UK

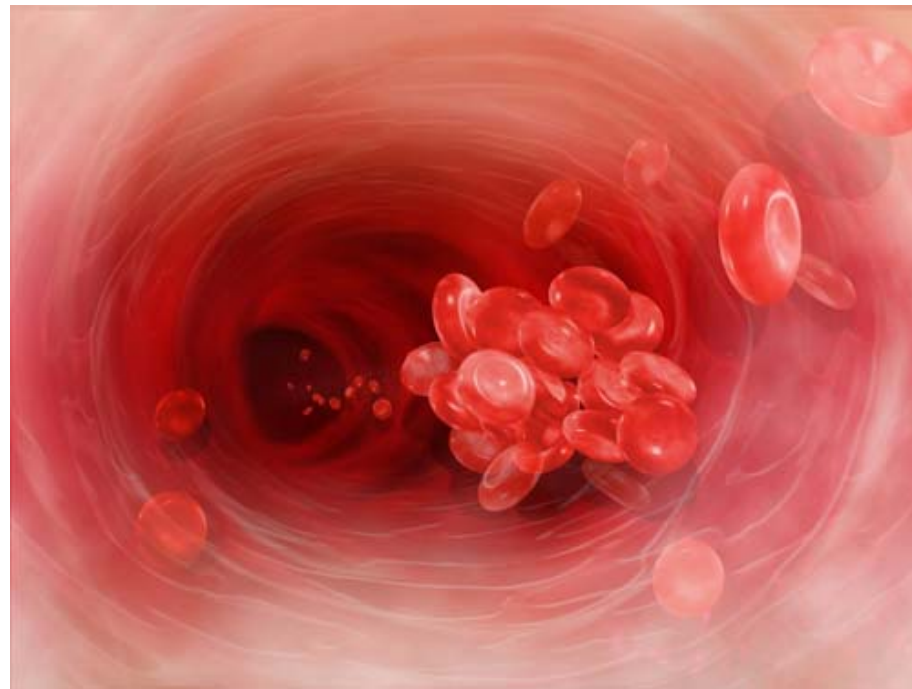


Test hverdagen

Der hvor vi ikke har den gode evidens

Hvordan kan vi bruge kvalitetsdatabaserne ?

Evidence in VTE prophylaxis of hip and knee arthroplasty



Evidence in VTE prophylaxis of hip and knee arthroplasty

Pharma-industry

- “High quality” studies
- Randomised, double-blind, non-inferiority trial
- NEJM, Lancet

- Focus on to preventing VTE in longer-term prophylaxis studies
 - 28-35 days
 - No short term studies
 - Including app. 15-20 % of the patients

- ***Studies performed in 2000-2010***

Danish register study

Independent researcher

Thrombosis Research 135 (2015) 322–328



Contents lists available at ScienceDirect

Thrombosis Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/thromres



Regular Article

Effectiveness and safety of different duration of thromboprophylaxis in 16,865 hip replacement patients - A real-world, prospective observational study



Alma B. Pedersen ^{a,*}, Henrik Toft Sorensen ^{a,1}, Frank Mehnert ^{a,1}, Soren Paaske Johnsen ^{a,1}, Soren Overgaard ^{b,2}

^a Department of Clinical Epidemiology, Aarhus University Hospital, Olof Palmes Alle 43-45 8200 Aarhus N, Denmark

^b Department of Orthopaedic Surgery and Traumatology, Odense University Hospital, Institute of Clinical Research, University of Southern Denmark, Sdr. Boulevard 29, 5000 Odense C, Denmark

Is evidence lacking in VTE prophylaxis in primary hip and knee arthroplasty?

Table 1

Characteristics of 16,865 patients that underwent total hip replacement in 2010, 2011, and 2012 in Denmark.

Patient characteristics	Short, 0-6 days, N = 4804, n (% of N)	Standard, 7-27 days, N = 6362, n (% of N)	Extended, + 28 days, N = 5699, n (% of N)

Thrombosis Research 135 (2015) 322–328



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Thrombosis Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/thromres



Regular Article

Effectiveness and safety of different duration of thromboprophylaxis in 16,865 hip replacement patients - A real-world, prospective observational study



Alma B. Pedersen ^{a,*}, Henrik Toft Sorensen ^{a,1}, Frank Mehnert ^{a,1}, Soren Paaske Johnsen ^{a,1}, Soren Overgaard ^{b,2}

^a Department of Clinical Epidemiology, Aarhus University Hospital, Olof Palmes Alle 43-45 8200 Aarhus N, Denmark

