



Svenska
Läkaresällskapet

Rapport från arbetsgruppen för Kloka Kliniska Val

EN RAPPORT FRAMTAGEN PÅ UPPDRAG AV
SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET 2023

Rapport från arbetsgruppen för Kloka Kliniska Val

Martin Serrander, ordf

Stella Cizinsky, representant nämnden

Karin Pukk Härenstam, representant nämnden

Martin Almquist

Mathias Axelsson

Herman Holm

Josabeth Hultberg

Sammanfattning

Minst 20 % av resurserna avsatta för sjukvård beräknas gå till spillo. Det sker genom användning av tester, undersökningar och behandlingar som inte är av värde för patienterna, så kallad lågvårdevård. Samtidigt pågår en ständig utveckling, med nya metoder för diagnostik och behandling, varav en del är kostnadseffektiva, men inte når alla som skulle kunna ha nytta av dem. Behovet av att styra hälso- och sjukvården mot långsiktig hållbarhet med minskat resursslöseri och ökad kvalitet är överhängande.

Det finns erfarenhet från över 30 länder att arbeta med utmönstring av lågvårdevård, enligt modellen *Choosing Wisely*. Den går ut på att underlätta dialogen mellan läkare och patienter för att göra omdömesgilla och kunskapsbaserade val av åtgärder. De bärande principerna, som delas av alla nationer i det internationella *Choosing Wisely*-samfundet är att det är läkarlett, patient-centrerat, multiprofessionellt, evidensbaserat och transparent. *Choosing Wisely*-kampanjerna vilar på att läkarprofessionens specialistföreningar identifierar åtgärder att utmönstra inom sin specialitet. Både sjukvårdens professionella och allmänheten uppmanas att fundera över om en föreslagen åtgärd verkligen behövs, om den medför risker eller biverkningar, vad som händer om man inte gör något alls, och om det finns alternativ.

Arbetsgruppen beskriver i denna rapport sin kartläggning av förutsättningarna i Sverige för att introducera modellen, på svenska benämnd Kloka Kliniska Val. Principerna och syftet med att arbeta enligt *Choosing Wisely*-modellen ligger helt i linje med Svenska Läkaresällskapets mål att på ett oberoende sätt och på vetenskaplig grund verka för förbättrad hälsa och sjukvård. Slutsatserna är att det finns goda skäl och goda förutsättningar för fortsatt arbete med Kloka Kliniska Val i Sverige, och att Kloka Kliniska Val genom Svenska Läkaresällskapet bör ansluta till det internationella *Choosing Wisely*-samfundet.

Introduktion

Choosing Wisely

American Board of Internal Medicine lanserade 2012 kampanjen *Choosing Wisely* (CW). Upptakten var en inflytelserik artikel i *New England Journal of Medicine* av Howard Brody, allmänläkare och numera professor i medicinsk etik.[1] Brody argumenterade för att läkarprofessionen bör ta ansvar för att använda resurserna effektivt, så att flest möjliga patienter kan få vård. Han hävdade att regionala variationer i användandet av undersökningar och behandlingar beror på att läkare inte praktiserar evidensbaserad medicin (EBM). Han föreslog att varje amerikansk specialitetsförening skulle identifiera fem onödiga åtgärder, som var i allmänt bruk trots avsaknad av dokumenterad patientnytta. Brody rekommenderade dessutom att man skulle utarbeta planer för att utmönstra de listade åtgärderna.

Närmare 80 specialitetsföreningar i USA anslöt sig under de första fem åren och rörelsen fick stor medial uppmärksamhet och spridning även utanför USA. Liknande aktiviteter återfinns nu i över 30 länder, men ännu inte i Sverige.[2]

Syftet enligt övergripande dokument för samtliga Choosing Wisely-kampanjer, fritt översatt från engelska, är att främja samtal mellan läkare och patienter för att välja vård som är:

- evidensbaserad
- undviker upprepning av genomförda åtgärder
- inte skadar
- verkligt nödvändig

Vad som är ”verkligt nödvändigt” kan problematiseras, och beror på vilket perspektiv som anläggs. I CW ses patientens perspektiv och behov som grundläggande. Ett införande av CW i Sverige skulle kunna fungera som en välbehövlig påminnelse om prioriteringsplattformens och Hälso- och sjukvårdslagens principer om behovsstyrd och kostnadseffektiv vård. Bärande principer för CW är, förutom *patientcentrering*, att det leds av *kliniskt verksamma professionella*. Det *fokuserar på god kvalitet*, och eventuella besparingar styr inte prioriteringarna. Arbetet är *evidensbaserat* och görs i *samverkan mellan olika vårdprofessioner*. Slutligen, och helt avgörande, är att arbetet med att identifiera och utmönstra åtgärder görs *transparent*, med redovisning både av ekonomiska och andra intressekonflikter, och av hur urvalet av ”onödiga åtgärder” går till.

CW-kampanjerna drivs av de vetenskapliga läkarorganisationernas specialitetsföreningar i respektive land. För stabilt och långsiktigt genomförande krävs stöd, inklusive ekonomiska och personella resurser, från sjukvårdens politiska och administrativa ledning.

Svenska Läkaresällskapet (SLS) biföll vid fullmäktigemötet 2020 en motion om att införa Choosing Wisely i Sverige (bilaga 1). Fullmäktige beslutade att tillsätta en arbetsgrupp med representation av flera specialiteter för att arbeta vidare med att sondera förutsättningarna för en kampanj strukturerad enligt modellen Choosing Wisely, anpassad efter svenska förhållanden och i samarbete med relevanta aktörer. Arbetsgruppens direktiv består av två delar (bilaga 2).

- I ett första steg i dialog med SLS sektioner och medlemsföreningar sondera förutsättningar för en anpassning av konceptet till svenska förhållanden och hur det kan integreras med andra pågående initiativ inom SLS.

- I ett andra steg i dialog med SLS sektioner och medlemsföreningar ta fram ett förslag för hur konceptet kan införas som en del av SLS strategi för att stärka förutsättningar för en evidensbaserad och långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård.

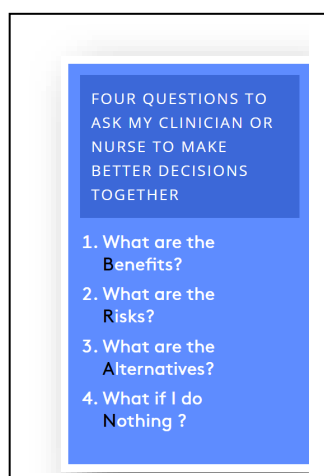
I detta andra steg ska arbetsgruppen ta fram en kommunikationsplan riktad till medlemmarna i SLS sektioner och medlemsföreningar, sjukvårdens huvudmän samt sjukvården i stort.

Vi har valt att kalla Choosing Wisely på svenska för *Kloka Kliniska Val*, för att markera vikten av kliniskt omdöme, och dialog mellan läkare och patient.

Choosing Wisely-konceptet handlar både om att lista åtgärder i sjukvården med avsaknad av patientnytta, och att åstadkomma en kulturförändring i vården som underlättar för läkare och patienter att i samråd välja bort sådana åtgärder. Den ursprungliga amerikanska kampanjen formulerade fem frågor, som både läkare och patienter bör ställa sig inför beslut om vårdåtgärder som syftar till utredning eller behandling. Frågorna ingår i den del av kampanjerna som riktas till allmänheten, men har modifierats efter lokala förhållanden i de olika länderna. De flesta länder har strukit den femte frågan om kostnad i sina nationellt anpassade kampanjer, och i Norge har man lyft vinkeln med patientens behov genom formuleringen av första frågan. Bilderna nedan visar de amerikanska, brittiska och norska versionerna.

5 QUESTIONS to Ask Your Doctor Before You Get Any Test, Treatment, or Procedure

- 1 Do I really need this test or procedure?** Medical tests help you and your doctor or other health provider decide how to treat a problem. And medical procedures help to actually treat it.
- 2 What are the risks?** Will there be side effects? What are the chances of getting results that aren't accurate? Could that lead to more testing or another procedure?
- 3 Are there simpler, safer options?** Sometimes all you need to do is make lifestyle changes, such as eating healthier food or exercising more.
- 4 What happens if I don't do anything?** Ask if your condition might get worse — or better — if you don't have the test or procedure right away.
- 5 How much does it cost?** Ask if there are less-expensive tests, treatments or procedures, what your insurance may cover, and about generic drugs instead of brand-name drugs.



Alla som arbetar kliniskt i sjukvården, och tyvärr många patienter och anhöriga, kan berätta om åtgärder som har genomförts med tveksam nytta, och ibland även uppenbar skada. Vården i fall 1 som är autentiskt, präglas av fragmentering, bristande kontinuitet och helhetssyn, strikt följsamhet till algoritmisk tillämpning av riktlinjer och avsaknad av informationsutbyte med möjlighet till delaktighet för patient och anhöriga. De riktlinjer som tillämpas saknar också relevans för just denna patient.

FALL 1

En 76 årig kvinna med kraftigt nedsatt kognitiv kapacitet efter traumatisk hjärnskada diagnostiseras med djup ventrombos. Då patienten även tidigare haft lungemboli remitteras hon till koagulationsmottagningen för utredning och beslut om längd av antikoagulantabehandling. Utan att ha träffat eller pratat med anhöriga startar läkare på koagulationsmottagningen en malignitetsutredning med mammografi och lungröntgen. Lungröntgen visar en liten "fläck apikalt" varför datortomografi thorax-buk beställs. Läkare på koagulationsmottagningen noterar också remissuppgiften om att kvinnan inte verkar vara helt mentalt klar och påbörjar även en demensutredning.

Patientens son, som själv är läkare, får efter 2 veckor reda på planeringen via annan anhörig. Patienten har under hela sitt liv konsekvent avböjt all typ av screening. Anhöriga uppfattar patientens minnessvårigheter som helt oförändrade. Sonen avbokar skiktröntgen av hjärna, buk och thorax. Man har vid ultraljudsundersökningen av benet uppmanat patienten att inte röra sig fysiskt vilket innebär att har fått sämre kondition senaste veckorna, i övrigt mår hon oförändrat.

Vetenskap, beprövad erfarenhet och praktiskt handlag

Många nutida skribenter har beskrivit hur vårt medvetande tolkar en situation och fattar beslut. Diskussionen utgår från neurofysiologi, psykologi, sociologi och filosofi. Aristoteles delade upp kunskap i *episteme*, *techne* och *fronesis*. *Episteme* är vetenskaplig kunskap som är giltig i alla sammanhang, och kan skrivas in till exempel i medicinska riktlinjer. *Techne* är praktisk kunskap som inte självklart kan tillgodoses via skriftliga källor, utan kräver upprepning och träning, som till exempel handlaget hos en erfaren kirurg. *Fronesis* är det personliga omdömet, till exempel läkarens förmåga att anpassa en medicinsk riktlinje till en unik patients förutsättningar och önskemål. En klinisk bedömning bör samla alla dessa delar, vilket bland andra filosofen Jonna Bornemark resonerat om på ett uppmärksammat sätt de senaste åren.[3] Hon påpekar att ensidigt fokus på *episteme* oftast inte är tillräckligt i mötet med patienten.

Episteme, *techne*, och *fronesis* kan sägas ingå även i begreppet evidensbaserad medicin (EBM). EBM-rörelsen uppstod på 1990-talet och betonar kombinationen av vetenskap, klinisk erfarenhet och patientens önskan och förväntningar.



Tillämpandet av EBM har lett till stora förbättringar i sjukvårdens kvalitet, säkerhet och förutsägbarhet. Kritik har dock framförts om att "extern evidens" har fått alltför stort utrymme på bekostnad av övriga delar, vilket även grundare av det moderna EBM-begreppet tidigt varnade för: *"Good doctors use both individual clinical expertise and the best available external evidence, and neither alone is enough. Without clinical expertise, practice risks becoming tyrannized by external evidence, for even excellent external evidence may be inapplicable to or inappropriate for an individual patient"*. [4] EBM har även kritiserats för att utnyttjas för ekonomiska intressen och riskera att bli mer "management-driven" än patientcentrerad.[5]

Metoder

Vi inledde med diskussioner inom arbetsgruppen och litteraturgenomgång för att förstå begrepp och avgränsa arbetet. Vi fann att intervjuer med nyckelpersoner och organisationer var viktiga för att kvalitativt värdera både medvetenhet om, och eventuell önskan att delta i ett arbete för Kloka Kliniska Val. Vi genomförde också en enkät inom utvalda specialistföreningar i SLS och anordnade två seminarier. Inom arbetsgruppen och i samverkan med andra har vi skrivit artiklar, föreläst och deltagit i konferenser och möten med professionsföreträdare och ledningsgrupper för sjukvård. Löpande under arbetets gång har vi även haft kontakter med internationella CW-samfundet, och nationella CW-organisationer främst inom Skandinavien och Kanada.

Litteraturgenomgång

Gruppen har inte gjort någon systematisk litteraturgenomgång, men sökt artiklar som bedömts vara av intresse för genomförandet av vår uppgift. Urvalet har gjorts av deltagarna och efter förslag från personer som gruppen intervjuat. En förteckning av de artiklar, rapporter och skrifter som vi bedömt som relevanta, men som inte refereras i föreliggande rapport finns i bilaga 3.

Dialogträffar

Vi har valt att kalla våra intervjuer för dialogträffar. Rådande pandemi medförde att merparten av träffarna var digitala. Minst två av arbetsgruppens medlemmar deltog. En gruppmedlem förde minnesanteckningar, vilka senare granskades av alla deltagare. Träffarna genomfördes oftast utan förutbestämda frågor, och efter en inledande beskrivning av vårt arbete utvecklades mötet till ett samtal och diskussion. Några enskilda aktörer (myndigheter) önskade få frågorna i förhand via e-post, vilket kan ha medfört att en del samtal blev mer styrda. Från de intervjuade deltog 1-5 personer, där specialistföreningarna oftast representerades av 1-2 läkare ur styrelsen.

Vår viktigaste målgrupp har varit företrädare för olika specialitetsföreningar inom SLS, men för att få en så heltäckande bild som möjligt av situationen i Sverige har vi även haft möten med relevanta myndigheter och organisationer, samt forskare och akademiker inom sjukvårdsekonomi och -styrning. Vi har intervjuat företrädare för allmänläkare, onkologer, hematologer, psykiatrer, kliniska fysiologer, kliniska kemister, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), och lokala enheter för Health Technology Assessment (HTA). Intervjuerna har även inkluderat personer vi sett som särskilt insatta och väsentliga för vår förståelse av området, respektive representanter för *Choosing Wisely* i Norge och Kanada. För förteckning av dialogträffar se bilaga 4.

Utöver ovanstående schemalagda och strukturerade kontakter, så har vi haft diskussioner inom egna nätverk och med ett stort antal chefer i nära verksamhetsledning, läkare samt andra sjukvårdsprofessioner.

