

# Hvordan redusere skulderkirurgi i spesialisthelsetjenesten

*Et kvalitetsforbedringsprosjekt ved det  
medisinske fakultet*

Eurona Svirca, Håkon Lien, Linn T. Grønneberg,  
Marianne Grønstad, Sjur Prestsæter, Umair Farrukh,  
Zein Ahmad



Prosjektoppgave i KLoK

UNIVERSITETET I OSLO

03.05.19

© Gruppe 16

2019

Tittel: Hvordan redusere skulderkirurgi i spesialisthelsetjenesten. Et kvalitetsforbedringsprosjekt ved det medisinske fakultet

Forfatter: Eurona Svirca, Håkon Lien, Linn T. Grønneberg, Marianne Grønstad, Sjur Prestsæter, Umair Farrukh, Zein Ahmad

Trykk: Representeren, Universitetet i Oslo

# Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag .....	4
2	Introduksjon .....	5
3	Kunnskapsgrunnlaget .....	7
3.1	Gjennomgang av resultater .....	8
3.2	Kritisk vurdering av retningslinjene .....	11
3.3	Kan vi stole på kunnskapsgrunnlaget? .....	12
4	Dagens praksis, tiltak og indikator .....	13
4.1.1	Dagens praksis .....	13
4.1.2	Pasientflyt .....	14
4.2	Tiltak .....	16
4.2.1	Lage en tilpasset kortversjon .....	16
4.2.2	Informasjon og oppfølging .....	17
4.2.3	Forhindre tap i form av inntekt og opplæringsmuligheter .....	18
4.3	Kvalitetsindikator .....	18
4.3.1	Hva er en kvalitetsindikator? .....	18
4.3.2	Prosessindikator .....	19
5	Prosess, ledelse og organisering .....	21
5.1	Prosjektledelse og organisering .....	21
5.2	Strukturering av arbeidet .....	23
6	Diskusjon .....	26
7	Konklusjon .....	30
8	Kildeliste .....	31

# 1 Sammendrag

**Tema/problemstilling:** Kirurgisk behandling av kroniske, ikke traumatiske, skuldersmerter er fortsatt en hyppig brukt behandling selv om selv om dette er sterkt frarådet i vårt kunnskapsgrunnlag. Vi har beskrevet et kvalitetsforbedrende prosjekt, med utgangspunkt i ortopedisk avdeling med Universitetssykehuset i Nord-Norge, som utførte 418 slike inngrep i 2017.

**Kunnskapsgrunnlag:** Det kvalitetsforbedrende prosjektet er basert på en helt ny retningslinjene fra *BMJ* Rapid Recommendations. Retningslinjene er basert på to tilknyttede systematiske oversikter som omhandler fordeler og ulemper med subacromial dekompresjonskirurgi og viktige forskjeller på pasient-rapportert målte utfall. De systematiske oversiktene er validert i henhold til GRADE-tilnærmingen som er en metode for å vurdere kvaliteten på evidens og styrke av anbefalinger. Med solid grad av evidens er retningslinjenes klare anbefaling er å velge konservativ behandling ved kroniske, ikke traumatiske, skuldersmerter hos voksne.

**Tiltak/kvalitetsindikator:** Tiltakene er utarbeidelse av en forenklet kortversjon av retningslinjene, samt implementering av de i avdelingens metodebok. Videre vil det være nødvendig med et strukturert internundervisningsprogram om de nye retningslinjene slik at alle på avdelingen blir kjent med grunnlaget for retningslinjene. For å sørge for at retningslinjene blir fulgt har vi valgt en prosessindikator: antall pasienter med kroniske skuldersmerter som blir behandlet med kirurgi ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Måler er at antall operative inngrep for kroniske, ikke traumatiske, skuldersmerter er ned mot null i løpet av ett år.

**Ledelse/organisering:** Vi har beskrevet en prosjektgruppe som har ansvar for å iverksette de beskrevne tiltakene og kontrollere at retningslinjene blir fulgt, og eventuelt vurdere iverksettelse av nye tiltak om de ikke når målet.

**Konklusjon:** Med en sterk anbefaling fra kunnskapsgrunnlaget, og erfaringen fra et annet universitetssykehus som vellykket har klart å implementere de nye retningslinjene, bør prosjektet være gjennomførbart for ortopedisk avdeling ved Universitetssykehuset i Nord-Norge.

## 2 Introduksjon

I 2017 ble i underkant av 6000 nordmenn operert for kroniske skuldersmerter, også kjent som subacromialt smertesyndrom i medisinen, ifølge Helseatlas(1). Men hva er kroniske skuldersmerter og hvordan definerer man det? De fleste pasienter som har skuldersmerter over lengre tid uten noe tidligere gjennomgått traume, ender opp med en av følgende diagnoser: subacromialt smertesyndrom (SAPS på engelsk), inneklemt skulder (impingement) eller sykdom i rotatormansjetten. De nevnte diagnosene har fellestrekk når det kommer til kliniske symptomer, men de er ikke presist definert og overlapping mellom disse forekommer. Subacromialt smertesyndrom kan defineres som smerter i overarmen og skulderen når man løfter armen, vanskeligheter med bevegelse av armen, især for overfleksjon, utoverrotasjon og abduksjon, redusert styrke i armen samt doven arm grunnet smerter (2). Kroniske skuldersmerter kan naturligvis også oppstå etter et traume eller akutt overbelastning.

Den mest benyttende operasjonsteknikken er reseksjon av acromion gjennom kikhullskirurgi. Dette er en teknikk som har tatt over for åpen kirurgi. Ved å fjerne slimposen og deler av skjelettet under overflaten til acromion bedrer man plassen (2). Tanken bak er at den økte plassen vil på sikt føre til mindre irritasjon og fjerne betennelsen som fører til smertene.

Dette er et problem som har vokst i omfang, men antall operasjoner totalt i Norge har hatt en nedgang fra ca. 8000 til 6000 fra 2013 (1). Dette fordi det de siste årene allerede har eksistert en faglig debatt hvorvidt skulderkirurgi har noe bedre effekt enn konservativ behandling (3). I nyere tid (2018) har det kommet mer og sterk evidens for at skulderkirurgi ikke har noe bedre effekt enn konservativ behandling (4, 5).

Faktisk har det vært evidens for dette så tidlig som i 1993, da Brox et al gjennomførte en randomisert kontrollert studie som sammenlignet kirurgisk behandling, konservativ behandling og placebo hos pasienter med kroniske skuldersmerter / rotator cuff disease (6). Coghlan et al gjennomførte en systematisk oversikt i 2008 hvor de inkluderte 14 randomiserte kontrollerte studier med 829 pasienter. De kunne heller ikke konkludere med at kirurgi har noe vesentlig effekt (7).

6. februar 2019, altså veldig nylig, kom det en splitter ny, oppdatert internasjonal retningslinje fra BMJ Rapid Recommendations som sterkt fraråder kirurgi. British Medical Journal er et

velkjent medisinsk tidsskrift. Deres retningslinje har grunnlag i forskning fra hele verden som er blitt systematisk gjennomgått. Blant annet inngår to kontrollerte studier fra 2018 (nevnt over) som gir et vesentlig godt grunnlag i favør konservativ behandling.

Dagens forskning gir derfor opphav til følgende problemstilling: Hvordan kan vi få redusert skulderoperasjoner i forbindelse med subacromialt smertesyndrom? I dette kvalitetsforbedringsprosjektet ved det medisinske fakultet, UiO tar vi for oss denne retningslinjen og hvordan vi kan implementere denne i et klinisk mikrosystem, naturligvis en ortopedisk avdeling. Vi skal i denne oppgaven redegjøre for dagens praksis, kunnskapsgrunnlaget og foreslå endringer som vi på sikt håper blir innført. I denne teoretiske oppgaven tar vi for oss sykehuset i Finnmark, da de er på toppen når det kommer til antall operasjoner de siste årene i Norge.

### 3 Kunnskapsgrunnlaget

Kunnskapsgrunnlaget for dette prosjektet er retningslinjer fra et internasjonalt samarbeid kalt «BMJ Rapid Recommendations». Dette er et samarbeid mellom British Medical Journal og MAGIC. Der jobber forskere og leger sammen med pasienter for raskest mulig kunne transformere ny kunnskap fra forskning til retningslinjer til bruk i klinisk praksis. Målet er å lage oppdaterte retningslinjer til klinisk bruk. Retningslinjene skal være ment å bringe frem ny kunnskap som kan føre til endringer i dagens kliniske praksis. I dag kan det være en utfordring at det tar lang tid fra ny kunnskap blir inkorporert i gjeldende retningslinjer. Hensikten med «BMJ Rapid Recommendations» er at ny kunnskap skal nå ut i klinisk praksis raskere sammenlignet med tradisjonelle retningslinjer og unngå at pasienter får utdatert behandling (8).

Medarbeiderne i «The Rapid Recommendations-teamet» skal identifisere og kvalitetsvurdere de studiene som kan endre gjeldende praksis. Det blir laget systematiske oversikter over fordeler og ulemper med intervensjonen, baseline risiko for viktige utfall, og pasientens verdier og preferanser blir inkludert. I et parallelt panel med leger og pasienter velges de viktigste utfallene for pasientene. For å vurdere kunnskapsgrunnlaget bruker de GRADE-tilnærmingen og kommer etterhvert frem til retningslinjer som kan publiseres.