^b Department of Orthopaedic Surgery and Traumatology, Odense University Hospital, Institute of Clinical Research, University of Southern Denmark, Sdr. Boulevard 29, 5000 Odense C, Denmark

RADS guideline



Behandlingsvejledning med lægemiddelrekommandation: Forebyggelse af blodpropper ved knæ og hoftekirurgi (Tromboseprofylakse til ortopædkirurgiske patienter)

Fagudvalg under Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin, RADS, er interne, rådgivende arbejdsgrupper, der refererer til Rådet. Fagudvalgene udarbejder forslag til baggrundsnotater og behandlingsvejledninger for anvendelse af medicin inden for specifikke behandlingsområder. Dokumenterne forelægges RADS, som træffer beslutning om indholdet af de endelige baggrundsnotater og forpligtende behandlingsvejledninger.

Målgruppe	Relevante afdelinger Lægemiddelkomitéer Sygehusapoteker Andre relevante interessenter	
Udarbejdet af	Fagudvalget for tromboseprofylakse til ortopædkirurgiske patienter under Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin	
Gældende fra	1. april 2016	Version: 1.1 Dok.nr: 160439 Offentliggjort: Marts 2016

Test hverdagen

Der hvor vi ikke har den gode evidens

Hvordan kan vi bruge kvalitetsdatabaserne ?

