

Underlag för intern utveckling av kunskapsstöd, med hänsyn till risker för över- och underdiagnostik och -behandling

Nationella primärvårdsrådet

Förord

Primärvårdsrådet konstaterar att rapporten under den interna granskningsrundan har väckt glädjande stort engagemang, och många konstruktiva synpunkter har inkommit. Vi har valt att lämna rapporten med endast smärre justeringar, men adderar detta förord. Många av de inkomna synpunkterna kommer också att leda till ett fortsatt arbete i systemet för kunskapsstyrning, med att förenkla och förtydliga instruktionerna kring framtagande av kunskapsstöd, så att de upplevs som så relevanta som möjligt, oavsett klinisk situation.

Primärvården som vårdnivå hanterar en stor majoritet av befolkningens vårdkontakter. Patienterna kommer till första linjens vård med funderingar, oro, symtom, sjukdom, funktionsvariationer och lidande. Vi lyssnar, värderar, tröstar, lindrar, botar. I en liten andel av ärendena räcker vår spetskunskap inte hela vägen och då är vi helt beroende av att våra patienter får hjälp av den specialiserade sjukvården, utan glapp i flödena oss emellan. Men först har vi rätt ut ifall patientens tryck i bröstet härrör från lungor, hjärta, huden, skelettet eller själen.

Ett allmänmedicinskt förhållningssätt innebär att kunna integrera kunskap från skilda medicinska områden med hänsyn tagen till sjukvårdens möjligheter och patientens unika omständigheter. Att urskilja och analysera det aktuella problemet i det enskilda patientmötet, att hantera komplexa bedömningssituationer i ett oselektat patientflöde där fullständigt beslutsunderlag ofta saknas, och den kliniska osäkerheten är inneboende. Det omfattar också att tillämpa ett patientcentrerat arbets- och förhållningssätt, med kontinuitet, expektans och med tiden som redskap ([Allmänmedicinskt arbetssätt - Socialstyrelsen](#)).

Arbetet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp å andra sidan utgår från en färdigdefinierad diagnos, och hur vi på bästa sätt hjälper en snittpatient som drabbats av detta. Det kräver ett väldigt vidvinkligt angreppssätt för att få ihop dessa båda ingångar till något som blir konstruktivt och användbart i allas arbete med den enskilda patienten. Att arbeta personcentrerat är dock ett grundantagande i alla kunskapsstöd. Alla användare förväntas klara att hålla två medicinska perspektiv i huvudet samtidigt, och inte falla i fällan med antingen eller.

Rapporten har varit under framtagande under en lång period, och alla förutsättningar i systemet för kunskapsstyrning är inte samma nu, som när arbetet initierades. Den behöver därför läsas med en känsla av pågående utveckling. Exempelvis publicerades nuvarande mall och skrivinstruktioner för konsekvensbeskrivning för vårdförlopp i december 2022, och är alltså förnyad sedan vårdförloppen i



denna granskning togs fram. Hur och var kunskapsstöd och tillhörande material publiceras är också i löpande förändring, i riktning mot en ökad transparens.

Det finns också delar som granskningen omfattar, men finner saknas, som enligt skrivinstruktionerna till NAG om vad som förväntas ingå, inte ska tas med i vårdförlopp eller konsekvensbeskrivningar. Det kan därför inte ses som ett misslyckande att sådan information saknas. Utgångspunkten för prioritering av framtagande av ett vårdförlopp är just att vården inte är så jämlig som den borde vara sett över landet, och därför behöver varje region göra sin egen gap-analys. Detta gäller t ex finansiella resurser, som är en förutsättning som regionerna vill, och behöver, hantera var för sig. En del av den information som noteras som saknad i rapporten kan också återfinnas i det förarbete NPO gör inför ansökan om ett nytt insatsområde, t ex hur stora skillnaderna är över landet.