Retningslinjene er enda ikke inkorporert i kunnskapspyramiden McMaster PLUS. De kommer derfor ikke opp som resultat når man søker i denne kunnskapspyramiden. Hensikten er at retningslinjene etterhvert skal bli en del av kunnskapspyramiden og vil da få plass på øverste trinn. Gruppen vår ble kjent med disse retningslinjene gjennom undervisningen i faget Kunnskapshåndtering, kvalitet og ledelse (KloK) (2).

Vår gruppe valgte å definere et PICO-spørsmål for å tydeliggjøre problemstillingen:

P: Voksne pasienter med kroniske smerter i skulder (definert som varighet av smerte over 3 mnd.)

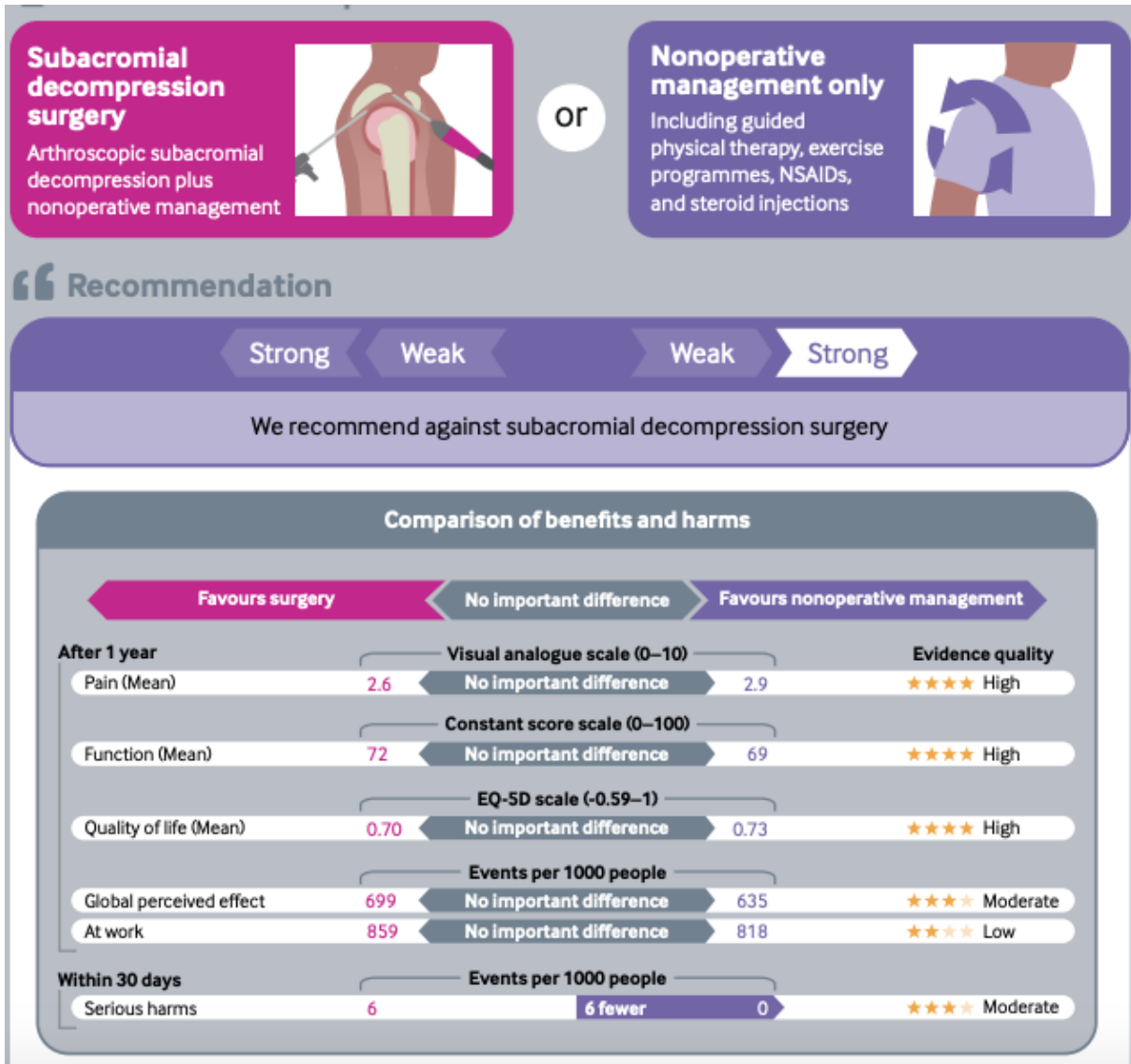
I: Subacromial dekompresjonskirurgi

C: Konservativ behandling (inkludert fysioterapi, trening, NSAIDS og kortikosteroid-injeksjoner)

O: Arbeidsevne, funksjon, livskvalitet, smerte, og total opplevde effekt.

### 3.1 Gjennomgang av resultater

I samarbeid med Magic App har BMJ Rapid Recommendations presentert følgende illustrative anbefaling for voksne pasienter med kroniske smerter i skulderen.



Figur 1: Utdrag fra figur i BMJ Rapid Recommendations (Gjengitt med tillatelse fra P. O. Vandvik)

De aktuelle kildene som er bakgrunnen for retningslinjene er basert på to tilknyttede systematiske oversikter som omhandler fordeler og ulemper med subacromial dekompresjonskirurgi (a) (9) og viktige forskjeller på pasientrapportert målte utfall (b) (10).

Disse to systematiske oversiktene er validert i henhold til GRADE-tilnærmingen som er en metode for å vurdere kvaliteten på evidens og styrke av anbefalinger. Ved alle de absolutte



effektestimaterne på utfallene så overlapper konfidensintervallene, se tabell 1. Det betyr at resultatene viser ingen signifikante forskjeller mellom kirurgi versus konservativ behandling av kroniske skuldersmerter på utfallene: funksjon, livskvalitet og smerte (2).

Det betyr at retningslinjenes klare anbefaling er å velge konservativ behandling ved kroniske skuldersmerter hos voksne. Dette på bakgrunn av at det er ingen forskjell på viktige utfall for pasientene sammenlignet med kirurgi. Ved konservativ behandling unngår man potensielle bivirkninger og komplikasjoner som kan forekomme ved kirurgi.

Utfall	Resultat konservativ behandling	Resultat kirurgisk behandling	Absolutt effektestimert Konfidensintervall	Sikkerhet av effektestimert	Konklusjon
Total opplevet effekt etter 6 mnd.	447/1000	465/1000	Forskjell 18 flere per 1000 (CI 95% 85 færre til 152 flere)	Moderat	Kirurgi har trolig ingen eller liten effekt på total opplevet effekt etter 6 mnd.
Total opplevet effekt etter 12 mnd.	635/1000	699/1000	Forskjell 64 flere per 1000 (CI 95% 38 færre til 191 flere)	Moderat	Kirurgi har trolig ingen eller liten effekt på total opplevet effekt etter 12 mnd.
Tilbake i arbeid etter 6 mnd.	700/1000	658/1000	Forskjell: 42 færre per 1000 (CI 95 % 182 færre til 147 flere)	Lav	Kirurgi kan ha liten eller ingen effekt på tilbakekomst i arbeid etter 6 mnd.
Tilbake i arbeid etter 12 mnd.	818/1000	859/1000	Forskjell: 41 flere per 1000 (CI 95 % 90 færre til 188 flere)	Lav	Kirurgi kan ha liten eller ingen effekt på tilbakekomst i arbeid etter 12 mnd.
Smerter etter 6 mnd.	3,9 (gjennomsnitt)	4,0 (gjennomsnitt)	Forskjell: 0,07 høyere (MD) (CI 95 % 0,51 lavere til 0,64 høyere)	Høy	Kirurgi har ingen eller liten effekt på smerter etter 6 mnd.
Smerter etter 12 mnd.	2,9 (gjennomsnitt)	2,6 (gjennomsnitt)	Forskjell: 0,26 høyere (MD) (CI 95 % 0,84 lavere til 0,33 høyere)	Høy	Kirurgi har ingen eller liten effekt på smerter etter 12 mnd.
Funksjon etter 6 mnd.	61 (gjennomsnitt)	57 (gjennomsnitt)	Forskjell: 3,72 høyere (MD) (CI 95 % 8,72 lavere til 1,28 høyere)	Høy	Kirurgi har ingen eller liten effekt på funksjon etter 6 mnd.
Funksjon etter 12 mnd.	69 (gjennomsnitt)	72 (gjennomsnitt)	Forskjell: 2,76 høyere (MD) (CI 95 % 1,36 lavere til 6,87 høyere)	Høy	Kirurgi har ingen eller liten effekt på funksjon etter 12 mnd.
Livskvalitet etter 6 mnd.	0,67 (gjennomsnitt)	0,66 (gjennomsnitt)	Forskjell: 0,01 høyere (MD) (CI 95 % 0,08 lavere til 0,05 høyere)	Høy	Kirurgi har liten eller ingen effekt på livskvalitet etter 6 mnd.
Livskvalitet etter 12 mnd.	0,73 (gjennomsnitt)	0,70 (gjennomsnitt)	Forskjell 0,3 mer (CI 95% 0.11 lavere til 0.06 høyere)	Høy	Kirurgi har liten eller ingen effekt på livskvalitet etter 12 mnd.
Alvorlige bivirkninger 30 dager etter kirurgi		6/1000 alvorlige bivirkninger 30 dager post operativt	6 flere alvorlige bivirkninger ved kirurgisk behandling (95 % CI 5-7/1000 som gjennomførte kirurgi)	Moderat	Kirurgi kan trolig øke risiko for alvorlige bivirkninger i noen grad

Tabell 1 Sammenfatning av resultatene fra kunnskapsgrunnlaget

## 3.2 Kritisk vurdering av retningslinjene

For å vurdere kvaliteten på de faglige retningslinjene har vi valgt å bruke Helsebiblioteket sin sjekkliste som er en forenklet versjon av kvalitetsvurderingsverktøyet AGREE. Denne er tilpasset til bruk i klinisk praksis (11).