Antibiotika-profylakse

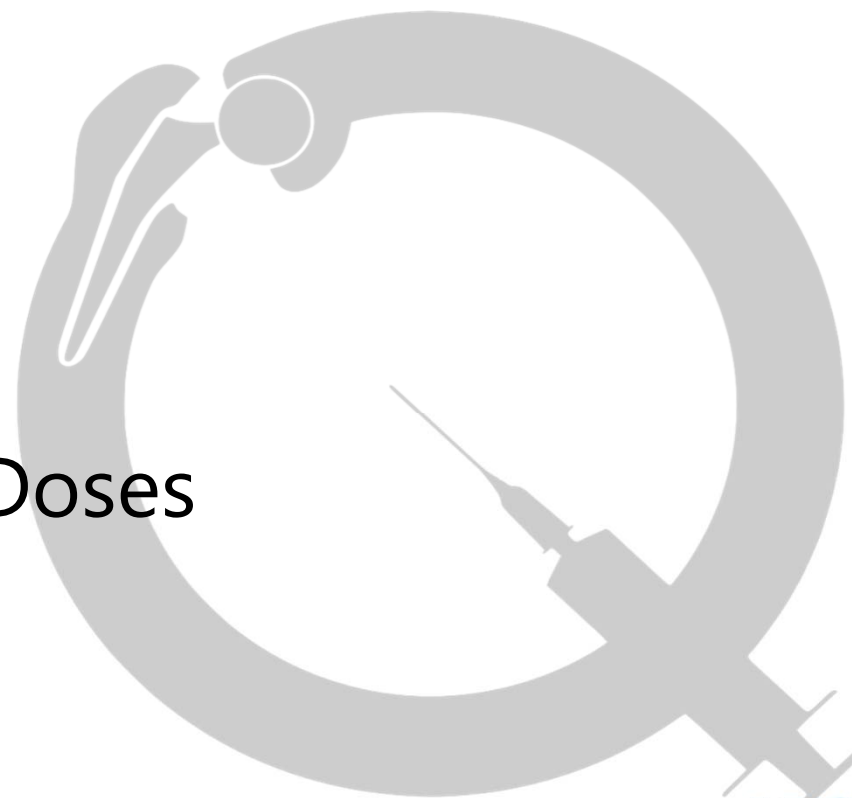
PRO HIP UALITY Trial

Antibiotic Prophylaxis in Primary Total Hip Arthroplasty

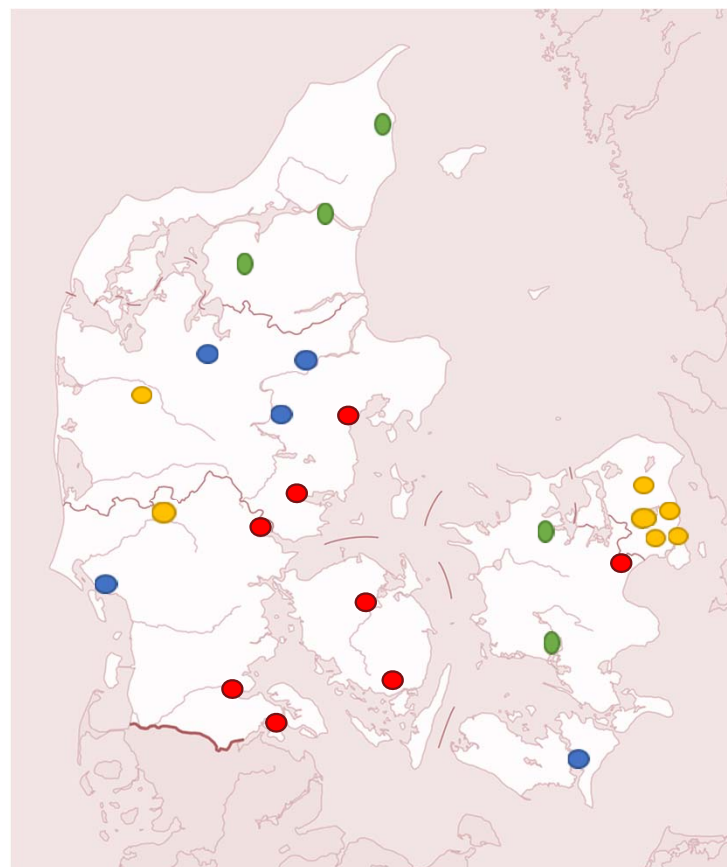
Single Dose versus Multiple Doses

Armita A. Abedi, Læge, Ph.d.-studerende

Ortopædkirurgisk afdeling M, Bispebjerg Hospital
Department of Clinical Medicine, Faculty of Health and Medical Sciences,
University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark



AB Profylakse ved primær THA i Danmark



- 1
- 1+1
- 1+2
- 1+3

Nationalt Studie

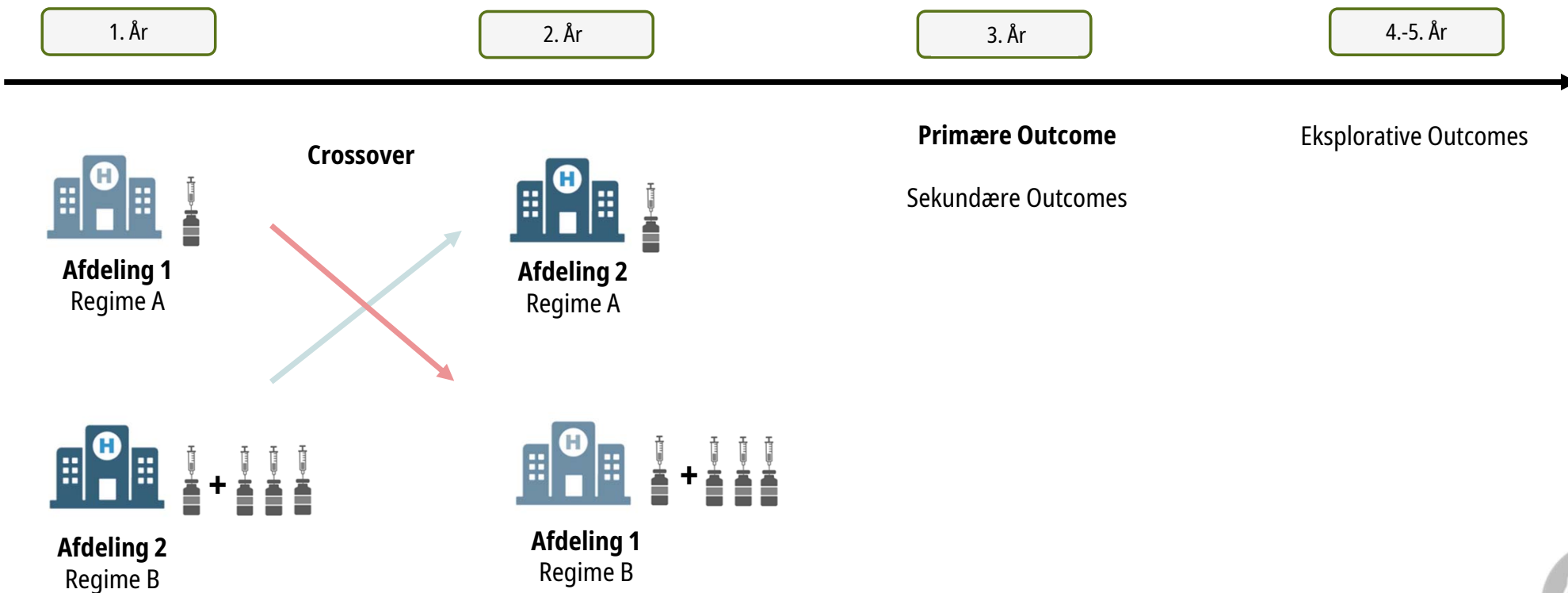
Alle offentlige og private kliniker har givet tilsagn om at deltage i projektet



