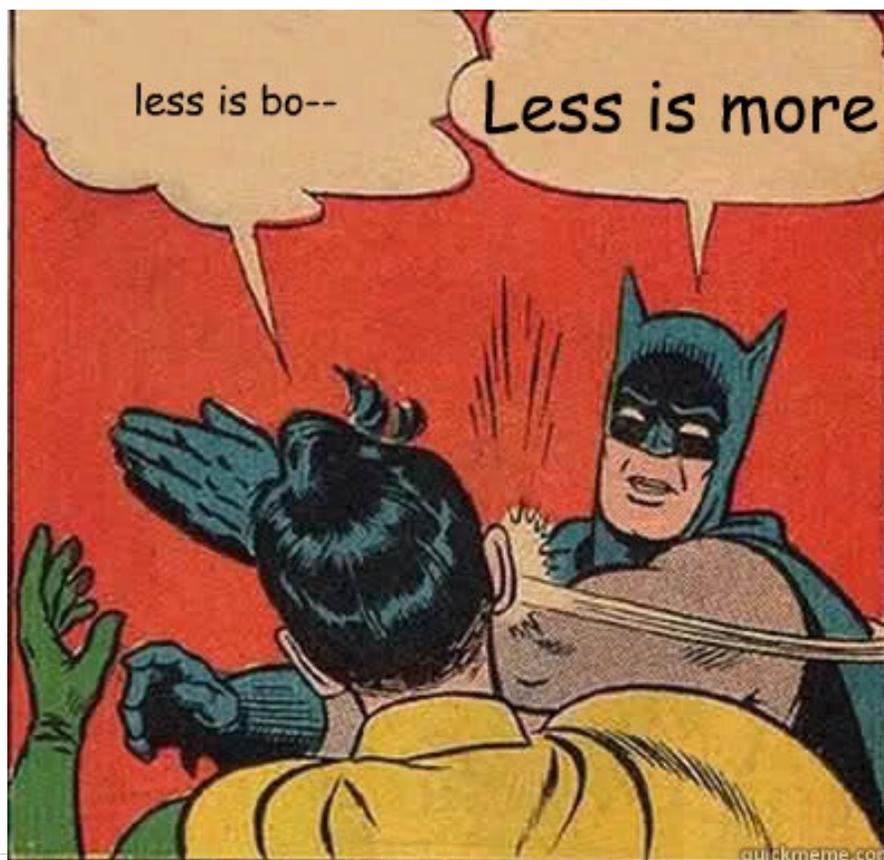


# Less-is-More Medicine

– Hur får vi lika eller mer genom att göra mindre?