Primärvårdsrådet landar rapporten och de samlade synpunkterna i följande: vi är mitt i en utvecklingsresa med våra kunskapsstöd, och den resan kommer att fortsätta under lång tid framöver, kanske alltid. Alla eventuella brister behöver därför betraktas med ödmjukhet och en utvecklingspositiv ansats. Vi summerar också att vi har en kommunikativ och pedagogisk uppgift att ta oss an för att få fullt genomslag av kunskapsstyrningen i primärvården: en paketering av bästa kända kunskap för att bespara varje kliniker att själv hålla sig uppdaterad på det senaste evidensläget är en besparing av tid i förhållande till att ge god vård. Ett kunskapsstöd är heller inte en lagtext, där varje bokstav ska följas i varje sammanhang, utan en presentation av bästa sätt att ta hand om en patient med den angivna diagnosen, som måste ligga till grund för medicinska bedömningar för ett individanpassat omhändertagande av patienten framför mig. Patienterna behöver inte vård utifrån korrekt kunskapsunderlag eller personcentrerad vård, utan professionen måste kunna förväntas kombinera de två.

Nationella primärvårdsrådet, våren 2024

Sammanfattning

Bakgrund

Nationellt system för kunskapsstyrning hälsa- och sjukvård, Regioner i samverkan har sedan 2019 utvecklat personcentrerade sammanhållna vårdförlopp (framledes 'vårdförlopp').

Nationell arbetsgrupp (NAG) över- och underdiagnostik och -behandling utformade 2020 en checklista *Hur kan risker för över- och underdiagnostik och -behandling minskas? - Aspekter att ta hänsyn till vid utformning av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp (Bilaga)*, som är en del av skrivinstruktionerna för vårdförlopp. Målet var att bidra till att höja kvaliteten i vårdförloppen och att förbättra förutsättningarna för att dessa kommer att användas i klinisk praxis med minskad risk för icke önskvärda konsekvenser.

För att följa upp användningen av checklistan studerades publicerade vårdförlopp med hjälp av checklistans innehåll. Målet var att utvärdera behovet av checklistan, eventuellt behov för ökad uppmärksamhet på området, och att identifiera eventuella utvecklingsbehov.

Metod

Alla vårdförlopp publicerade före oktober 2022 studerades utifrån checklistan. Utifrån 12 frågor på fyra ämnesområden bedömdes det huruvida varje vårdförlopp tog helt, delvis, eller inte hänsyn till checklistans innehåll. De fyra ämnesområdena var

- relevans för primärvården
- överbehandling och andra skadliga effekter
- kostnader och undanträngning
- jämlik vård

Checklistans underpunkter på de fyra områdena omtolkades lite för att få bedömningsbara frågor att utgå ifrån.

Resultat

Av 21 studerade vårdförlopp kunde 16 bedömas med granskningsmallen. Inom ämnet relevans för primärvården var bedömningarna jämnt fördelat mellan ja (28%) och nej (28%) med en övervikt av delvis (44%). För de tre övriga ämnen var majoriteten av bedömningarna ett nej (63–88%).

Bedömningarna var betydligt mer positiva när vårdförloppens konsekvensbeskrivningar, som var öppet tillgängliga för 10 av 16 vårdförlopp, togs med i bedömningen. Obetydlig skillnad sågs på ämnet relevans för primärvården. För de tre övriga ämnen ökade ja och delvis bedömningar sammantaget från 21% till 71%.

Slutsats

Det fanns fortsatt förbättringspotential vid framtagande av vårdförlopp, utifrån granskningen av publicerade vårdförlopp fram till oktober 2022. Majoriteten av de vårdförloppen hade svagheter som kan förväntas påverka användbarheten för dessa i primärvården, försvåra implementering, och

risker för över- eller underdiagnostik och -behandling. Försiktighet och fördjupad analys av de studerade vårdförloppen krävs inför lokal implementering av vårdförlopp i primärvården, då fullständig konsekvensanalys i vissa fall inte har gjorts. Vårdförlopp publicerade efter den granskade perioden har tagits fram utifrån en ny skrivinstruktion där delar av den identifierade utvecklingspotentialen redan nyttjats.