Vi har även identifierat några aktörer som vi inte haft möjlighet att träffa, men som vi anser är centrala för att genomföra framtida aktiviteter inom CW genom sin påverkan på sjukvårdens kultur och struktur. Dit hör politiker och sakkunniga på Socialdepartementet, patientföreträdare, företrädare för de medicinska fakulteterna samt för de övriga vårdyrkena.

Seminarier

Arbetsgruppen har anordnat två seminarier om Kloka Kliniska Val i SLS lokaler i Stockholm, med möjlighet till deltagande via video. Målgruppen var framför allt läkare med syftet att sprida kunskap om Choosing Wisely och ge förutsättningar för nätverk för framtida arbete. Vid båda seminarierna föreläste nyckelpersoner inom sjukvård och akademi och det gavs möjlighet till kortare gruppdiskussioner. Företrädare för bland andra Svensk internmedicinsk förening, Svensk förening för allmänmedicin, Svensk onkologisk förening, Svensk förening för klinisk kemi har deltagit med beskrivning av respektive verksamhets problem och initierade aktiviteter. Första seminariet gästades av Bente Kristin Johanssen och Ketil Størdal som leder norska Kloke Valg, och det andra av professor Wendy Levinson som leder både den kanadensiska Choosing Wisely-kampanjen, och det internationella nätverket för Choosing Wisely.

Enkät

Mot slutet av 2022 skickade vi ut en enkät via styrelserna för utvalda specialistföreningar. Urvalet gjordes för att täcka in specialiteter som arbetar kliniskt med patienter, och står för en stor andel av de utredningar och behandlingar som utförs inom vården. Enkäten inspirerades av en undersökning som genomfördes 2018 i Norge, inför lanseringen av den norska CW-kampanjen Kloke Valg.[6] Syftet var att få en motsvarande bild av situationen i Sverige. Resultatet måste beaktas med förståelse för metodens begränsning. Resultatet av enkäten redovisas i bilaga 5.

Problembeskrivning

Lågvärdevård och överanvändning av medicinska resurser

Low Value Care, eller *lågvärdevård* på svenska, är ett användbart samlingsbegrepp för åtgärder utan patientnytta. I en svensk avhandling om orsaker och åtgärder för att utmönstra lågvärdevård definieras det som vård som är ineffektiv.[7] Både åtgärder utan effekt, och åtgärder med dålig risk-nytta-balans räknas enligt denna definition till lågvärdevård.

En rapport från OECD visade att lågvärdevård stod för 20-30 % av vårdkostnaderna.[8] Liknande resultat visas för USA, som har ett sjukvårdssystem med höga kostnader trots att många av landets invånare får en låg tillgång till sjukvård.[9] Vid enkätundersökningar bland europeiska läkare anser över 90 % av de som svarat att olika typer av lågvärdevård utgör problem. Överdiagnostik och överbehandling, samt bristande koordinering av vården bidrar till ett ineffektivt utnyttjande av vårdens resurser. Variationer i sjukvårdens praxis, som inte motiveras av en motsvarande variation i befolkningens sjuklighet eller vårdbehov, är utmärkande för lågvärdevård. Detta talar för att lokala traditioner och vårdkulturer snarare än kunskap och patientfaktorer styr valen av vårdåtgärder. Även sjukvårdens styrning, finansiering och andra incitament för enskilda aktörer inverkar på vilka val som görs i klinisk praxis.

Lågvärdevårdens delar

Lågvärdevård kan grovt delas upp i *överdiagnostik* och *överbehandling*. Gränserna mellan dessa begrepp är inte alltid tydliga, och överdiagnostik är också en viktig drivkraft för överbehandling. Även gränsen mot effektiv vård och korrekt diagnostik kan i det enskilda fallet vara svår att göra, men

problemet går att mäta på gruppnivå och risken för skadlig vård måste uppmärksammas och hanteras på individnivå.

Begreppet *överdiagnostik* inbegriper *överdetektion* och *överdefinition*. Överdetektion innebär att uppmärksamma avvikelser som aldrig skulle lett till skada för patienten, medan överdefinition handlar om att definiera normala livsomständigheter som sjukdom.

Fall 2

En 81-årig kvinna tidigare rökare, med välsubstituerad hypothyreos söker sin vårdcentral på grund av smärtor från vänster lumske. Smärtorna beskrivs som huggande och är värre i sittande. Ibland har benet vikt sig när hon gått. Sista dygnet har hon haft lösa avföringar och hon har kräkts vid ett tillfälle. I status noteras palpationsömheter i bukens nedre vänstra del. Hon remitteras till akutmottagningen med frågeställning inklämt ljumskbräck. Vid undersökning på akuten noteras, frånsatt ömheter i buken, även rörelseutlöst smärta från vänster höft, vid böjning och rotation i höftleden.

Patienten genomgår akut datortomografi buk för att utesluta ljumskbräck. Något bräck påvisas inte, däremot en oklar cystisk förändring i caput pancreatis.

Patienten utreds därför enligt standardiserat vårdförlopp (SVF) för misstänkt pankreascancer med MR pankreas, MRCP, datortomografi thorax och buk samt tumörmarkörer inklusive 5-HIA. Man finner även två oklara förändringar basalt i vänster lunga. Patienten remitteras till regionsjukhus där man vid multidisciplinär konferens bedömer att patienten har en duodenaldivertikel som möjligen har omvandlats till cancer samt en premalign sidogångscysta i bukspottkörteln.

Endoskopiskt ultraljud med biopsi av duodenaldivertikeln visar enbart benigna celler. Fem månader senare utförs kontroll med MR pankreas, MRCP och DT thorax. Förändringarna i pankreas är oförändrade varför man avstår ytterligare kontroller med hänvisning till hög biologisk ålder och låg misstanke på cancer. Däremot sågs tillväxt av en liten lungnodulus varför ny remiss enligt standardiserat vårdförlopp skickas till regionalt Diagnostiskt center med frågeställning "cancer av okänt ursprung". Lungläkare konsulteras som rekommenderar komplettering med PET-DT som utförs och är normal.

Patientens initiala gastrointestinala besvär var snabbt övergående och frånsatt fortsatta besvär från vänster höft har hon under hela utredningens gång mått bra. Åtta månader efter att patienten sökte sin vårdcentral första gången skickas remiss för röntgen av vänster höft, som visar coxartros.

Överdiagnostik genom överdetektion

En variant av *överdetektion* är felaktig användning av medicinska tester. Teknisk utveckling har gett ökad tillgång till känsligare bilddiagnostik och laborietester. Baksidan är en risk för överdetektion som föranleder ytterligare utredning och behandling. En stor kontrollapparat har skapats för att hantera den kraftiga ökningen av så kallade incidentalom, noduli i lungor, vidgning av aorta, lindriga hjärklaffvitier, förändringar i parenkymatösa bukorgan och laboriefynd på gränsen till normalområdet. Verksamheterna skapar skenbara effektiviseringar för att hantera detta, exempelvis att läkare eller sjuksköterskor bokar kontroller utan att ha träffat patienten eller ens tagit del av sjukhistorien i journalen. För radiologi och klinisk fysiologi har det lett till stora undanträngningseffekter. Fall 2 är ett autentiskt exempel som illustrerar hur en utredningskaskad med överdetektion utvecklas.

Ett exempel är att ökning av datortomografi som brett

riktad akutdiagnostik lett till en enorm ökning av diagnostiserade och behandlade lungembolier utan att man sett någon skillnad i antal dödliga lungembolier. Det talar för att man nu hittar många kliniskt oväsentliga perifera lungembolier. [10] Vissa tumörformer är heterogena avseende prognos, och diagnostik av lågmaligna former hos asymtomatiska individer ger ringa eller ingen nytta.

Obduktionsstudier har visat på relativt hög förekomst av papillär sköldkörtelcancer och prostatacancer, där sjukdomen inte varit känd och inte påverkat livskvalitet eller livslängd. [11][12] Subkliniska fall som hittas accidentellt vid screening eller utredning av annat symptom ökar incidensen av dessa tumördiagnoser utan att sänka mortaliteten på populationsnivå. Denna typ av överdiagnostik har visats också för bröstcancer och lungcancer.[13]

Riskerna för överdetektion ökar när undersökningar görs på ett stort antal friska individer utan riskfaktorer. Laboratorieanalyser och helkroppsundersökningar med magnetkamera och skiktröntgen marknadsförs till allmänheten av vinstdrivande företag. Fenomenet har ökat kraftigt även i Sverige. Avvikelse är vanliga. I en studie fann man att datortomografi av hela kroppen påvisar potentiellt patologiska fynd hos drygt 85 % av friska personer, och i genomsnitt 2,8 avvikande fynd per individ.[14]

Många tester är utvecklade för utredning av en sjuk population med symptom, och kan inte användas för screening av asymtomatiska. Det finns uppställda kriterier för när ett test är lämpligt att använda som screening, dessa återfinns bland annat i Socialstyrelsens modell för nationella screeningprogram. Både falskt positiva och falskt negativa undersökningar måste minimeras för att undvika onödig oro, behov av kompletterande undersökningar, och falsk säkerhet. Både läkare och patienter tenderar att överskatta testernas noggrannhet, och därmed värdet av screening. Även vid påvisad effekt på gruppnivå, kan nyttan av screening inte i förväg värderas för den enskilda individen. Screeningfyndet måste kunna leda till en åtgärd som förbättrar prognosen, jämfört med om tillståndet upptäcks senare på grund av symptom. Hos mycket gamla, sköra eller allvarligt kroniskt sjuka patienter kan påvisande av en diagnos som ännu inte gett symptom leda till skada när prognosförbättrande behandling ändå inte kan erbjudas.

Överdiagnostik genom överdefinition

Överdefinition innebär ett vidgande av ett sjukdomsbegrepp eller en diagnos, till att omfatta tillstånd som kan ses som normala variationer eller livsomständigheter, och som finns i stora delar av befolkningen. Ibland har denna vidgning av begrepp tydliga ekonomiska incitament och brukar då kallas "disease mongering" ("sjukdomsmångleri"). Det innebär att aspekter av normalt åldrande och andra normalt förekommande tillstånd marknadsförs som sjukdomar. Några exempel är sexuell dysfunktion, manligt håravfall, trötthet, klimakterium, sömnstörningar och lindriga magbesvär.

Sedan flera decennier diagnostiseras allt större delar av befolkningen med risktillstånd för sjukdom. Tidiga studier visade att individer med uttalad hypertoni hade stor nytta av primärprofylaktisk behandling. Med justering av referensvärden har antalet diagnostiserade tillstånd med indikation för behandling ökat mångfaldigt. Enligt de senaste europeiska riktlinjerna för skattning av risk för hjärtkärlsjukdom så har 80 % av friska svenska män 50-64 år en hög och behandlingskrävande risk. [15] Detta medför att fler individer får en potentiellt prognosförbättrande behandling, vilket är värdefullt. Samtidigt innebär snävare eller lägre referensvärden att allt fler med låg risk behandlas. Det ger en låg kostnadseffektivitet av insatta resurser, undanträngningseffekter i sjukvården, och risk för försämrad livskvalitet för behandlade individer.

Internationellt har företrädare för psykiatrien länge framfört riskerna för medikalisering när normala livsomständigheter klassas som sjukdom, se textruta.

Liknande tankar har framförts även i Sverige. På senare år ses en kraftigt ökad efterfrågan av vård för psykiska symtom. Det kan vara tillfälliga eller kroniska svårigheter att möta ökande krav eller stress, men också normala faser i livet, och förväntade livshändelser. Det leder bland annat till ökad diagnostik av neuropsykiatriska tillstånd, riskerar att leda till efterfrågan av vård för obehagliga känslor, och skapar undanträngningseffekter som drabbar en redan utsatt grupp med behov av vård för psykiatrisk sjukdom.

“My biggest concern regarding DSM-5 is that it will dramatically increase the rates of mental disorder by cheapening the currency of psychiatric diagnosis arbitrarily and carelessly reducing thresholds for existing disorders and introducing new disorders with high prevalence.”

Allen Frances, amerikansk psykiater som ledde arbetet med DSM IV

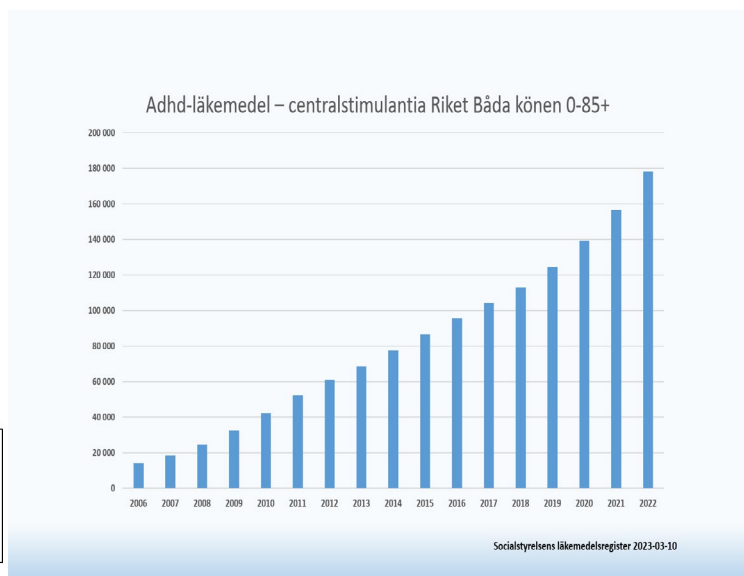
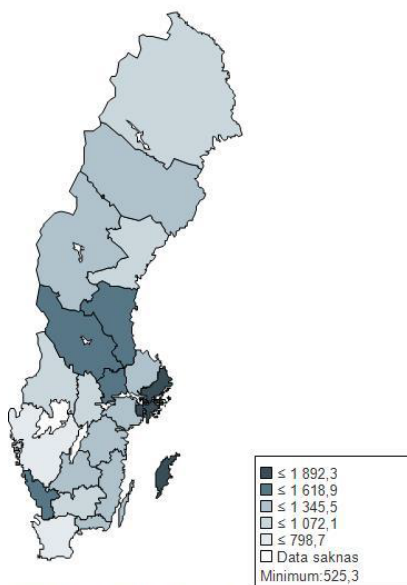
Praxisvariation

Medicinskt omotiverad praxisvariation kan innebära såväl underdiagnostik och underbehandling, som överdiagnostik och överbehandling, där de senare har sina särskilda drivkrafter, som vi återkommer till nedan. Ett länge diskuterat exempel är artroskopiska ingrepp vid knäartros, vilket visats vara utan effekt och med risk för påskyndad artrosprogress. Trots det görs fortfarande många sådana ingrepp.

Genom Sveriges omfattande kvalitets- och diagnosregister har praxisvariation visats inom många specialiteter. Särskilt tydligt har detta kunnat visas för storstadsregionerna, där i användning av åtgärder på ett omotiverat sätt har följt psykosociala skillnader i befolkningen.