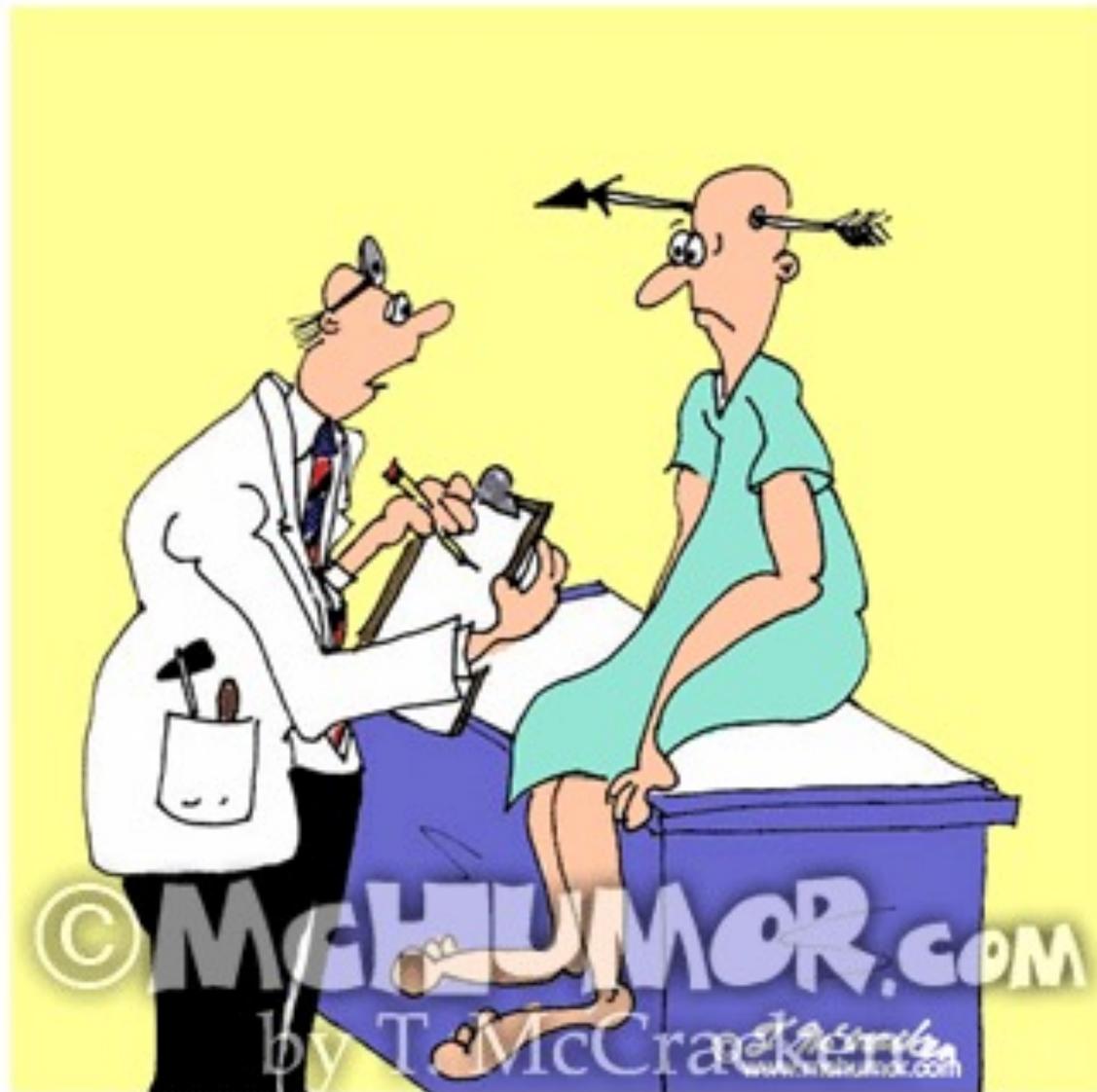


Fredrik von Wowern  
Överläkare Sektionschef  
VO Akutsjukvård & Internmedicin SUS  
Ordf Svensk Internmedicinsk Förening

"There is *nothing more difficult* to take in hand, more perilous to conduct, nor uncertain in its success, *than to take the lead in the introduction of a new order of things*. For the innovator has for enemies all of those who have done well under the old, and lukewarm defenders in all of those who may do well under the new."



Niccolo Macchiavelli, 1469-1527 CE,  
historian, politician, diplomat, philosopher, humanist, and writer



"OFF HAND, I'D SAY YOU'RE SUFFERING FROM AN ARROW THROUGH YOUR HEAD, BUT JUST TO PLAY IT SAFE, I'M ORDERING A BUNCH OF TESTS."

# Waste in the US Health Care System

## Estimated Costs and Potential for Savings

William H. Shrank, MD, MSHS; Teresa L. Rogstad, MPH; Natasha Parekh, MD, MS

Domain	Costs, \$US Billion	
	Annual Estimates	Total Range
<b>Failure of Care Delivery</b>		
Hospital-acquired conditions and adverse events <sup>18-22</sup>	5.7-46.6	102.4-165.7
Clinician-related inefficiency (variability in care, inefficient use of high-cost physicians) <sup>27,28</sup>	8.0	
Lack of adoption of preventive care practices (obesity, vaccines, diabetes, hypertension) <sup>23-26</sup>	88.6-111.1	
<b>Failure of Care Coordination</b>		
Unnecessary admissions and avoidable complications <sup>19,29</sup>	5.9-56.3	27.2-78.2
Readmissions <sup>30,31</sup>	21.25-21.93	
<b>Overtreatment or Low-Value Care</b>		
Low-value medication use <sup>12,32-35</sup>	14.4-29.1	75.7-101.2
Low-value screening, testing, or procedures <sup>14,36,37</sup>	17.2-27.9	
Overuse of end-of-life care <sup>38</sup>	44.1	