De lokala gap-analyserna har stor betydelse för en lyckad implementering och möjlighet att uppfylla kunskapsstyrningens mål, och förståelsen för att den delen av processen ingår i det fullständiga arbetet med ett vårdförlopp är viktig. Dokumentet *Konsekvensbeskrivning* är en viktig del av, och bör alltid vara tillgängligt tillsammans med varje vårdförlopp.

Innehållsförteckning

Förord	2
Sammanfattning	4
Bakgrund.....	7
Metod	8
Resultat.....	10
Slutsats	12
Referenser	13
Arbetsgruppen	13
Bilaga – Hur kan risker för över/under diagnostik och behandling minskas?.....	14

Bakgrund

Nationellt system för kunskapsstyrning hälsa- och sjukvård(1), har sedan 2019 utvecklat Personcentrerade sammanhållna vårdförlopp med syfte att skapa en jämlik och effektiv vård baserad på bästa tillgängliga kunskap (1). Det uppdraget är inte utan utmaningar. Det finns många faktorer som kan påverka användbarheten för primärvård av riktlinjer och vårdförlopp som är utformade utifrån enskilda diagnoser (2,3). I stor utsträckning kan utmaningarna härledas till den helhetssyn som krävs i klinisk praxis i primärvården, i kunskapsstöd som riktas åt avgränsade kliniska situationer. Faktorer som undanträngningseffekter och patienters mångsjuklighet kan leda till att kunskapsstödens rekommendationer kan upplevas svåra att följa inom primärvårdens verksamheter.

Nationell arbetsgrupp (NAG) Över- och underdiagnostik och -behandling, med Nationellt primärvårdsråd som uppdragsgivare, utformade 2020: *Hur kan risker för över- och underdiagnostik och -behandling minskas? - Aspekter att ta hänsyn till vid utformning av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp* (Bilaga) som fortsättningsvis i rapporten benämns "checklistan". Checklistan är främst tänkt som stöd för dem som utformar vårdförlopp. Genom fyra frågor kan checklistan hjälpa till att synliggöra faktorer som ökar risk för över- eller underdiagnostik och -behandling, och kan således bidra till att höja vårdförloppens kvalitet och användbarhet. Detta kan förbättra förutsättningarna för att de används i klinisk praxis, med minskad risk för icke önskvärda och oförutsedda konsekvenser.

Som ett led i uppföljning och utvärdering av checklistan fick NAG i uppdrag att granska alla publicerade vårdförlopp med hjälp av checklistans frågor. Målet var inte att identifiera styrkor och svagheter inom enskilda vårdförlopp utan att granska om checklistan blivit använd i en sådan omfattning att risken för över- eller underdiagnostik och -behandling är på en acceptabel nivå.

Metod

Alla vårdförlopp som publicerats före oktober 2022 fördelades mellan arbetsgruppens medlemmar. För att säkra samstämmighet diskuterades bedömningarna i arbetsgruppen och majoriteten av vårdförloppen granskades av två olika bedömare.

Utifrån 12 frågor, som baseras på checklistans underpunkter på fyra ämnesområden bedömdes det huruvida varje vårdförlopp tog helt (ja), delvis, eller inte alls (nej) hänsyn till checklistans innehåll.

Ämnesområdena är

- relevans för primärvården,
- överbehandling och andra skadliga effekter,
- kostnader och undanträngning och
- jämlik vård.

Bedömningskriterier och bedömningsfrågor visas i

Tabell 1.

För bedömning av ifall vårdförloppet tagit hänsyn till ämnet, bedömdes det inte nödvändigt med exakta siffror eller stark evidens, särskilt eftersom dessa uppgifter ofta inte är lätt tillgängliga. Däremot krävdes det att ämnet diskuterades och att direkt eller indirekt evidens presenterades eller att det fanns en notering om att evidens saknades. En kvalificerad gissning på exempelvis undanträngningseffekter kunde få en bedömning *JA* om den var väl motiverad och trovärdig. Bedömningar och resultat presenteras i Tabell 2.