Design

Nationalt klyngerandomiseret kontrolleret forsøg

- Afdelingsinstrukser med antibiotikaregime



Data hentes fra nationale databaser:

- Dansk Hoftealloplastik Register
- HAIBA (Healthcare- Associated Infections Database) under SSI
- Landspatientregisteret
- CPR
- Lægemiddelstatistikregisteret (DNPR)



Test hverdagen

Der hvor vi ikke har den gode evidens

Hvad kan få os til at ændre?

Test hverdagen

Der hvor vi ikke har den gode evidens

Vi skal gøre det som virker

Vi skal ikke sætte nyt i gang før v

- **Skab test-kultur og klare retningslinjer**
- **Implementer**

Tak



05-12-2022

27

Test hverdagen

Der hvor vi ikke har den gode evidens

Gør forskel- skab god evidens igennem inkluderende forskning

Nationalt

Regionalt

Lokalt

Skab kliniske retningslinjer som vi følger

Hele patientforløbet



Test hverdagen

Nyt er bedre !?!?

Nye teknologier

AI

Hvad virker – hvad virker ikke ?

Hvad giver værdi ?



Hele patientforløbet

Indhold

**Test hverdagen –
Hvad virker og giver værdig gør
Databaser?**

Hvordan får vi gjort det rigtige fremadrettet

**Hvordan undgår vi at få sat gang i noget der ikke virker
Hvad virker ikke- hvordan defineres det?**

Hvornår er noget unødvendigt?

**Hvordan skal vi følge op på det?
Hvad skal der tænkes på**

Hvilket

Indhold

Test hverdagen – Hvad virker og giver værdi gør – hvad virker ikke

Hvornår er noget unødvendigt?

Hvordan skal vi følge op på det? Databaser?

Hvordan får vi gjort det rigtige fremadrettet

Ny teknologi- MR-scanning- AI modeller

Nye implantater

Nyt apparatur

Nye medicinske behandlinger

Hvordan undgår vi at få sat gang i noget der ikke virker

Hvad virker ikke- hvordan defineres det?

Indhold

Test hverdagen – Hvad virker og giver værdig gør

Hvordan får vi gjort det rigtige fremadrettet

Ny teknologi- MR-scanning- AI modeller

Nye implantater

Nyt apparatur

Nye medicinske behandlinger

Hvordan undgår vi at få sat gang i noget der ikke virker

Hvad virker ikke- hvordan defineres det?

Hvornår er noget unødvendigt?

Hvordan skal vi følge op på det? Databaser?

Hvad skal der tænkes på

Hvilket

Synopsis

Sundhedsvæsnet er under pres. Der mangler penge og kolleger efter årtier med krav om både større produktion og besparelser. Den demografiske udvikling gør, at presset øges i årene fremover. Der er nedsat en Robusthedskommission med SST for bordenden for at komme med anbefalinger til løsninger på de grundlæggende udfordringer. (1)

I vestlige landes sundhedsvæsen er 20 % af det, vi laver, spild og 10 % baseret på god evidens. (2)

Vi ved fra både patienter og læger, at der bliver lavet alt for mange unødvendige behandlinger, procedurer og undersøgelser i det danske sundhedsvæsen. Vi bør som lægefaglige specialer evaluere behandlingerne, pege på det unødvendige og dernæst holde op med de ting, der ikke virker. Mere er ikke altid bedre, uanset hvad bevæggrunden er. For mange interne henvisninger på hospitalerne koster tid og kræfter. Vi finder mere, end vi leder efter i billeddiagnostikken – og så er vi nødt til at handle på fundene. Der laves overflødige biopsier, som kunne have været undgået ved bedre samarbejde mellem faglighederne. Der er talrige eksempler fra den kliniske hverdag.

Vores retningslinjer har hidtil støttet os i det, vi skal gøre. Nu skal de også støtte os i det, vi skal undgå. For at lykkes med kulturændringen skal vi foruden læge-patientsamarbejdet også samarbejde på tværs af specialer. Vi skal i fællesskab bruge sundhedsdata til at prioritere både når det gælder tilvalg og – som noget nyt – når det gælder systematiske fravalg.