Ett annat exempel med stora skillnader både över tid och geografiskt, är diagnostik och behandling av ADHD, se bild nedan. Hos barn har man exempelvis sett att pojkar födda i december jämfört med i januari har en 35 % ökad risk att ordineras medicin mot ADHD, talande för att man felaktigt diagnostiserar en psykologisk och kognitiv omognad som ett tillstånd som kräver medicinering. Idag screenar många verksamheter alla nya patienter med ASRS (Adult ADHD Self Report Scale). Det har som många screeninginstrument en hög sensitivitet och lägre specificitet vilket ger många falskt positiva fynd. En förändring i sjukvårdens och allmänhetens inställning till neuropsykiatriska diagnoser har sannolikt också bidragit till att det finns en föreställning om att bristande uppmärksamhet innebär ADHD-diagnos till motsatsen är bevisad. Det har lett till en situation idag där vi inom kort har 200 000 personer som ordinerats narkotikaklassade centralstimulantia varav de flesta yngre än 18 år. Varannan remiss och var tredje patient inom vuxenpsykiatrien har ADHD som remissorsak respektive huvuddiagnos.

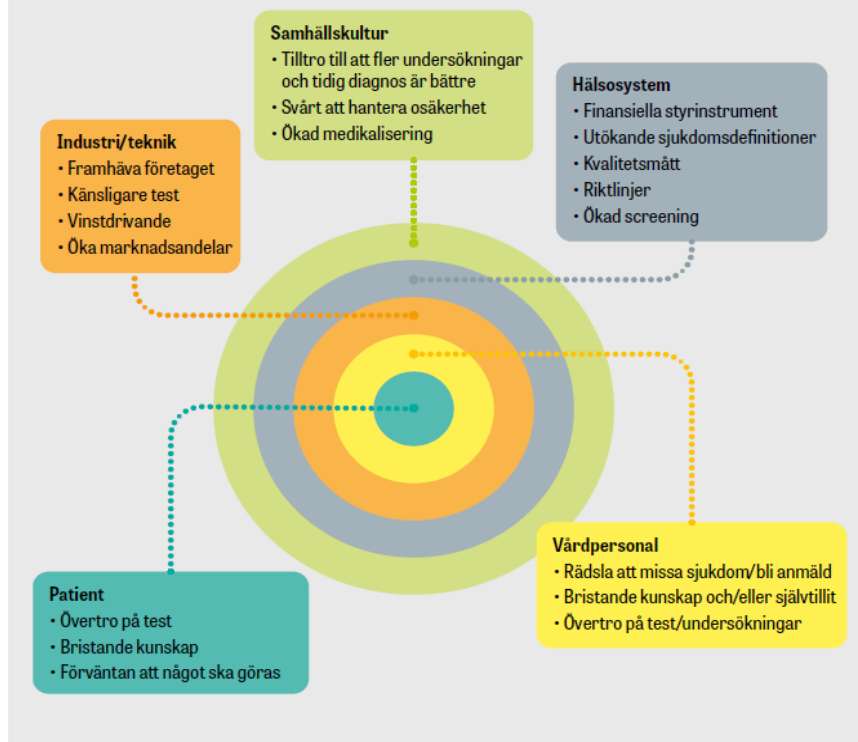
Diagnoser, Slutet och/eller specialiserad öppen
vård, Antal patienter/100 000 inv, F90
Hyperaktivitetsstörningar, Ålder: 0-85+, Båda
könen, 2021



Orsaker till lågvärdevård – generellt och i Sverige

Orsakerna till lågvärdevård är många, och finns på flera olika nivåer i samhälle och organisationer. De sammanfattas i bilden nedan, som är hämtad ur arbetsgruppens översiktsartikel i Läkartidningen om Kloka Kliniska Val.[16]

FIGUR 1. Orsaker till överdiagnostik och överbehandling, så kallad lågvärdevård (low-value care). Figur anpassad från Pathirana et al [32].



Översatt och modifierat, efter: Pathirana T, Clark J, Moynihan R. Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions. BMJ. 2017 [17]

I nästa avsnitt beskrivs de drivkrafterna bakom lågvärdevård med exempel från litteraturen kompletterat med perspektiv på förhållandena i Sverige, från dialogträffar och seminarier.

Samhällskultur

Många faktorer i dagens samhälle driver överdiagnostik. Media i växelverkan med läkemedelsindustrin och andra ekonomiska intressenter upplyser regelbundet allmänheten om symtom som kan vara uttryck för allvarlig sjukdom. Inom humanvetenskaperna har det skrivits om hur den övergripande kulturen handlar om riskminimering och hälsomaximering. [18][19]

Filosofen Fredrik Svenaeus och andra menar att det moderna samhället har mindre av tidigare trygghetsskapande sammanhang främst i form av religion, utvidgad familj och traditionella värderingar.[20] Det har skapat ett tomrum där sjukvården är en av de få återstående institutioner som kan erbjuda en förklaringsmodell för motgångar i livet. Rädslan för ohälsa kan också kopplas till samtidens ökade krav på kontroll och förutsägbarhet, vilket märks hos allmänhet och patienter men även sjukvårdens medarbetare. Gensvaret på dessa förhoppningar på politisk nivå syns genom krav på ökad tillgång till sjukvård och hälsokontroller. Tillgången till sjukvårdsupplysning har aldrig varit större, men inget talar för att det ökar förståelsen för egenvård eller förbättrar folkhälsan, utan snarare ökar sjukvårdskonsumtionen.

Vissa förmånssystem kan också medverka till diagnosglidning. Ett exempel är när skolor kräver diagnos för att kunna erbjuda extra undervisningsstöd till svagare elever vilket sannolikt bidrar till en ökning av neuropsykiatriska diagnoser bland barn.

Sverige är ett sekulariserat, digitaliserat och välorganiserat välfärdssamhälle som liknar de länder där CW-konceptet introducerats. Den samlade internationella erfarenheten från CW är att det är fruktbart när läkarkåren kritiskt granskar sina egna specialiteters verksamheter, och medvetandegör nackdelarna med lågvärdevård, såväl bland politiker och andra myndighetsföreträdare som hos allmänheten.

Industri/teknik/marknad

Med den tilltagande digitaliseringen har ett komplext system skapats där samverkan mellan företag, sociala medier och enskilda individer driver på en ökad efterfrågan av hälsoprodukter och -tjänster. Inom den traditionella sjukvården har de förbättrade diagnostiska möjligheterna inneburit en vidgning av indikationer för utredningar och behandlingar. Samtidigt säljs egenbeställda prover för genetisk analys, blodkemi och bakterieflora i tarmen, och kopplas till erbjudanden om kosttillskott eller utvidgade hälsokontroller. Gränser mellan marknad och offentlig sektor suddas ut. Subtil påverkan sker genom selekterade annonser och nyheter, där även enskilda patienter, sjukvårdsmedarbetare och patientföreningar mer eller mindre medvetet bidrar. Den etablerade sjukvårdsindustrin för diagnostik, läkemedel, medicinteknik och IT, och tillhörande reklambransch följer marknadslogiken och strävar efter ökade vinster och utvidgade marknader. Detta görs bland annat genom att fördelar med behandlingar lyfts fram och nackdelar tonas ned. Ett liknande fenomen finns också inom det vetenskapliga samfundet i form av publikationsbias vilket innebär att studier med negativa resultat publiceras mer sällan än studier som visar positiva resultat.

Marknaden för hälsodata är ett ämne för sig, med särskilda risker för spridning och försäljning av känslig information. Även vällovliga satsningar på att effektivisera sjukvården och styra processer på ett standardiserat sätt kan medföra sådana risker, genom insamling av digitala data som i många fall hanteras av vinstdrivande företag. Ett särskilt problem är de många hälsoapparna som på ett okontrollerat sätt samlar in data, och både ökar människors hälsoångest och erbjuder slutsatser som saknar evidens.

Digitalisering och artificiell intelligens

Inom flera regioner pågår arbete med nya digitala vårdstöd. Det framgår ofta stora förhoppningar om framtida utveckling av artificiell intelligens (AI). Den digitala utvecklingen innebär stora möjligheter, men det finns också en övertro på vad dagens system, och ännu ej etablerade metoder ska kunna åstadkomma i det enskilda patientmötet. Den mest optimistiska synen på digitalisering och AI vilar oftast på en kunskapssyn med just det ensidiga fokus på faktakunskap, eller *episteme*, som är otillräckligt för ett gott kliniskt beslutsfattande.⁽³⁾ Vid våra dialogträffar har många uttryckt farhågor för att läkares professionella erfarenhet och omdöme, och patientens unika preferenser ytterligare marginaliseras av den digitala utvecklingen. Rätt använda digitala verktyg kan däremot underlätta kommunikation, och har potential att kunna minska dubbeldokumentation och undvika parallella utredningar och behandlingar.

Efterfrågedriven vård

Under de flesta av våra intervjuer med företrädare för ledningar, myndigheter och specialistföreningar diskuterades att marknadskrafterna uppfattas som skadliga för den svenska skattefinansierade vårdens kärnvärden; jämlik vård efter behov, och transparenta prioriteringar. Särskilt stark kritik framfördes mot de företag som exploaterar samtidens hälsotrender och oro genom att erbjuda hälsokontroller och breda provtagningar, som leder till många avvikande fynd, inklusive betydande överdetektion och falskt positiva resultat, för att sedan låta den offentligt finansierade sjukvården hantera det.

Patienter

Definitionen av när man är en patient har påverkats av att gränsen mellan behov och efterfrågan suddats ut. Även gränslandet mellan illabefinnande (illness) och biomedicinskt avgränsad sjukdom (disease) är problematiskt. Tolkningen att dåligt mående orsakas av biomedicinska rubbningar dominerar i västvärlden, vilket medför en övertro på blodprover och bilddiagnostik. Eftersom avvikande fynd är vanliga även hos friska individer ökar risken för "confirmation bias". Det innebär att man bekräftas i sin syn att det finns biomedicinska förklaringar till symtom också när undersökningsresultat och symtom inte är relaterade till varandra. För enskilda läkare blir det svårt att stå emot patientens krav. Bristande läkarkontinuitet och kollegialt stöd i patientnära verksamhet ökar risken för att det som borde vara patientdelaktighet istället blir brist på professionell styrning i patientmötet. CW syftar till en sund delaktighet och patientcentrering genom att främja en dialog mellan läkare och patient som underlättar kloka val.

Det är viktigt att skilja på det individuella mötet där patientcentrering är central, och samverkan med patientföreträdare på organisatorisk nivå, vid avveckling av lågvårdevård. Ett fint exempel på sådan central samverkan finns i Norge där man nyligen startat "*Publikumkampanjen*" i samarbete med "Norsk pasientforening" som är den generiska paraplyorganisationen för patienter där. I Sverige är patientföreningarna oftast diagnosspecifika. Många har direkta samarbeten med företag och andra ekonomiska kopplingar, och har som primärt intresse att öka vårdinsatser för den egna gruppen. För många viktiga grupper med de största vårdbehoven, såsom patienter med komplexa behov och i livets slutskede, saknas helt motsvarande patientorganisationer.

Modeller för inflytande i vården av patientgrupper med stora behov och som inte företräds av röststarka organisationer behöver utvecklas. Vi bedömer att samverkan med diagnosspecifika patientorganisationer inte är fruktbar i ett initialt skede. Däremot tror vi att specialitetsföreningar i SLS och motsvarande patientorganisationer gemensamt kan åstadkomma en samsyn om vad som är kloka kliniska val för respektive diagnos i en senare fas. Det är då av största vikt att intressekonflikter redovisas.

Arbetet från svenska STRAMA (Strategigruppen för rationell antibiotikaförskrivning och minskad antibiotikaresistens) är ett bra exempel hur en attitydförändring kan åstadkommas i befolkningen. Det arbetet har inte byggt på direkt samarbete med patientorganisationer, utan mer på folkhälsoriktad upplysning från avsändare som uppfattas som trovärdiga och pålitliga. Ökad kunskap och förändring i förhållningssätt, skulle med Kloka Kliniska Val på motsvarande sätt kunna etableras till all lågvårdevård hos allmänhet och patienter. Vi ser det som ett av huvudmålen med Kloka Kliniska Val, och bedömer att SLS specialitetsföreningar har en avgörande roll i detta arbete.

Hälsosystem – organisation och styrning

Ersättningssystem och register

Sjukvårdens organisation genomsyras av mätning, kontroll och ekonomisk styrning, ofta benämnd New Public Management (NPM). System med "pay for performance" där vårdenheters budgetar baseras på redovisning av sjukvårdsåtgärder (Diagnosrelaterade grupper - DRG), eller vårdtyngd mätt som diagnoser (Adjusted Clinical Groups - ACG) riskerar att orsaka både överdiagnostik och överbehandling. Många av de svenska kvalitetsregistren använder kvalitetsindikatorer som ger poäng om en undersökning eller behandling utförs, men inte om man aktivt väljer att avvakta eller avstå. Då regionerna jämförs avseende dessa poäng skapas incitament för att göra även sådant som inte är till nytta för vare sig patienterna eller verksamheterna.

Oklar ledning, svårigheter att åstadkomma förändringar

Under merparten av våra kontakter med myndigheter, specialistföreningar och övriga intervjuade framkom farhågor för att den svenska organisationen och ledningen av sjukvården med regionindelning kan innebära svårigheter att genomföra ett CW-arbete. Det är ofta oklart vem som har mandat att fatta nödvändiga beslut för att driva ett förändringsarbete.

Enskilda myndigheter angav att deras mandat var begränsat. SBU beskrev till exempel att uppdraget är att skapa rapporter över kunskapsläget enligt direktiv från Socialstyrelsen och andra myndigheter, men inte att ge rekommendationer.

Kritik framfördes av enskilda och grupper mot en tilltagande politisk styrning av myndigheterna. Många problematiserade även att samverkansorganisationen Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) i vissa fall agerar som en myndighet, utan att uppfylla motsvarande krav på transparens och ansvarutkrävande, kritik som även Riksrevisionen har framfört.[21]

Från företrädare med erfarenheter av CW internationellt beskrevs behovet av resurser och kunnande för att förvalta organisationen och löpande revidera arbetet med en CW-kampanj. I de flesta av dialogmötena diskuterades om det finns en övergripande politisk vilja att genomföra en CW-kampanj, och tillföra mandat, ansvar och resurser till enskilda myndigheter eller till SLS och dess medlemsföreningar.

Intervjuade läkare såg ett problem i att verksamheternas administrativa ledning sällan är kliniskt arbetande läkare. Cheferna har mindre egen kunskap om verksamheten vilket medför att de enskilda klinikerna/vårdcentralerna blir mer centralstyrda och utan eget handlingsutrymme. Vid avsteg från regelverk och riktlinjer så får den enskilde läkaren inte stöd av sin ledning. Som exempel på bristande verksamhetsnära styrning är att undanträngningseffekter inte diskuteras vid införande av tvingande vårdförlopp, och att prioriteringar görs på annan grund än medicinsk.

