



# Lågvärdeinsatser inom primärvården i Region Stockholm

Förekomst, anledningar till användning  
och utmönstring



Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Referera till rapporten enligt: Ingvarsson S, Augustsson H, Hasson H. Lågvärdeinsatser inom primärvården i Region Stockholm. Förekomst, anledningar till användning och utmönstring. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2024. Rapport 2024:1.



**Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin**

Box 45436, 104 31 Stockholm

[ces.sls@regionstockholm.se](mailto:ces.sls@regionstockholm.se)

Rapport 2024:1

ISBN 978-91-988021-4-6

Författare: Sara Ingvarsson, Hanna Augustsson, Henna Hasson

Språkgranskning: Mika Gårdinger

Layout: Viktoria Jonze

Omslagsfoto: Yanan Li

Stockholm maj 2024

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,  
[www.folkhalsoguiden.se](http://www.folkhalsoguiden.se)

# Förord

Tester, undersökningar och behandlingar som utifrån aktuell forskning visar låg eller ingen nytta för patienten, eller som potentiellt är skadliga, kallas för lågvärdeinsatser. Dessa insatser tar världens resurser, som i stället skulle kunna användas till insatser med nytta.

Lågvärdeinsatser har först nyligen fått uppmärksamhet och det finns stora kunskapsluckor kring hur vanliga de är, varför de ges och hur de kan utmönstras på ett effektivt sätt.

I den här rapporten beskriver Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) orsaker till att lågvärdeinsatser används, hur förekomsten av dem kan mätas samt den kunskap som finns om utmönstring. Rapporten presenterar också resultat från primärvården i Region Stockholm med fokus på orsaker till användning av lågvärdeinsatser och vilka åtgärder som används för att utmönstra dem.

Rapporten lyfter att frågan om lågvärdeinsatser inte bara är hälso- och sjukvårdspersonalens huvudbry; hela vårdssystemet påverkar förekomsten av dem. Därmed behövs också åtgärder på olika nivåer för att minska användningen av lågvärdeinsatser. Dock är de lokala förutsättningarna och personalens perspektiv viktiga för att förstå varför vissa lågvärdeinsatser används och hur vårdssystemet inverkar på användningen.

Utmönstring av lågvärdeinsatser sker inte automatiskt när nya insatser ska införas. För att uppnå en evidensbaserad hälso- och sjukvård behöver utmönstring av lågvärdeinsatser uppmärksammas i samma grad som implementering av evidensbaserade insatser.



*Henna Hasson*

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm

# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning.....	5
Introduktion till forskningsfältet .....	6
Exempel på lågvärdeinsatser .....	6
Identifiering av lågvärdeinsatser.....	7
Förekomst av lågvärdeinsatser.....	8
Vad driver användningen av lågvärdeinsatser? .....	10
Hur kan lågvärdeinsatser utmönstras?.....	11
Syfte.....	13
De empiriska undersökningarna .....	14
Studie 1: Fokusgrupper med läkare .....	14
Studie 2: Intervjuer med chefer och andra nyckelpersoner .....	14
Resultat .....	16
Studie 1: Orsaker till användning av lågvärdeinsatser.....	16
Studie 2: Regionala och organisatoriska åtgärder för att påverka utmönstring .....	19
Slutsatser .....	24
Mätning av förekomsten av lågvärdeinsatser är ett eftersatt område .....	24
Lågvärdeinsatser utmönstras inte automatiskt.....	24
Hela vårdssystemet påverkar förekomsten av lågvärdeinsatser .....	24
Referenser .....	26

# Sammanfattning

Ett evidensbaserat arbete kräver att insatser baserade på bästa rådande evidens implementeras och används i praktiken (1). Det är lika viktigt att så kallade lågvärdeinsatser, utmönstras (2). Med lågvärdeinsatser menas åtgärder, såsom tester, undersökningar och behandlingar, som utifrån aktuell forskning visar låg eller ingen nytta för patienten, eller som potentiellt är skadliga. I en bredare definition betraktas även nytta i relation till kostnader och möjliga andra risker för att bedöma om en åtgärd är en lågvärdeinsats.

Det går inte att med tydlighet säga exakt hur vanligt det är att lågvärdeinsatser används, eftersom det finns utmaningar med att mäta förekomsten. Både EU och Sverige har dock uttalat att utmönstring av lågvärdeinsatser är ett problem som behöver få ett större fokus.

I den här rapporten beskriver Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) orsaker till att lågvärdeinsatser används, hur prevalensen av dem kan mätas samt vilken kunskap som finns kring utmönstring. Rapporten presenterar också resultat från fokusgrupper och intervjuer med primärvårdsläkare och chefer i Region Stockholm, med fokus på orsaker till användning av lågvärdeinsatser och vilka åtgärder som används för utmönstring.

Resultaten visar att primärvårdsläkare upplever att flera faktorer bidrar till deras användning av lågvärdeinsatser. Dessa inkluderar de ekonomiska förutsättningarna, bristande patientkontinuitet, inkludering av lågvärdeinsatser i standardiserade beställningsformulär, otydliga kunskapsstöd och rekommendationer, en upplevd press från andra och en egen önskan att göra någonting för patienterna. Chefer inom primärvården anser att policyer som betonar en restriktiv hållning till lågvärdeinsatser, förändring av lokala arbetsprocesser samt insatser i syfte att kommunicera och diskutera riktlinjer och rekommendationer kring undersökningar och behandling kan ha potential att minska användningen.

Slutsatserna i rapporten är att mätning av lågvärdeinsatser är ett eftersatt område, vilket gör det svårt att både bedöma förekomsten av lågvärdeinsatser och att följa upp användningen av sådana. En annan slutsats är att utmönstring av lågvärdeinsatser inte sker automatiskt. Den bristfälliga uppmärksamheten som hittills har ägnats åt utmönstring innebär att läkarna i stor utsträckning lämnas ensamma med att hantera utmönstringen. Ökat fokus på utmönstring behövs även från ett lednings- och beställarperspektiv.

Slutligen visar rapporten att hela vårdssystemet påverkar förekomsten av lågvärdeinsatser. För att minska användningen behövs därmed också åtgärder på olika nivåer. De lokala förutsättningarna och hälso- och sjukvårdspersonalens perspektiv är centrala för att förstå varför vissa lågvärdeinsatser används och hur vårdssystemet (såsom organisering, finansiering och uppföljning) inverkar på användningen. Detta kan synliggöra faktorer på regionnivå som påverkar användningen av lågvärdeinsatser och i vissa fall möjliggöra att dessa undanröjs.

# Introduktion till forskningsfältet

Den här delen av rapporten ger en introduktion till forskning om utmönstring av lågvärdeinsatser. Vi går genom vad lågvärdeinsatser är, hur förekomst kan mätas, vad som har visat sig driva användningen och slutligen vilka åtgärder som har testats för att utmönstra lågvärdeinsatser.

## Exempel på lågvärdeinsatser

Ett evidensbaserat arbete kräver att man lägger särskilt fokus på hur man implementerar evidensbaserade insatser, det vill säga insatser vars effektivitet har dokumenterat vetenskapligt stöd (1). På senare tid har man börjat uppmärksamma vikten av att även fokusera på att minska, eller helt utmönstra, användning av tester, undersökningar och behandlingar som inte är av värde för patienterna, så kallade lågvärdeinsatser eller lågvärdevård.

Med lågvärdeinsatser menas åtgärder - tester, undersökningar och behandlingar – som utifrån den aktuella forskningen visar låg eller ingen nytta för patienten, eller som potentiellt är skadliga. I en bredare definition betraktas även nytta i relation till kostnader och möjliga andra risker. (2).

Ett exempel är labbprover där provsvaren inte tillför någon viktig information kring patientens hälsotillstånd (3). Ett exempel på insatser som både saknar nytta och kan innebära risker, är onödiga röntgenundersökningar där undersökningen inte bara är onödig utan även utsätter patienten för onödig strålning som kan öka risken för att utveckla cancer (4,5).

Förutom brist på nytta för patienten, finns även insatser som innebär en risk för folkhälsan och därför inte bör användas. Ett exempel på en sådan är överförskrivning av antibiotika, vilket riskerar att leda till utvecklingen av multiresistenta bakterier (6). Överförskrivning av malariamedicin kan på ett liknande sätt leda till resistenta parasiter som gör att malaria kan bli svårbehandlat (7).

Beträffande prover, tester och andra undersökningar som är lågvärdeinsatser finns det ett dilemma. Även om risken med, och priset för, undersökningen är låg riskerar man att hitta smärre avvikelser. Avvikelser som många kan leva med utan att utveckla några problem men som när de upptäcks innebär behov av fortsatt uppföljning av sjukvården och en onödig oro för patienten.