I vårdförloppen ingår en konsekvensbeskrivning. I vissa fall saknades vid granskningen konsekvensbeskrivning vilket hade påverkan på resultatet. Detta för att de tidigaste vårdförloppen inte har sin konsekvensanalys publicerad tillsammans med själva vårdförloppet, utan den finns bara på den interna arbetsytan Projectplace, och betraktades då som inte publikt tillgänglig. För att inte systematiskt undervärdera vårdförlopp där konsekvensbeskrivning saknades gjordes även en bedömning av alla vårdförlopp utan den. För vårdförlopp med tillgängliga konsekvensbeskrivningar jämfördes bedömningar med och utan dessa, se Tabell 3 och

Tabell 4.

Tabell 1. Granskningsmall med bedömningskriterier och bedömningsfrågor.

Bedömningskriterium	Bedömningsfråga
Konsekvensbeskrivning	Har arbetsgruppen haft tillgång till konsekvensbeskrivning?
Övervägt relevans för PV	Är det tydligt att relevansen för primärvården har övervägts? Har det tagits hänsyn till tre efterföljande aspekt; prevalens, svårighetsgrad och samsjuklighet?
Prevalens i PV ¹	Presenteras uppgifter om tillståndets prevalens och/eller incidens i primärvården/populationen? Presenteras uppgifter eller en trovärdig uppskattning på förekomsten av de symptom som kan leda till att patienter inkluderas i vårdförloppet?
Svårighetsgrad i PV ¹	Diskuteras och tas det hänsyn till att skillnad kan finnas på sjukdomens/tillståndets svårighetsgrad i primärvård jämfört med sekundärvård? ²
Samsjuklighet ²	Diskuteras samsjuklighet och vilka diagnoser är särskilt vanligt förekommande i den aktuella patientgruppen? Uppskattas hur vanligt det är med nämnd samsjuklighet?
Värderat balans nytta/skada	Diskuteras det på ett tydligt och adekvat sätt hur balansen mellan potentiell nytta och skada, av en åtgärd eller av PSV i sin helhet, har värderats? Har vid den bedömningen tagits hänsyn till negativa psykosociala effekter, överdiagnostik, överbehandling, undanträngningseffekter och resursbehov?
Psykosociala effekter	Diskuteras och uppskattas hur vanligt förekommande negativa psykosociala effekter är som följd av diagnos, undersökningar och behandling för tillståndet i fråga?
Överdiagnostik	Diskuteras risken för överdiagnostik och hur vanligt förekommande problemet är? Diskuteras metoder för att minska risken?
Överbehandling	Diskuteras risken för överbehandling och hur vanligt förekommande problemet är? Diskuteras metoder för att minska risken?
Undanträngnings-effekter	Diskuteras risken för undanträngningseffekter som följd av vårdförloppets rekommendationer? Uppskattas omfånget på ett trovärdigt sätt?
HR kostnader	Finns det en adekvat uppskattning av de humana resurser som krävs för införande av vårdförloppet?
Finansiella kostnader	Finns det en adekvat uppskattning av de finansiella kostnader som följer vårdförloppets införande?
Jämlik vård	Identifieras samhällsgrupper som riskerar att bli bortprioriterade och erbjudas sämre vård än andra för tillståndet i fråga? Har ett ärligt försök gjorts för att identifiera ojämlikheter? Finns det förslag på hur ojämlikheter kan motverkas?

¹Svårighetsgrad och förekomst av sjukdomar är ofta betydligt lägre hos patienter i primärvård än på sjukhus. Detta påverkar prediktiva värden av test, med fler falskt positiva och överdiagnostiserade i primärvården. Det leder också till sämre balans mellan skada och nytta av interventioner, då nyttan av behandling/test ofta är mindre i populationer med lägre svårighetsgrad/förekomst av sjukdom medan risken för biverkningar/skada är lika stor.