Inom laboratoriedisciplinerna finns inte samma möjlighet att luta sig mot patient-läkarkonsultationen för att avstå provtagning. Arbetet i verksamheterna blir följaktligen mer reaktivt, det vill säga man söker effektivisera hantering av analyserna. Inom klinisk kemi har uppstått en specifik problematik genom de företag som tillhandahåller "hälsoundersökningar" till allmänheten. Här ser man stort behov av ökad samverkan och samsyn med kliniska specialiteter för att motverka utvecklingen. Internationellt har man tagit fram riktlinjer för hur ofta prover behöver kontrolleras på inläggande patienter med olika tillstånd.

Bristande kontinuitet i hela organisationen

Bibehållen läkarkontinuitet är central för att motverka lågvärdevård. Primärvårdsstudier har visat korrelation mellan god kontinuitet till allmänläkare och minskad mortalitet.[22] Bristande kontinuitet

framför allt i primärvården, men också generellt i vården, var ett problem som ständigt återkom i diskussionerna. Det handlar delvis om otillräcklig bemanning med fasta läkare, men även att organisationen styrs med alltför kortsiktiga mål och utan helhetssyn. Vid resursbrist i primärvården görs ofta onödiga remitteringar till akutmottagningar (där överanvändning av diagnostiska metoder sker på grund av vårdplatsbrist), och specialistmottagningar och risk för fragmenterad vård för patienten i frånvaro av en fast läkarkontakt som samordnar vården. Tillgänglighet och ledtider tillmäts stor betydelse och prioriteras även när kontinuitet kunde vara mer väsentligt.

Multidisciplinära konferenser (MDK) har blivit ett vanligt arbetssätt. Det tar mycket arbetstid i anspråk för läkare som därför får mindre tid för direktkommunikation med sina patienter. Det innebär också att beslut tas i en grupp utan närvaro av patienten. En instrumentell tillämpning av arbetssättet gör att den enskilda patientens förutsättningar och preferenser riskerar att tappas bort, trots att syftet är just en helhetsbedömning av det specifika fallet.

Fragmentisering av vården, med bristande helhetssyn, och snäva ramar för utredning och behandling av specifika tillstånd vid specialistenheter riskerar att öka den totala resursåtgången, och äventyra patientsäkerheten, särskilt för individer med multimorbiditet och komplexa sjukdomstillstånd. Uppgiftsväxling i syfte att minska resursåtgång görs ofta genom att sjuksköterskor i stället för läkare gör rutinkontroller av avgränsade tillstånd. I vissa fall leder det till merarbete, eftersom frågeställningar uppstår som medför att det ändå görs ett läkarbesök utöver det första. I andra fall handlar det om att uppföljningar enligt checklistor sorteras till andra yrkesgrupper än läkare, istället för att avslutas, som exempelvis måttlig aortavidgning eller PSA-stegring hos patienter med stor sjukdomsburda eller kort förväntad överlevnad.

Riktlinjer och vårdprogram

Sjukvården strävar mot ständig utveckling och tidigare diagnostik. Det innebär ofta en vidgning av sjukdomsbegrepp och av indikationer för behandling. Balanserade och välgrundade riktlinjer är goda beslutsstöd, men ersätter inte klinisk kompetens och kollegialt stöd. Oreflekterat användande av riktlinjer riskerar att leda till överdiagnostik, överbehandling och en ökad resursåtgång. Brittiska riktlinjerna för livsstilsinterventioner skulle kräva fler läkare av alla specialiteter, och sjuksköterskor, än vad som finns tillgängliga i Storbritannien. [23] En annan modelleringsstudie räknar med att det skulle krävas 99 distriktsläkare per 100.000 vuxna för strikt följsamhet till enbart riktlinjer för hypertension, också det fler läkare än vad som finns idag. [24] Nyligen publicerades också en beräkning där allmänläkare skulle behöva arbeta 27 timmar dagligen för att kunna följa samtliga riktlinjer för sin verksamhet. [25] Studier av riktlinjer utformade av internationella specialistföreningar visar att dessa ofta är mycket spretiga inom områden där evidensläget är svagt. [26] Trots det uppfattas de som mer tillförlitliga än vad underlaget medger.

Kunskapsstyrningen

Vi förde under arbetets gång återkommande diskussioner om de standardiserade vårdförloppen (SVF), personcentrerade sammanhållna vårdförlopp (PSV) och den nationella kunskapsstyrningsorganisationen från SKR. Farhågor restes om att standardiseringen riskerar att påverka den professionella läkarrollen negativt, och att leda till både överanvändning av medicinska åtgärder och ökad administration. Flera av de intervjuade ifrågasatte att vårdprogrammen utgår från SKR och inte i första hand från Socialstyrelsen och andra myndigheter, och från specialistföreningarna inom SLS. Farhågorna överensstämmer i stor utsträckning med dem som kommit fram vid SLS kartläggning av samverkan med kunskapsstyrningsorganisationen.

Kritik framfördes också över att man infört standardiserade vårdförlopp vid misstänkt cancersjukdom, utan initial planering för utvärdering. Flera av dem ansågs ha införts med bristande

evidens, där ledtiderna i förloppen uppfattas som tvingande även då det inte finns klinisk indikation för snar utredning. Undanträngningseffekter förekommer och drabbar generellt kroniskt sjuka äldre, men också specifika patientgrupper med godartade tillstånd med stor påverkan på livskvaliteten som prostatahyperplasi och inflammatorisk tarmsjukdom. Utvärderingar har inte kunnat påvisa minskat mortalitet, morbiditet eller ökad patientnöjdhet kopplat till SVF.[27]

Från flera håll påtalades också att kunskapsstyrningen inte adekvat utvecklar när det är olämpligt att göra en åtgärd, motsvarande rekommendationerna "FoU" och "icke-göra" som Socialstyrelsen arbetar med i sina riktlinjer.

De positiva förväntningar på kunskapsstyrningsorganisationen som framkom var bland andra att de skulle leda till ökad nationell likvärdighet, på sikt mindre arbete med riktlinjer, större samsyn mellan vårdgivare och ökad resurstilldelning för implementering. Dessa förhoppningar framfördes främst från sjukhusspecialister, medan allmänläkare var mer skeptiska.

Inom kunskapsstyrningen finns en Nationell Arbetsgrupp för över- och underdiagnostik och över- och underbehandling som skulle kunna beredas ett större genomslag i frågor som undanträngningseffekter, och beaktande av risker för överdiagnostik och överbehandling vid formulering av nya riktlinjer.

Personer som arbetar med prioriteringsfrågor på organisatorisk och akademisk nivå påtalade risker med att inte inkludera hälsoekonomi och prioriteringar i arbetet. Beslut om införande av åtgärder tenderar att tas högt upp i ledningsstrukturer, medan beslut om att avstå från åtgärder sker långt ner. I slutänden utkrävs ansvar av den enskilda läkaren, som behöver försvara (och dokumentera) varför en viss åtgärd inte genomförs.

Intervjuade företrädare för diagnostiska specialistföreningar lyfte frågan om praxisvariation, vilket ofta speglar överdiagnostik. De betonade även behov att granska onödiga utredningar inför operation, kontroller av fynd utan klinisk signifikans och undersökningar som görs rutinmässigt som led i stora screening- och kontrollprogram. Man har sett att det finns en mycket snabb ökning av preoperativa utredningar och kontroller som man satt i samband med införande av de standardiserade vårdförloppen.

Vittnesmål gavs om att det förekommer påverkan från patientföreningar, vårdföretag och industri inom läkemedel och medicinsk teknik, vilka utan tillräcklig transparens har inverkan på utformandet av vårdförloppen.

Vårdpersonal

Det saknas bland läkare ofta djupare kännedom om hur man arbetar inom kunskapsstyrningens nationella och regionala organisation, HTA-enheter och SBU. Generellt är kunskapen om Choosing Wisely som koncept låg. Det föreligger dock en hög grad av medvetenhet om lågvärdevård. Drygt 85 % av dem som svarat på vår enkät ansåg att överdiagnostik utgör ett problem inom svensk sjukvård.

Den norska CW-kampanjen, Kloke Valg, listar de främsta orsakerna till överbehandling och överutredning inom läkarkåren (textruta). Resultaten från intervjuer och vår enkät indikerar att det är samma faktorer som driver förekomsten av lågvärdevård i Sverige.

- följsamhet till vårdprogram
- minskad egen osäkerhet
- oro för anmälan och klagomål
- påtryckningar från patient eller anhöriga
- förväntan från kollega eller överordnad

Det är svårt att ändra beteenden hos läkare även när de är medvetna om att en åtgärd saknar nytta. Dessutom glöms oftast inte en missad diagnos, vilket medför överskattning av förekomst och allvarlighetsgrad av diagnoser med så kallad defensiv medicin som följd.

Fragmentering av vården genom subspecialisering och bristande relationskontinuitet leder till överanvändning av medicinska åtgärder, vilket rapportens patientfall illustrerar. Resultatet blir en negativ spiral av resursslöseri, onödigt arbete, överbelastning och parallellt tilltagande oförmåga till prioritering. Ökande komplexitet leder till svårigheter för enskilda läkare att skaffa sig kunskap och erfarenhet för att fatta beslut som avviker från algoritmer. Här menade många av de intervjuade att mer erfarna kollegor i den patientnära verksamheten skulle kunna utgöra ett stöd i att avstå från åtgärder som kan betecknas som lågvärdevård.

Diagnostiska specialiteter

Den entydiga bilden från de diagnostiska disciplinerna är att många undersökningar som utförs inte gagnar patienten. Inom radiologin har man därför börjat arbeta med styrdokument som även skall ge stöd för att avstå undersökningar.

Vid våra samtal framkom uppfattningen att många remitterter saknar tillräcklig kunskap om indikation för och begränsningar av de utredningar man beställer. Man beskrev vidare att den ökade arbetsbördan gör att man inte har tid att utbilda sina kollegor i tillräcklig omfattning. Under denna diskussion nämndes även undanträngningseffekter av omfattande forskningsaktiviteter där befolkningsgrupper genomgår multipla undersökningar som led i epidemiologiska studier. Flera av de intervjuade framförde att ökad diagnostik ibland drivs av starka individer eller grupper inom akademi och universitetssjukhus med stora intäkter från regionvård och högspecialiserad vård. Studier av exempelvis tumörsjukdomar leder till många radiologiska och laboriemedicinska undersökningar. Även om dessa har kostnadstäckning så är tillgängligheten begränsad och andra åtgärder trängs undan.

Defensiv medicin - åtgärder för "säkerhets skull"

Det framkom oro för att riktlinjer kan ses som tvingande då den nationella kunskapsstyrningen utgår från den egna ledningen (i regionerna och via SKR). Man funderar över om följsamhet kommer att kontrolleras ända ner på individnivå via framtida journalsystem. Den förändrade läkarrollen diskuterades: "är man en person som följer kokbok, varken medmänniska eller expert?" Flera intervjuade ansåg att det finns en övertro på algoritmer hos kollegor, ledning, administratörer och patienter. Vidare menade många att gränssättning av enskilda patienter och anhöriga är svårt framförallt för oerfarna läkare. Rädsla för att bli anmäld eller få kritik var också den vanligaste orsaken till att besluta om lågvärdevård i vår enkät, se bilaga. Defensiv medicin innebär förutom risk för överdiagnostik och överbehandling, en tendens till överdokumentation som också kräver resurser, för att argumentera för varför åtgärder avstås. Det kollegiala stödet behöver stärkas och

det behövs en ökad kunskap, både gällande hur man avstår en åtgärd och hur man avslutar en pågående behandling med tveksam effekt.

Tillsynsmyndigheters roll

Vid upprepade dialogträffar med IVOs handläggare, tillsynsläkare och chefläkare framkom att överlag anser man att överdiagnostik och överbehandling inte är något betydande problem. Det finns dock undantag där chefläkare uppgav att enstaka regioner tydligare arbetar för att stödja medarbetare att även avstå vård av mindre nytta. Från läkare som arbetat med patientsäkerhet i linjen (verksamhetschefer, vårdcentralschefer) bekräftas vår tolkning att patientsäkerhet och utredning av vårdskador/tillbud till största delen handlar om uteblivna eller otillräckliga åtgärder och/eller dokumentation.

Ingen av de intervjuade chefläkarna hade varit med om att driva en fråga till IVO som handlar om överbehandling.

Riskerna med överdokumentation togs också upp av arbetsgruppen, men uppfattas inte som ett större problem varken av IVO eller enskilda chefläkare.

Organisationen kring patientsäkerhetsarbete har förändrats senaste decenniet. Det fanns en allmän uppfattning att chefläkare hamnat längre från verksamheten. I diskussionen mellan chefläkare och IVO framkom önskemål om fördjupade kontakter för att driva ett mer patientnära förbättringsarbete.

Sjukvård i livets slutskede

The Lancets Commission on the value of death skriver: "Health care has a role in the care of the dying, but interventions at end of life are often excessive, exclude contributions from families and friends, increase suffering, and consume resources that could otherwise be used to meet other needs." [28] Uppemot en femtedel av den totala sjukvårdskostnaden spenderas under människors sista levnadsår. Det är svårt både för enskilda läkare, och för verksamheter, att avsluta onödig och skadlig behandling i livets slutskede. Frågan diskuterades bland annat med representant från Svensk Onkologisk förening och läkare verksam inom palliativ medicin. Kontinuitet framhölls som särskilt viktig, då det ger en stabil relation som krävs för nödvändig förståelse mellan patient och läkare. Inom specialistföreningarna som arbetar med cancer har man börjat diskutera effekterna av den ökande palliativa läkemedelsbehandlingen. Den sista tiden i livet medför ofta ett svårt existentiellt, psykologiskt och fysiskt lidande vars behandling kan försvåras om man samtidigt fortsätter med aktiva åtgärder mot grundsjukdomen. Patienterna har också ofta uppfattningen att behandlingen är mer effektiv än vad den är. Risken att anklagas för åldersdiskriminering kan leda till onödiga aktiviteter hos mycket gamla och sköra patienter. Inom vissa regioner har man skapat strukturer för etiskt stöd till enskilda läkare i dessa situationer, vilket upplevdes positivt.

Skäl till att minska lågvärdevård

Viktigast är att inte skada patienten. Lågvärdevård orsakar definitionsmässigt antingen skada för patienten, slöseri av vårdens begränsade resurser, eller både och. Såsom tidigare angetts är förekomsten av lågvärdevård betydande, och utgör lågt räknat 20 % av vårdens kostnader. Vårdens resurser är ändliga, och kommer aldrig att räcka till allt som går att göra. En onödig åtgärd innebär en undanträngningseffekt av annan mer angelägen vård. Allt som görs innebär med en annan term en *alternativkostnad* någon annanstans.

Åtgärder mot lågvärdevård

Historik

I enskilda verksamheter, regioner eller specialistområden har man genom åren gjort satsningar för att minska lågvärdevård. Ett fåtal regioner har systematiskt drivit utmönstring (även kallad deimplementering) av onödiga eller skadliga aktiviteter inom sjukvården. Dessa projekt har ofta varit kopplade till besparingsåtgärder, där verksamheterna fått i uppdrag att genomföra prioriteringar både horisontellt och vertikalt. De intervjuade som hade egen erfarenhet av dylika projekt menade att man kan uppnå ökad deimplementering respektive resursbesparingar. Projekten var dock resurskrävande och hade svårt att hålla resultaten över tid. En anledning som angavs var att den effekt som sågs till stor del byggde på enskilda individers engagemang och kompetens. Man påpekade att en stabil ledning på alla nivåer krävs för att man skall kunna genomföra en långsiktigt hållbar utmönstring/omprioritering. Denna erfarenhet stämmer också med de vetenskapliga studier som utvärderat frågan.