Slutligen innebär lågvärdeinsatser att resurser läggs på insatser som inte är till nytta för patienterna eller befolkningen. Dessa resurser skulle i stället kunna användas till evidensbaserade insatser.

En utmaning är att en insats kan vara av lågt värde för vissa patientgrupper och indikationer medan de är effektiva för andra. Behandling med antibiotika, till exempel, är evidensbaserat för ett stort antal diagnoser men är en lågvärdeinsats för patientgrupper som inte uppfyller de kliniska indikationerna för antibiotikaförskrivning. Detta innebär att utmönstring av lågvärdeinsatser sällan är så enkelt som att ta bort möjligheten att använda insatsen helt och hållet. Det handlar snarare om att hitta sätt att säkerställa att insatserna bara används för patientgrupper som har nytta av dem (8–11).

# Identifiering av lågvärdeinsatser

I syfte att minska lågvärdeinsatser har flera initiativ tagits för att lista insatser som inte bidrar till nytta och som därför borde ifrågasättas och utmönstras. Ett initiativ är Choosing Wisely som startade i USA och som syftar till att främja dialog mellan läkare och patienter kring vilka tester, undersökningar och behandlingar som är nödvändiga – och vilka som inte är det. Choosing Wisely listar de fem mest prioriterade lågvärdeinsatserna som är vanligt förekommande inom respektive specialismråde, är kostsamma och som inte bidrar till någon nytta för patienterna. I dag finns över 550 rekommendationer och Choosing Wisely är spritt till mer än 20 länder (12). I Sverige drivs Choosing Wisely under namnet Kloka kliniska val (13) av Svenska läkaresällskapet. Ett annat internationellt exempel är Storbritanniens ”do not do-rekommendationer” som publiceras av National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (14).

I Sverige har Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) publicerat några prioriteringsstöd för insatser som borde utmönstras (15). I dagsläget är det Socialstyrelsen som, inom ramen för de nationella riktlinjerna, kategoriserar insatser som lågvärdeinsatser, så kallade icke-göra. Det är insatser som vården bör sluta att använda eftersom de enligt vetenskaplig evidens inte har någon effekt, har sämre effekt än annan insats eller är skadliga. Under 2020 publicerade Socialstyrelsen en samlad lista på icke-göra-rekommendationer från olika nationella riktlinjeområden (16) och i december 2023 publicerades en rapport om följsamheten till de nationella riktlinjernas rekommendationer med prioritet icke-göra inom elva riktlinjeområden (17). Se tabell 1 för exempel på icke-göra-rekommendationer som undersöktes i rapporten.

**Tabell 1. Exempel på icke-göra-rekommendationer som undersöktes i Socialstyrelsens rapport (17).**

Tillstånd	Åtgärd som klassas som icke-göra
Generaliserat ångestsyndrom, social fobi, akut stressyndrom eller posttraumatiskt stressyndrom	Bensodiazepiner
Artros	Artroskopisk kirurgi
Förhöjd frakturrisik enligt klinisk bedömning, utan dokumenterad brist på kalcium eller D-vitamin hos personer som inte behandlas med systemiskt kortison eller Kalcium och D-vitamin bspecifika läkemedel mot osteoporos	Kalcium och D-vitamin
Stroke	Vård på vårdavdelning (som ej är strokeenhet), med eller utan mobilt stroketeam
Astma, exacerbation utan misstänkt bakteriell infektion	Antibiotika
Diabetes med smärtsam neuropati	Behandling med SSRI (selektiva serotoninåterupptagshämmare)
Alkoholberoende	Behandling med GHB

Lågvärdeinsatser förekommer både inom primärvården och sekundärvården. I den här inledande delen av rapporten beskriver vi internationell forskning från olika vårdområden medan vi i resultatdelen fokuserar på exempel från primärvården.

# Förekomst av lågvärdeinsatser

Förekomsten av lågvärdeinsatser har mestadels undersökts i USA och Australien. I Europa finns ingen sammantagen data över förekomsten, men en OECD-rapport från 2017 tar upp användning av lågvärdeinsatser som ett betydande problem i europeisk hälso- och sjukvård (18). Även i Sverige saknas heltäckande data över förekomsten av lågvärdeinsatser.

En utvärdering från Socialstyrelsen år 2023 (17) undersökte förekomsten av icke-göra-insatser i elva områden där nationella riktlinjer med icke-göra-insatser finns. Trots framgångar med att utmönstra vissa insatser, visar Socialstyrelsens utvärdering att många icke-göra-insatser används. Detta inkluderar insatser som kan vara direkt skadliga för patienter. Bland personer med ångestsyndrom fick exempelvis 18,1 procent läkemedelsbehandling (dvs. minst två uttag) med bensodiazepiner, trots stor risk för allvarliga biverkningar i form av tolerans och beroende, år 2021.

Dessutom finns stora variationer i användningen av vissa icke-göra-insatser mellan olika regioner i landet, visar utvärderingen. Till exempel varierar antalet artroskopiska ingrepp vid artros per 100 000 invånare från 5 i Region Örebro till 24 i Region Jämtland Härjedalen.

Det fanns stora utmaningar att utvärdera förekomsten av icke-göra-insatser på grund av avsaknad av registerdata inom många riktlinjeområden.

## Mätning av lågvärdeinsatser

En utmaning när man mäter förekomsten av lågvärdeinsatser är som sagt tillgången till data. Men det finns flera utmaningar. Inte minst med tanke på att många lågvärdeinsatser inte är en lågvärdeinsats för samtliga patientgrupper.

Mätning är svårt men viktigt. Därför handlar kommande stycken om olika sätt att mäta förekomsten av lågvärdeinsatser samt de huvudsakliga svårigheterna med att göra det.

Det finns två huvudsakliga metoder för att mäta förekomst av lågvärdeinsatser:

- Mätning av volym, det vill säga mätning av totalanvändningen av en insats. Till exempel mätning av hur många patienter som får bensodiazepiner eller antibiotika.
- Mätning av värde, det vill säga mätning av huruvida insatsen innebär en lågvärdeinsats i den specifika situationen. Till exempel mätning av hur många patienter som får antibiotika utan att det finns en klinisk indikation för den behandlingen.

Det finns för- och nackdelar med båda metoderna.

### Mätning av volym

Mätning av volym, det vill säga totalanvändningen, brukar vara lätt att fånga upp i uppföljningssystem. Däremot ger mätningen ingen information om huruvida insatsen användes för en patient där den uppfyllde kraven för en evidensbaserad insats eller för en patient där insatsen innebar en lågvärdeinsats.

För att få en indikation på om ett volymmått är rimligt brukar man använda sig av jämförelsedata i någon form. Man kan till exempel jämföra mellan medarbetare, olika verksamheter eller olika regioner. Risken är att man felbedömer siffrorna. Antingen kan siffrorna visa en hög nivå jämfört med liknande verksamheter men där samtliga patienter som fått insatsen fått den baserat på korrekta indikationer, eller så kan siffrorna visa en låg nivå jämfört med liknande verksamheter men där flera patienter ändå har fått insatsen utan att det finns en klinisk indikation. Till exempel hade



Storbritannien en generellt låg användning av kranskäralsbypassoperationer men ett stort antal av dessa bedömdes som olämpliga (19).

#### Mätning av värde

Att i stället mäta värdet ger en mer rättvisande bild av förekomsten av lågvärdeinsatser. Det innebär att man mäter antal tillfällen en insats använts i relation till om den var lågvärde eller inte. Dock kräver detta information om för vilka patienter som en insats var lämplig eller inte, till exempel från journaler. Denna typ av mätning går sällan att genomföra via befintliga uppföljningssystem utan kräver extra arbete.

För att mäta värdet av lågvärdeinsatser rekommenderas tre typer av tillvägagångssätt, eller så kallade "linser": patientlinsen, insatslinsen och populationslinsen (20).

- Patientlinsen innebär att man relaterar antalet lågvärdeinsatser till antalet patienter. Till exempel, av samtliga patienter i Sverige med ländryggsbesvär, hur många har fått en onödig röntgen av ländryggen?
- Insatslinsen innebär att man relaterar antalet lågvärdeinsatser till antalet tillfällen en insats har använts. Till exempel, av samtliga genomförda ländryggsröntgen, hur många var onödiga?
- Populationslinsen relaterar antalet lågvärdeinsatser till hela patientpopulationen. Till exempel, av hela Sveriges befolkning, hur många personer får en onödig röntgen av ländryggen?

