

Insatser utan vetenskapligt stöd förekommer inom hälso- och sjukvården

Metoder som saknar vetenskapligt stöd används inom hälso- och sjukvården – nu pågår flera forskningsprojekt om varför detta sker och vilka strategier som finns för att ändra på det. **Sara Ingvarsson** och **Henna Hasson** beskriver sådan forskning.

DELAR AV SAMHÄLLET'S gemensamma resurser används till insatser som inte har vetenskapligt stöd. Dessa insatser kännetecknas av brist på klinisk effektivitet och är därmed inte kostnadseffektiva, av en ofördelaktig risk/nytta-balans eller av en brist på vetenskapligt stöd (Garner & Littlejohns, 2011). Samlingsnamnet för dessa insatser är *lågvärdevård*. I vår forskning brukar vi också lägga till yt-

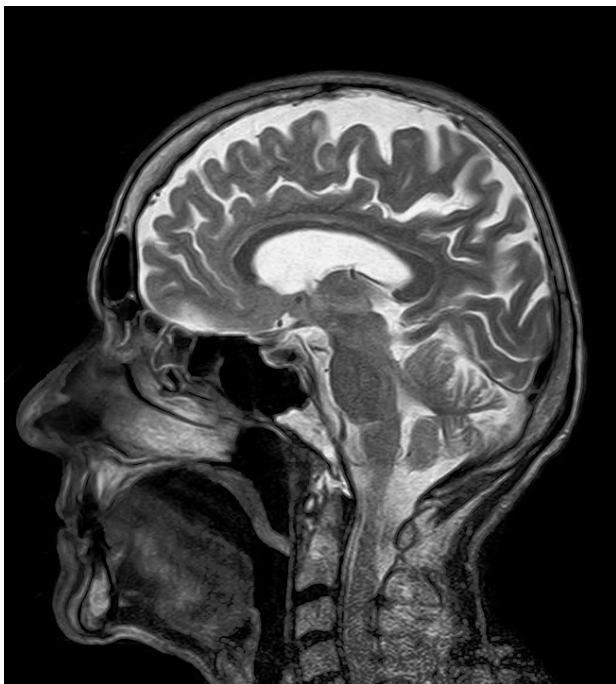
terligare en del i definitionen: att det finns en publicerad riktlinje eller rekommendation som direkt avråder från användandet av insatsen för någon patientgrupp.

Exempel på sådana riktlinjer är "choosing wisely" (*Choosing Wisely*, 2021) där medicinska specialistorganisationer listat insatser vars nytta bör ifrågasättas och diskuteras. Formatet startade i USA och finns nu spritt till ett stort antal länder. I Storbritannien finns motsvarande riktlinjer publicerade av the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) kallade "do not do prompts" (*Do Not Do Prompts*, 2021) och i Sverige så ingår "icke-göra" som en nivå när Socialstyrelsen i sina riktlinjer rangordnar behandlingsprinciper för olika sjukdomstillstånd (*Nationella Riktlinjer*, 2021).

Exempel på lågvärdevård

Ett vanligt exempel på lågvärdevård är felaktig förskrivning av antibiotika. Något som pekades ut som problematiskt redan 1945 av Sir Alex Fleming, personen som upptäckte penicillin (New York Times, 1945). Problemet med felaktig förskrivning är risken för att resistenta bakterier utvecklas, något som på sikt kan leda till att även enklare infektioner blir omöjliga att behandla och som har beskrivits som världens nästa pandemi. Sverige räknas som framgångsrikt i att bekämpa problemet och har sedan många år tillbaka en organisation, STRAMA, som arbetar aktivt för att minska den onödiga förskrivningen av antibiotika.

Andra exempel på lågvärdevård är mediciner som inte är lämpliga för personer över 65, onödiga röntgen- och magnetkameraundersökningar och onödiga labprover. För



det förstnämnda finns en lång lista mediciner där riskerna överväger nyttan för äldre personer. Beträffande onödiga röntgenundersökningar så handlar det dels om att undersökningarna är kostsamma, dels om att de utsätter patienterna för onödig strålning. Labprovtagning med oklart syfte riskerar att belysa avvikelser som inte har någon som helst betydelse för patienternas hälsa. Däremot kan avvikelserna, när de väl är upptäckta, leda till onödig oro och behov av ytterligare utredningar.