Det finns även exempel på enskilda kliniker som arbetat med projekt med CW som förlaga. Av särskilt värde är att nämna det arbete som nyligen genomfördes vid Medicinkliniken i Malmö.[29] I Malmö kunde man visa på 30–40 % minskade laboratorieprover och radiologi, vilket är i paritet med de projekt som redovisats av CW-satsningar i andra länder. I arbetet i Malmö angavs även ett antal åtgärder man ville öka (se texttrutor):

5 saker att göra mindre av:

- Minska KAD användning
- Minska blodtransfusioner- gräns Hb < 70 g/L
- Minska användningen av protonpumpshämmare
- Minska antalet onödiga lab prover
- Utför ej CT hjärna vid syncopé utan andra symtom

5 saker att göra mera av:

- Spendera mer tid med patienten
- Mer involvering av patienten om innehållet i vården och begränsningar
- Ökad användning av interna kompetenser
- Ökad re evaluering av egna och andras bedömningar
- Förebygg immobilisering, osteoporos och försämrad kondition

Nutid och framtid

Den svenska STRAMA-modellen kan i många aspekter ses som god förebild för utmönstring av lågvärdevård. Mellan 1999-2021 minskade antalet förskrivna antibiotikarecept med ca 50 % och har inneburit att Sverige tillhör de länder i Europa som använder minst antibiotika. Framgångsfaktorer för STRAMA är att arbetssättet har utvecklats under lång tid, utan ekonomiska incitament och med eldsjälarna i nyckelpositioner och nätverk. *Läkemedelskommittéerna* och deras nationella nätverk (LOK) utgör en viktig producentbunden och neutral infrastruktur för rationell läkemedelsbehandling, ordnat införande av nya läkemedel, och i förekommande fall utmönstring av behandlingar med låg kostnadseffektivitet. Aktiviteterna görs i nära samverkan med lämpliga instanser (*TLV, NT-rådet, stiftelsen NEPI*), och med lokalt anpassad återkoppling och fortbildning till förskrivare. Det saknas dock en övergripande organisatorisk infrastruktur för stöd för deimplementering i Sverige

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) bildades 1987 och är en av de äldsta aktiva nationella organisationerna för systematisk utvärdering av åtgärder inom sjukvården. I SBUs uppdrag ingår även att identifiera kunskapsluckor vad gäller evidens för åtgärder som redan används, vilket kan underlätta utmönstring. Myndigheten har särskilt understrukt att överflödiga eller överdrivna åtgärder i vården måste minska. SBU står som ordförande för det s.k. HTA-nätverket som bildades 2007. De sex regionala *Health Technology Assessment (HTA)-enheterna* tar också fram systematiska genomgångar för att utmönstra åtgärder utan effekt (se textruta). Enheterna finns vid universitetssjukhusen och övriga regioner representeras av enstaka individer. Företrädare för HTA framförde i dialogerna att det sällan kommer tillräckligt relevanta frågor att utreda och att ledningsbeslut inte påverkas i tillräckligt stor omfattning av de rapporter som tas fram. Inom flera regioner ligger HTA-funktionen under organisationen för den nationella kunskapsstyrningen. Intervjuade menar att det riskerar att påverka ett oberoende arbete och även motverka deimplementering om det kommer i konflikt med styrande riktlinjer. Den totala årliga budgeten för all HTA-verksamhet i landet är ca 30 miljoner kronor vilket begränsar utrymmet för utredningar. Arbetsgruppens uppfattning är att landets HTA-enheter skulle kunna axla en större roll i att lista vårdåtgärder som är misstänkt lågvärdevård.

Exempel på rapporter från olika HTA-enheter som bör stödja utmönstring:

EEG vid förstagångsinsjuknande i psykos tillför inte något (VG HTA 2012)

Superrena ventilationssystem i operationssalar leder inte till minskad risk för postoperativ infektion (VG 2019)

Det saknas stark evidens för rutinmässig CTG vid lågriskförlossningar (Sydöstra HTA)

Socialstyrelsen har samordnat nationella riktlinjer för utredning och behandling inom olika specialistområden. Inom dessa riktlinjer anges även prioriteringsnivå för enskilda åtgärder, vilket inkluderar "FoU" och "icke-göra. Man har vidare arbetat strukturerat och i samverkan med professionsföreträdare och specialistföreningar, vilket skapat legitimitet för rekommendationerna och underlättat regionala processer för evidensbaserad sjukvård. Vid dialogträffen med SoS visade deltagarna en stor förståelse för att läkarprofessionen behöver starkare stöd för att undvika onödiga åtgärder eller frånga rådande riktlinjer. I samband med covid-19-pandemin agerade Socialstyrelsen på det akuta behovet att se över vilken vård som bedömdes som undgänglig och kunde anstå, respektive inte skulle utföras om vårdresurserna inte räckte. Att Socialstyrelsen är en myndighet och har tidigare erfarenheter av att kartlägga lågvärdevård gör den till en naturlig samarbetspartner i eventuell framtida Kloka kliniska val kampanj.

Folkhälsomyndigheten har arbetat inom STRAMA mot antibiotikaresistens, och också haft en nationell nyckelroll i svåra överväganden under covid-pandemin. Överdiagnostik och överbehandling inom andra fält än infektionsmedicin kan utgöra ett hot mot folkhälsan genom snedstyrning och undanträngningseffekter förutom direkta skador av olämpliga åtgärder. Myndighetens samlade erfarenheter bedöms som värdefull för Kloka Kliniska Val.

Akademiska företrädare har i andra länder engagerat sig i CW-aktiviteter. Våra internationella kontakter understryker vikten av att involvera forskare från både medicinska och andra fakulteter i framtida satsningar även hos oss. På flera håll har man skapat möjligheter för meritering till forskning

och ledarskap genom engagemang i CW, inte minst vid involvering av studenter och ST-läkare. I Kanada utgjordes en stor del av den initiala finansieringen till kampanjen av forskningsmedel.

Prioriteringscentrum (Linköpings universitet) deltar idag i en nationell expertgrupp för horisontella prioriteringar i vården. Organisationen har kunskap och erfarenhet av praktiskt arbete, och en mångårig akademisk kompetens med bred representation inom hälsoekonomi och etik. Vi ser därför Prioriteringscentrum som en central aktör, med kompetens för exempelvis en nationellt samordnande roll för framtida forskningsaktiviteter inom området lågvärdevård.

Tillsynsmyndigheten IVO behöver tillämpa en bredare tolkning av sitt uppdrag och beakta riskerna för att odla en kultur av defensiv medicin och bidra till överanvändning av diagnostiska och terapeutiska åtgärder och överdokumentation. Vi bedömer IVO och chefläkarfunktionen som mycket viktiga för att motverka en kultur med defensiv medicin, men också för att utveckla en tillsyn med granskning av vårdskador som har uppkommit till följd av åtgärder som inte borde ha utförts.

Kunskapsstyrningsorganisationen och SKR är också viktiga aktörer att samverka med för Kloka Kliniska Val. Det är viktigt att påpeka att det primära syftet med Kloka Kliniska Val inte är besparingar eller bortprioritering av vård, utan kvalitet i vården. En organisation för Kloka Kliniska Val bör således inte vara direkt ekonomiskt beroende av sjukvårdshuvudmännen (regionerna) eller deras intresseorganisation SKR.

Delar av kunskapsstyrningen med standardiserade vårdförlopp och personcentrerade sammanhållna vårdförlopp är också klart drivande av diagnostiska åtgärder och behandlingar till tveksam nytta. Samtidigt finns inom organisationen en nationell arbetsgrupp för över- och underdiagnostik, och över- och underbehandling, som verkar för att föra in perspektivet tvärgående inom det nationella systemet för kunskapsstyrning. Den gruppen borde få en starkare roll och genomsyra kunskapsorganisationen med sitt perspektiv på prioriteringar, hälsoekonomi och etik. Förutom tidigare nämnt CW-projekt på medicinkliniken i Malmö finns initiativ för att starta liknande deimplementeringsprojekt i bland annat Västra Götaland, Östergötland, Södermanland och Örebro inom ramen för arbetsgivarorganisationen.

Sammanfattning

En betydande andel av det vi gör inom sjukvården består av lågvärdevård trots att en majoritet av kliniskt aktiva läkare i Sverige anser att överdiagnostik och överbehandling utgör problem. En omfattande praxisvariation innebär att även underdiagnostik och underbehandling förekommer. Huvudsyftet med CW är att öka kvaliteten i vården, inte att spara pengar, men genom att välja bort verkningslös eller skadlig vård, kan begränsade resurser räcka till fler medicinskt motiverade insatser.

CW i andra länder har nått framgång med utmönstring av enskilda åtgärder men har även fått befogad kritik. Den har framför allt handlat om svårigheterna att vidmakthålla och förvalta organisationen över tid, samt att vetenskapligt visa på storskaliga och bestående effekter. Som med alla komplexa interventioner är det svårt att urskilja effekterna av CW från andra insatser i en dynamisk utveckling. Från andra håll har CW kritiserats för att vara uddlöst, och inte våga föra fram tillräckligt radikala förslag för att det ska göra någon meningsfull skillnad.

De internationella erfarenheterna och kontakterna blir en tillgång om vi skall införa CW i Sverige. Professionsföreträdare från andra länder har betonat vikten av att utgå från engagemang, klinisk och vetenskaplig expertis inom läkarkåren, i samverkan med andra vårdprofessioner, studenter,

myndigheter och patientföreträdare. En central faktor för att uppnå långsiktig hållbarhet är ekonomiskt stöd till understödjande administration, logistik och kommunikation. Kunskapsstöd och material för fortbildning och kvalitetsgranskning bör utformas av oberoende neutrala instanser utan ekonomiska eller andra intressekonflikter. Trots kritiken om uddlösa förslag, är den samlade erfarenheten från det internationella CW-samfundet att det är klokt att initialt inrikta sig på så kallat lågt hängande frukter, och koncentrera arbetet på att identifiera och utmönstra åtgärder som det råder stor samsyn om.

Vi ser samma drivkrafter bakom lågvärdevård i Sverige som de som har beskrivits internationellt; faktorer hos patienter, vårdpersonal, medicinskt tekniska företag och läkemedelsindustri, sjukvårdsorganisation och samhällsstruktur. Flera av dessa drivkrafter är i komplext samspel med varandra, och behöver bemötas på flera plan samtidigt. Några framstår som särskilt tydliga i Sverige. Trots en heltäckande offentligfinansierad vård ser vi kommersiellt driven överdiagnostik genom bland annat företag som marknadsför laboratorietester, och överbehandling genom lättillgänglig kontakt med läkare, psykologer och fysioterapeuter via video. God kontinuitet och en etablerad relation mellan patient och ansvarig läkare är en förutsättning för kloka kliniska val. Vården i Sverige präglas av bristande kontinuitet, vilket medför risker för patientsäkerheten, ofta inadekvat kompenserad genom extra undersökningar och provtagningar med överdiagnostik och överbehandling som följd, liksom överbehandling i livets slutskede. Vi har en demografi med allt fler äldre, med flera samtidiga kroniska sjukdomar. Samtidigt finns en teknisk utveckling med allt större möjligheter att diagnostisera, förebygga och behandla sjukdomar, vilket leder till multimorbiditet och polyfarmaci i stora delar av den åldrande befolkningen. Tillämpning av riktlinjer för enskilda diagnoser är sällan möjlig vid multimorbiditet, åtminstone inte utan betydande överdiagnostik och överbehandling som följd. Initiativ för ökad vårdkvalitet genom implementering av riktlinjer som till exempel kunskapsstyrningsorganisationens vårdförlopp är inte till hjälp mot detta. Trots att det inte finns någon skadeståndskultur i Sverige som den i USA, och att tillsynsmyndigheterna ska fokusera på analyser av händelser snarare än på att utkräva ansvar av individuella läkare, är defensiv medicin fortsatt en stark drivkraft bakom överdiagnostik och överbehandling. Det leder också till ytterligare resursslöseri i form av överdokumentation när avsteg från riktlinjer och standardiserade vårdprocesser måste motiveras i journaler. I vissa fall blir tillsynsorganisationen och kunskapsstyrningsorganisationen mer hinder än stöd för läkares utveckling av sitt kliniska omdöme.

Det framgångsrika arbetet med STRAMA i Sverige har följt samma principer som är bärande för Choosing Wisely-rörelsen. Vi ser STRAMA som en god förebild att ta lärdom från, både om arbetssätt och för att hitta de viktigaste samverkansaktörerna för Kloka Kliniska Val.

SLUTSATS

SLS har en unik position som oberoende företrädare för läkarkåren med fortgående samverkan och dialog med alla de aktörer som behöver involveras i ett systematiskt arbete för utmönstring av lågvärdevård. Sammanfattningsvis finns det både goda skäl, och goda förutsättningar för SLS att ansluta till det internationella Choosing Wisely-samfundet och initiera och leda utvecklingen av Kloka Kliniska Val i Sverige.