Beroende på vilket tillvägagångssätt man väljer kommer andelen lågvärdeinsatser se olika ut. För lågvärdeinsatsen knäartroskopi vid knäledsartros till exempel, fann en studie att knäartroskopi användes för 4,0 procent av samtliga patienter med knäledsartros (patientlins) (21). En annan studie fann att 57,2 procent av samtliga utförda knäartroskopier bedömdes vara olämpliga (insatslins) (22) och en tredje att 0,2 procent av samtliga patienter som täcktes av sjukvårdsförsäkringen Medicare fick en knäartroskopi (populationslins) (23). Procentsatsen kommer således variera beroende på vad man ställer siffrorna i relation till. Rekommendationen är att redovisa förekomsten av lågvärdeinsatser utifrån alla tre linsor, alternativt tydligt definiera vilken typ av lins som har använts vid beräkningen av förekomsten av lågvärdeinsatser (20).

#### Mätning av kostnader för lågvärdeinsatser

Att mäta kostnaderna för lågvärdeinsatser är ytterligare ett sätt att mäta förekomsten (t.ex. verksamhetens totala kostnader för ett visst labbprov eller en viss typ av undersökning). Även denna mätmetod har inbyggda svårigheter. Ett problem är att utmönstring av en insats inte nödvändigtvis innebär en sänkning av sjukvårdens kostnader eftersom det kan leda till användning av andra insatser (t.ex. kostnader för beställning av ett annat labbprov eller att en annan typ av undersökning ökar). Alternativa insatser kan antingen vara lågvärdeinsatser eller evidensbaserad vård, där det senare förstås bör ses som en positiv utveckling men inte nödvändigtvis någonting som minskar verksamhetens kostnader.

Att försöka utmönstra en insats kan också kan vara kostsamt, vilket inte syns i statistiken över labbprover men kanske i ökade personalkostnader. Dessutom relaterar en del av kostnaderna för lågvärdeinsatser till fasta kostnader, såsom lokaler och utrustning, som är komplexa att ställa om (24). Värt att notera är också att de största kostnaderna för lågvärdeinsatser kan vara relaterade till en hög användning av relativt billiga insatser (25).

# Vad driver användningen av lågvärdeinsatser?

Ett stort antal internationella studier har undersökt varför lågvärdeinsatser ges. Här presenterar vi kort fynden från två nyligen publicerade översiktsartiklar som summerar forskningen (25, 26) i syfte att förklara vad som kan driva användningen av lågvärdeinsatser. I översiktsartiklarna ingår olika typer av studiedesign och datainsamlingsmetoder.

Resultaten visar att faktorer som påverkar användningen av lågvärdeinsatser finns inom flera nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet och omfattar allt från individfaktorer hos den enskilda hälso- och sjukvårdspersonalen och patienten till övergripande förutsättningar inom systemet.

## **Patienter och hälso- och sjukvårdspersonal**

Patienter och deras anhöriga kan påverka förekomsten av lågvärdeinsatser. Studierna visar att patienter och deras anhöriga kan efterfråga lågvärdeinsatser och motsätta sig utmönstring av dessa. Registerstudier visar också att olika patientkaraktäristika såsom ålder, kön, etnicitet, socioekonomisk bakgrund och hälsotillstånd har ett samband med användning av lågvärdeinsatser. Dock visar studierna inget entydigt resultat (t.ex. att äldre patienter alltid får mer lågvärdeinsatser), utan patientkaraktäristika kan påverka på olika sätt i olika studier och för olika lågvärdeinsatser.

Hälso- och sjukvårdspersonalens förväntningar, attityder och beteenden kan leda till ökad användning av lågvärdeinsatser. Exempelvis kan en vilja hos personalen att tillgodose patienters önskemål leda till att en lågvärdeinsats ges. Även en rädsla hos personalen att missa en viktig diagnos eller negativa konsekvenser för sig själv (t.ex. att bli stämd), leder till fler lågvärdeinsatser och hindrar utmönstring, enligt studierna.

## **Hälso- och sjukvårdssystemet**

Hur hälso- och sjukvården är organiserad och vilka rutiner som finns kan också påverka förekomsten av lågvärdeinsatser. Förekomsten av en policy eller riktlinje som rekommenderar en restriktiv hållning till lågvärdeinsatser kopplas till en lägre användning av lågvärdeinsatser. Även driftformen kan påverka, och ett exempel kommer från USA, där akademiska sjukvårdsorganisationer har färre lågvärdeinsatser än privata och offentliga enheter.

Hur arbetet är organiserat och tillgängligt stöd kan påverka. Brist på kontinuitet mellan patient och personal, personalens upplevda tidsbrist eller tidspress kan öka användningen av lågvärdeinsatser. Rutiner såsom rutinmässiga beställningar av hela provpaket, brist på beslutsstöd, organisationer präglade av individuellt beslutsfattande och brist på feedback kan också öka användningen, visar studierna.

Även ekonomiska system, såsom ersättningsmodeller och finansiella incitament påverkar användningen av lågvärdeinsatser. Till exempel kan en verksamhets intäkter vara relaterade till ersättning för lågvärdeinsatser, vilket motiverar till att använda dem. Dessutom kan ersättningssystem som ersätter verksamheterna för varje utförd åtgärd, så kallad fee-for-service, leda till användning av lågvärdeinsatser för patienter som egentligen inte är i behov av någon insats. Vad gäller sjukvårdsförsäkring har privat sjukvårdsförsäkring, avsaknad av sjukförsäkring och sjukförsäkringar för låginkomsttagare (Medicaid i USA) kopplats ihop med ökad sannolikhet att få lågvärdeinsatser. Dock är dyrare lågvärdeinsatser, såsom onödig datortomografi, vanligare för patienter med privat sjukvårdsförsäkring.

Marknadsföring direkt riktad mot patienter, såsom exempelvis reklam för PSA-screening och påverkan från läkemedelsindustrin eller sjukvårdsföretag, kan också kopplas till högre användning av lågvärdeinsatser.

Studierna visar också att verksamheter i bostadsområden med en låg socioekonomisk status har en högre andel lågvärdeinsatser. Även områden med en generellt högre sjukvårdskonsumtion har högre andel lågvärdeinsatser. Samma samband har man funnit i områden med en högre andel sjukhusläkare i relation till allmänläkare, medan en hög generell läkartäthet ger lägre nivåer av lågvärdeinsatser. Det finns än så länge otillräcklig kunskap om anledningarna till dessa mönster.

### **Riktlinjer och andra rekommendationer**

Motsägande, olämpliga eller svårtillämpliga riktlinjer (t.ex. vårdprogram eller rekommendationer) leder till fler lågvärdeinsatser. Att en professionell uppfattar en insats som effektiv, trots att rådande riktlinjer identifierar insatsen som lågvärde, kan leda till att man använder den ändå. Insatser som är enkla att använda och saknar upplevda negativa konsekvenser används oftare trots att de identifierats som lågvärdeinsatser. Avsaknad av alternativa insatser för en lågvärdeinsats, eller om alternativen upplevs som komplexa att använda, leder också till att lågvärdeinsatser används oftare.

## **Hur kan lågvärdeinsatser utmönstras?**

För att minska förekomsten av lågvärdeinsatser har olika strategier för utmönstring utvärderats i vetenskapliga studier. I en nyligen publicerad litteraturöversikt för olika åtgärder för utmönstring i hälso- och sjukvården (28) konstaterar man att flera av de studerade åtgärderna minskar användningen av lågvärdeinsatser (median minskning: 17 procent). Exempelvis användes beslutsstöd med påminnelser om lågvärdeinsatser, utbildning till personal och feedback på användning till personal. Översikten kunde inte identifiera att en viss typ av åtgärd skulle vara mest effektiv. I stället betonar man vikten av att undersöka de lokala förutsättningarna och anledningarna till att lågvärdeinsatser ges, innan man beslutar om vilka åtgärder som ska användas för att minska användningen.

En ofta använd åtgärd för att minska lågvärdeinsatser är att utforma och publicera riktlinjer och rekommendationer kopplade till vad som kan klassas som lågvärdeinsatser. Sådana rekommendationer är viktiga för att identifiera vilka insatser som bör utmönstras och kan i vissa fall leda till minskad användning. Att enbart publicera rekommendationer bedöms dock inte vara tillräckligt för att lösa problemet med förekomsten av lågvärdeinsatser (26,27,29).

En av de vanligaste strategierna är att informera och utbilda personal, patienter eller chefer inom hälso- och sjukvården. Detta kan innebära allt från att utveckla informationsmaterial om olika lågvärdeinsatser för olika målgrupper, till att hålla i utbildningar där deltagarna får träna på nya färdigheter i hur de kan undvika användning av lågvärdeinsatser (30). Utbildning används ofta i kombination med andra insatser (28), men bedöms inte som tillräckligt som ensam åtgärd (31).

En annan vanlig strategi är att använda sig av principer från kontinuerligt förbättringsarbete, som att sammanställa data över användningen av lågvärdeinsatser och återkoppla detta till hälso- och sjukvårdspersonalen (30). Även denna åtgärd har ofta använts i kombination med andra åtgärder (t.ex. utbildning, påminnelser eller åtgärder riktade till patienter) och kan då förbättra effekten av dessa (28).