Vores kliniske kvalitetsdatabaser skal sammen med den evalueringskultur, vi skal have indført i det danske sundhedsvæsen, hjælpe os til at gøre det rigtige for flest mulige patienter.

Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet

Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet

Et sundhedsvæsen under pres

Sundhedspersonalet er sundhedsvæsenets vigtigste ressource, som hver dag yder en livsvigtig indsats.

Så mennesker, der er syge, kan få den hjælp,

de har brug for, og så fx ældre kan få en værdig pleje og omsorg. Der vil i fremtiden blive flere ældre og flere, der lever med kroniske sygdomme og psykiske lidelser. Samtidig bliver der færre i den arbejdsdygtige alder, som kan bidrage med den nødvendige arbejdskraft. Selvom der bliver uddannet mere sundhedspersonale, ses der allerede nu udfordringer med rekruttering og fastholdelse.

Personalegrupper melder om udfordringer i forhold til travlhed og mangel på tid til kerneopgaven.

Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet

Regeringen vil derfor nedsætte en kommission for robusthed i sundhedsvæsenet, som skal komme med anbefalinger til løsninger på de grundlæggende udfordringer i sundhedsvæsenet, som den demografiske udvikling medfører i forhold til personalekapaciteten.

Kommissionen skal se på løsninger, som sikrer personale nok og tid til patienterne i hele sundhedsvæsenet.

Løsningerne skal ligeledes sikre mere fleksibilitet og tværfaglighed i opgaveløsningen, bedre fastholdelse i udfordrende opgaver som akutarbejde, vagtarbejde mv., fastholdelse i fuldtidsarbejde og i længere arbejdsliv samt nedbringelse af bureaukrati.

Kommissionen skal samle væsentlige aktører på området, der har kendskab til og erfaring med sundhedsvæsenets drift.

Regeringen indstiller Søren Brostrøm, direktør i Sundhedsstyrelsen, som formand for kommissionen.

Kommissionens arbejde skal drøftes med Folketingets partier under forhandlingerne om sundhedsreformen.

Derefter bliver kommissionen nedsat hurtigst muligt.

K

k

Mine noter

Hvad gør vi i dag i forhold til alle de behandlinger patientforløbundersøgelser opfølgninger med hensyn til at vurdere om de skaber værdi for patienten og sundhedsvæsenet. Vi ikke skal gøre at vi ændre adfærd. Vil gøre rigtig meget som vi tror og håber virker men gør det rent det. For eksempel hvor lang tids antibiotika er rimeligt at give efter forskellige behandlinger. Hvorledes ser det ud med kolesterol sinkende medicin i forhold til særlige patientgrupper. Virker det. Hvor mange bivirkninger skaber det. Hvad er rimeligt at udsætte patientens far. Hvornår gør vi det rigtige. Hvad er det rigtige. Hvordan skal vi ud vurderer om vi gør det rigtige. Jeg vil klar over hvilke forskning der ligger til grund for den behandlingspraksis vi sætter i gang. Langt de fleste af de studier som gennemføres af lægemiddelindustrien bygger på måske ti til 30 % af den population vi ender med at applicerer indgive behandling på. Jeg er sikker på at vi alle kan identificere områder hvor at der kunne være god basis for at undersøge hvad der reelt giver mening. Vi skal være klar over hvilke studier som reelt kan blive holdning staldene og medfører at vi reelt ændre behandlingspraksis i dag. Vi har desværre ikke helt den tradition i Danmark og specielt ikke fra myndighedernes side. Vender vi os imod England har givet deres Nice guidelines som gør at der bliver lavet aftaler i forhold til Birgit studier man ønsker gennemført. De bliver gjort stor Multicenter studier i pragmatiskedesigns. Efterfølgende går myndighederne ind og laver retningslinier på det givneområde.

Jeg tror vi skal have gang i denne diskussion i Danmark således vi kan blive bedre i fremtiden.
Ny linje ny linje ny behandling af sundhedsvæsenet

Hvordan skal vi forholde os til at tage nye behandlinger i gang eller nye typer udredninger og opfølgninger. Hvilke krav der stilles til den foreliggende evidens. Det er en vigtig diskussion at have indenfor de forskellige specialer fagområder. Højeste vidensniveau er ikke altid det er der skaber grundlag for at ændre praksis som jeg nævnte i forbindelse med det vi foretager i dag.