Bilagor

1 Motionen med undertecknare

2 Direktivet

3 Referensbank

4 Förteckning av dialogträffar

5 Enkätredovisning

Referenser:

- 1 Brody H. Medicine's ethical responsibility for health care reform—the top five list. *N Engl J Med* 2010;**362**:283–5.
- 2 Wendy Levinson, Marjon Kallewaard, R Sacha Bhatia, *et al.* 'Choosing Wisely': a growing international campaign. *BMJ Qual Amp Saf* 2015;**24**:167. doi:10.1136/bmjqs-2014-003821
- 3 Bornemark J. *Det omätbaras renässans : en uppgörelse med pedanternas världsherravälde.* Andra reviderade utgåvan. Stockholm: : Volante 2019.
- 4 Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, *et al.* Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;**312**:71–2.
- 5 Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N, *et al.* Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ* 2014;**348**:g3725–g3725. doi:10.1136/bmj.g3725
- 6 Storvik AG. Undersøkelse blant 1528 leger: – Vi behandler for mye. *Dagens Med.* 2018.
- 7 Ingvarsson S. *Tipping the Scale of Resources - De-implementation of Low-Value Care From an Operant Perspective.* 2023.
- 8 OECD. Tackling Wasteful Spending on Health. 2017. <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/9789264266414-en>
- 9 Radomski TR, Zhao X, Lovelace EZ, *et al.* Use and Cost of Low-Value Health Services Delivered or Paid for by the Veterans Health Administration. *JAMA Intern Med* 2022;**182**:832–9. doi:10.1001/jamainternmed.2022.2482
- 10 Dobler CC. Overdiagnosis of pulmonary embolism: definition, causes and implications. *Breathe Sheff Engl* 2019;**15**:46–53. doi:10.1183/20734735.0339-2018
- 11 Sakr WA, Grignon DJ, Haas GP, *et al.* Age and racial distribution of prostatic intraepithelial neoplasia. *Eur Urol* 1996;**30**:138–44. doi:10.1159/000474163
- 12 Harach HR, Franssila KO, Wasenius VM. Occult papillary carcinoma of the thyroid. A 'normal' finding in Finland. A systematic autopsy study. *Cancer* 1985;**56**:531–8. doi:10.1002/1097-0142(19850801)56:3<531::aid-cnrcr2820560321>3.0.co;2-3
- 13 Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends. *BMJ* 2009;**339**:b2587. doi:10.1136/bmj.b2587

- 14 Furtado CD, Aguirre DA, Sirlin CB, *et al.* Whole-Body CT Screening: Spectrum of Findings and Recommendations in 1192 Patients. *Radiology*. 2005;**237**:385–94.
- 15 Yari A, Ueda P, Hagstrom E, Lundman P, *et al.* Distribution of cardiovascular disease risk according to SCORE2 and potential need for cholesterol and blood pressure lowering therapy in apparently healthy middle-aged individuals. *European Heart Journal*, 2022;**43 supplement 2**: ehac544.2279
- 16 Almquist M. Kloka kliniska val – att avstå det som inte gör nytta för patienten. *Läkartidningen*;2021.
- 17 Pathirana T, Clark J, Moynihan R. Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions. *Bmj* 2017;**358**.
- 18 Furedi F. *Culture of fear*. 2nd ed. London: : Continuum 2006.
- 19 Beck U, Ritter M. *Risk society : towards a new modernity*. London: : Sage Publications 1992.
- 20 Svenaeus F. *Sjukdomens mening*. Natur & Kultur 2010.
- 21 Riksrevisionen. Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet. 2017.
- 22 Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, *et al.* Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract* 2022;**72**:e84–90. doi:10.3399/BJGP.2021.0340
- 23 Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians’ time needed to treat. *BMJ*. 2023;**380**:e072953.
- 24 Petursson H, Getz L, Sigurdsson JA, *et al.* Current European guidelines for management of arterial hypertension: are they adequate for use in primary care? Modelling study based on the Norwegian HUNT 2 population. *BMC Fam Pract* 2009;**10**:70. doi:10.1186/1471-2296-10-70
- 25 Porter J, Boyd C, Skandari MR, *et al.* Revisiting the time needed to provide adult primary care. *J Gen Intern Med* 2023;**38**:147–55.
- 26 Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, *et al.* Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999;**318**:527–30. doi:10.1136/bmj.318.7182.527
- 27 Ahlén R. Standardiserade vårdförlopp vid misstanke om cancer. SBU CAMTÖ 2020.
- 28 Sallnow L, Smith R, Ahmedzai SH, *et al.* Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. *Lancet* 2022; **399**: 837–84
- 29 Trysell K. Färre onödiga blodprov efter idogt arbete på Skånes universitetssjukhus. *Läkartidningen*;2021.

Motion: Välj vård klokt!

*Vi föreslår att SLS ska driva en kampanj enligt modellen *Choosing Wisely*, anpassad efter svenska förhållanden, och i samarbete med relevanta aktörer.*

Det finns en växande internationell medvetenhet om problemen med ett eskalerande utbud och konsumtion av vård som inte svarar an mot de största behoven i befolkningen, och som underminerar förutsättningarna för en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård. Ledande medicinska tidskrifter och läkarsällskap har sedan länge engagerat sig i frågan. Exempel är artikelserier under rubrikerna "Too much medicine" i British Medical Journal [1] och "Less is more" i Archives of Internal Medicine [2]. Årliga konferenser på temat Preventing Overdiagnosis har arrangerats sedan 2013 av BMJ, Dartmouth institute for health policy and clinical practice, Centre for Evidence Based Medicine Oxford med flera samarbetspartners[3].

Kampanjen "[Choosing Wisely](#)" introducerades 2012 i USA av American Board of Internal medicine (ABIM) [4]. Målet är att stödja kommunikation mellan patienter och vårdgivare för att underlätta val av vård som är evidensbaserad, inte har skadliga nettoeffekter, inte innebär överflödiga undersökningar; "to reduce waste and harm" och att mönstra ut så kallad "low value care". Lokalt anpassade kampanjer har sedan dess startats i över 20 länder, bland andra [Kanada](#), [Australien](#), [Storbritannien](#), [Italien](#), [Norge](#) och [Danmark](#). Förra året startade också samarbete mellan Cochrane och internationella Choosing Wisely-organisationen: [Cochrane Sustainable Health Care](#)

I Sverige har SBU länge uppmärksammat problem med att utmönstra olämpliga åtgärder och skrivit om Choosing Wisely. SBU fick i uppdrag att identifiera kunskapsbrister redan 2010, och menade då att 1/4 av all vård kan vara skadlig eller onödig. Ämnet överdiagnostik uppmärksammades i SBU:s tidskrift Vetenskap & Praxis nr 1-2 2019. År 2019 tillsattes en nationell arbetsgrupp inom SKR med fokus på överdiagnostik, överbehandling och onödig medikalisering.

Choosing Wisely-konceptet bygger på att ledande specialitetsföreningar motsvarande SLS sektioner med vetenskapliga verktyg identifierar orimlig praxisvariation, skadliga och överflödiga åtgärder. Varje deltagande specialitet tar fram en fem-punktslista över vanliga åtgärder vars nödvändighet kan ifrågasättas och som bör diskuteras i patient-vårdgiversamtal. Genom att nå ut både inom sjukvården och till allmänheten med ett budskap om vad som bör ifrågasättas, vill man också underlätta dialogen mellan patienter och sjukvårdens professionella för att främja kloka beslut om vårdåtgärder.

Varför läkaresällskapen? Det ska vara evidensbaserat och baserat på klinisk och vetenskaplig kunskap, väl förankrat inom den egna professionen och specialiteten. Syftet är att förbättra och utveckla sjukvården, minska slöseri och skador, och att främja behovsstyrd vård. Det ska inte vara en uppifrån kommande ransonering av sjukvård i besparingssyfte. Att professionen står bakom är en fråga om trovärdighet, och är också vägen till att det blir genomfört i klinisk praxis. En bärande princip i konceptet är ett fokus på patienters delaktighet och inflytande över beslut om sin vård, och involvering av patienter och allmänhet i kampanjerna.

Varför fokus på överdiagnostik och överbehandling? Om man kan minska onödiga åtgärder frigör det resurser till bättre behövande. Mer, tidigare diagnostik inom specifika sjukdomsgrupper är sällan vare sig hälsofrämjande eller ger förbättrade resultat av vården. Däremot är tidigare diagnos och bättre behandling generellt angelägen till underprivilegierade grupper i befolkningen, liksom somatisk vård till personer med psykiatrisk sjukdom. Multimorbiditet är ett underdiagnostiserat, vanligt och ökande tillstånd. Det är paradoxalt samtidigt överbehandlat pga riktlinjer om vart och ett av tillstånden utan individualisering med hänsyn till samsjuklighet. Hög ålder och låg socioekonomi predisponerar och det är angeläget att uppmärksamma.

Choosing Wisely handlar om att sluta göra det som vi på vetenskaplig grund kan enas om är onödigt och skadligt. Att ta itu med detta för läkarkåren är ett nödvändigt och självklart moraliskt ansvar. När professionen tar ansvaret är det både mer trovärdigt, och genomförbart i den kliniska praktiken.

- 1 Moynihan R, Glasziou P, Woloshin S, *et al.* Winding back the harms of too much medicine. *BMJ* 2013;**346**:f1271–f1271. doi:10.1136/bmj.f1271
- 2 Grady D, Redberg RF. Less Is More: How Less Health Care Can Result in Better Health. *Arch Intern Med* 2010;**170**:749–50. doi:10.1001/archinternmed.2010.90
- 3 Preventing Overdiagnosis — Winding back the harms of too much medicine. <http://www.preventingoverdiagnosis.net/> (accessed 6 Jun 2014).
- 4 Cassel CK, Guest JA. Choosing Wisely: Helping Physicians and Patients Make Smart Decisions About Their Care. *JAMA* 2012;**307**:1801–2. doi:10.1001/jama.2012.476

Sektioner bakom motionen och undertecknare av motionen (utöver sektioner ett antal individuella medlemmar i SLS)

SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

Magnus Isacson, ordförande

SWESEM, Svensk förening för akutsjukvård

Arin Malkomian, ordförande

Svensk Internmedicinsk Förening

Fredrik von Wowern, ordförande

Svensk Geriatrisk Förening

Carina Metzner, ordförande

Gunnar Akner

Specialist i geriatrik, internmedicin, klinisk nutrition

Docent i geriatrik vid Karolinska Institutet, Stockholm

Professor i geriatrik 2007-2018

Styrelseordförande i Svensk Förening för Klinisk Nutrition

Stella Cizinsky

Överläkare i kardiologi, verksamhetschef Hjärtlungfysiologiska kliniken, Universitetssjukhuset

Örebro. Medlem i Sv Kardiologföreningen.

Hilda Hahne

ST-läkare i akutsjukvård, Kiruna Sjukhus

Styrelseledamot och sekreterare SWESEM, Svensk Förening för Akutsjukvård

Magnus Isacson

Allmänläkare, Tensta VC

Ordförande SFAM

Bengt Järhult

Distriktsläkare, Ryd

Oskar Knutsson

Specialistläkare i barn- och ungdomspsykiatri samt psykiatri. ST-läkare palliativ medicin.

Rurik Löfmark
Kardiolog, docent i medicinsk etik.
Gävle

Arin Malkomian
Akutläkare
Ordförande SWESEM
Sektionen för akutsjukvård

Christer Peterson
Allmänläkare, med dr, Växjö

Hálf dán Pétursson
Ordförande SFAM-H, rådet för hållbar diagnostik och behandling
Allmänläkare, med dr, Göteborg

Hans Wingstrand
Leg läk, Professor i ortopedi

Fredrik von Wowern
Ordförande Svensk Internmedicinsk Förening
Överläkare, Sektionschef Internmedicin SUS



Svenska Läkaresällskapet

Direktiv till arbetsgrupp (beslutat i nämnden 202-11-12)

SLS arbetsgrupp Välj vård klokt!

Bakgrund

SLS fullmäktige 2020 biföll motion 1 med ett förtydligat yrkande från motionärerna
att SLS nämnd tillsätter en arbetsgrupp med representation av flera specialiteter för att

-arbeta vidare med att sondera förutsättningar för en kampanj strukturerad enligt modellen Choosing Wisely, anpassad efter svenska förhållanden, och i samarbete med relevanta aktörer,

samt ett tillägg från SLS nämnd

-att representant från nämnden ingår i en sådan arbetsgrupp och att arbetsgruppen rapporterar till nämnden samt att nämnden därefter tar ställning till om kampanj ska drivas.

Problembeskrivning

Enligt motionärerna finns en växande internationell medvetenhet om problemen med ett eskalerande utbud och konsumtion av vård som inte svarar an mot de största behoven i befolkningen, och som underminerar förutsättningarna för en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård.

American Board of Internal medicine (ABIM) introducerade kampanjen "Choosing Wisely" 2012 i USA. Målet är att stödja kommunikation mellan patienter och vårdgivare för att underlätta val av vård som är evidensbaserad, inte har skadliga nettoeffekter, och inte innebär överflödiga undersökningar. Lokalt anpassade kampanjer har sedan dess startats i över 20 länder, med målsättning att nå fram inom sjukvården och till allmänheten med budskap om åtgärder som bör utmönstras. Därigenom söker man och underlätta dialogen mellan patienter och sjukvårdens professionella för att främja kloka beslut om vårdåtgärder.

Choosing Wisely-konceptet bygger på att katalysera en kritisk reflektion i ledande specialitetsföreningar motsvarande SLS sektioner kring åtgärder som vetenskapliga metoder identifierar som skadliga och/eller överflödiga. Vidare ingår kartläggning och diskussion kring orimlig praxisvariation, tex genom att utnyttja data i kvalitetsregister. Publicerade HTA-rapporter som identifierat icke-effektiva åtgärder kan med fördel användas i arbetet.

SLS har de senaste åren drivit flera större initiativ med delvis överlappande innehåll till Choosing wisely- En värdefull vård samt Professionsbaserad kvalitetsrevision som även de kan utgöra en vägledning för hur konceptet kan implementeras inom SLS samt i praxis.

Uppdrag

En särskild arbetsgrupp med representation ska utses med uppdrag att sondera förutsättningar för en kampanj strukturerad enligt modellen Choosing Wisely, anpassad efter svenska förhållanden, och i samarbete med relevanta aktörer, t ex SBU och regionala HTA-enheter.

- I ett första steg i dialog med SLS sektioner och medlemsföreningar sondera förutsättningar för en anpassning av konceptet till svenska förhållanden och hur det kan integreras med andra pågående initiativ inom SLS.
- I ett andra steg i dialog med SLS sektioner och medlemsföreningar ta fram ett förslag för hur konceptet kan införas som en del av SLS strategi för att stärka förutsättningar för en evidensbaserad och långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård.
I detta andra steg ska arbetsgruppen ta fram en kommunikationsplan riktad till dels medlemmarna i SLS sektioner och medlemsföreningar, sjukvårdens huvudmän samt dels sjukvården i stort.

En representant från nämnden ska ingå i arbetsgruppen. Arbetsgruppen rapporterar till nämnden, och nämnden tar ställning till om kampanj ska drivas.

Sammansättning och genomförande

Arbetsgruppen ska bestå av ordförande och ytterligare 6-8 ledamöter med särskilt god kompetens inom området och som representerar en bredd av specialiteter.

En av ledamöterna ska ingå i SLS nämnd och vara vice ordförande i gruppen. Ordföranden tillsammans med nämndrepresentanten/vice ordförande sätter ihop arbetsgruppen. Motionärernas kunskap och engagemang utgör här en utmärkt grund. Under SLS fullmäktigemöte anmälde ytterligare två sektioner intresse, utöver de sektioner som stod bakom motionen; sektionerna för klinisk kemi och socialmedicin.

Arbetsgruppen kan vid behov träffas fysiskt men ska så långt det är möjligt kommunicera via telefonmöten, e-post och t.ex. Skype.

Uppdraget kräver att arbetsgruppen med nödvändighet samverkar brett med SLS vetenskapliga sektioner och medlemsföreningar – och gruppen kan med fördel knyta till sig en eller flera referensgrupper.

Organisatorisk anknytning

Arbetsgruppen ska vara underställd SLS nämnd.

Rapportering av uppdraget

Arbetsgruppen ska kontinuerligt redovisa hur arbetet fortskrider för SLS nämnd. En första avrapportering bör ske i samband med nämndens internat i januari 2021. På SLS fullmäktige i maj 2021 respektive 2022 ska arbetsgruppen formellt delrapportera uppdraget. Slutrapport om uppdraget ska på SLS fullmäktige i maj 2023.