Ofta används en kombination av åtgärder för att utmönstra lågvärdeinsatser (32), såsom att ge hälso- och sjukvårdspersonal återkoppling om deras användning av lågvärdeinsatser kombinerat med utbildning till patienter. Än så länge finns det dock begränsat med forskning om det är bättre att använda sig av en ensam åtgärd eller flera (27, 31–33) samt kring vilka eller vilken kombination av strategier för utmönstring som

är mest effektiv. Dessutom har det hittills genomförts få studier där strategierna har valts utifrån en analys av vad som bidrar till användning av lågvärdeinsatser (27, 29). Den starkaste rekommendationen i nuläget bör därmed vara att försöka rikta åtgärder för utmönstring mot de faktorer som påverkar användningen av lågvärdeinsatser (27, 30, 34).

# Syfte

Syftet med rapporten är att presentera orsaker till användning av lågvärdeinsatser samt vilka åtgärder som används för utmönstring av lågvärdeinsatser inom primärvården i Region Stockholm.

Rapporten summerar två vetenskapliga studier.

Rapporten avser att öka kunskapen om utmönstring av lågvärdeinsatser och på sikt bidra till en minskning av lågvärdeinsatser genom att förmedla vad som bidrar till användning av dessa samt vilka strategier som kan vara till nytta för att minska förekomsten.

# De empiriska undersökningarna

I de kommande avsnitten presenterar vi resultat från två publicerade vetenskapliga artiklar som författarna av den här rapporten varit med och skrivit (35, 36). Vi redogör för studierna i kondenserat format. För mer information om metod hänvisar vi till de publicerade studierna i sin helhet (35, 36).

## Studie 1: Fokusgrupper med läkare

### Deltagare

Den första studien är en kvalitativ studie inom primärvården i Region Stockholm där vi höll fokusgruppsdiskussioner med läkare vid sex vårdcentraler. Syftet var att undersöka läkarnas syn på lågvärdeinsatser och vad som bidrar till att de använder sådana.

Vi valde vårdcentralerna baserat på deras nivåer av användning av tre olika labbprover (sänka, d-vitamin och leverprovet ASAT), vilka har bedömts som överanvända inom primärvården.

Totalt intervjuades 31 läkare.

### Datainsamling och analys

I fokusgruppsdiskussionerna fick deltagarna först svara på frågor om sin syn på lågvärdeinsatser generellt, faktorer som de upplever bidrar till användandet av lågvärdeinsatser följt av frågor om insatser som de upplever leder till minskad användning på individuell nivå, inom vårdcentralen och på region-nivå.

Därefter fick de deltagande läkarna diskutera kring tre specifika labbprover som definierats som lågvärdeinsatser. Deltagarna uppmanades att diskutera hur de såg på de exemplen och vad som kan ha påverkat att de har en hög eller låg användning i relation till övriga vårdcentraler i Region Stockholm.

Vi spelade in samtliga intervjuer och transkriberade dem ordagrant. Informationen från diskussionerna analyserade vi med en så kallad grounded theory-ansats (38), vilket är en kvalitativ metod för att bygga teori kring en vald frågeställning.

## Studie 2: Intervjuer med chefer och andra nyckelpersoner

### Deltagare

Den andra studien är en intervjustudie med chefer och andra nyckelpersoner i ledande positioner inom både privat och offentlig primärvård i Region Stockholm, Region Uppsala och Region Halland. Syftet var att undersöka vilka åtgärder som används för att påverka förekomsten av lågvärdeinsatser och vilken funktion dessa har.

I ett första steg rekryterade vi nyckelpersoner med insyn i vilken typ av styrning som förekommer för utmönstring av lågvärdeinsatser inom primärvården i de tre olika regionerna. Nyckelpersonerna bistod också med tips på chefer och andra personer i ledande positioner, som i ett nästa steg rekryterades till studien.

Totalt intervjuade vi tolv personer.

### Datainsamling och analys

Deltagarna som rekryterades i första steget fick frågor om olika regionala och organisatoriska åtgärder som hade potential att påverka användning av

lågvärdeinsatser. Deltagarna som rekryterades i andra steget fick beskriva hur de upplever att de åtgärderna påverkar förekomsten av lågvärdeinsatser. De fick också komplettera med ytterligare åtgärder som de upplever påverkar förekomsten av lågvärdeinsatser.

Vi spelade in samtliga intervjuer och transkriberade dem ordagrant. Ett teoretiskt ramverk (dvs. tillämpad beteendeanalys) (39) användes för att undersöka vilken funktion de olika åtgärderna har och i vilken mån de påverkar användningen.

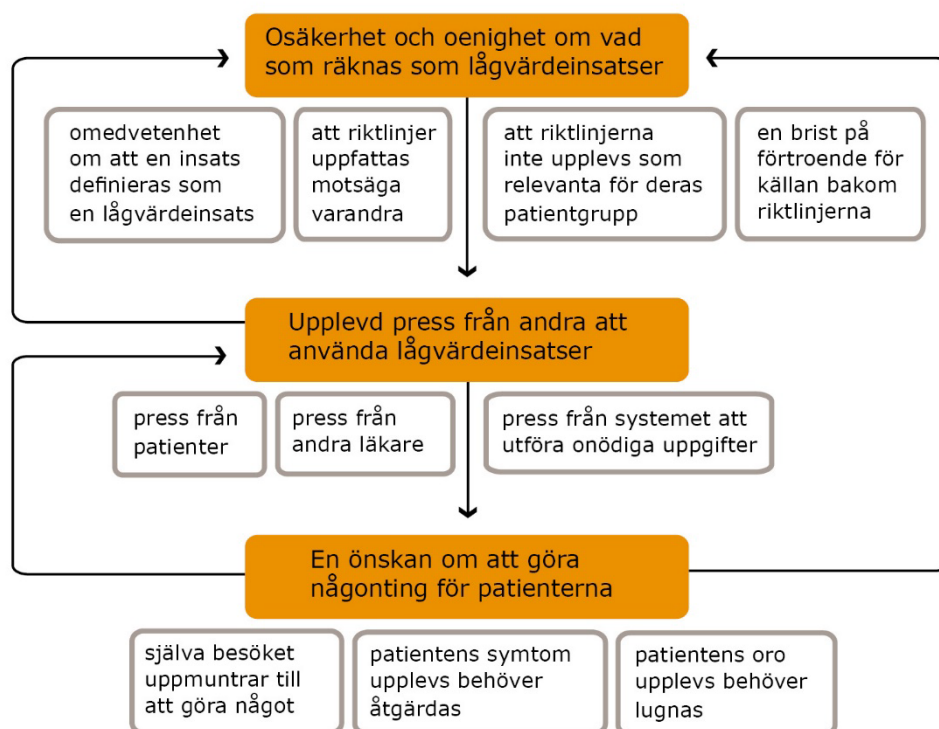
# Resultat

## Studie 1: Orsaker till användning av lågvärdeinsatser

Studien identifierar tre kategorier av orsaker till primärvårdsläkarnas användande av lågvärdeinsatser:

- osäkerhet och oenighet kring vad som räknas som lågvärdeinsatser
- en upplevd press från andra att använda insatser som bedömts ha lågt värde
- en önskan om att göra *något* för patienten.

De tre orsakerna påverkar varandra (se figur 1). Osäkerhet och oenighet kring vad som räknas som lågvärdeinsatser gör att läkarna blir mer mottagliga för press från andra att använda lågvärdeinsatser och mer benägna att vilja göra något för patienterna. Den upplevda pressen från andra att använda lågvärdeinsatser gör dem mer osäkra på vad som räknas som lågvärdeinsatser och på samma sätt kan önskan om att göra någonting för patienterna göra dem mer mottagliga för press från andra att använda lågvärdeinsatser. Situationen beskrivs som komplex att hantera, och att man ofta är utelämnad till att hantera den på egen hand utan stöd från sin organisation. Vi beskriver de tre kategorierna mer ingående i de följande avsnitten.



**Figur 1. Modell över hur orsaker till användning av lågvärdeinsatser påverkar varandra (36).**



## **Osäkerhet och oenighet kring vad som räknas som lågvärdeinsatser**

Osäkerhet och oenighet kring vad som räknas som en lågvärdeinsats har fyra underkategorier:

- 1) omedvetenhet om att en insats definieras som en lågvärdeinsats
- 2) att riktlinjer uppfattas motsäga varandra
- 3) att riktlinjerna inte upplevs som relevanta för deras patientgrupp
- 4) en brist på förtroende för källan bakom riktlinjerna.