Exempel finns inom det medicinska fältet

Som ni ser av exemplen ovan finns de flesta studerade fallen av lågvärdevård inom det medicinska fältet. Varför det ser så ut är oklart. Det kan ha att göra med att det hittills finns få riktlinjer som avråder från olika insatser inom psykoterapi, socialtjänst och habilitering. Men det kan också handla om att det skulle krävas en mer omfattande förändring att minska lågvärdeinsatser inom de fälten. Inom det medicinska området kan förändringen ibland handla om att inte längre sätta en bock i en ruta vid beställning av labprover. Inom socialtjänsten kan det handla om att behöva göra en helt ny upphandling av insatser än dem som det redan finns upparbetade rutiner för. Inom psykoterapi kan det handla om att personal med flera års vidareutbildning inte längre kan använda sin kompetens utan behöver genomgå en ny flerårig utbildning.

Utmaningar med att utmönstra lågvärdevård

När vi har pratat om vår forskning med vänner och släkt så blir många initialt intresserade och uttrycker spontant att det låter som något mycket viktigt att jobba för. Att inte använda samhällets resurser till onödiga insatser låter mycket rimligt för de flesta. Men när de får exemplen beskrivna för sig så kan plötsligt synen skifta. Många kan till och med vittna om situationer då läkaren försökt att avråda från en onödig röntgenundersökning eller provtagning där de då fortsatt att argumentera för behovet av insatsen och till slut lyckats övertyga läkaren om att skriva remissen.

Just labprover och röntgenundersökningar är något som många uppfattar som ett nödvändigt underlag för



att kunna dra slutsatser om sitt hälsotillstånd. Detta trots att många sjukdomstillstånd inte kräver undersökningarna utan baseras på de symtom som vi själva kan beskriva för läkaren. Vad vi utan medicinsk kompetens inte alltid greppar, är att avvikelser som återfinns vid provtagning kan vara del av ett normalt åldrande, som rynkor vi får på insidan. Och ju fler undersökningar vi genomför, desto större risk för att vi hittar dem, utan att det egentligen är något som kräver några medicinska insatser.

Så trots förekomsten av riktlinjer inom det medicinska fältet finns det utmaningar med att minska förekomsten av lågvärdevård. I en av våra kunskapsöversikter genom-

lyste vi publicerade vetenskapliga artiklar med fokus på två aspekter: varför man använder sig av lågvärdevård och vad som underlättar för att minska det (Augustsson et al., 2021). Orsakerna handlar om lågvärdeinsatsen i sig, samhällets syn på insatsen, organisatoriska faktorer, den individuella klinikern och patienterna.

Tydliga och trovärdiga riktlinjer

När det gäller lågvärdeinsatsen i sig så är det avgörande hur riktlinjer formuleras. En riktlinje som avråder från en insats behöver vara lättolkad och lättillgänglig för dem som ska följa den. Det kan låta enkelt, men är i praktiken ofta svårt att åstadkomma. Många insatser är nämligen olämpliga för vissa patienter, men viktiga och ibland livsavgörande för andra. Ett tydligt beskrivet vetenskapligt stöd bakom en viss riktlinje, som anger insatsen som icke-göra, ger dock en starkare tilltro hos de professionella som behöver minska användandet av en insats (Ingvarsson et al., 2020).

Samhällets syn på lågvärdevård

Samhällets syn påverkar också förekomsten av lågvärdevård. Ett exempel är just nämnda strävan efter att minska på den onödiga förskrivningen av antibiotika. Tack vare flera framgångsrika informationskampanjer till befolkningen beskriver läkarna att de inte i samma utsträckning som tidigare behöver övertyga patienterna om att de inte behöver använda sådana preparat. Ett exempel åt motsatt håll är efterfrågan på screening av D-vitaminbrist som ökat de senaste åren, trots att vetenskapen avråder (Rockwell et al., 2018).



Organisatoriska faktorer

Omfattningen av lågvärdevård påverkas också av hur vården är organiserad. Ett exempel är bristen på kontinuitet beträffande vilken vårdpersonal som patienterna träffar. När en patient ofta träffar olika personer vid sina besök, är risken stor att undersökningar och labprover behöver göras om, eftersom informationen inte alltid följer med vid överlämningar. Ett förtroende mellan behandlare och patient tar dessutom tid att bygga upp. Detta gör det svårare för läkare att rekommendera patienten att se tiden an när det gäller insatser. Även kulturen inom organisationen kan påverka, som hur man ser på kompetensutveckling. Sådan utveckling kan vara i form av formella utbildningar, men också i tid för personalen att läsa in sig på nya riktlinjer, och utrymme att diskutera hur dessa ska tillämpas.

Den enskilda klinikern

Individer på en och samma arbetsplats kan använda lågvärdeinsatser i väldigt olika utsträckning. Skillnaderna mellan individer kan vara så stora att en enhets för höga användning av en lågvärdeinsats kan förklaras av en enda individs beteende. Skillnaderna mellan individer kan bero på varierande kunskapsnivå, olika erfarenheter av en insats och olika inställning till huruvida insatsen är en lågvärdeinsats.