**Grundidén är att komma från low value/high cost care till**

**high value/low cost care genom att:**

- Bedriva sjukvård som stöds av evidens
- Inte duplicera test eller procedurer
- Prioritera behandlingar med låg risk för skadliga biverkningar
- Tillse att alla handlingar är verkligen nödvändiga
- Verka i samråd med patienten

# Varför överanvänds/felanvänds diagnostiska test/behandlinger?

- Bristande handledning - guidelines finns inte eller följs ej
- Guidelines är bristfälliga/obsoleta/icke-tillämpbara/är i konflikt med varandra
- Bristande kunskap
- Patientens/anhörigas förväntningar
- Otillräckligt med tid för djupare patientanalys
- Obehag av inte veta
- Rädsla för anmälan (defensiv medicin)
- Vana
- Personligt intresse (conflicts of interest)
- .....

# Implementering

- **Det ska vara enkelt!**
  - **Bygg system som tvingar fram förändring**
  - **Skapa incitament genom att visa på fördelar för stake-holders**
  - **Mät det som går att mäta. Återrapporera!**
- 
- Läkarna
  - SSK
  - Andra yrkeskategorier
  - Patienten/Anhöriga

# De 5 åtgärder vi börjat med på Internmedicin SUS och även SIM ”5-do-nots”

**KAD** – Kortast möjliga tid, RIK, Riktlinje

**Blodtransfusioner** – Transfusionsgräns 70 g/l, Single unit transfusion

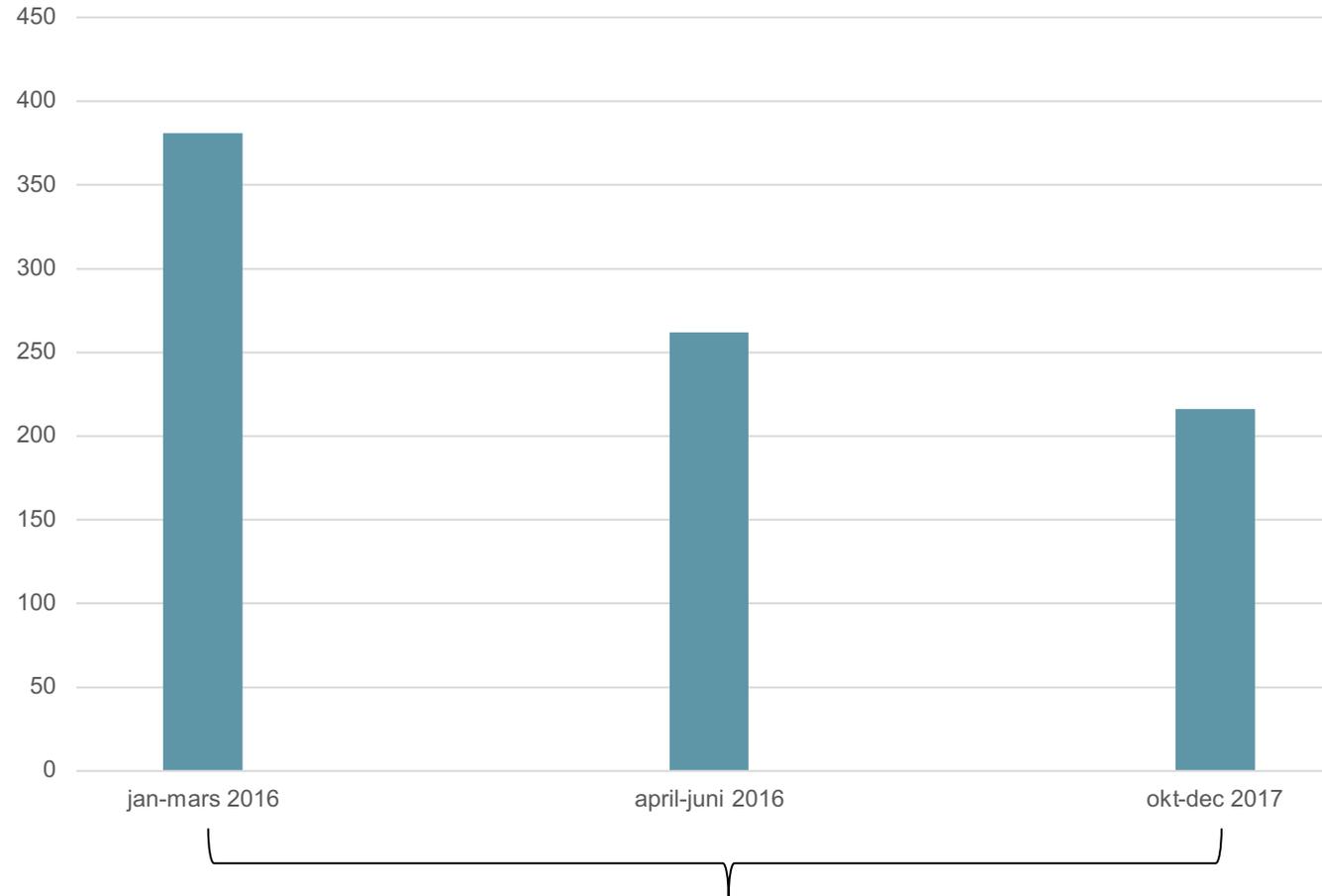
**PPI** – I samråd med PV, sätt ut

**Lab-test** – Enbart absolut nödvändiga prover vid nödvändig provtagning

**CT-skalle** – Ej vid synkope utan associerade neurologiska symtom => PoCUS

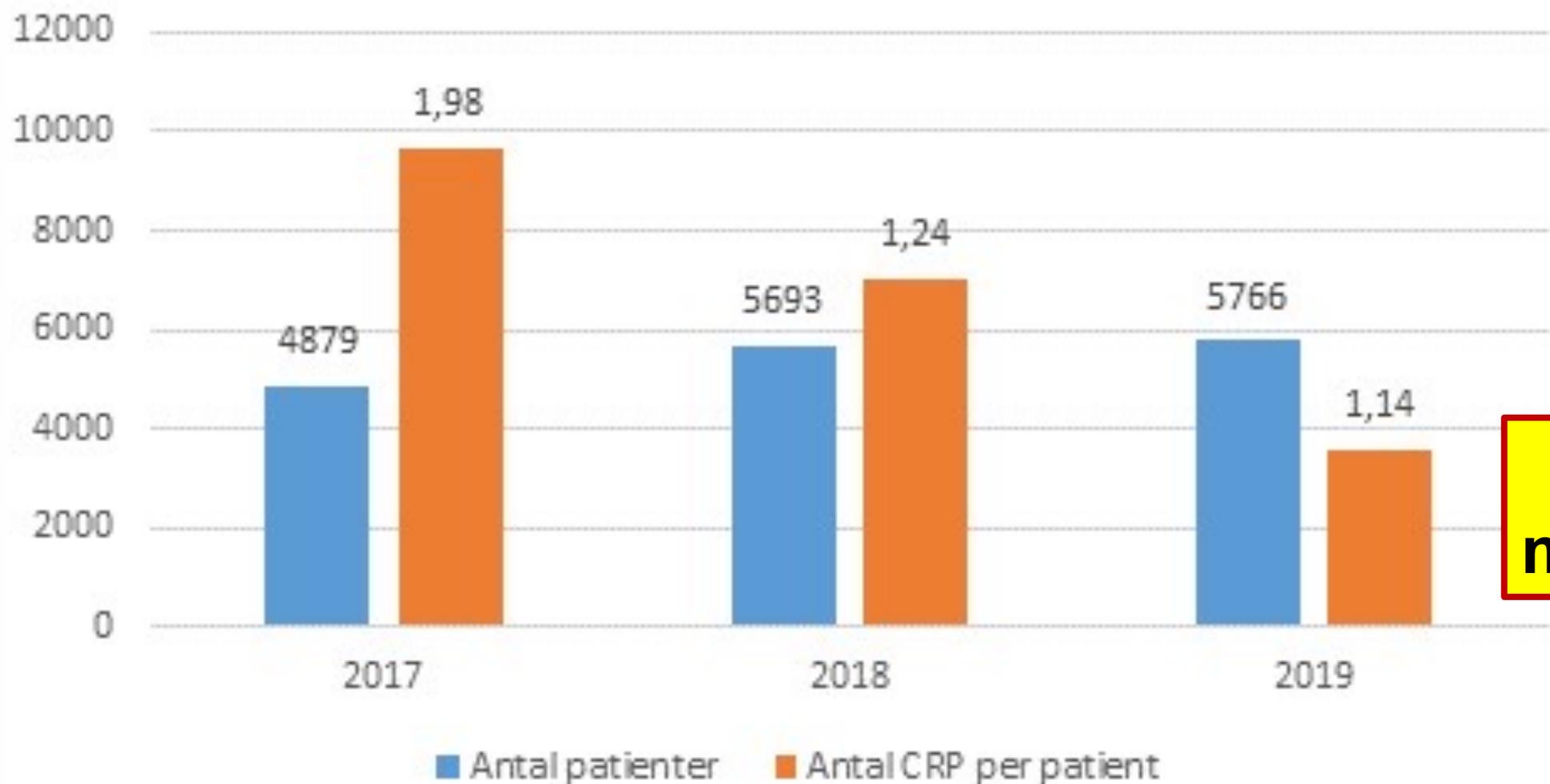