### **Avgrensning og formål:**

Det kommer tydelig frem hva retningslinjen handler om og hvem som er målgruppen. Det er et grafisk sammendrag av retningslinjen som begynner med et bilde av en kvinne som tar seg til skulderen. Det er tydelig skrevet at retningslinjene omhandler voksne med ikke-traumatiske skuldersmerter i mer enn 3 måneder.

### **Involvering av interessenter:**

Det er beskrevet at retningslinjene er utarbeidet i et samarbeid mellom pasienter med erfaring fra skuldersmerter og skulderkirurgi og spesialister: ortopeder, fysioterapeuter, revmatolog, indremedisinere, allmenmedisinere, epidemiologer og spesialister i metodikk. Ingen av de involverte hadde oppgitt interessekonflikter.

### **Metodisk nøyaktighet:**

- I fotnotene er det beskrevet hvem som har utarbeidet retningslinjene.
- Det er et vedlegg med beskrivelse av hvordan «BMJ Rapid Recommendations» finner frem til ny kunnskap som kan endre gjeldende praksis. Dette er en generell beskrivelse av hvordan de arbeider.
- Det kommer ikke frem fullstendig søkestrategi som ble brukt for å komme frem til de to systematiske oversiktene som ble brukt som kilde til retningslinjen. Dette vanskeliggjør det å reprodusere søkene/søkestrategiene som ble brukt.
- Det er ikke beskrevet kriterier som ble brukt for å inkludere/ekskludere dokumentasjon som er funnet ved søk. Det fremgår heller ikke begrunnelsen for å inkludere/ekskludere ulike studier.
- Det innbefatter ikke informasjon om hvordan de konkret har gått frem i hver enkelt av retningslinjene de har publisert.

- Det kommer frem at flere av de aktuelle studiene som ble vurdert hadde for høy risiko for bias og ble derfor ikke inkludert i retningslinjene. Det fremgår dog ikke eksplisitt hvordan dette ble vurdert bortsett fra at kunnskapsgrunnlaget til retningslinjene har blitt vurdert ved bruk av GRADE-tilnærmingen.

**Klarhet og presisjon:**

Retningslinjene gir en konkret og spesifikk beskrivelse av hvilken behandling som er hensiktsmessig, og de ulike mulighetene for håndtering av kroniske skuldersmerter er beskrevet.

**Anvendbarhet:**

Det kommer klart frem faktorer som kan hemme eller redusere bruken av retningslinjene. Retningslinjene er for bruk i klinisk praksis, og eventuelle ressursmessige implikasjoner ved å følge anbefalingene er diskutert.

**Redaksjonell uavhengighet:**

Det kommer klart frem at retningslinjene er redaksjonelt uavhengige av den bidragsytende instans.

### 3.3 Kan vi stole på kunnskapsgrunnlaget?

Etter gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget, som er bakgrunnen for retningslinjene, er følgende godt forklart og dokumentert: avgrensning og formål, involvering av interessenter, klarhet og presentasjon, anvendbarhet og redaksjonell uavhengighet. Det som fremstår som en svakhet ved retningslinjene er at det er enkelte punkter ved den metodiske nøyaktigheten som mangler, som for eksempel søkestrategi, og at det ikke kommer tydelig frem hvordan de vurderte de enkelte studiene som ligger til grunn for resultatet. Det fremkommer at de har brukt GRADE-tilnærmingen, men det er ikke videre beskrevet hvordan denne vurderer kunnskapsgrunnlaget. Videre fremstår den konservative behandlingen som svært heterogen ved at den kan inneholde fysioterapi, anti-inflammatorisk analgetika, kortikosteroid-injeksjoner og trening. Det er vanskelig å si om individene som gjennomgikk konservativ behandling gjennomførte samme behandling. Dette kan gjøre det utfordrende å tolke effekten av konservativ behandling. Tross dette fremstår kunnskapsgrunnlaget som svært godt vurdert i henhold til GRADE-tilnærmingen.

## 4 Dagens praksis, tiltak og indikator

### 4.1.1 Dagens praksis

Det ble utført 8 100 skulderkirurgiske inngrep (acromionreseksjoner) på landsbasis i 2013 (161 per 100 000). Til sammenlikning ble det utført 5 950 (112 per 100 000) slike inngrep i Norge i 2017 (de offisielle tallene er ikke klare for 2018). Prosedyren utføres på en rekke sykehus i landet, hvorav Finnmark, UNN og Nord-Trøndelag er ledende innen flest inngrep per 100 000 innbyggere (3).

Vi har forsøkt å ta kontakt med seks ortopediske avdelinger på ulike sykehus rundt om i landet, med særlig vekt på sykehus som er ledende innenfor flest årlige skulderoperasjoner. Ingen av disse sykehusene – som dermed har et forbedringsbehov i lys av den nye retningslinjen – har vært villige til å arbeide med oss i dette forbedringsprosjektet. Vi har derfor valgt å bruke Universitetssykehuset i Nord-Norge som vårt mikrosystem i det som dermed utgjør en ren teoretisk oppgave. Til sammenlikning – og som et godt eksempel til etterfølgelse – bruker vi Oslo Universitetssykehus – Ullevål sykehus. Ullevål sykehus har svart på våre spørsmål, og det kommer frem at de er nede på to slike skulderoperasjoner i året (tall fra 2018).

For å kartlegge dagens praksis har vi som gruppe vært i kontakt med ortopedisk avdeling ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. Vi har som nevnt ikke fått noe svar per e-post og har dermed valgt å basere denne delen av oppgaven på offisielle data funnet på nettet. Helseatlasrapporten gitt ut i november 2018 viser at UNN er ledende innen antall gjennomførte kirurgiske prosedyrer hos pasienter med kroniske, ikke-traumatiske skuldersmerter. Sykehuset har 418 operasjoner i 2017, noe som tilsvarer 211 operasjoner per 100 000 innbyggere, og er mer enn det dobbelte av landsgjennomsnittet. Hva dagens praksis er med tanke på indikasjoner og kontraindikasjoner for en slik operasjon er usikkert. Til sammenlikning er Oslo Universitetssykehus nede på to slike operasjoner i året. Kirurgene vurderer hvert inngrep for seg, men det er vanlig at konservativ behandling skal ha vært forsøkt i minst 3 måneder i forveien, uten særlig smertelindring. Det viser seg at de i Oslo er godt kjent med den nye retningslinjen fra BMJ Rapid Recommendations. Selv om denne retningslinjen er relativt ny, er dette altså en ”utvannet” prosedyre på OUS, da kirurgene holder seg oppdaterte ved å jevnlig diskutere nye vitenskapelige publikasjoner. OUS har klart å gå ned fra 131 inngrep i 2017, til 2 inngrep i 2018.

Det ble observert en generell reduksjon i antall skulderoperasjoner i Norge allerede i 2015, etter publiseringen av Dagkirurgiatlaset. I tillegg har vitenskapelige publikasjoner som viser at konservativ behandling har like god effekt som kirurgisk behandling økt (3).