Deltagarna beskriver att det är en komplex process att kontinuerligt hålla sig uppdaterad om de senaste riktlinjerna, vilket kan skapa en omedvetenhet om att en insats definierats som en lågvärdeinsats. Detta gäller särskilt inom primärvården som ansvarar för en stor bredd av olika patienter och diagnoser. En av deltagarna uttrycker sig så här:

”Varje gång som man går på en utbildning så tänker man det här var alldeles nytt. Det är lite läskigt i och med att det ska vara femtielva olika ämnen som vi ska vara uppdaterade i.” (IP 2 FGD1).

Vidare beskriver deltagarna att nationella, regionala och lokala riktlinjer ibland motsäger varandra vilket gör det svårt att veta vilken man ska följa.

Problemet med att riktlinjerna inte alltid är relevanta för deras målgrupp handlar om att man inom primärvården utreder patienter som ännu inte har en klar diagnos utan som har ett antal symtom vilka kan tyda på flera olika diagnoser. Det gör att det ibland kan vara svårt att följa riktlinjer som utformats av specialister på olika sjukdomstillstånd. En av deltagarna uttrycker sig så här:

”Jag tror att många organspecialister jobbar lite så för dom har ändå ett selekterat material och då gör dom det på alla och så förväntar dom sig att primärvården också ska göra så.” (IP 13 FGD 3).

Brist på förtroende för källan bakom riktlinjerna handlar om att olika personer som deltagarna känner till, varit med och författat riktlinjerna uppfattas som mer eller mindre förtroendeingivande. Detta gör att det finns tvivel kring vissa riktlinjer eftersom man inte litar på att den som författat riktlinjen gjort det utifrån rådande kunskapsläge. Det kan också handla om vetskap om att det förekommit konflikter vid framtagandet av en riktlinje och att konflikten lett till att utfallet mer handlat om att hitta en kompromiss utifrån olika personers intresse.

## **Upplevd press från andra att använda lågvärdeinsatser**

Upplevd press från andra som anledning till användning av lågvärdeinsatser, har tre underkategorier:

- 1) press från patienter
- 2) press från andra läkare
- 3) press från systemet att utföra onödiga uppgifter.

Att läkarna upplever press från patienter handlar både om patienter som har förväntningar på att få en specifik insats och om patienter som vill få någon slags hjälp från sjukvården. Det kan vara svårt att säga nej till patienterna, och ibland upplevs det enklare att utföra det som en patient önskar än att ägna tid åt att resonera med patienten kring varför den inte bör få en särskild insats. En av deltagarna uttrycker sig så här:

”Att gå på patientens linje och beställa prover eller undersökningar går mycket fortare och smidigare än att säga nej. Då kommer det ta jättelång tid och man får kanske patienten emot sig.” (IP21, FGD4).

Den upplevda pressen från andra läkare handlar både om press från läkare som remitterar patienter till vårdcentralen och press från läkare vid den vårdinstans dit vårdcentralen önskar remittera patienter. Patienter kan komma från en annan vårdinstans där den läkare de träffat uppmanat dem att låta vårdcentralen fortsätta med en redan insatt behandling eller utföra prover för fortsatt utredning. När man remitterar patienter innebär det ibland att den mottagande enheten villkorat omhändertagande av patienten till att ett visst antal prover ska ha genomförts vid vårdcentralen innan. En av deltagarna uttrycker sig så här:

”De tar ju oftast inte patienterna förrän prover och röntgenundersökningar som de kräver är gjorda.” (IP8, FGD2).

Press från systemet att utföra onödiga arbetsuppgifter innebär olika insatser som läkarna inte upplever bidrar till något värde för hälso- och sjukvården. Läkarna har i dessa fall ofta en vidare definition av begreppet lågvärdeinsatser än den akademiska litteraturen och inkluderar även akut inbokade besök för icke-akuta åkommor, besök för patienter som inte har behov av att träffa en läkare samt onödiga administrativa uppgifter. En del av de här insatserna beskrivs som ett resultat av det finansiella ersättningssystemet som uppmuntrar dem att ägna sig åt aktiviteter som de deltagande läkarna upplever som lågvärdeinsatser. En av deltagarna uttrycker det så här:

”Det är ju inte att lura det är ju precis så det är utformat. Vi måste bara rakt upp och ner skaka hand med fler personer nu än förra året.” (IP6, FGD1).

Förutom press från patienter, andra läkare och systemet uttrycker deltagarna också en brist på krav från sjukvårdssystemet att fokusera på att minska lågvärdeinsatser. Det framkommer att det finns en upplevelse att man som läkare är utlämnad till att själv försöka jobba med frågan.

### **En önskan om att göra någonting för patienterna**

De deltagande läkarna beskriver också en egen önskan att göra något för de patienter som de träffar, som en anledning att använda lågvärdeinsatser. Den här orsaken till användning har tre underkategorier:

- 1) själva besöket uppmuntrar till att göra något
- 2) patientens symtom upplevs behöver åtgärdas
- 3) patients oro upplevs behöva lugnas.

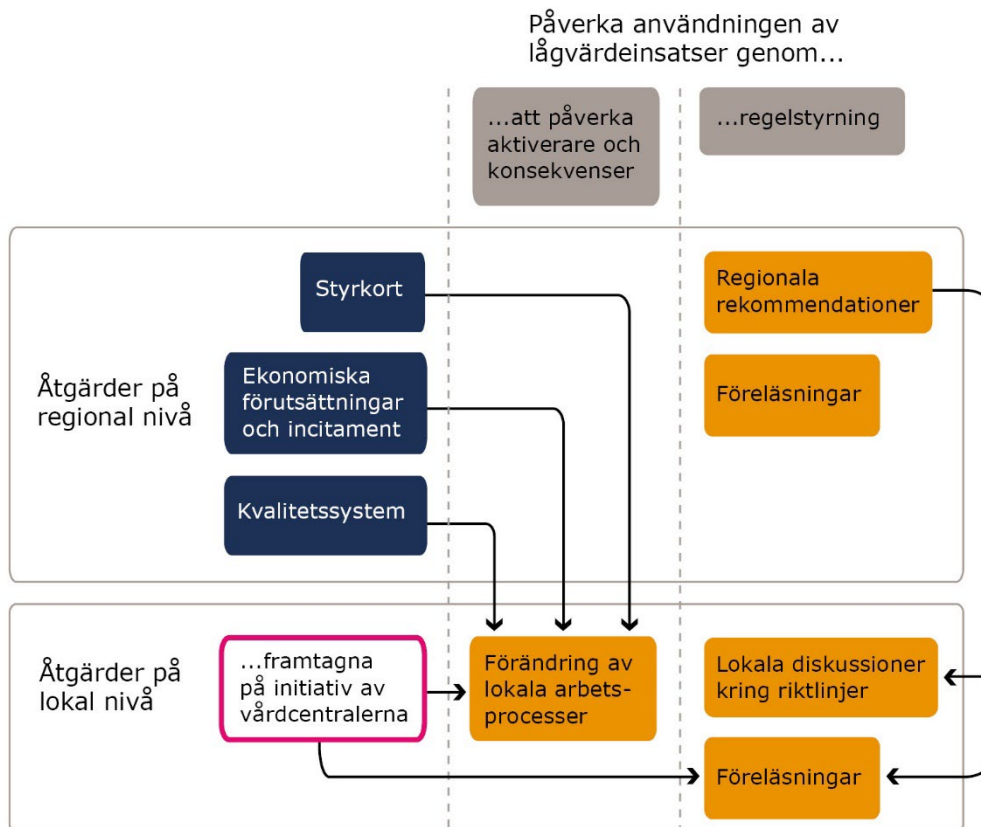
Själva patientbesöket i sig kan leda till lågvärdeinsatser, förklarar deltagarna. De beskriver att ett inbokat besök underförstått kan innebära att en åtgärd behöver sättas in även när det egentligen inte finns något behov. Läkarna beskriver också att de gärna vill hjälpa patienterna att lindra besvärande eller smärtsamma symtom och därmed upplever att de behöver erbjuda en åtgärd trots att de insatser som de sätter in saknar evidens.

Läkarna känner också empati för patienternas känslor och uttrycker en önskan att hjälpa dem hantera dessa. En del patienter kan uttrycka stark oro eller ångest för sin hälsa och genom att beställa onödiga undersökningar upplever läkarna att de kan lindra patienternas oro. En av deltagarna beskriver det så här:

”Om vi till exempel inte tar prover så skapar vi mer oro. Det lättare att ta några prover och patienten till exempel släpper sin oro och blir bekräftad i att allting är bra.” (IP4, FGD1).