Budget

För att genomföra uppdraget har arbetsgruppen 10 000 kr till förfogande innevarande år. Budget för nästa år beslutas i samband med hela budgetprocessen för 2021. Gruppens budget ska täcka kostnader för resor, möten, seminarier/workshops och mindre utredningsarbeten m.m.

Bilaga 3 Referensbank

Författare	Titel	År	Tidskrift/utgivare	Taggar	Viktigaste slutsats
Ahlzen, R.	En sammanställning av publikationer om överdiagnostik av psykiatrisk sjukdom	2021	HTA-enheten CAMTÖ, Örebro	Sverige Systematic review Overdiagnosis Psychiatry Systematic review	en vidare diskussion behövs och att fler studier, gärna baserat på insamlande av nya data behövs för att klargöra denna utveckling. Vi noterar i debatten att överdiagnostik bör skiljas från feldiagnostik, där diagnoser sätts på felaktig grund. Ett brett samtal om psykiatrins samhälleliga roll och värdet av psykiatriska diagnoser framstår som angeläget.
Ahlzén, R.	Standardiserade vårdförlopp vid misstanke om cancer	2022	HTA-enheten CAMTÖ, Örebro	Sverige Systematic review Samordnade vårdförlopp	Det finns inga vetenskapliga belägg för att SVF minskar dödlighet eller sjuklighet hos patienter med misstänkt eller konstaterad cancer, eller att SVF ökar patientnöjdheten
Andrén, Ove	Snabbspår för alarmsymtom och tidig upptäckt	2020	HTA-enheten	Sverige Systematic review	Uppföljning av SBU-rapport på samma tema från 2014.

	av symtomgivande cancer – en uppdatering av SBU:s rapport från 2014		CAMTÖ, Örebro	Samordnade vårdförlopp	Sammantaget inget bevis för att snabbspår påverkar utfallet vid cancersjukdom
Badgery Parker	Exploring variation in low value care	2019	BMC Health Services Research	Original study Register/observati onal data Variation Low value care	Variationer i lågvärdevård är sjukhusberoende och inte beroende på patientens bostadsort.
Badgery- Parker	Measuring Hospital-Acquired Complications Associated With Low-Value Care	2019	JAMA Internal Medicine	Original study Costs Complications Low value care	In 9330 episodes of 7 low-value procedures 0.2-15.0 % developed at least 1 complication
Bathia, RS	Measuring the effect of Choosing Wisely: an integrated framework to assess campaign impact on low-value care	2015	BMJ Qual Saf Rev.	Systematic review	a comprehensive approach to gauging campaign impact has not yet been undertaken. Vad kan mätas? 1-Medvetenhet om problemet bland läkare- enkäter 2-Mäta beteende/använd ning av lågvärdevård the clinical complexity of the Choosing Wisely recommendations means that the recommendations difficult to

					measure Lista över metoder som kan användas för utvärdering. Svårt genomföra i praktiken.
Bengtsson, S	Överdiagnostik och överbehandling – hög tid att nyktra till	2012	Läkartidningen	Debatt Sverige Choosing Wisely	Starta CW i Sverige!
Berwick, DM	Elusive Waste The Fermi Paradox in US Health Care	2019	JAMA	Editorial USA Debatt	Kommentar till Shrank
Berwick, DM	Eliminating Health Care Waste	2012	JAMA	Special Communication USA	Kommentar till Shrank
Björnberg, A.	Euro Health Consumer Index	2018	Health Consumer Powerhouse	Granskning av sjukvård	Schweiz i topp, Nederländerna tvåa, när ett viktat mått används för att ranka sjukvården utifrån kvalitet, tillgänglighet, etc
Born, K	Reducing overuse in healthcare: advancing Choosing Wisely	2019	BMJ	Choosing Wisely Editorial/Debate	Översikt. Ingen egentlig ny kunskap
Brownlee, Shannon	Better understanding the downsides of low value healthcare could reduce harm	2021	BMJ	Lågvärdevård Choosing Wisely Deimplementering	• Emphasising overuse as waste might signal to patients that efforts to avoid unnecessary services are an attempt to ration needed care • Understanding the scope of preventable harm caused by overuse

					could provide both patients and clinicians with incentives to avoid it • Few national or international databases collect data on how often adverse events occur during delivery of unnecessary services, how many patients are involved, or how serious the harms are • Quantifying harm from overuse will require new research methods and better collection of harms data from clinical studies
Bulger J	Choosing Wisely in Adult Hospital Medicine: Five Opportunities for Improved Healthcare Value	2013	J Hosp Med	Choosing Wisely	Hospitalister utvecklar 5-punktslista över åtgärder att deimplementera. Undvik KADUndvik PPI Undvik blodtransfusion. Undvik telemteri Ta inte blodprover på kliniskt stabila patienter.
Choosing Wisely	Medical Professional Society Handbook	2019	Choosing Wisely Canada	Kanada Choosing Wisely	This handbook guides professional societies through the engagement process in Choosing Wisely Canada.

					1.Developing Choosing Wisely Canada recommendations – describes the operating principles to be followed by societies when developing recommendations; proposes a roadmap for the development process; explains the process for keeping the recommendations up to date with the latest evidence 2. Publicly releasing Choosing Wisely Canada recommendations – provides communications tools and templates for use by societies when publicizing recommendations 3.Going ‘beyond the list’ of Choosing Wisely Canada recommendations – proposes ideas to ‘put the recommendations in practice’ by: (a) educating members on Choosing Wisely Canada and the recommendations; (b) encouraging implementation of the recommendations in practice; (c) acknowledging champions of Choosing Wisely Canada
--	--	--	--	--	--

Choosing Wisely/ABIM	Choosing Wisely: A special report on the first 5 years			Choosing Wisely USA	Rapport över de första 5 åren.
De Grood.	Patient and Family Involvement in Choosing Wisely Initiatives	2022	BMC Health Services Research		
Doust, J	Widening Disease Definitions: What Can Physicians Do?	2021	American Family Physician	Överdiagnostik Editorial	Husläkare måste kämpa mot överdiagnostik
Dressler, R	Altering Overuse of Cardiac Telemetry in Non-Intensive Care Unit Settings by Hardwiring	2014	JAMA	LESS IS MORE Deimplementering	Projekt för att minska onödig användning av telemetri.
Felcher, A	Decrease in unnecessary vitamin D testing using clinical decision support tools: making it harder to do the wrong thing	2017	Journal of the American Medical Informatics Association	Deimplementering Original research	Onödig provtagning för vitamin D minskade.
Frigyesi, Attila	Alla medicinare bör känna till resonemanget kring Bayes's sats	2009	Läkartidning en	Sverige Vetenskapsteori EBM	Risken för falskt positiva och falskt negativa fynd i en population med låg prevalens/låg pretest sannolikhet för sjukdom
Furlan, L	Choosing Wisely in clinical practice: Embracing	2022	J Intern Med	Symposium Review Malmö 2021	Medicine must deal with uncertainty. Evidence should be translated into

	critical thinking, striving for safer care				practice by medical Practitioners. Instead of establishing a diagnosis, finding the best management strategy for the right patient at the right time is important
Garner, S	Disinvestment from low value clinical interventions: NICEly done?	2011	BMJ	Storbritannien Deimplementering	NICE väljer att inkludera
Gralén, K.	Hälsö- och sjukvårdsutgifter nas utveckling i Sverige	2019	IHE: Institutet för Hälsö och Sjukvårdsekonomi		
Greenalgh, Trisha	Evidence based medicine: a movement in crisis?	2014	BMJ	EBM Debatt	
Grimshaw	Deimplementing wisely: developing the evidence base to reduce low- value care	2020	BMJ Qual Saf.	Deimplementering	Beskrivning av Choosing Wisely Deimplementation Framework.
Hasler	Patient Safety Intervention to Reduce Unnecessary Red Blood Cell Utilization	2016	The American Journal of Managed Care		Passive adoption of restrictive transfusion guidelines was shown to reduce blood product use and the effect was greatly improved after a local, targeted intervention

Herrera Perez, D.	A comprehensive review of randomized clinical trials in three medical journals reveals 396 medical reversals	2019	eLife	Systematic review Low-value care	We use the term reversal to signify the phenomenon of a new trial— superior to predecessors because of better design, increased power, or more appropriate controls— contradicting current clinical practice. In recent years, a number of such reversals have occurred. Use of hormone therapy, the class 1C antiarrhythmic agents, and the pulmonary artery catheter have decreased when trials demonstrated that they are either less effective than previously thought or harmful.JAMA, Lancet between 2003 and 2017, and NEJM between 2011 and 2017, 3017 RCTs. Of these, 396 RCTs involved medical reversals (13% of all randomized trials).
Hirvikoski, T	Screening och utredning – risk för	2022	Läkartidning en	Sverige Överdiagnostik Screening	ADHD

	både över- och underdiagnostik				
Hoffmann JR	Overdiagnosis of Disease A Modern Epidemic	2012	Arch Intern Med (JAMA)	USA Överdiagnostik	
Holm, Herman	Överdiagnostik och överbehandling inom psykiatri?	2014	Läkartidningen	Sverige Överdiagnostik Debatt	
Joynt Maddox	Toward Evidence-Based Policy Making to Reduce Wasteful Health Care Spending	2019	JAMA	Editorial USA	Kommentar till Shrank et al. Lister olika orsaker till dyr sjukvård: failure of care delivery, failure of care coordination, overtreatment or low-value care, pricing failure, fraud and abuse, and administrative complexity
Kherad, O	The challenge of implementing Less is More medicine: A European perspective	2020	European Journal of Internal Medicine		(1) a novel cultural approach starting from medical graduation courses, up to (2) patient and society education, (3) physician behavior change with data feedback, (4) communication training and (5) policy maker interventions.
Korenstein, D.	Development of a Conceptual Map of Negative Consequences for Patients of Overuse of Medical Tests	2018	JAMA Internal Medicine	Systematic review Consensus	The conceptual map documents that overused tests and treatments and resultant downstream services generate

	and Treatments				6 domains of negative consequences for patients: physical, psychological, social, financial, treatment burden, and dissatisfaction with health care. Negative consequences can result from overused services and from downstream services; they can also trigger further downstream services that in turn can lead to more negative consequences, in an ongoing feedback loop. Case reports on overuse confirmed the processes and domains of the conceptual map
Kost, A	Clinical Decisions Made in Primary Care Clinics Before and After Choosing Wisely™	2015	J Am Board Fam Med	Choosing Wisely Utvärdering Primärvård	Physicians respond to training and publicity in low-value care, though further research is needed. The Choosing Wisely project may help achieve the health care triple aim.
Kostis, JB	Limitations of Randomized Clinical Trials			EBM Vetenskapsteori Metodologi	

Kruger, JF	Displaying radiation exposure and cost information at order entry for outpatient diagnostic imaging: a strategy to inform clinician ordering	2015	BMJ Qual Saf	Original research Radiology	Displaying radiation exposure and cost information at order entry may improve clinician awareness about diagnostic imaging safety risks and costs. More clinicians reported the radiation information influenced their clinical practice.
Levinson, W.	Choosing Wisely Campaigns – A Work in Progress	2018	JAMA	Editorial Choosing Wisely Barriers to deimplementation	
Lin, MP	Emergency Physician Knowledge, Attitudes, and Behavior Regarding ACEP's Choosing Wisely Recommendation s: A Survey Study	2017	Academic Emergency Medicine	US Survey Choosing Wisely Evaluation	Physicians are familiar with CW. Despite familiarity with Choosing Wisely, physicians perform low-value services.
Maciej Zaremba	Nej bästa Irene Svenonius, sjukvården är ingen bilaffär	2021	DN. Kulturdebatt .	Sverige Debatt Digital vård	
Mathers, N	The Gatekeeper and the Wizard: a fairy tale	1989	BMJ	Debatt Primärvård Vetenskapsteori	
Moynihan	Winding back the harms of too much medicine	2013	BMJ	Editorial Debatt Överdiagnos	

Moynihan,R	Reforming disease definitions: a new primary care led, people-centred approach	2019	BMJ Evidence-Based Medicine	Överdiagnostik	
Nilsson, G	Att inte göra för mycket: Att läkaren gör lagom mycket är gynnsamt för både patienten och ekonomin	2013	Läkartidningen	Debatt Sverige Choosing Wisely	Överdiagnostik medför att personer utan symtom får en diagnos utan praktisk betydelse. Onödig och kostsam vård kan skada patienten.
OECD.	Tackling wasteful spending on health	2017			Actions to tackle waste are needed in the delivery of care, in the management of health services, and in the governance of health care systems. Strategies include stopping actions without value such as unnecessary surgeries and procedures. Changing approaches to equivalent but less pricy alternatives of equal value exist are valid strategies, too – for example, encouraging the use of generic drugs, developing advanced roles for nurses, or

					ensuring that patients who do not require hospital care are treated in less resource-consuming settings.
Parker, G	Understanding low-value care and associated de-implementation processes: a qualitative study of Choosing Wisely Interventions across Canadian hospitals	2022	BMC Health Services Research	Kanada Choosing Wisely Deimplementering Utvärdering	Participants identified numerous provider factors, most notably habit, which sustain LVC. Contrary to reporting in recent studies, the majority of LVC in the sample was not 'patient facing'; therefore, patients were not a significant driver for the LVC, nor a barrier to reducing it. Participants detailed aspects of the magnitude of the problems of LVC, providing insight into the complexities and nuances of harm, resources and prevalence. Harm from potential or common infections, reactions, or overtreatment was viewed

					as the most significant types of harm. Unique factors influencing the processes of de-implementation reported were: influence of Choosing Wisely campaigns, availability of data, lack of targets and hard-coded interventions.
Petursson, Halfdan.	The validity and relevance of international cardiovascular disease prevention guidelines for general practice	2012	Doctoral theses at NTNU	Norge Vårdprogram Medikalisering	Retningslinjene overestimerer hjerte-kar risiko. En strategi som i utgangspunktet skulle bidra til å gjøre det enklere for legene å identifisere og prioritere pasienter med høy risiko, ender i praksis opp som en dårlig planlagt massestrategi som ikke synes bærekraftig og heller ikke ansvarlig å implementere.
Regeringen	Aftale om gennemførelse af målsætningen om akut hand-ling og klar besked til kræftpatienter	2007		Danmark	Beskrivning av "pakke-förlöp", samordnade vårdförlopp, bakgrunden