²Balans mellan för- och nackdelar med en intervention kan försämrats avsevärt vid samsjuklighet. Risk för interaktioner mellan olika sjukdomar, olika läkemedel, eller mellan sjukdom och läkemedel kan vara värt att uppmärksamma särskilt p.g.a. hög förekomst eller allvarlighetsgrad.

Resultat

Av 21 granskade vårdförlopp bedömdes 16 vara möjliga att granska utifrån granskningsmallen. Fyra exkluderades eftersom hela vårdförloppet ligger inom specialiserad vård och primärvården involveras ej. Generisk modell för rehabilitering bedömdes för generisk för att kunna granskas på ett rättvist sätt efter granskningsmallen.

Tabell 2 visar resultaten från analysen, huruvida de olika vårdförloppen ger adekvata svar på checklistans (och granskningsmallens) frågor.

Tabellen visar jämn fördelning mellan ja (28%) och nej (28%) i tabellens första sektion (relevans för primärvården) med en övervikt av delvis (44%). I andra sektionen (överbehandling och andra skadliga effekter) var bedömningen i 78% av fallen ett nej och i 88% av fallen i tredje sektionen (kostnader och undanträngning). Tio av 16 vårdförlopp saknade information på ämnet jämlik vård.

Tabell 2. Granskning av PSV.

PSV	Övervägt relevans för PV	Prevalens i PV	Svårighetsgrad i PV	Samsjuklighet	Värderat balans nytta:skada	Psykosociala effekter	Överdiagnostik	Överbehandling	Undanträngnings-effekter	Personal-kostnader	Finansiella kostnader	Jämlik vård
1	ja	delvis	ja	ja	nej	ja	nej	nej	delvis	nej	delvis	delvis
2	delvis	delvis	nej	delvis	delvis	ja	nej	delvis	nej	nej	delvis	delvis
3	ja	delvis	ja	nej	nej	nej	ja	ja	nej	delvis	nej	nej
4	nej	delvis	delvis	ja	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej
5	delvis	delvis	ja	nej	nej	delvis	nej	nej	nej	nej	nej	nej
6	ja	delvis	ja	delvis	delvis	nej	ja	delvis	nej	delvis	delvis	nej
7	ja	delvis	ja	ja	ja	ja	nej	nej	nej	nej	nej	delvis
8	delvis	delvis	delvis	ja	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej
9	nej	delvis	nej	nej	nej	nej	delvis	nej	nej	nej	nej	delvis
10	nej	delvis	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej	delvis
11	ja	delvis	ja	ja	nej	ja	nej	nej	nej	nej	nej	ja
12	nej	delvis	nej	ja	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej
13	nej	delvis	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej
14	nej	delvis	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej
15	delvis	delvis	ja	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej
16	delvis	delvis	ja	delvis	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej

Tabell 3 och Tabell 4 visar skillnaden mellan granskning av vårdförlopp utan och med konsekvensbeskrivningsdokument. Obetydlig skillnad framkommer i tabellernas första sektion (relevans för primärvården). Genom att ta med konsekvensbeskrivningarna ökar ja och delvis svar:

- Från 9/40 (23%) till 24/40 (60%) i tabellens andra sektion (överbehandling och andra skadliga effekter).
- Från 4/30 (13%) till 24/30 (87%) i tabellens tredje sektion (kostnader och undanträngning).
- Från 4/10 till 9/10 i tabellens fjärde sektionen på ämnet för jämlik vård.

Tabell 3. PSV granskning *utan* konsekvensbeskrivning.