## Studie 2: Regionala och organisatoriska åtgärder för att påverka utmönstring

Den här studien identifierar totalt åtta åtgärder som används för att påverka förekomsten av lågvärdeinsatser, enligt chefer och andra nyckelpersoner. Fem av dessa används på regional nivå: styrkort, kvalitetssystem, ekonomiska förutsättningar och incitament, föreläsningar och regionala rekommendationer. Tre används på mer lokal nivå (t.ex. initierad av en vårdcentral): föreläsningar, diskussioner kring riktlinjer och förändring av arbetsprocesser (se figur 2).



**Figur 2. Åtgärder som används för att påverka förekomsten av lågvärdeinsatser uppdelat både utifrån var de används (regional eller lokal nivå) och utifrån vilken funktion de kan ha (att påverka aktiverare och konsekvenser eller regelstyrning) (37).**

### Åtgärdernas påverkan på användningen

Åtgärdernas funktion, alltså på vilket sätt de påverkar beteenden kopplat till användning av lågvärdeinsatser, analyseras med tillämpad beteendeanalys och beskrivs nedan för varje åtgärd. Två huvudsakliga teoretiska modeller från tillämpad beteendeanalys används:

- kedjan av aktiverare, beteende och konsekvenser
- regelstyrning.

Kedjan av aktiverare, beteende och konsekvenser

Kedjan av aktiverare, beteende (i detta fall användning av lågvärdeinsatser) och konsekvenser består av faktorer i miljön som påverkar sannolikheten för användning av

lågvärdeinsatser. Aktiverare är något som föregår användningen och som (via tidigare erfarenheter) ger information om vilka konsekvenser som kommer att följa. Konsekvenser är något som sker till följd av användningen av lågvärdeinsatser, och som antingen kan öka eller minska sannolikheten för framtida användning. För att illustrera principen kopplat till lågvärdeinsatser kan man tänka sig att aktiverare är en patient som efterfrågar en specifik insats och att konsekvensen av att ge patienten den insatsen kan vara en positiv reaktion från patienten. En sådan kedja kan över tid öka sannolikheten för att läkaren kommer att använda den insatsen igen.

### Regelstyrning

Regelstyrning påverkar beteenden (i detta fall användning av lågvärdeinsatser) genom att skriftligt eller muntligt presentera en förväntad kedja av aktiverare, beteende och konsekvenser utan att personen behöver ha upplevt detta själv. Människor påverkas i stor utsträckning av regler på grund av våra tidigare positiva erfarenheter av att följa sådana. För att illustrera principen kan man tänka sig att läkare läst rekommendationer att patienter med vissa symptom bör behandlas med en specifik insats och att det kommer att leda till en positiv effekt på patienternas hälsa. Att ha läst en sådan rekommendation kan fungera som en regel och göra att läkaren kommer att fortsätta använda den insatsen.

### Olika funktioner

De åtta åtgärder som identifieras i studien kan ha olika funktioner. Åtgärden att förändra arbetsprocesser kan påverka aktiverare och konsekvenser kopplat till läkarnas användning av lågvärdeinsatser. Åtgärdena föreläsning (både på regional och lokal nivå), riktlinjer, och lokala diskussioner kring riktlinjer kan påverka läkarnas beteenden via regelstyrning. Styrkort, kvalitetssystem och ekonomiska åtgärder påverkar inte läkarnas användning av lågvärdeinsatser direkt, varken via förändring av aktiverare och konsekvenser eller regelstyrning. Dock kan de ha en indirekt inverkan genom att uppmuntra vårdcentralerna att utarbeta lokala rutiner för att påverka förekomsten av lågvärdeinsatser.

## **Påverka användning av lågvärdeinsatser genom att påverka aktiverare och konsekvenser**

### Förändring av lokala arbetsprocesser

I intervjuerna beskrivs en åtgärd som påverkar användning av lågvärdeinsatser genom att påverka aktiverare och konsekvenser: förändring av lokala arbetsprocesser. Dessa förändringar tas fram lokalt i samarbete mellan chef och hälso- och sjukvårdspersonal. Flera av de förändringar som deltagarna berättar om har syftat till att göra det svårare att använda lågvärdeinsatser. Ett exempel på en sådan förändring är att ta bort prover från standardiserade labbgrupper så att proven inte kan beställas lika enkelt i systemen. Detta tar bort aktiverare att för använda onödiga prover och gör det till en större ansträngning att beställa ett onödigt prov (dvs. påverkan av konsekvenser). Ett annat, liknande, exempel som deltagarna lyfter är att införa krav på att juniora läkare behöver godkännande från en mer senior läkare vid beställning av olika röntgenundersökningar.

”Vissa prover lägger man ju i grupper för att man ska vara effektiv. Då gäller det att man har några på vårdcentralen som sitter och går igenom och tittar ja men de här proverna ska vi inte ta längre och då måste ju det grundas i att samla läkarna och förklara varför man har ändrat och plockat bort något som är onödigt.” (IP2)

Ytterligare ett exempel på förändring är att styra bort patienter som inte har behov av läkarvård genom att boka dem till en annan yrkeskategori som är mer lämplig för patientens symtom, såsom en fysioterapeut eller sjuksköterska.

”Vi försöker också att jobba väldigt mycket med att vem ska man träffa först alltså att vem är bäst att träffa den patienten och att undvika doktorer i möjligaste mån för doktorer är jätteduktiga på att beställa prover och skriva recept och skriva sjukskrivningar och ja massor med sådana saker som kanske inte alltid är det nyttigaste för patienten.” (IP6).

Att förbättra processerna generellt kring kontinuitet mellan läkare och patient är ytterligare en lokal åtgärd som kan minska förekomsten av lågvärdeinsatser. Deltagarna upplever att en långvarig relation mellan läkare och patient gör det lättare att avvakta med insatser eftersom man har en bättre helhetsbild av patientens hälsa och lättare att förklara varför hen inte behöver olika insatser.

### **Påverka användning av lågvärdeinsatser genom regelstyrning**

I intervjuerna beskriver deltagarna tre olika åtgärder som påverkar användning av lågvärdeinsatser via regelstyrning: lokala diskussioner kring riktlinjer, lokala och regionala föreläsningar samt regionala rekommendationer.

#### Lokala diskussioner kring riktlinjer

Många deltagare berättar att de har diskussioner på sin vårdcentral om riktlinjerna för olika diagnoser. Ett exempel som tas upp är diskussioner kring specifika patientfall och att man i samband med dessa tittar på hur riktlinjerna ser ut för den specifika symtombilden som diskuteras. Detta är en återkommande aktivitet som arrangeras på vårdcentralerna och som fokuserar både på hur man arbetar mer evidensbaserat och på hur lågvärdeinsatser kan identifieras och minskas.

”Nån gång i månaden skulle jag säga så går vi igenom ofta när det har varit någonting om nån har träffat nåt fall eller liksom någonting sånt där och då går vi igenom tillsammans dom här riktlinjerna i viss eller om det har dykt upp någonting nytt liksom som vi har det som ett diskussionsunderlag.” (IP9)

#### Lokala och regionala föreläsningar

Flera vårdcentraler arrangerar lokala föreläsningar om att öka användningen av evidensbaserade insatser och att identifiera och minska lågvärdeinsatser. Föreläsningarna hålls både av den egna personalen som varit på utbildning och lärt sig någonting nytt samt av inbjudna gästföreläsare. Nyttan av dessa föreläsningar beskrivs vara att de tydliggör vad som är rätt typ av insats för olika diagnoser och vad som är lågvärdeinsatser.

Föreläsningar som arrangeras på regional nivå kan också påverka användningen av lågvärdeinsatser på ett liknande sätt som de lokalt arrangerade. Ett exempel som deltagarna tar upp är ”Röntga lätt och lagom” som specificerar när olika undersökningar ska göras och inte, samt vilka kostnader som finns kopplade till undersökningarna. Det är dock ovanligt att de regionala föreläsningarna fokuserar på användningen av lågvärdeinsatser.

#### Regionala rekommendationer

De regionala riktlinjer som tagits fram och publicerats på webbplatsen viss.nu anses också påverka användningen av lågvärdeinsatser. Riktlinjerna beskriver kunskapsläget för olika insatser och hur vården organiseras inom Region Stockholm inklusive vilken typ av vård som ska bedrivas vid vårdcentraler eller annan specialistvård. Vissa deltagare upplever riktlinjerna som hjälpsamma eftersom de beskriver en stegvis process där man börjar med färre undersökningar och gradvis går vidare. Andra upplever att riktlinjerna riskerar leda till ökad användning av lågvärdeinsatser eftersom de inte är skrivna av specialister i allmänmedicin utan av specialister som förutsätter att

det redan är känt vilken diagnos patienten har. En av deltagarna uttrycker sig så här kring problemet med hur riktlinjerna är utformade:

”I många av de här grupperna så har vi kanske inte lyckats bemanna med allmänläkare och då är det bara organspecialister som sitter där, vilket gör att man skriver till för mycket provtagning, undersökning i dom här vårdprogrammen för dom har ju ett annat patientklientel.” (IP3)

### **Styrning som uppmuntrar vårdcentralerna att förändra sina lokala processer**

I intervjuerna beskriver deltagarna tre åtgärder som indirekt påverkar läkarnas beteenden kopplade till användning av lågvärdeinsatser genom att uppmuntra vårdcentralerna att förändra sina lokala processer: ekonomiska förutsättningar och incitament, kvalitetssystem samt styrkort.