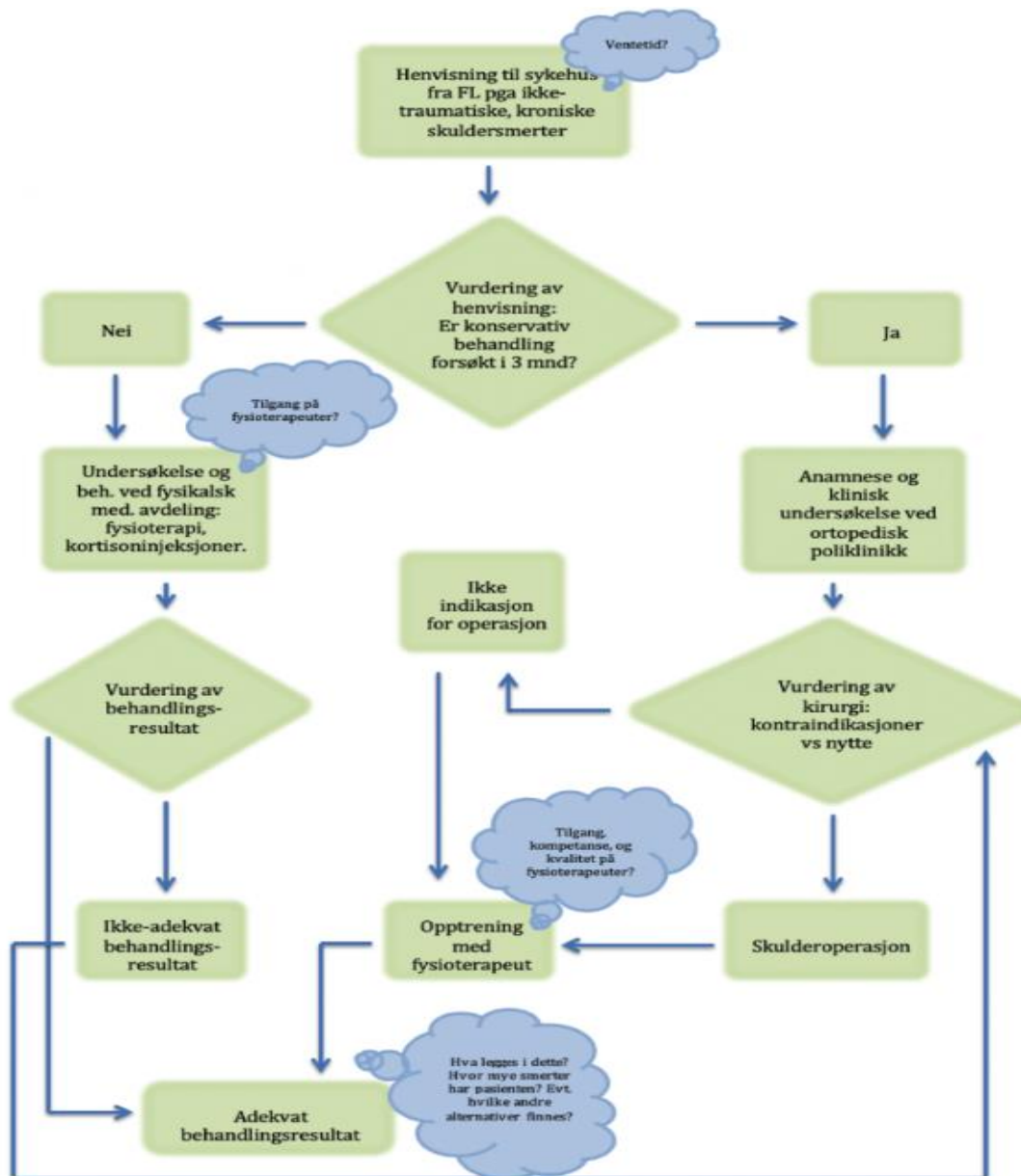
#### **4.1.2 Pasientflyt**

Pasienten henvises til sykehuset fra fastlegen sin på grunn av sine kroniske, ikke-traumatiske skuldresmerter. Ventetid vil kunne variere avhengig av vurderingen som gjøres ved ortopedisk avdeling, på bakgrunn av det som står i henvisningen. Fastlegen skal ha tatt en god anamnese, samt gjort en god klinisk undersøkelse. Konservativ behandling skal også ha vært forsøkt i 3 måneder, før pasienten vurderes av spesialist.

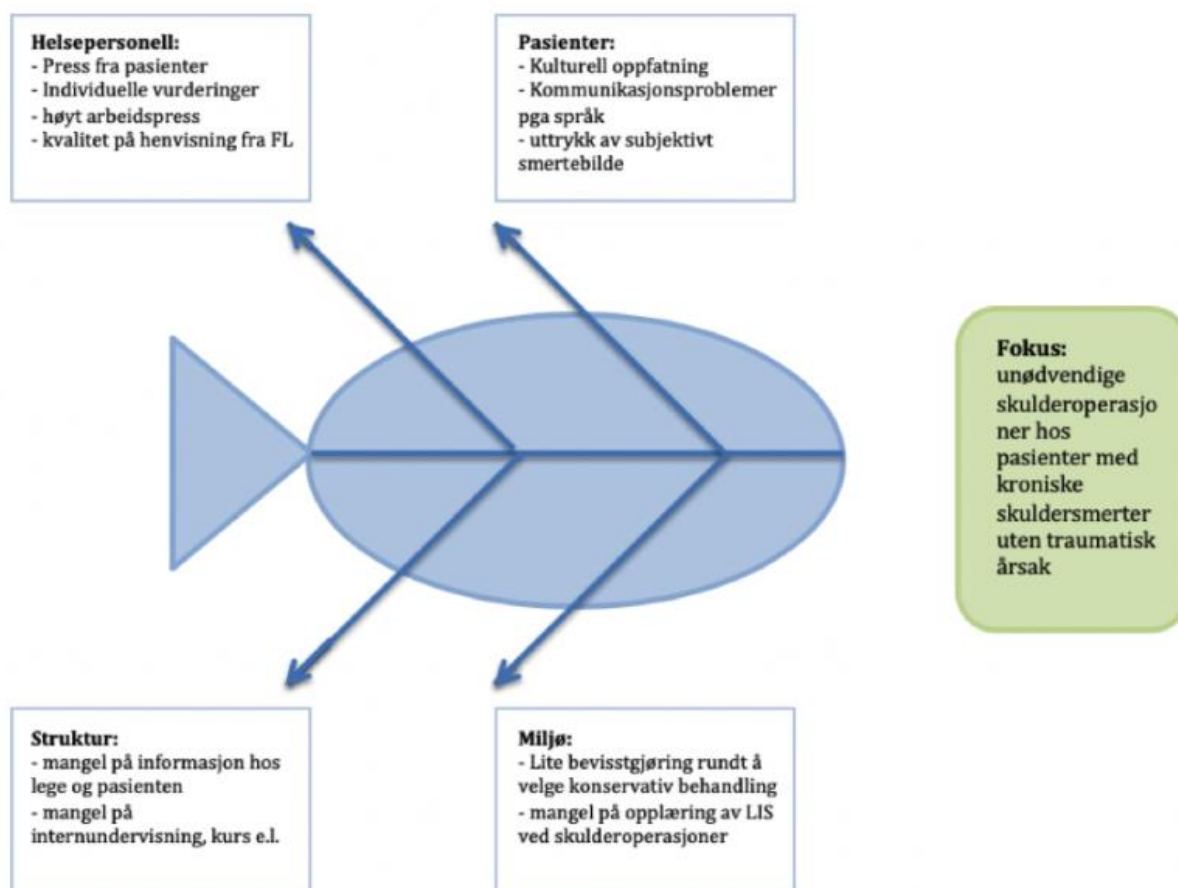
Dersom konservativ behandling ikke er forsøkt hos fastlegen, forsøker man dette i 3 måneder først, eksempelvis med smertestillende og fysioterapeut, før man vurderer behandlingsresultat. Eventuelt henviser man videre til fysikalsk medisinsk avdeling for en spesialistvurdering. De kan behandle konservativt med opptrening, smertestillende eller kortisoninjeksjoner. Resultatet vurderes først og fremst i smertenivå. De pasientene som fremdeles opplever store smerter henvises videre til en ortopedisk avdeling for en kirurgisk vurdering der.

I tilfellene der konservativ behandling er prøvd og behandlingsresultat ikke har vært adekvat, henviser man altså videre til ortopedisk poliklinikk. Det tas en ny anamnese og klinisk undersøkelse og det gjøres en vurdering for kirurgisk behandling. Her vektlegges kontraindikasjoner versus nytte. Dette kan tilsvare mye forskjellig, alt fra tap av funksjon i jobbsammenheng til komorbiditet. Dersom det ikke er indikasjon for kirurgi, anbefales pasienten opptrening med fysioterapeut. I de tilfellene der det er indikasjon for kirurgi gjøres dette artroskopisk. Pasientgruppen som opereres må også ha opptrening med fysioterapeut. For begge gruppene ønsker man et adekvat behandlingsresultat.

Mulig kvalitetsusikkerhet i et slikt flytskjema er ikke bare tilgang på fysioterapeut, men også kompetansenivå hos den enkelte fysioterapeut. Dette vil kunne variere, da fysioterapeuter kan ha ulike ledd de spesialiserte seg innenfor. Det er også en viss usikkerhet i hva adekvat behandlingsresultat faktisk innebærer, da mye forskjellig kan legges i dette. Primært er det smertenivå som er indikator på om behandlingen er vellykket eller ikke.