PSV	Övervägt relevans för PV	Prevalens i PV	Svårighetsgrad i PV	Samsjuklighet	Värderat balans nytta:skada	Psykosociala effekter	Överdiagnostik	Överbehandling	Undanträngnings-effekter	personal-kostnader	Finansiella kostnader	Jämlik vård
1	ja	delvis	ja	ja	nej	ja	nej	nej	delvis	nej	delvis	delvis
2	delvis	delvis	nej	delvis	delvis	ja	nej	delvis	nej	nej	delvis	delvis
3	ja	delvis	ja	nej	nej	nej	ja	ja	nej	delvis	nej	nej
4	nej	delvis	delvis	ja	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej
7	ja	delvis	ja	ja	ja	ja	nej	nej	nej	nej	nej	delvis
8	delvis	delvis	delvis	ja	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej
11	ja	delvis	ja	ja	nej	ja	nej	nej	nej	nej	nej	ja
12	nej	delvis	nej	ja	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej
14	nej	delvis	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej
15	delvis	delvis	ja	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej	nej

Tabell 4. PSV granskning *med* konsekvensbeskrivning.

PSV	Övervägt relevans för PV	Prevalens i PV	Svårighetsgrad i PV	Samsjuklighet	Värderat balans nytta/skada	Psykosociala effekter	Överdiagnostik	Överbehandling	Undanträngnings-effekter	HR kostnader	Finansiella kostnader	Jämlik vård
1	ja	delvis	ja	ja	nej	ja	nej	nej	delvis	delvis	delvis	delvis
2	delvis	delvis	nej	delvis	delvis	ja	ja	delvis	delvis	delvis	delvis	delvis
3	ja	delvis	ja	delvis	ja	nej	ja	ja	nej	ja	delvis	delvis
4	nej	delvis	delvis	ja	delvis	nej	ja	ja	nej	delvis	delvis	delvis
7	ja	delvis	ja	ja	ja	ja	ja	nej	delvis	delvis	delvis	delvis
8	delvis	delvis	delvis	ja	delvis	nej	delvis	nej	nej	nej	delvis	delvis
11	ja	delvis	ja	ja	ja	ja	ja	delvis	delvis	delvis	ja	ja
12	nej	delvis	nej	ja	nej	nej	delvis	delvis	nej	delvis	delvis	nej
14	nej	delvis	nej	nej	nej	nej	delvis	delvis	delvis	nej	ja	ja
15	delvis	delvis	ja	nej	nej	nej	nej	nej	delvis	delvis	delvis	delvis

Slutsats

Resultaten visar vissa kvarstående potential hos majoriteten av granskade vårdförlopp när dessa studeras i förhållande till checklistan: *Hur kan risker för över- och underdiagnostik och -behandling minska? - Aspekter att ta hänsyn till vid utformning av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp*. Detta skulle kunna påverka användbarheten för dessa vårdförlopp i primärvården, försvåra deras implementering, och innebära risk för undanträngningseffekter och över- och underdiagnostik och -behandling. Resultatet av granskningen manar till fortsatt utveckling av dessa aspekter av vårdförloppen och noggrannhet i del lokala arbetet med implementering av vårdförlopp i primärvården.

Vårdförloppens konsekvensbeskrivningar innehåller viktig kompletterande information till vårdförloppen. Det är således tydligt att konsekvensbeskrivning är en nödvändig och självklar del av vårdförloppen. Det är därför mycket positivt att sedan 2022 har konsekvensbeskrivningar publicerats och gjorts tillgängliga tillsammans med alla nya vårdförlopp på Kunskapsstyrningens hemsida, i enlighet med den nya huvudprocessen. Så var inte fallet för tidigare publicerade vårdförlopp.