Skal vi bruge robotter, skal vi bruge aktiv selv intelligens, skal vi inddrage patienten i hvordan vi implementerer nye tiltag i sundhedsvæsenet. Jeg tror vi skal gøre meget mere brug af hvad der reelt giver værdi for patienten og ikke rigtig tror giver værdi. Enhver ny behandlingudredning eller opfølgning i sætter i gang bør være underlagt et spørgsmål om hvilken værdi giver det her specifikt

Robusthed i Sundhedsvæsenet

Det agile væsen

<https://sum.dk/temaer/robusthedskommissionen>

<https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/danske-regioner-saadan-goer-vi-sundhedsvaesenet-mere-robust>

Robusthed i sundhedsvæsenet - hvordan skærer vi det unødvendige fra og optimerer resten?

I vestlige landes sundhedsvæsen er 20% af det, vi laver, spild og 10% baseret på god evidens. Robusthed indebærer, at vi undgår det unødvendige, evaluerer det eksisterende og holder op med det, der ikke virker. Sessionen indeholder oplæg om og deltagernes bud på konkrete forslag til at styrke robustheden. Baseret på kliniske retningslinjer, sundheds- data, prioritering og vores kliniske kvalitetsdatabaser vil vi diskutere de tiltag, der er nødvendige i det danske sundheds- væsen.

Hvad giver robusthed
Fornuftig anvendelse af ressourcer

Der skal skabes et fælles fokus for sundhedsfarlige personale- læger sygeplejersker : patienten skal behandles.
Vi skal uddannes til dette.

Stærk faglighed
Stærk dømmekraft
Stærk prioritering

Tillid til dig selv og din faglighed evt

Skære det unødvendige væk.
Kontroller- skaber de værdi for pt?

Tid til at tale med patienten

I et presset sundhedsvæsen, hvor der vogtes nidkært over fejl i behandlingen, kommer registrering og proceskrav let til at fylde mere, end den sundhedsprofessionelle dømm- og handlekraft.

Kan vi underbygge vores tal?

Et robust væsen sikrer at det ikke oversvømmes af pt.
Løbende i kontrol.

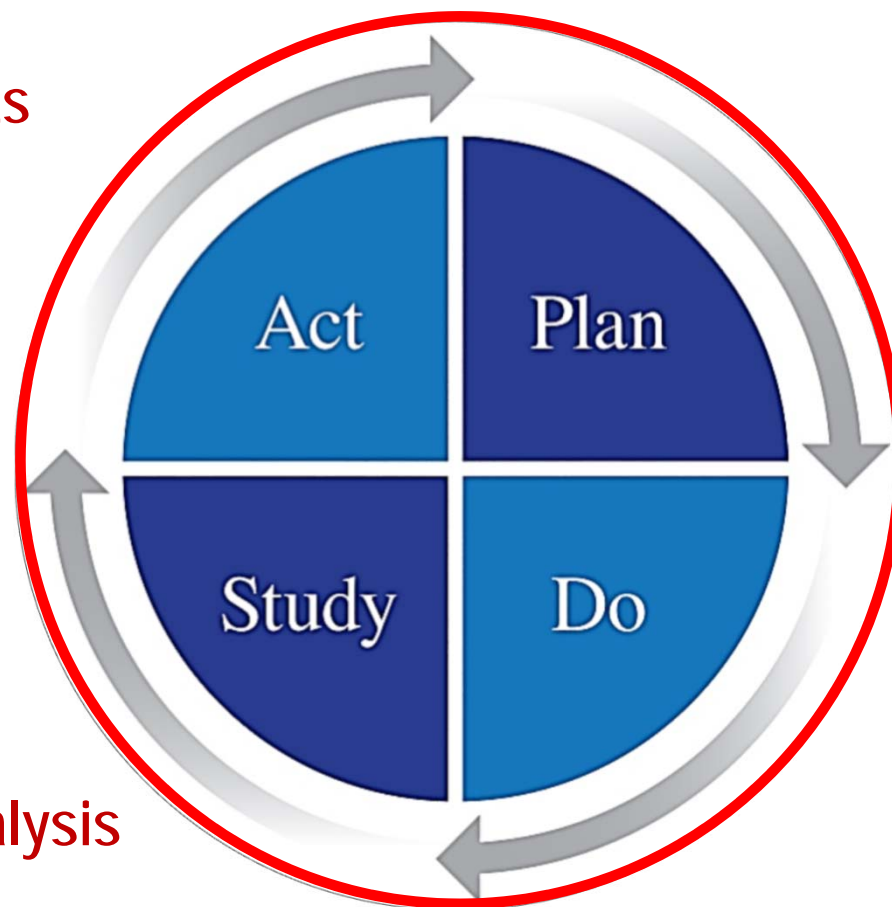
Forebyggelse af sygdom og indlæggelser er i det hele taget afgørende for et robust sundhedsvæsen, som ikke drukner i patienter, som kunne være hjulpet tidligere. Det gælder også i ældreplejen og hos mange med kronisk sygdom og multisygdom.
Det er noget af det, som vi gerne vil gøre bedre sammen med kommunerne og almen praksis, når Folketinget er blevet enige om rammerne i en sundhedsreform. Men det kræver investeringer.