#### Ekonomiska förutsättningar och incitament

De ekonomiska förutsättningarna beskrivs kunna leda till att vårdcentralerna ser över sina lokala processer. Syftet är då i första hand att minska onödiga kostnader eller att öka intäkterna, snarare än att minska lågvärdeinsatser – men kan ändå ha det resultatet. Ett exempel som deltagarna lyfter är att vårdcentralerna ser över vilka undersökningar som innebär högst kostnader och om några av dessa kan minskas. Ett annat exempel är hur en tidigare ersättningsmodell hade lett till att man styrde patientflödet så att flera patienter besökte en läkare oavsett om de hade behov av det eller inte. Detta upplevs öka användandet av lågvärdeinsatser eftersom ett onödigt besök kan resultera i labbprover, undersökningar och mediciner som inte behövs. En av deltagarna uttrycker sig så här:

”När det var så att du fick så enormt mycket mer för ett läkarbesök än för ett sköterskebesök till exempel då var incitamentet att alla skulle komma till läkaren för även saker som kanske inte var så viktiga och då kanske man tog det där halsprovet men man behövde inte ta det man kanske gav patienterna antibiotika men man behövde egentligen inte antibiotika.” (IP1)

Den ekonomiska ersättningen, som till stor del bygger på antalet listade patienter, innebär färre incitamentet att boka alla patienter på ett läkarbesök. I stället oroar sig de intervjuade deltagarna över att detta kan leda till ett större fokus på att hålla de listade patienterna nöjda genom att utföra provtagningar och undersökningar även om de är lågvärdeinsatser. En av deltagarna uttrycker sig så här:

”Man ska vara tillgänglig och käck att det finns ju en viss risk att man glider lite på det där och kanske ah det kanske inte är farligt för patienten så att då kan man ändå göra det där provet eller göra den där utredningen och skriva den där rinexinet eller vad det nu är för nånting som man skriver.” (IP6)

#### Kvalitetssystem

Deltagarna förklarar också att kvalitetssystem kan påverka användningen av lågvärdeinsatser. Systemen erbjuder en möjlighet att ta fram sina data och jämföra med andra, såsom antal patienter med olika diagnoser, hur mycket de skrivit ut av ett särskilt läkemedel, eller hur många labbprover de beställt av en särskild sort. De flesta variabler är relaterade till vårdkvalitet generellt och inte till någon specifik lågvärdeinsats. Det varierar hur ofta register används. En vanlig strategi som deltagarna beskriver är att gå igenom värdena en gång per år, identifiera ett eller några värden som de vill förbättra och som de lägger till i sina styrkort och följer upp mot data från kvalitetsregistret. För att förbättra värdena kan en lokal handlingsplan tas fram. Ett exempel från en av de intervjuade är relaterat till att minska sin användning av blodprovet sänka:

”Man kan titta på till exempel så skulle man kunna titta på. Göra en benchmarking eller workshop kring labbprover hur tar vi labbprover generellt. För jag tror att det är en väldigt framgångsrik väg att man pratar gemensamt möjligen med aidentifierade data men att man liksom på se oj oj varför tar vi så mycket sänka jämfört med alla andra så det blir en reflektion utan den här peka med hela handenstyrningen liksom.” (IP7)

#### Styrkort

De flesta vårdcentralerna använder någon form av styrkort med indikatorer och aktivitetsplaner för att följa upp verksamhetens mål. Huruvida dessa upplevs påverka förekomsten av lågvärdeinsatser varierar mellan deltagarna. Även vilka indikatorer som ingår i styrkortet varierar. Några indikatorerna är satta på regional nivå och lika för alla inom Region Stockholm, medan andra är satta av vårdcentralen själv. De flesta indikatorerna är relaterade till verksamheten i stort, såsom patientsäkerhet, medan andra kan relateras till några utvalda lågvärdeinsatser, såsom förskrivning av antibiotika och kostnad för labbprover per patientbesök. En av deltagarna uttrycker sig så här:

”Ja men, det tycker jag nog att det kan ha för man utvärderar ju ändå riktlinjer, rutiner och mallar och så. Så det kan jag nog tycka. Även om det kanske har varit fokus och inte så tydligt på agenda. Men indirekt i alla fall.” (IP4)

# Slutsatser

Utifrån de två vetenskapliga artiklarna som presenteras i resultatdelen samt övrig aktuell forskning om utmönstring av lågvärdeinsatser (som presenteras i inledningen) drar vi tre slutsatser:

- Mätning av förekomsten av lågvärdeinsatser är ett eftersatt område.
- Lågvärdeinsatser utmönstras inte automatiskt.
- Hela vårdssystemet påverkar förekomsten av lågvärdeinsatser.

## Mätning av förekomsten av lågvärdeinsatser är ett eftersatt område

I nuläget finns det en brist på data som gör det möjligt att på ett pålitligt sätt beräkna förekomsten av lågvärdeinsatser. Samtliga mätningar som vi identifierade som exempelvis finns i styrkort, är volymmått (t.ex. antal labbprover). Mätningar i form av volymmått visar hur många insatser som getts men inte hur många av dessa som bedöms vara lågvärdeinsatser sett till patientens behov och tillstånd. Volymmått kan visserligen vara vägledande om verksamheter jämförs med varandra, men det finns en risk att man gör en felbedömning eftersom det saknas information om huruvida de insatser som beräknas använts korrekt eller räknas som lågvärdeinsatser.

Ett mer lämpligt sätt att beräkna förekomsten av lågvärdeinsatser är att mäta värdet av insatsen. Värdeått mäter antal tillfällen en insats använts i relation till om insatsen var lågvärde eller inte.

## Lågvärdeinsatser utmönstras inte automatiskt

Det är vanlig missuppfattning att lågvärdeinsatser slutar användas när andra, evidensbaserade, insatser rekommenderas och implementeras. Våra två studier och den samlade vetenskapliga kunskapen visar att användningen av lågvärdeinsatser kan fortsätta även när de inte längre rekommenderas. För att uppnå en evidensbaserad hälso- och sjukvård behöver utmönstring av lågvärdeinsatser uppmärksammas i samma grad som implementering av evidensbaserade insatser. Den bristfälliga uppmärksamhet som hittills har ägnats åt utmönstring innebär att hälso- och sjukvårdspersonal i stor utsträckning lämnas ensamma att hantera utmönstringen. Fokus på frågan behövs även från ett lednings- och beställarperspektiv.

## Hela vårdssystemet påverkar förekomsten av lågvärdeinsatser

Det finns god samlad kunskap om faktorer som driver användningen av lågvärdeinsatser. Dessa faktorer finns inom hela vårdssystemet och för att minska användningen av lågvärdeinsatser behövs därför åtgärder på olika nivåer i systemet. Dessutom behövs åtgärder för att stödja hälso- och sjukvårdspersonalen, såsom föreläsningar och diskussioner kring hur evidens ska tolkas och hur efterfrågan från patienter och andra kan hanteras. Dock kan hela ansvaret för att utmönstra lågvärdeinsatser inte läggas på hälso- och sjukvårdspersonalen. Det kan också behövas åtgärder riktade mot patienter (t.ex. informationskampanjer om antibiotikaförskrivning) och åtgärder mot att förändra arbetsprocesser och rutiner som påverkar användningen av lågvärdeinsatser. Även åtgärder inom det vidare



vårdsystemet (såsom hur vården följs upp och finansieras) behövs för att minska användningen av lågvärdeinsatser. Den variation i användning av lågvärdeinsatser mellan regioner som identifierades i Socialstyrelsens rapport styrker detta.

Olika faktorer kan påverka användningen olika mycket beroende på verksamheter samt vilken lågvärdeinsats som ska utmönstras. Därför är det viktigt att utgå från de lokala förutsättningarna och från de professionellas perspektiv för att förstå varför vissa lågvärdeinsatser används och hur vårdsystemet (såsom organisering, finansiering och uppföljning) inverkar på användning av lågvärdeinsatser. Detta kan synliggöra faktorer på regionnivå som påverkar användningen av lågvärdeinsatser och i vissa fall möjliggöra att dessa undanröjs.