**Figur 2:** Flytskjema for behandling av kroniske, ikke-traumatiske skuldersmerter



Figur 3: Fiskebeinsdiagram med mulige årsaker til unødvendige skulderoperasjoner

## 4.2 Tiltak

Målet med vårt kvalitetsforbedringsprosjekt er at det skal utføres færre kirurgiske behandlinger av pasienter med kroniske, ikke-traumatiske skuldersmerter. For å nå dette overordnede målet har vi formulert følgende tiltak:

### 4.2.1 Lage en tilpasset kortversjon

For å gjøre kunnskapen bak den nye retningslinjen mest mulig tilgjengelig for helsepersonell er det hensiktsmessig å lage en tilpasset kortversjon. Vi tenker oss at de viktigste momentene fra forskningen kan oppsummeres kort og støttes ved hjelp av figurer og illustrasjoner. Det vil være spesielt viktig at anbefalingen om konservativ behandling kontra kirurgi kommer tydelig frem. En slik kortversjon kan presenteres på ulike måter. Et forslag er gjøre informasjonen tilgjengelig i form av løpesedler eller plakater, der sistnevnte kan henge



på møterom og undersøkelsesrom. En annen mulighet er også å sende ut den tilpassede kortversjonen til ansatte via e-post.

#### **4.2.2 Informasjon og oppfølging**

For at ansatte på en ortopedisk avdeling skal få kjennskap til den nye retningslinjen som nylig er utarbeidet, vil informasjon og undervisning stå sentralt. Det kan foregå på flere måter. Informasjon kan gis muntlig ved internundervisning, møter eller kurs, men også skriftlig på interne nettsider eller gjennom e-post. Som tidligere nevnt har vi ikke lyktes i å komme i kontakt med Universitetssykehuset Nord-Norge, og vi vet derfor ikke om ortopedisk avdeling ved dette sykehuset er kjent med den nye retningslinjen eller om det er planlagt tiltak for å gjøre dette kjent.

I tillegg til fagmiljøet er det også viktig at informasjonen om den nye retningslinjen er kjent for pasientene, slik at de kan ta informerte valg når det gjelder behandling av kroniske skuldersmerter. Det er derfor viktig at også pasientinformasjonen blir oppdatert, der bakgrunnen for den nye retningslinjen forklares på en tydelig og forståelig måte. Pasientene bør presenteres for slik informasjon ved vurdering på ortopedisk avdeling, men de bør på en annen side også ha fått denne informasjonen hos fastlegen. På denne måten vil pasientene informeres om at konservativ behandling klart anbefales fremfor operasjon, og dette vil kunne bidra til å redusere antall kirurgiske behandlinger av pasienter med kroniske skuldersmerter. Vi vet ikke om pasientene ved UNN får slik oppdatert informasjon.

Et annet viktig moment er oppfølging med tanke på om retningslinjen faktisk følges på avdelingen og mulige tiltak for forbedring på dette området. Det kan være å følge opp eventuelle tilfeller der det har blitt utført kirurgi ved kroniske skuldersmerter, til tross for at den nye retningslinjen har blitt innført på avdelingen. Det kunne i slike tilfeller vært mulig å ha en faglig diskusjon på møter ved avdelingen om hvorfor disse operasjonene ble utført og hvorvidt de kunne vært unngått. Det bør her ligge en felles enighet til grunn om at det ikke skal utføres skulderoperasjoner ved kroniske skuldersmerter og at alle disse pasientene skal anbefales konservativ behandling.

Til sammenligning vet vi at ved ortopedisk avdeling ved OUS, som har implementert de nye retningslinjene, diskuterer artroskopiseksjonen behandlingsstrategi og underviser hverandre i ny kunnskap. I tillegg har avdelingen internundervisning for alle ortopeder fire dager i uken

(referanse: e-post-kommunikasjon, Lars Nordsletten, 11. mars 2019). Videre så har Ullevål oppdatert sin pasientinformasjon i henhold til de nye retningslinjene (referanse: e-post-kommunikasjon Berte Bøe, 2. april 2019).

### **4.2.3 Forhindre tap i form av inntekt og opplæringsmuligheter**

Man kan tenke seg at en sykehusavdeling vil kunne tape penger ved å innføre en ny retningslinje som innebærer færre kirurgiske behandlinger. Vi tror likevel at et slikt inntektstap kan forhindres ved at det blir frigjort plass til andre typer operasjoner når det ikke lenger utføres kirurgisk behandling ved kroniske skuldersmerter. Det kan være operasjoner som tidligere har hatt lang ventetid, som haster mer eller som har bedre indikasjon for operasjon. Vi vil tro at dette kan være tilfelle ved UNN, men har ikke kunnet verifisere dette gitt manglende kontakt med sykehuset.

Det er forøvrig nærliggende å tenke at den nye retningslinjen, som anbefaler færre skulderoperasjoner, kan begrense opplæringsmulighetene for LIS-leger. Vi vet ikke hvorvidt innføringen av den nye retningslinjen vil gi dårligere opplæringsmuligheter ved ortopedisk avdeling ved UNN.

Til sammenligning vet vi at en ortopedisk avdeling ved annet universitetssykehus, som Ullevål ved OUS, har fylt opp den frigjorte kapasiteten med andre ortopediske pasienter med bedre operasjonsindikasjon (referanse: e-post-kommunikasjon, Lars Nordsletten, 11. mars 2019). Hvilket illustrerer at dette trolig er mulig også for UNN.

## **4.3 Kvalitetsindikator**

### **4.3.1 Hva er en kvalitetsindikator?**

Når man gjennomfører et kvalitetsforbedringsprosjekt er det viktig å evaluere effekten av tiltaket kontinuerlig, for å se om det ønskede resultatet oppnås. For å måle kvaliteten kan vi bruke kvalitetsindikatorer. Kvalitetsindikatorer er målbare variabler som sier noe om et sammensatt problem, som i seg selv kan være vanskelig å måle. Derfor er kvalitetsindikatorer et indirekte mål på kvaliteten på det området som måles. Det finnes forskjellige typer

kvalitetsindikatorer og de kan vanligvis deles inn i: struktur-, prosess- og resultatindikatorer. Hva slags kvalitetsindikator man velger å bruke for å måle resultatet avhenger av hva som er målet med kvalitetsforbedringsprosjektet. Hvis man ønsker å evaluere helsevesenets kompetanse, rammer og ressurser, er det mest naturlig å velge en strukturindikator. Hvis det er konkrete aktiviteter i pasientforløpet som skal evalueres, som for eksempel diagnostikk eller behandling, bør man velge en prosessindikator. Til slutt sier resultatindikatorer noe om pasienters overlevelse, helsegevinst og tilfredshet med for eksempel behandling eller komplikasjonsrate (12).

### **4.3.2 Prosessindikator**

Som prosessindikator har vi valgt følgende:

”Antall pasienter med kroniske skuldersmerter som blir behandlet med kirurgi ved Universitetssykehuset Nord-Norge.”

I vårt kvalitetsforbedringsprosjekt ser vi på prosessindikator som den mest relevante kvalitetsindikatoren. Det er fordi vi ønsker å implementere en ny retningslinje på en avdeling og derfor ønsker å se på hvor mange pasienter som ikke blir behandlet i tråd med de nye retningslinjene. Indikatoren viser antall pasienter med kroniske skuldersmerter som får kirurgisk behandling ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Ved sterke anbefalinger i retningslinjer, som i dette tilfellet, er en slik prosessindikator svært relevant og valid fordi kunnskapsgrunnlaget klart anbefaler konservativ behandling fremfor kirurgi hos pasienter med kroniske skuldersmerter. Et naturlig mål ville kunne være en 90% reduksjon av utførte acromionreseksjoner over ett år.

Det vil trolig være potensielle utfordringer ved å bruke denne prosessindikatoren ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Det er vanskelig å diskutere hva slags konkrete utfordringer det vil være ved sykehuset, da vi ikke har lyktes i å opprette kontakt med Universitetssykehuset Nord-Norge. Kvalitetsindikatoren er troverdig ved at den måles likt; enten har retningslinjene blitt fulgt eller ikke. Kvalitetsindikatoren er relativt godt egnet til å måle effekten av kvalitetsforbedringsprosjektet, og dette skal være mulig å få til ved avdelingen.

Vi kunne også brukt følgende prosessindikator:

”Andelen pasienter med kroniske skuldersmerter som blir behandlet med kirurgi fremfor konservativt ved Universitetssykehuset Nord-Norge.”

Hvis vi hadde hatt tilgang til tallene på antall pasienter som behandles konservativt, ville vi enkelt kunne beregne andelen pasienter som får kirurgisk behandling fremfor konservativ behandling for kroniske skuldersmerter. Datainnsamlingen til denne prosessindikatoren ville vært veldig omfattende og trolig lite gjennomførbar i praksis. Det er mange pasienter med kroniske skuldersmerter som behandles konservativt i allmennpraksis og dermed aldri er i kontakt med spesialisthelsetjenesten. Det ville vært svært krevende å innhente data fra alle allmennleger som har pasienter i opptaksområdet til Universitetssykehuset Nord-Norge. Derfor velger vi å ikke bruke denne prosessindikatoren.