Balance offentligt og privat
Stærk offentlig sektor
En del af demokratiet.
9

Et robust sundhedsvæsen skal gå på flere ben. I regionerne er arbejdet godt i gang, men der er ting, vi ikke kan ændre på selv, og hvor der derfor er behov for samarbejde med staten, organisationerne, uddannelserne og andre aktører. En kommission kan ikke gabe over alt, vi har nævnt her. Det er vigtigere, at den arbejder hurtigt på at skabe færre barrierer, færre faggrænser og færre proces- og registreringskrav, så vi kan komme i gang med at fremtidssikre sundhedsvæsenet.

Challenges- quality circle

Dissimination of results
Act and change your
practice



Clinical guidelines

- Concept
- Approach

Data collection and analysis
Monitor and audit

Clinical practice

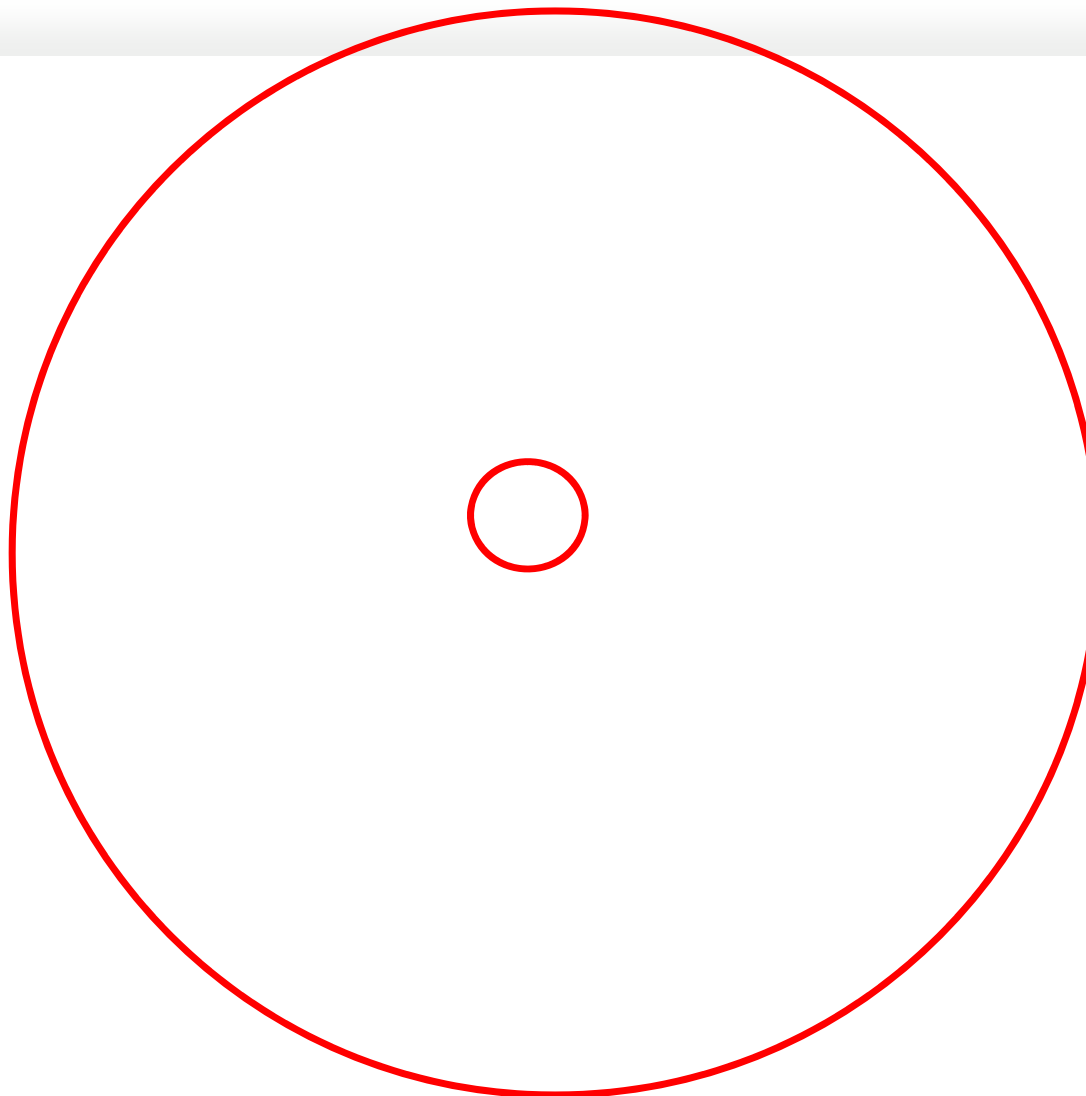
- Well-defined

The value of a national the arthroplasty register

Improvement of the quality

- *National*
- *Regional*
- *Department*
- *Surgeon ? (few register)*
- Observation – monitoring – detection- action



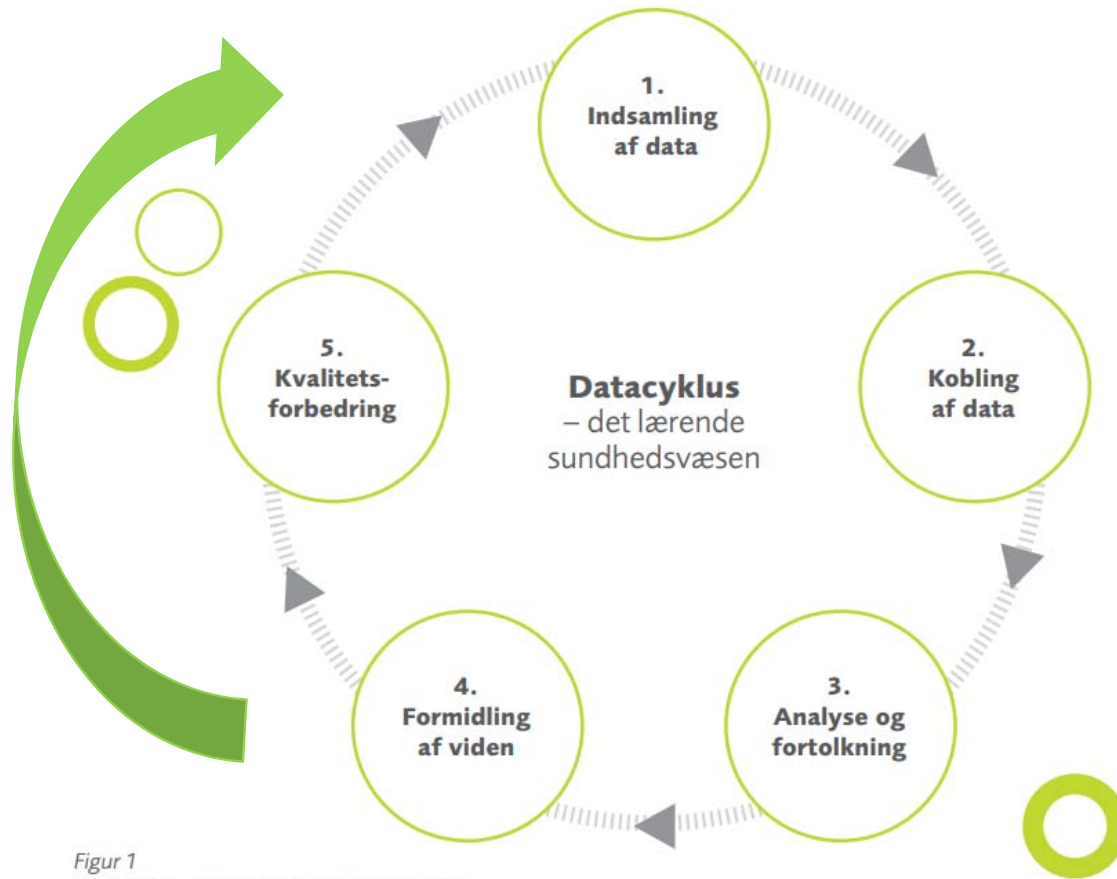


Denmark app. 6 mill. 42.394 km²

Thank you



Indikatorer



Figur 1
Datacyklus – det lærende sundhedsvæsen

Giver indikatoren mening

Alle niveauer

Hospitals-direktøren- RKKP,

Afdelingsledelse

Læger

Sundhedsfaglige personale

Patienter