Patienterna

En av de mest återkommande faktorerna som påverkar användandet av lågvärdevård är patienterna. De efterfrågar inte helt sällan en specifik åtgärd från vården. Kanske har de till exempel en positiv erfarenhet av just denna åtgärd sedan tidigare, eller så har de hört från andra eller läst sig till att den är bra. Professionell vårdpersonal vittnar om att de vill lyssna på vad patienterna efterfrågar och att viljan att lindra deras symtom och oro inte helt sällan gör att de använder sig av insatser som de vet inte är nödvändiga för patienterna.

Hur kan man minska ner lågvärdevård?

En rad olika strategier för att minska mängden lågvärdevård har testats (Ingvarsson, 2021). Att informera om förekomsten av en riktlinje som avråder från en insats, att utbilda för att ge ökad kännedom om en riktlinje eller att använda olika former av digitala beslutsstöd, kan samtliga vara bra åtgärder om det är brist på kunskap som orsakar användandet av en lågvärdeinsats.

Samma typ av informations- och utbildningsinsatser



riktade till allmänheten kan påverka samhällets syn och därmed minska efterfrågan på lågvärdeinsatser. Att jobba för en organisation som präglas av kontinuitet, gemensamma journalsystem samt andra rutiner som underlättar för kunskapsöverföring mellan organisationer och behandlare kan också bidra.

För att påverka de professionellas inställning till lågvårdevård kan det behövas utbildningsinsatser som ger utrymme för att diskutera bakgrunden till en riktlinje som avråder från en insats eller hur man tillämpar riktlinjen på konkreta patientfall.

De strategier som hittills visat sig vara mest effektiva för att minska förekomsten av lågvårdevård består av mer än en komponent (Colla et al., 2017). Till exempel utbildning i kombination med ett praktiskt beslutsstöd som vägleder de professionella i när de ska eller inte ska

använda en insats. Eller utbildning i kombination med återkommande feedback på hur väl man följer riktlinjerna.

Organisatorisk styrning

Något som än så länge inte studerats tillräckligt är vilken typ av styrning som finns nationellt, regionalt och lokalt för att minska förekomsten av lågvärdevård och hur sådan styrning kan hjälpa till att minska förekomsten av lågvärdevård. De professionella beskriver att de i stort är utelämnade till att själva fundera över vad som är nödvändiga och inte nödvändiga insatser för deras patienter och att vissa organisatoriska insatser uppfattas driva fram lågvärdevård, snarare än tvärtom (Ingvarsson et al., 2020). I våra pågående studier undersöker vi därför vad som finns i form av styrning och vad som skulle kunna underlätta på en organisatorisk nivå, för att hjälpa de professionella att undvika lågvärdevård och göra dem mindre ensamma i sin strävan mot att undvika onödiga insatser.

Målet med samtliga forskningsansatser inom området är att säkerställa att samhällets gemensamma resurser används för insatser med starkt vetenskapligt stöd för de patienter som verkligen behöver dem. ✍

Augustsson, H., Ingvarsson, S., Nilsen, P., von Thiele Schwarz, U., Muli, I., Dervish, J., & Hasson, H. (2021). Determinants for the use and de-implementation of low-value care in health care: a scoping review. *Implementation Science Communications*, 2(1), 13.

Choosing wisely. (2021). <https://www.choosingwisely.org/>

Colla, C. H., Mainor, A. J., Hargreaves, C., Sequist, T., & Morde, N. (2017). Interventions Aimed at Reducing Use of

- Low-Value Health Services: A Systematic Review. *Medical Care Research & Review*, 74(5), 507–550.
- Do not do prompts*. (2021). National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/sharedlearning/nice-do-not-do-prompts>
- Garner, S., & Littlejohns, P. (2011). Disinvestment from low value clinical interventions: NICEly done? *BMJ*, 343.
- Ingvarsson, S. (2021). De-implementation of low-value care: Determinants, strategies and considerations for Implementation Science. *European Implementation Event 2021*.
- Ingvarsson, S., Augustsson, H., Hasson, H., Nilsen, P., Schwarz, U. von T., & Knorrung, M. von. (2020). Why do they do it? A grounded theory study of the use of low-value care among primary health care physicians. *Implementation Science*.
- Nationella riktlinjer*. (2021). Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/om-nationella-riktlinjer/sa-tar-vi-fram-riktlinjerna/>
- New York times. (1945). Penicillin's finder assays its future: Sir Alexander Fleming says improved dosage method is needed to extend use other scientists praised self-medication decried. *The New York Times*, June 26.
- Rockwell, M., Kraak, V., Hulver, M., & Epling, J. (2018). Clinical Management of Low Vitamin D: A Scoping Review of Physicians' Practices. *Nutrients*, 10(4), 16.