Ricci-Cabello, I	Adherence to breast cancer guidelines is associated with better survival outcomes: a systematic review and meta-analysis of observational studies in EU countries				Adherence to guidelines was associated with increased overall survival (HR = 0.67, 95%CI 0.59–0.76) and disease-free survival (HR = 0.35, 95%CI 0.15–0.82), representing 138 more survivors (96 more to 178 more) and 336 patients free of recurrence (73 more to 491 more) for every 1000 women receiving adherent CG treatment compared to those receiving non-adherent treatment at 5 years follow-up (moderate certainty).
Rourke, Elisabeth	10 Years of Choosing Wisely to Reduce Low-Value Care	2022	NEJM	USA, Världen, Hälsoekonomi, Choosing Wisely, Historia	
Sackett, David	Evidence-based medicine: what it is and what it isn't	1996	BMJ	EBM	
Schiff	Ten steps towards better medicine	2018	Annals of Internal Medicine	Uncertainty Diagnostic testing	Medicine currently shortchanges the patient history and physical examination, even though carefully listening to and observing patients over time often provide more valuable information than multiple radiologic or chemical tests. We must stop equating testing with caring and thoroughness and

					instead emphasize respectful listening, examination, follow-up, and collaboration with the patient to “coproduce” diagnoses
Schwartz, A.	Measuring Low-Value Care in Medicare	2014	JAMA Internal Medicine	Original research Register data/observational	Services detected by a limited number of measures of low-value care constituted modest proportions of overall spending but affected substantial proportions of beneficiaries and may be reflective of overuse more broadly.
Shrank, W	Waste in the US Health Care System Estimated Costs and Potential for Savings	2019	JAMA	Systematic review USA Costs Overuse	6 waste domains previously identified: failure of care delivery, failure of care coordination, overtreatment or low-value care, pricing failure, fraud and abuse, and administrative complexity 71 estimates from 54 unique peer-reviewed publications
Snellman, A	En kartläggning kring automatiserad digital triagering i primärvården och studier baserade på faktiska patienter	2021	HTA-enheten CAMTÖ, Örebro	Sverige Digital vård	Evidens saknas för ”digital triagering” som ingång till primärvården. Säkerhet för patientuppgifter i digitala triageringsprogram är oklar.
Socialstyrelsen	SVF i cancervården. Lägesrapport 2015	2015	Socialstyrelsen		
Socialstyrelsen	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar:				

	Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos				
Socialstyrelsen	Icke-göra i Socialstyrelsens nationella riktlinjer – vård som inte bör erbjudas	2020	Socialstyrelsen	Sverige Lista	Lista över åtgärder som bör utvärderas. Påminner om Choosing Wiselys listor
SOU	En nationell cancerstrategi för framtiden	2009	Statens Offentliga Utredningar	Sverige	
Stinnett- Donnelly, J	Developing a high value care programme from the bottom up: a programme of faculty-resident improvement projects targeting harmful or unnecessary care	2015	BMJ Qual Saf		
Studdert, DM	Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment	2005	JAMA	Defensive medicine Survey Original research	Defensive medicine is highly prevalent among physicians in Pennsylvania who pay the most for liability insurance, with potentially serious implications for cost, access, and both technical and interpersonal quality of care.
Svensson, Mikael	Höga kostnader och låg patientnytta	2022	SNS Förlag	Sverige Hälsoekonomi Deimplementering	
SYLF - Läkarförbundet	Forskande läkares villkor	2022			

Tabriz, AA	De-implementing low-value care in cancer care delivery: a systematic review	2022	Implementation Science	Deimplementering Systematic review	
Tegelberg, Å.	Medicinsk bedömning och diagnostik av nytillkomna symtom via digitala vårdbesök	2018	HTA-enheten CAMTÖ, Örebro	Sweden Systematic review Digital health	Det saknas vetenskaplig evidens vad gäller medicinsk diagnostik av nytillkomna symtom via digitala vårdbesök, i jämförelse med fysiska läkarbesök i primärvården
Tinghög, G	Alternativkostnadens psykologi – känslor och kostnadseffektivitet vid beslut i offentlig sektor	2021	Studieförbundet Näringsliv och Samhälle		
Trysell, K	Färre onödiga blodprov efter idogt arbete på Skånes Universitetssjukhus	2021	Läkartidningen		Rapport/intervju om von Woverns arbete med CW på MAV A i Malmö
van Dulmen, SA	Barriers and facilitators to reduce low-value care: a qualitative evidence synthesis	2020	BMJ Open		Multifaceted de-implementation strategies & Situation-specific knowledge necessary- Finns inte ett sätt som passar alla
Walsh Bailey	A scoping review of de-implementation	2021	Implementation Science	Original research Systematic review	27 arbeten beskrev "framework and

	frameworks and models				models (FM)" för deimplementering
Wang, T	A framework for deimplementation in surgery	2022	Annals of Surgery	Original research Deimplementation	CW listor-systematic review-barriers-education-feedback
Wang, T	Variations in Persistent Use of Low-Value Breast Cancer Surgery	2021	JAMA Surgery	Original research Register data/observational study Practice variation	Användandet av låg-värdevård inom bröstkirurgi varierar stort mellan sjukhus.
Wegwarth, O	Overdiagnosis and Overtreatment: Evaluation of What Physicians Tell Their Patients About Screening Harms	2013	JAMA Internal Medicine	Original research Survey	Survey on the effect of overdiagnosis through screening. Only 9.5% of the individuals (n = 30) were informed about the possibility of overdiagnosis and in cancer screening
Welch, G	Overdiagnosed Making people sick in the pursuit of health	2011	Beacon Press Boston	Populär vetenskaplig bok	Historik och översikt kring orsaker och mekanismer bakom lågvärdevård med exempel från vården.
Wolfson	Engaging Physicians and Consumers in Conversations About Treatment Overuse and Waste: A Short History of the Choosing Wisely Campaign	2014	Academic Medicine	Choosing Wisely History	Report of the first 2 years of CW. Choosing Wisely is focused on supporting conversations between physicians and patients about what care is truly necessary. Critics are concerned that we have not emphasized measurement enough and as a result cannot report that the

					campaign has successfully changed behaviors, which is correct. None of the organizations involved in the campaign, has the data or the resources to take on this task.
Woolf, S	Potential Benefits, Limitations, and Harms of Clinical Guidelines	1999	BMJ	Editorial/debate	Guidelines can both harm and do good. Rigorously developed guidelines are better. Guidelines are not the only way to improve care. Recommendations may be wrong. Guideline developers may err in determining what is best for patients for three important reasons. Evidence can be lacking, misleading, or misinterpreted. Only a small subset of what is done in medicine has been tested in appropriate, well designed studies. Where studies do exist, the findings may be misleading because of design flaws which contribute to bias or poor generalisability. Guideline development groups often lack the time, resources, and skills to gather and

					scrutinise every last piece of evidence. The promotion of flawed guidelines by practices, payers, or healthcare systems can encourage, if not institutionalise, the delivery of ineffective, harmful, or wasteful interventions.
--	--	--	--	--	--

Bilaga 4 Förteckning över dialogträffar

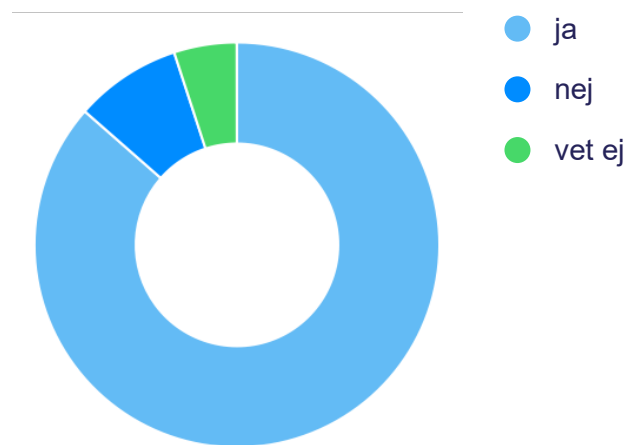
Verksamhetsledning inom diagnostik och läkemedelsbehandling	Böttiger, Ylva; Hoffman, Mikael; Riklund, Katrine	Digitalt	2021-03-19
SBU, HTA-enheter		Digitalt och fysiskt	2021-09-17, 2022-09-02
Chefläkare, administratörer och tillsynsläkare på IVO		Digitalt	2021-10-22, 2022-01-28
Choosing Wisely, Kanada	Karen Born	Digitalt	2022-02-16
Medicinskt ledningsansvarig inom palliativ medicin	Höijer, Carl-Johan	Digitalt	2021-12-17
Kloke valg, Norge	Stefan Hjørleifsson	Flera möten, digitalt och fysiskt	
Nationellt Prioriteringscentrum	Sandman, Lars	Digitalt	2022-02-18
Svensk Förening för Klinisk Kemi		Digitalt	2021-04-01
SKR och regionala representanter för Nationell kunskapsstyrning	Mats Bojestig (enskilt möte) Övriga kontakter vid andra tillfällen	Digitalt (MB) Digitalt och fysiskt (övr)	2023-01-19 Flera tillfällen
SoS		Digitalt	2022-02-18
Svensk Förening för Allmänmedicin, SFAM		Digitalt	2021-01-15
Svensk Förening för Klinisk Fysiologi, SFKF		Digitalt	2021-04-27
Svenska Hematologföreningen		Digitalt	2022-04-29
Svensk Onkologisk Förening, SOF		Digitalt	2021-08-19
Svensk Psykiatrisk Förening		Digitalt	2021-09-24

Representanter för forskningsaktiviteter inom området deimplementering och prioriteringar inom vården	Mikael Svensson, professor i tillämpad hälsoekonomi, SU, Göteborg	Digitalt	2022-05-17
	Sara Ingvarsson, med dr institutionen för LIME, KI, Stockholm		2022-06-17
Prioriteringsprojekt Västerbotten 2008-2011	Waldau, Susanne	Digitalt	2022-03-23

Bilaga 5 Enkät

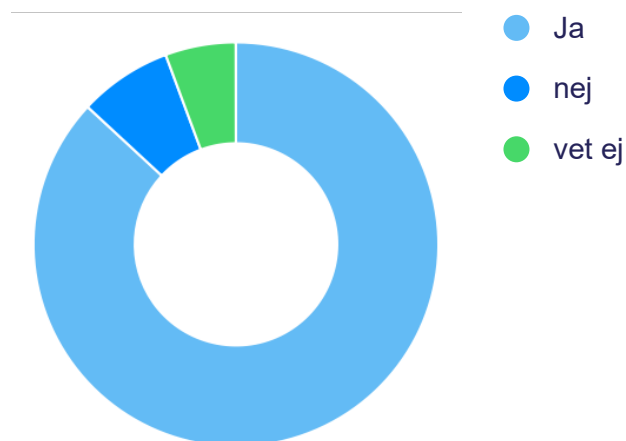
Enkäten skickades via styrelserna i en handfull sektioner inom SLS. Urvalet gjordes utifrån att de svarande skulle representera ett tvärsnitt av några av de större föreningarna inom SLS. Enkäten genomfördes jan- feb 2023 och besvarades av totalt 1035 personer.

Anser du att överbehandling och överdiagnostik utgör ett problem inom svensk sjukvård?



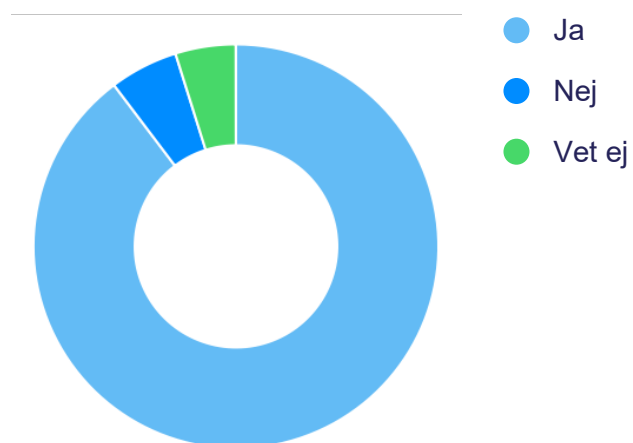
SVAR	SVAR	ANDEL
ja	895	86,5%
nej	88	8,5%
vet ej	52	5,0%

Anser du att det finns exempel på överbehandling och diagnostik på din arbetsplats?



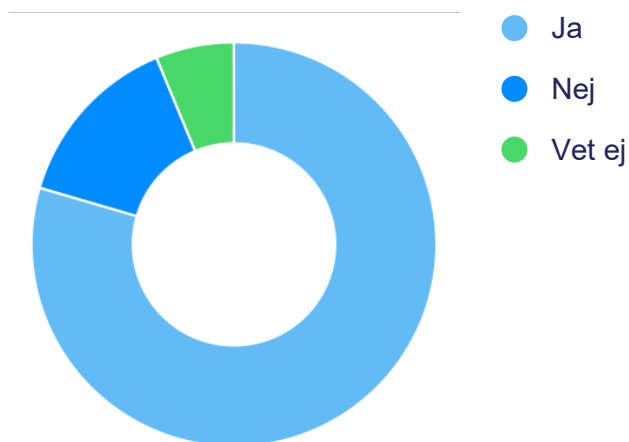
SVAR	SVAR	ANDEL
Ja	863	86,9%
nej	74	7,5%
vet ej	56	5,6%

Anser du att dina kollegor ibland överbehandlar och/eller överutreder?



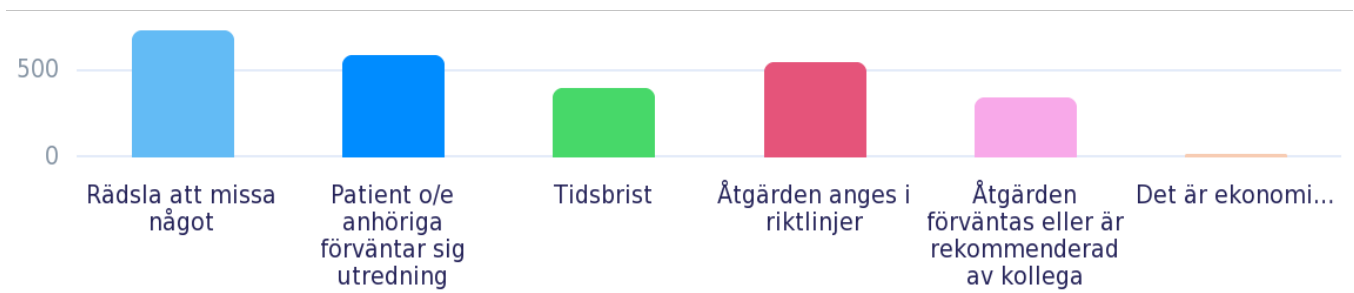
SVAR	SVAR	ANDEL
Ja	837	89,7%
Nej	51	5,5%
Vet ej	45	4,8%

Anser du att du själv ibland överutreder och/eller överbehandlar?



SVAR	SVAR	ANDEL
Ja	777	79,5%
Nej	139	14,2%
Vet ej	61	6,2%

Om du anser att överbehandling och eller överutredning förekommer, välj ut 3 orsaker nedan du anser har störst betydelse



SVAR	SVAR	ANDEL
Rädsla att missa något	740	77,0%
Patient o/e anhöriga förväntar sig utredning	597	62,1%
Tidsbrist	407	42,4%
Åtgärden anges i riktlinjer	556	57,9%
Åtgärden förväntas eller är rekommenderad av kollega	351	36,5%
Det är ekonomiskt gynnsamt på min arbetsplats att beställa många undersökningar/utredningar	18	1,9%



Svenska
Läkaresällskapet

ADRESS Klara Östra Kyrkogata 10, Box 738, 101 35 Stockholm
TELEFON 08-440 88 60 **E-POST** sls@sls.se **WEBB** www.sls.se