# 5 Prosess, ledelse og organisering

## 5.1 Prosjektledelse og organisering

Det er i ethvert kvalitetsforbedrende arbeid viktig å være bevisst på motstand som kan dukke opp som reaksjon på endringer man prøver å innføre. Det er naturlig å forvente motstand fra ortopeder som vil ende opp med å utføre mindre skulderkirurgi. Dette mener vi illustreres godt gjennom at sykehusene vi kontaktet ikke lot oss arbeide med dem i dette tenkte kvalitetsforbedringsprosjektet. Mange kan oppleve dette som at ortopeder blir fratatt ansvar, noe som er et kjent problem i helsevesenet. Videre vil det å fjerne en operasjon som lenge har vært utført på regelmessig basis, åpne opp muligheten for andre arbeidsoppgaver for ortopeder som bruker mye tid på denne type kirurgi. Andre arbeidsoppgaver innebærer at man må innhente seg ny kunnskap, noe som kan skape usikkerhet rundt vedkommendes evne til å mestre nye krav som følger med en endring. I tillegg kan noen oppleve denne endringen som en trussel mot jobb og arbeidsoppgaver.

Mindre skulderkirurgi innebærer sannsynligvis at denne pasientgruppen i større grad vil behandles i førstelinjetjenesten, blant annet hos fastlege og fysioterapeut. Dette kan føre til økt belastning i en allerede hektisk arbeidsdag innad i disse yrkene. Disse må også måtte innhente ny kunnskap om håndteringen av kroniske skuldersmerter. Langvarig rehabiliteringsbasert behandling av kroniske skuldersmerter kan kreve en lengre oppfølging og mer tidkrevende behandling. Det blir med andre ord en delegering av arbeidsoppgaver i retning av førstelinjetjenesten, noe som vil kreve økt ressurs og tidsbruk fra aktuelle aktører her.

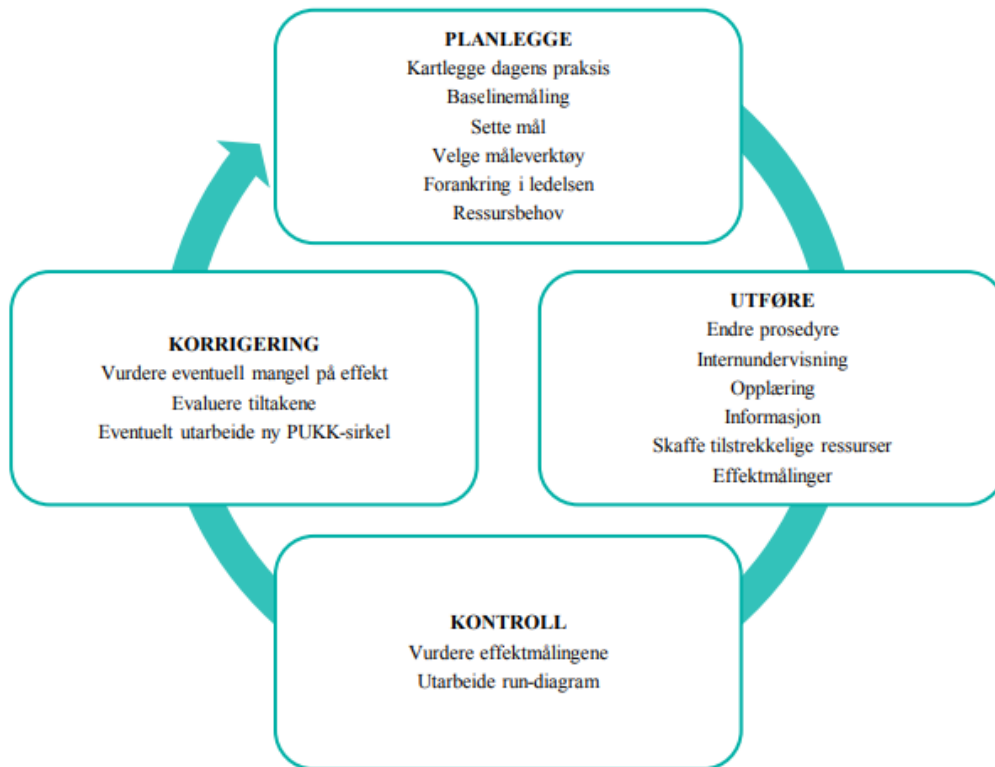
Den største motstanden forventes dog fra ledelsen. Motstand mot en endring er en helt normal og forventet respons fra en organisatorisk ledelse. En organisasjon/avdeling som gjør det bra eller opplever suksess vil ha lite eller ingen insentiv mot en endring av praksis. Årsaken til motstand mot endringer kan være frykt for tap av kontroll, makt og status. Også ledelsen kan frykte at en endring medfører mer ansvar og flere arbeidsoppgaver. Det kan være mangel på forståelse også her og at ledelsen ikke er klar over nye retningslinjer eller anbefalinger. Det er også viktig å ha i bakhodet at de fleste skulderkirurgier utføres som dagkirurgi, og fjerning av disse kirurgiene kan skape et inntektstap for sykehuset.

Det er viktig å skape erkjennelse hos både ledelsen og klinikerne om at det finnes en ny, bedre og mer optimal retningslinje som burde følges. Dette kan gjøres ved å ta utgangspunkt i Kotters 8 råd, hvor det blant annet fremkommer at man bør forsøke å skape en kriseforståelse og deretter etablere en allianse med aktører, i dette tilfelle ledelsen, med makt til å gjennomføre endringer. Et tiltak som kan fasilitere endringen kan være å ta vekk eller minke inntektene fra diagnosekoden knyttet til aktuell operasjon (acromial dekompresjonskirurgi) utført på indikasjonen kroniske skuldersmerter. Ved å innføre et slikt tiltak vil man kunne motvirke eventuelle økonomiske drivkrefter mot endringen. Samtidig kan man få klinikerne om bord ved å holde internundervisning hvor de nye retningslinjene blir presentert og klinikerens usikkerhet, frykt, tvil og annen motstand blir besvart. I dialog med ledelsen og klinikerne er det viktig at gruppen som vil innføre en endring er klar over drivere bak motstand og at disse kan være forankret i sterke følelser og verdier. God informasjon om hvorfor det burde slutes med skulderkirurgi på indikasjonen kroniske, subacromiale skuldersmerter er viktig å få frem til alle aktører som vil påvirkes av denne endringen, blant annet ledelsen, ortopeder og førstelinjetjenesten.

Når motstand er bearbeidet og den nye rutinen har fått grønt lys, vil denne bli innarbeidet i det aktuelle mikrosystemet/sykehusets prosedyrehåndbok/metodebok.

## 5.2 Strukturering av arbeidet

Vi har valgt å bruke en PUKK-sirkel som mal for å illustrere en potensiell strategi for implementering av vårt tiltak i praksis. De ulike punktene er utdypet under.



Figur 4: PUKK-sirkel

### PLANLEGGE:

Det er før vurdering av tiltaket viktig å kartlegge dagens praksis. Dette er meget viktig for å avdekke et mikrosystems behov for endring eller omstrukturering. For å kunne vurdere effekt av et tiltak trengs pålitelige baselinemålinger før tiltaket iverksettes. I vårt tilfelle måtte vi ha kartlagt og fått en oversikt over antallet skulderoperasjoner på indikasjonen kroniske skuldersmerter, samt et tall på hvor mange som gjennomgår konservativ behandling. Målet vil etter de nye retningslinjene naturligvis være ingen skulderoperasjoner på denne nevnte indikasjonen. Forankring i ledelsen er også et viktig moment i dette arbeidet. Det vil kunne være gunstig å sette sammen en prosjektgruppe ved UNN som har i oppgave å ha ansvar for gjennomføringen av tiltakene og evaluering.

Vi mener at det avgjørende for å komme i mål med dette prosjektet på en god måte vil være støtte og engasjement fra alle som arbeider på og rundt ortopedisk avdeling.

Primærhelsetjenesten henviser primært til vurdering, og ikke selve inngrepet, så det hjelper ikke å endre holdninger kun her. Det er viktig at alle involverte tilegner seg den grunnleggende kunnskapen knyttet til grunnlaget for gjennomføringen av prosjektet. Dersom alle ortopedene som gjør operasjonsvurderinger på avdelingen internaliserer denne kunnskapen vil vi kunne få bukt med de siste tilfellene i året som forekommer av dette inngrepet på UNN. Det vil være naturlig å sette seg en målsetning om at antall operasjoner bør være nær null etter ett år.

#### **UTFØRE:**

Endring av en prosedyre i et mikrosystem kan gjøres på flere måter; et trolig effektivt forslag kan være implementering av nye retningslinjer i systemets metode/prosedyrebok der det klart går frem at konservativ behandling er foretrukket fremfor kirurgi. Det er nødvendig med dokumentasjon av kirurgien som gjennomføres slik at effektmålene blir korrekte.