# Referenser

1. Eccles MP, Mittman BS. Welcome to Implementation Science. *Implement Sci.* 2006;1(1):1.
2. Foy R, Sales A, Wensing M, Aarons GA, Flottorp S, Kent B, et al. Implementation science: a reappraisal of our journal mission and scope. *Implement Sci.* 2015 Apr;10(1):51.
3. Bejjanki H, Mramba LK, Beal SG, Radhakrishnan N, Bishnoi R, Shah C, et al. The role of a best practice alert in the electronic medical record in reducing repetitive lab tests. *Clin Outcomes Res.* 2018;10:611–8.
4. de Gonzalez AB, Kim K-P, Smith-Bindman R, McAreavey D. Myocardial Perfusion Scans. *Circulation.* 2010;122(23):2403–10.
5. Gertz ZM, O'Donnell W, Raina A, Balderston JR, Litwack AJ, Goldberg LR. Implementation of a Computerized Order Entry Tool to Reduce the Inappropriate and Unnecessary Use of Cardiac Stress Tests With Imaging in Hospitalized Patients. *Am J Cardiol.* 2016;118(8):1123–7.
6. US Department of Health and Human services. Antibiotic resistance threats in the United States, 2013 [Internet]. 2013. Available from: <https://www.cdc.gov/drugresistance/pdf/ar-threats-2013-508.pdf>
7. Hastings IM, Watkins WM. Intensity of malaria transmission and the evolution of drug resistance. *Acta Trop.* 2005;
8. Engineer RS, Podolsky SR, Fertel BS, Grover P, Jimenez H, Simon EL, et al. A Pilot Study to Reduce Computed Tomography Utilization for Pediatric Mild Head Injury in the Emergency Department Using a Clinical Decision Support Tool and a Structured Parent Discussion Tool. *Pediatr Emerg Care.* 2018;37(12):E1670–4.
9. Jagoda AS, Bazarian JJ, Bruns JJ, Cantrill S V, Gean AD, Howard PK, et al. Clinical Policy: Neuroimaging and Decisionmaking in Adult Mild Traumatic Brain Injury in the Acute Setting. *Ann Emerg Med.* 2008;52(6):714–48.
10. Magin P, Tapley A, Morgan S, Davis JS, McElduff P, Yardley L, et al. Reducing early career general practitioners' antibiotic prescribing for respiratory tract infections: A pragmatic prospective non-randomised controlled trial. *Fam Pract.* 2018;35(1):53–60.
11. Vugt S, Schepper E, Delft S, Zuithoff N, Wit N, Bindels P. Reducing vitamin test ordering in primary care; the effectiveness of professional and patient oriented strategies in a Cluster randomized Intervention Study. *BJGP Open.* 2021 Aug 18;5:BJGPO.2021.0113.
12. ABIM Foundation. Choosing wisely: Promoting conversations between providers and patients. [Internet]. 2020 [cited 2020 Jan 17]. Available from: <http://www.choosingwisely.org/>
13. Läkaresällskapet S. Kloka kliniska val [Internet]. [cited 2024 Mar 27]. Available from: <https://www.sls.se/kkv/>
14. Donaldsson LJ. On the state of the public health: annual report Chief Medical Officer 2005. 2005.
15. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Prioriteringsstöd [Internet]. 2014 [cited 2024 Jan 3]. Available from:

<https://www.sbu.se/sv/sok/?q=&p=1&s=0&ps=10&pt=/publication-type/priosupport&exp=true>

16. Socialstyrelsen. Icke-göra i Socialstyrelsens nationella riktlinjer – vård som inte bör erbjudas [Internet]. 2020 [cited 2023 Jun 16]. p. 1–8. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2020-11-7008.pdf>
17. Socialstyrelsen. Vård som inte bör göras [Internet]. 2023. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2023-11-8818.pdf>
18. Publishing O. Tackling Wasteful Spending on Health. Paris: Organization for Economic Cooperation & Development; 2017.
19. Bernstein SJ, Kosecoff J, Gray D, Hampton JR, Brook RH. The Appropriateness of the Use of Cardiovascular Procedures: British Versus U.S. Perspectives. *Int J Technol Assess Health Care*. 1993;9(1):3–10.
20. Chalmers K, Pearson S-A, Elshaug AG. Quantifying low-value care: a patient-centric versus service-centric lens. *BMJ Qual Saf*. 2017;26(10):855–8.
21. Adelani MA, Harris AHS, Bowe TR, Giori NJ. Arthroscopy for Knee Osteoarthritis Has Not Decreased After a Clinical Trial. *Clin Orthop Relat Res*. 2016;474(2):489–94.
22. Schwartz AL, Landon BE, Elshaug AG, Chernew ME, McWilliams JM. Measuring Low-Value Care in Medicare. *JAMA Intern Med*. 2014 Jul 1;174(7):1067–76.
23. Bohensky M, Barker A, Morello R, De Steiger RN, Gorelik A, Brand C. Geographical variation in incidence of knee arthroscopy for patients with osteoarthritis: a population-based analysis of Victorian hospital separations data. *Intern Med J*. 2014;44(6):537–45.
24. Kroon D, Stadhouders NW, van Dulmen SA, Kool RB, Jeurissen PPT. Why Reducing Low-Value Care Fails to Bend the Cost Curve, and Why We Should Do it Anyway. *Int J Heal Policy Manag*. 2023;
25. Mafi JN, Russell K, Bortz BA, Dachary M, Hazel WA, Fendrick AM. Low-Cost, High-Volume Health Services Contribute The Most To Unnecessary Health Spending. *Health Aff*. 2017;36(10):1701–4.
26. Augustsson H, Ingvarsson S, Nilsen P, von Thiele Schwarz U, Muli I, Dervish J, et al. Determinants for the use and de-implementation of low-value care in health care: a scoping review. *Implement Sci Commun*. 2021;2(1):13.
27. van Dulmen SA, Naaktgeboren CA, Heus P, Verkerk EW, Weenink J, Kool RB, et al. Barriers and facilitators to reduce low-value care: a qualitative evidence synthesis. *BMJ Open*. 2020;10(10):e040025–e040025.
28. Heus P, van Dulmen SA, Weenink J-W, Naaktgeboren CA, Takada T, Verkerk EW, et al. What are Effective Strategies to Reduce Low-Value Care? An Analysis of 121 Randomized Deimplementation Studies. *J Healthc Qual*. 2023;
29. Rosenberg A, Agiro A, Gottlieb M, Barron J, Brady P, Liu Y, et al. Early Trends Among Seven Recommendations From the Choosing Wisely Campaign Trends in Use of Seven Low-Value Health Care Services Trends in Use of Seven Low-Value Health Care Services. *JAMA Intern Med*. 2015 Dec 1;175(12):1913–20.
30. Ingvarsson S, Hasson H, von Thiele Schwarz U, Nilsen P, Powell BJ, Lindberg C, et al. Strategies for de-implementation of low-value care – a scoping review. *Implement Sci*. 2022;17(1):1–15.

31. Soong C, Shojania KG. Education as a low-value improvement intervention: often necessary but rarely sufficient. *BMJ Qual Saf.* 2020;29(5):353–7.
32. Colla CH, Mainor AJ, Hargreaves C, Sequist T, Morden N. Interventions Aimed at Reducing Use of Low-Value Health Services: A Systematic Review. *Med Care Res Rev.* 2017;74(5):507–50.
33. Alishahi Tabriz A, Turner K, Clary A, Hong Y-R, Nguyen OT, Wei G, et al. De-implementing low-value care in cancer care delivery: a systematic review. *Implement Sci.* 2022;17(1):24.
34. Rietbergen T, Spoon D, Brunsveld-Reinders AH, Schoones JW, Huis A, Heinen M, et al. Effects of de-implementation strategies aimed at reducing low-value nursing procedures: a systematic review and meta-analysis. *Implement Sci.* 2020;15(1):38.
35. Ingvarsson S, Sandaker I, Nilsen P, Hasson H, Augustsson H, von Thiele Schwarz U. Strategies to reduce low-value care – An applied behavior analysis using a single-case design. Vol. 3, *Frontiers in Health Services.* 2023.
36. Ingvarsson S, Augustsson H, Hasson H, Nilsen P, von Thiele Schwarz U, Knorring M von. Why do they do it? A grounded theory study of the use of low-value care among primary health care physicians. *Implement Sci.* 2020;
37. Ingvarsson S, Hasson H, Augustsson H, Nilsen P, von Thiele Schwarz U, Sandaker I. Management strategies to de-implement low-value care-an applied behavior analysis. *Implement Sci Commun.* 2022;3(1):69.
38. Corbin JM. Basics of qualitative research : techniques and procedures for developing grounded theory. 4th editio. Strauss AL, editor. Los Angeles : SAGE; 2015.
39. Cooper JO, Heron TE, Heward WL, editors. *Applied Behavior Analysis.* 3rd ed. Hoboken, NJ: Pearson Education; 2019.



ISBN 978-91-988021-4-6