# Reduktion av RBC 2016 till 2017

Transfunderade E erythrocyter



Minskning med 43%

## Antal CRP per antal utskrivna patienter 2019



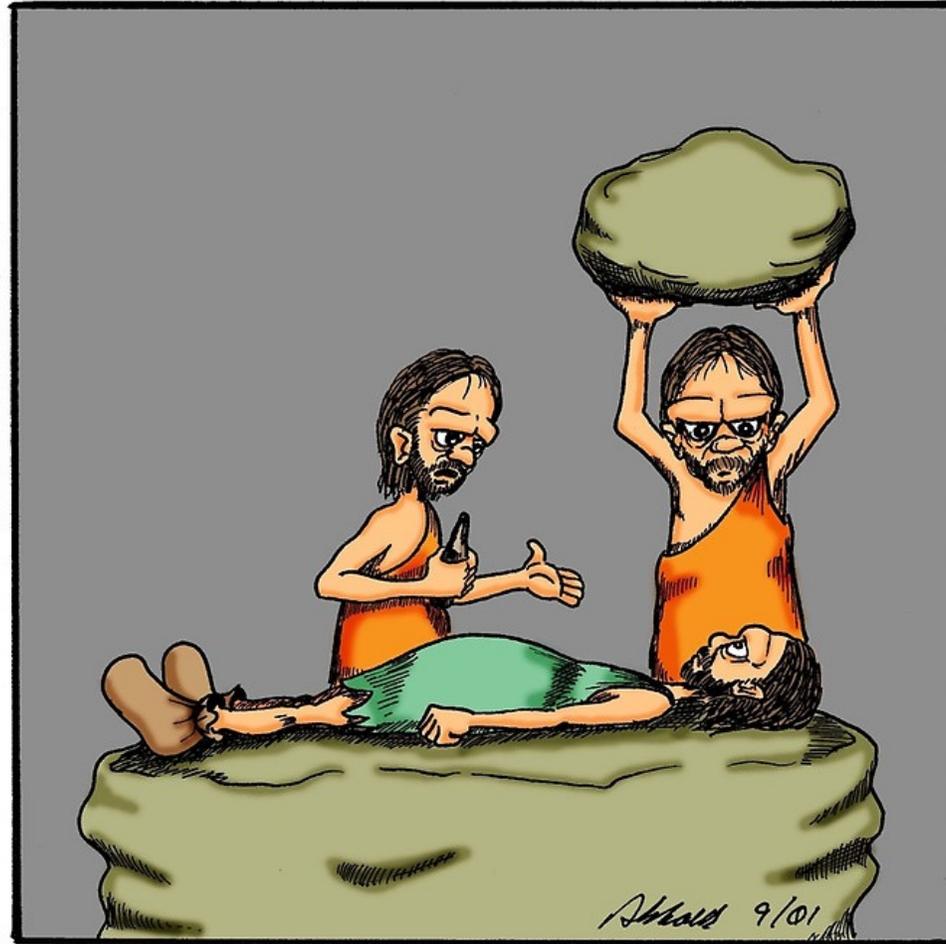
**43%  
minskning**

# 5-Dos

- Spendera tid med patienten
- Involvera patienten i diskussion om vården och begränsningar i vården
- Använd interna kompetenser i största möjliga utsträckning
- Re-Evaluera hela tiden dina och andras bedömningar och åtgärder
- Förebygg sarkopeni, immobilisering, osteoporos och försämrad kardiopulmonell reserv.

# Tack för mig!

BILL ABBOTT



“...and this is Ralph, your anesthesiologist.”

abbottoons