Kunskapsstöd produceras med goda intentioner, med målet att säkerställa god, säker och effektiv vård för patienter. I primärvården måste prioriteringar mellan en mängd olika utredningsinsatser och interventioner hela tiden göras, både utifrån en helhetssyn på individen och på populationen. Potentiellt negativa konsekvenser av olika åtgärder, så som överbehandling och undanträngningseffekter, behöver belysas i ett kunskapsstöd för att en objektiv värdering av balansen mellan risker och potentiell nytta ska kunna göras i det enskilda patientmötet. Tydlig uppskattning av förväntade positiva och negativa effekter av följsamhet till kunskapsstödet, samt uppskattning på resursåtgång, skulle vara hjälpsamt för att kunna göra prioriteringar mellan olika åtgärder, diagnoser och riktlinjer i primärvården. Vår granskning manar till att lägga vikt vid att kunskapsstöd i tillräcklig utsträckning tar hänsyn till primärvårdens perspektiv och verklighet.

Granskningen genomfördes med det primära målet att utvärdera checklistan: *Hur kan risker för över- och underdiagnostik och -behandling minska? - Aspekter att ta hänsyn till vid utformning av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp* och behovet av checklistan, för att kunna utveckla arbetet med vårdförloppen, snarare än att identifiera svagheter inom enstaka vårdförlopp. Att rikta uppmärksamheten mot förbättringspotentialer inom enstaka vårdförlopp uppfattas som av begränsat värde ifall svagheter är systematiska. Det är tydligt att alla vårdförlopp har sina förbättringspotentialer och att NAG och NPO kan ha något att lära sig av denna rapport. Av den anledningen är det inte specificerat vilka vårdförlopp som har bedömts. Det vore önskvärt om rapporten kunde leda till en fruktbar diskussion inom nationellt system för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård, om den fortsatta utvecklingen av kunskapsstöden för en ökad användbarhet för producerade kunskapsstöd.

Några lärdomar finns att dra av denna granskning:

- Ökat hänsynstagande till checklistan: *Hur kan risker för över- och underdiagnostik och -behandling minska? - Aspekter att ta hänsyn till vid utformning av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp* kan öka vårdförloppens användbarhet i primärvården och

underlätta prioriteringar i vården. Checklistan är därför uppdaterad i skrivinstruktionerna på kunskapsstyrningvard.se för ett enklare användande.

- Vid lokal implementering av redan publicerade vårdförlopp i primärvård rekommenderas att checklistan beaktas igen, så att rätt hänsyn tas i den lokala kontexten.
- *Konsekvensbeskrivningen* är en viktig del av vårdförloppen och måste vara tillgänglig tillsammans med alla vårdförlopp, för att underlätta implementeringsarbetet.

Referenser

1. Nationellt system för kunskapsstyrning [Internet]. [cited 2023 Sept 26]. Available from: <https://kunskapsstyrningvard.se/>
2. McCartney M, Treadwell J, Maskrey N, Lehman R. Making evidence based medicine work for individual patients. *BMJ*. 2016 May 16;353:i2452.
3. Austad B, Hetlevik I, Mjølstad BP, Helvik AS. Applying clinical guidelines in general practice: a qualitative study of potential complications. *BMC Fam Pract*. 2016 Jul 22;17:92.
4. The Validity and Relevance of International Cardiovascular Disease Prevention Guidelines for General Practice. Trondheim, Norway: NTNU, 2012:84. <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/264486>

Arbetsgruppen

NAG Över- och underdiagnostik och -behandling jobbar på uppdrag av Nationella Primärvårdsrådet. Medlemmar i arbetsgruppen har under processen varit:

Catharina Gustavsson Leg. fysioterapeut, docent

Centrum för klinisk forskning Dalarna, Region Dalarna, Uppsala universitet; Institutionen för Hälsa och Välfärd, Högskolan Dalarna; Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala Universitet.

Minna Johansson Direktör, Specialist i allmänmedicin, Med.Dr.

Global Center for Sustainable Healthcare; Cochrane Sustainable Healthcare; FoUU centrum Fyrbodals; Avd. för samhällsmedicin och folkhälsa, Institutionen för medicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs Universitet; Närhälsan Herrestad vårdcentral

Hálfdán Pétursson (ordförande) Specialist i allmänmedicin, Med.Dr.