Det vil være naturlig om legene ved avdelingen går i bresjen for å danne en enighet om at denne typen inngrep ikke skal foretas. Avtalen må omfatte vurderinger fra egne ortopeder ved avdelingen, men også overflytninger eller henvisninger utenfra med forespørsel om inngrepet. En aktuell måte å organisere dette på vil være et internundervisningsprogram som kan bakes inn i allerede eksisterende foredragsrekke som avholdes i arbeidstiden. På grunn av ulike arbeidstider, permisjoner, nyansettelser med mer, vil det være hensiktsmessig å avholde foredraget for eksempel to ganger på to måneder, og så igjen om et halvt års tid. Man kan sørge for at alle ansatte skal krysse av på en liste der de bekrefter at de har fått med seg foredraget, slik at man blir sikker på at det ikke er ansatte som ikke får med seg budskapet. Videre er det viktig i alle omleggingsprosesser på en arbeidsplass at det åpnes for at eventuelle innsigelser fra egne ansatte kan luftes og møtes. Slik kan man komme eventuelle vanskeligheter i forkjøpet og unngå at det oppstår en understrøm av mistriivsel og uenighet i miljøet med utspring i faglig uenighet. Det kan oppstå krevende situasjoner når kirurger skal forklare pasienter at konservativ behandling er den nye retningslinjen, når det tidligere var mulig å bli operert for sine kroniske smerter. Da er det viktig at de ansatte er 100% om bord. Målsetting bør være å ha redusert antall operasjoner på den aktuelle indikasjonen ned mot null i løpet av ett år.



**KONTROLL:** Vi har valgt en prosessindikator som kvalitetsindikator: antall pasienter med kroniske skuldersmerter som blir behandlet med kirurgi ved UNN. Det vil være naturlig med hyppige kontroller i begynnelsen, for eksempel hver fjerde måned. En person på avdelingen bør få ansvaret for effektmålingene ved å måle antall operasjoner, og det bør føres inn i et register. Det kan være en tavle på møterommet på avdelingen slik at de ansatte hele tiden vil bli eksponert for resultatene de produserer og minnes på målet om å redusere denne typen inngrep på den aktuelle indikasjonen til null.

**KORRIGERE:**

Hvis ikke målet nås må prosjektgruppen finne årsaken til dette. De iverksatte tiltakene må bli nøye evaluert og det bør da diskuteres om det er behov for å endre tiltakene og/eller tilføye nye tiltak, og dette vil da bli utarbeidet i en ny PUKK-sirkel. På et senere tidspunkt, for eksempel etter ett år, bør disse bli presentert i et run-diagram.

## 6 Diskusjon

Omfanget av problemet i vårt mikrosystem, Ortopedisk avdeling ved Universitetssykehuset i Nord-Norge sykehus (UNN) er betydelig da det ble utført 418 slike operasjoner i 2017 som tilsvarer 211 operasjoner per 100 000 innbyggere. Det var kun Finnmark som hadde et høyere tall per 100 000 innbyggere. Deres høye antall skulderkirurgier er ikke et enkelttilfelle i 2017, men tallene er gjennomgående høye de siste årene(13). Til sammenligning hadde Lovisenberg Sykehus en rate på 32 per 100 000 innbyggere i 2017.

UNN har ikke besvart våre henvendelser. Dette gjaldt også for de andre sykehusene, som sammen med UNN, utførte flest slike inngrep i 2017. Dette i seg selv er bemerkelsesverdig, og man kan spekulere i om dette er et symptom på motvilje mot endring eller om de ikke ønsker å ta i bruk de nye retningslinjene i redsel for å miste arbeid. Å implementerte disse nye retningslinjene kan møte motstand nettopp i bakgrunn av motvilje mot endring som den manglende responsen fra UNN kan være et tegn på. Allikevel har vi i teorien lagt opp en strategi for implementering av de nye retningslinjene ved UNN. Denne strategien er i stor grad basert på Ortopedisk avdeling på Ullevål sykehus ved OUS. Denne avdelingen har allerede innført de nye retningslinjene med suksess, hvis vi bruker prosessindikatoren” antall pasienter med kroniske skuldersmerter som blir behandlet med kirurgi ved UNN” som mål på effekten av tiltakene. De utførte kun to slike inngrep i 2018.

Det kan diskuteres om OUS og UNN kan sammenlignes grunnet demografiske og geografiske forhold. Dog er begge to universitetssykehus og er derfor relativt homogene, og av den grunn er det tenkelig at tiltakene iverksatt ved OUS vil kunne fungere ved UNN. OUS er en av de flinkeste i klassen på landsbasis, og derfor kan erfaringene fra kvalitetsforbedrende tiltak være en modell for UNN og resten av landets ortopediske avdelinger. På bakgrunn av OUS sin kraftige reduksjon i slike inngrep fremstår det mulig å gjennomføre et slikt kvalitetsforbedrende prosjekt ved UNN, der formålet er å redusere antall acromionreseksjoner mot kroniske, ikke traumatisk skuldersmerter ned mot null.

Aktuelle tiltak vi mener kan være hensiktsmessige å iverksette omfatter i hovedtrekk økt kunnskap både blant leger og pasienter. For legenes del kunne det være nyttig at det nye kunnskapsgrunnlaget blir gjennomgått på internundervisning, og helst mer enn én gang slik at vi er sikre på at alle har fått deltatt. Ved universitetssykehus er det ofte en ekstra interesse for

forskning og ny kunnskap og et miljø for å interessere seg i dette. Dette bør kunne utnyttes ved et universitetssykehus som UNN til å ta til seg et solid kunnskapsgrunnlag som vil kunne endre dagens praksis.

Det vil være aktuelt å lage en tilpasset kortversjon av retningslinjene som kan henges opp på møterom, undersøkelsesrom og lignende slik at man hele tiden vil være eksponert for dem. Pasienter som en ortoped allikevel ønsker å sette opp til kirurgi bør for eksempel måtte konferere med en kollega og få til en faglig diskusjon rundt den aktuelle indikasjonen, slik at man er sikre på at det er nødvendig med kirurgi. Videre bør de nye retningslinjene få plass i metodeboken som avdelingen benytter seg av.

I tillegg til fagmiljøet er det også viktig at informasjonen om den nye retningslinjen er kjent for pasientene, slik at de kan ta informerte valg når det gjelder behandling av kroniske skuldersmerter. Det er derfor viktig at også pasientinformasjonen blir oppdatert, der bakgrunnen for den nye retningslinjen forklares på en tydelig og forståelig måte, slik at pasienten forstår at best mulig behandling er å avstå fra kirurgi.

Et viktig moment å diskutere er muligheten for tap av inntekt og opplæringsmuligheter ved å ikke lenger utføre skulderkirurgi. Ved å kraftig redusere antall skulderkirurgier så kan det frigjøre plass til andre operasjoner det er indikasjoner for. Dette har de fått til ved Ullevål og det er ingen grunn til at et annet universitetssykehus som UNN ikke skal kunne utnytte den frigjorte kapasiteten. Dette vil stille krav til omskolering av ortopeder som er spesialiserte innen skulderkirurgi, men igjen vil dette være gjennomførbart ved et stort universitetssykehus. Får man fylt opp med andre operasjoner vil dette i stor grad forhindre tapt inntekt. Dette fremstår som en bedre løsning enn at det for eksempel besluttes fra høyere nivå i helsedirektoratet at sykehusene ikke lenger får betalt for skulderkirurgi. Da bør heller sykehusene få økonomisk støtte til omskolering og videreutdanning for nåværende skulderkirurger.

Effekten av tiltakene som har blitt gjort ved ortopedisk avdeling på Ullevål omfatter både pasientene og legene. Pasientene som tidligere var aktuelle for slik kirurgi slipper nå å gjennomgå en prosedyre som på gruppenivå ikke gir bedret prognose og utsetter pasienten for potensielle bivirkninger ved et slikt inngrep. Sykehuset og avdelingen sparer ressurser på å redusere slike inngrep som frigjør tid og arbeidskraft til andre oppgaver. De konkrete tiltakene

som ble gjort ved Ullevål (OUS) var at de ukentlig tar opp nye vitenskapelige publikasjoner på seksjonsmøter en gang i uken gjennom internundervisning. Dette har tydeligvis fungert basert på prosessindikatoren vi valgte, ”antall pasienter med kroniske skuldersmerter som blir behandlet med kirurgi ved Universitetssykehuset Nord-Norge.”. For at dette skal være mulig fordrer det at det er en kultur for å hele tiden oppdatere seg på ny kunnskap. Basert på empiri er interessen og kulturen for å sette av tid og ressurser til faglige oppdateringer varierende fra avdeling til avdeling. Det er mulig Ullevål er særlig opptatt av å implementere ny kunnskap inn i klinisk praksis og derfor vil det ikke kreve store tiltak for å endre praksis ettersom det er en kultur på avdelingen som legger til rette for nettopp dette. Det går an å spekulere i om denne iveren etter kunnskapsoppdateringer er til stede i like stor grad ved de ortopediske avdelingene som utførte mange slike operasjoner. Det er derfor mulig at det krever andre og mer omfattende tiltak enn internundervisning for å endre praksis ved andre avdelinger. Som nevnt tidligere er allikevel UNN et universitetssykehus og det er derfor trolig at forskning og kunnskapssinteressen er stor.

Ullevål forteller at de har fulgt opp den frigjorte kapasiteten til pasienter med bedre operasjonsindikasjon (referanse: e-post-kommunikasjon, Lars Nordsletten, 11. mars 2019). Ettersom ortopedi- og kirurgifagene blir mer og mer spesialiserte, kan det være krevende å omstille spesialister i skulderkirurgi til andre typer operasjoner. Angivelig har denne omstillingen fungert ved Ullevål og vi kan derfor vise til erfaringer derifra hvis denne utfordringen blir sett på som et hinder for UNN.

Det kan være vanskelig å lage en universell oppskrift på å implementere retningslinjene over hele landet. Til eksempel er det store forskjeller fra Oslo til Finnmark både når det gjelder kultur, størrelse på sykehus, tilgang på ortopediske pasienter blant annet. Sykehusstrukturen i Norge er under debatt og lokalsykehusene i periferien kan føle at disse retningslinjene kan true deres «eksistens». UNN fremstår allikevel sterkt i dag som et universitetssykehus, og de har et stort pasientgrunnlag slik at det ikke bør være store problemer med å fylle kapasitet som frigjøres ved ortopedisk avdeling ved UNN. På grunn av det store pasientgrunnlaget så står skulderkirurgi kun for en liten andel av aktiviteten til ortopedisk avdeling ved UNN. Dette vil kunne stille seg annerledes i andre deler av landet der skulderkirurgi utgjør en betydelig større andel av avdelingens arbeid. Derfor skal man ikke undervurdere politiske og økonomiske insentiver til å fortsette med skulderkirurgi.

Tiltak som forhindrer tap av inntekter og eventuelle andre økonomiske insentiver bør komme fra myndighetene og/eller hvert enkelt helseforetak, og det er vanskelig å få hver enkelt ortopedisk avdeling til å lage slike tiltak. Denne måten å angripe utfordringen på er altså høyere opp i hierarkiet enn hver enkelt avdeling/sykehus. Vi har valgt å fokusere på tiltak som kan iverksettes lokalt.

Vi tror det er essensielt med diskusjon og åpenhet rundt implementering av nye retningslinjer slik at de ansatte kan få frem sin mening og at det ikke fremstår som kun en beslutning tatt høyere opp i hierarkiet uten mulighet til innspill fra de ansatte. Det er dog trolig nødvendig med en bestemmelse og klare føringer fra sentralt i helseforetaket om at retningslinjene skal implementeres slik at det ikke er et alternativ å ikke implementere dem. Poenget er at dette bør bli et prosjekt som handler om å gi best mulig behandling til pasienter med kroniske skuldersmerter. Det er derfor viktig å få frem dette budskapet og ikke fokusere for mye på at dette handler om kutt i arbeidsoppgaver eller fratakelse av arbeid. Det kan derfor diskuteres rundt hvordan disse retningslinjene har blitt fremstilt i media kan påvirke hvordan de ortopediske avdelingene tenker om retningslinjene (14). Vinklingen i media har vært, i våre øyne, negativt ladet der budskapet har kommet frem på en måte som har satt ortopediske avdelinger i et mindre heldig lys. Dette understreker vår tro på at dette prosjektet med implementering av retningslinjene ikke blir et angrep på ortopediske avdelinger, men heller en tanke om å gi pasienten best tilgjengelige behandling som alle leger er opptatt av.

Effekten av tiltakene fremstår som gjennomførbare å måle ettersom kvalitetsindikatoren i prosjektet er en prosessindikator som sier følgende: ”Antall pasienter med kroniske skuldersmerter som blir behandlet med kirurgi ved Universitetssykehuset Nord-Norge.”. Denne kvalitetsindikatoren gjenspeiler kunnskapsgrunnlaget som ligger til grunn for retningslinjene og fremstår derfor som en relevant og robust indikator for å måle kvaliteten på tiltakene vi foreslår. En nedgang i denne indikatoren er nærmest ensbetydende med at retningslinjene blir fulgt.

## 7 Konklusjon

Det foreligger en fersk retningslinje fra *BMJ Rapid Recommendations* som kommer med en klar anbefaling om konservativ behandling av kroniske, ikke-traumatiske skuldersmerter og fraråder sterkt kirurgi. Kunnskapsgrunnlaget for retningslinjen er basert på systematiske oversikter av RCT-studier og fremstår svært robust. Per dags dato gjennomgår mange pasienter i Norge kirurgi for kroniske, ikke-traumatiske skuldersmerter (5992 inngrep i 2017).

Vårt mikrosystem, UNN, utførte i 2017 418 slike inngrep og lå helt i toppen på landsbasis målt etter antall inngrep per innbygger. Det er flere avdelinger som allerede har implementert deler av retningslinjene, deriblant ortopedisk avdeling Ullevål ved OUS, som har vært en pioner på landsbasis vedrørende dette. Ortopedisk avdeling på Ullevål kan brukes som en modell for hvordan en slik retningslinje kan implementeres. Ved å bruke erfaringene fra en velrenommert ortopedisk avdeling, som Ullevål, som eksempel vil dette vil kunne være vårt beste verktøy for å få et annet universitetssykehus som UNN med på dette prosjektet.

Prosjektet fremstår gjennomførbart da det allerede har fungert i et annet universitetssykehus. Implementeringsprosjektet vil kunne føre til store økonomiske og strukturelle endringer ved landets ortopediske avdelinger som kan føre til både politiske og økonomiske utfordringer.

I denne oppgaven har vi skissert en plan for implementering av retningslinjene og en robust kvalitetsindikator for å vurdere effekten av tiltakene, og vi har diskutert mulige utfordringer som kan dukke opp ved implementeringen av denne retningslinjen.

## 8 Kildeliste

1. Dagkirurgi i Norge 2013-2017 Skulderkirurgi (acromionreseksjon) [Internett]: Helseatlas; 2018 [cited 2019 05.03]. Available from: [https://helseatlas.no/sites/default/files/dagkir2\\_skulder.pdf](https://helseatlas.no/sites/default/files/dagkir2_skulder.pdf).
2. Vandvik PO, Lähdeoja T, Ardern C, Buchbinder R, Moro J, Brox JI, et al. Subacromial decompression surgery for adults with shoulder pain: a clinical practice guideline. 2019;364:l294.
3. Uleberg B, Mathisen S, Shu J, Balteskard L, Steindal AH, Byhring HS, et al. Dagkirurgi i Norge 2013-2017 Utvalgte inngrep [Internett]: Helseatlas; 2018 [updated November 2018; cited 2019 05.03]. Available from: [https://helseatlas.no/sites/default/files/dagkirurgi\\_2013-2017.pdf](https://helseatlas.no/sites/default/files/dagkirurgi_2013-2017.pdf).
4. Paavola M, Malmivaara A, Taimela S, Kanto K, Inkinen J, Kalske J, et al. Subacromial decompression versus diagnostic arthroscopy for shoulder impingement: randomised, placebo surgery controlled clinical trial. 2018;362:k2860.
5. Beard DJ, Rees JL, Cook JA, Rombach I, Cooper C, Merritt N, et al. Arthroscopic subacromial decompression for subacromial shoulder pain (CSAW): a multicentre, pragmatic, parallel group, placebo-controlled, three-group, randomised surgical trial. Lancet (London, England). 2018;391(10118):329-38.
6. Brox JI, Staff PH, Ljunggren AE, Brevik JI. Arthroscopic surgery compared with supervised exercises in patients with rotator cuff disease (stage II impingement syndrome). 1993;307(6909):899-903.
7. Coghlan JA, Buchbinder R, Green S, Johnston RV, Bell SN. Surgery for rotator cuff disease. The Cochrane database of systematic reviews. 2008(1):Cd005619.
8. Siemieniuk RA, Agoritsas T, Macdonald H, Guyatt GH, Brandt L, Vandvik PO. Introduction to <em>BMJ</em> Rapid Recommendations. 2016;354:i5191.
9. Lähdeoja T, Karjalainen T, Jokihäärä J, Salamh P, Kavaja L, Agarwal A, et al. Subacromial decompression surgery for adults with shoulder pain: a systematic review with meta-analysis. 2019;bjsports-2018-100486.
10. Hao Q, Devji T, Zeraatkar D, Wang Y, Qasim A, Siemieniuk RAC, et al. Minimal important differences for improvement in shoulder condition patient-reported outcomes: a systematic review to inform a <em>BMJ</em> Rapid Recommendation. 2019;9(2):e028777.
11. Helsebiblioteket. Faglige retningslinjer [internett]2016 [updated 07.06.2016; cited 2019 07.03]. Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/faglige-retningslinjer>.
12. Helsedirektoratet. Om kvalitet og kvalitetsindikatorer Helsenorge.no: Helsenorge; 2019 [updated 04.02; cited 2019 04.04]. Available from: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>.
13. Helseatlas. Dagkirurgi 2013-2017 2019 [Available from: <https://helseatlas.no/atlas/150/instant-atlas>].
14. Dommerud T. Ekspertgruppe ber leger droppe den vanligste skulderoperasjonen i Norge. Bortkastet og uten effekt, advarer de. Internett: Aftenposten; 2019 [updated 17.02]. Available from: <https://www.aftenposten.no/norge/i/e1QL0l/Ekspertgruppe-ber-leger-droppe-den-vanligste-skulderoperasjonen-i-Norge-Bortkastet-og-uten-effekt-advarer-de>.