Omtanken vårdcentral Kållerød; Islands Universitet, Reykjavik

Caroline Wachtler Specialist i allmänmedicin, Med.Dr., lektor

Stuvsta vårdcentral; Akademisk primärvårdcentrum Region Stockholm; Avd. för allmänmedicin och primärvård, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska Institutet

Bilaga – Hur kan risker för över/under diagnostik och behandling minskas?

Inledning

Nationella primärvårdsrådets nationella arbetsgrupp för över- eller underdiagnostik och behandling har tagit fram en checklista angående ”Hur kan risker för över/under diagnostik och behandling minskas? Aspekter att ta hänsyn till vid utformning av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.” Detta är den första versionen av underlaget och arbetsgruppen ser positivt på att få respons på dess användbarhet och hur det kan förbättras.

Synpunkter på underlaget välkomnas till kunskapsstyrning-vard@skr.se

Sammanfattning

Checklistan ska ses som ett underlag vid utformning av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.

För att säkerställa vårdförloppens användbarhet är nedanstående punkter viktiga att ta hänsyn till. Minskad risk för över- eller underdiagnostik och behandling leder till ett hållbart resursanvändande i vården. De fyra angivna aspekterna bör beaktas även när vårdförloppen baseras på etablerade nationella eller internationella riktlinjer. Styrkor, svagheter och farhågor kan belysas i vårdförloppets konsekvensbeskrivning.

- 1. Relevans för primärvården**
Finns det vetenskapligt stöd i form av studier från primärvård och primärvårdens patienter?
- 2. Bedömning av nytta och skada**
Har värdering gjorts av om nyttan med åtgärd överstiger risken för skada?
- 3. Resurser och undanträngningseffekter**
Är kostnader och resurser, som krävs för att följa rekommendationerna, rimliga i förhållande till förväntad nytta? Hur förmodas rekommendationerna påverka resurser och tillgänglighet på given vårdnivå?
- 4. Jämlik vård**
Hur tas hänsyn till individer eller samhällsgrupper som är marginaliserade och därför riskerar att bli underdiagnostiserade och underbehandlade?

Relevans för primärvården

Finns det vetenskapligt stöd i form av studier från primärvård och primärvårdens patienter?

- a. Tas det hänsyn till prevalens av symptom/sjukdom i primärvård?
- b. Tas det hänsyn till svårighetsgrad av symptom och sjukdomsbild i primärvården? Patienter i primärvård har ofta lindrigare symptom och befinner sig tidigare i sjukdomsförloppet än patienter inom specialistsjukvården.
- c. Hur applicerbara är rekommendationerna för patienter med samsjuklighet?

Bedömning av nytta och skada

Har värdering gjorts av om nyttan med åtgärd överstiger risken för skada?

- a. Finns det vetenskapligt underlag huruvida förväntad nytta av åtgärd/rekommendation överstiger risk för skada?
 - I. Tas hänsyn till alla skadliga effekter vid bedömningen, inklusive negativa psykosociala effekter av att få en diagnos och ev. behandling?
 - II. Vilka värderingar ligger bakom bedömningen om nyttan överstiger skadan? En diagnos kan t.ex. skapa överdriven oro hos vissa individer, och behandlingar och undersökningar kan ha negativa konsekvenser, vilket kan överstiga förväntad nytta av behandling/uppföljning. Ofta är detta en värderingsfråga utan allmängiltig facit.
- b. Tas hänsyn till överdiagnostik?
 - I. Hur stor är risken för överdiagnostik och hur stor andel av patienterna kan förväntas bli överdiagnostiserade?
 - II. Vilka risker innebär överdiagnostik? Kan tidig upptäckt medföra större risk än nytta?
- c. Tas hänsyn till underdiagnostik?
 - I. Hur stor är risken för underdiagnostik?
 - II. Vilka risker innebär underdiagnostik? Kan ovanliga men allvarliga sjukdomar missas i primärvården p.g.a. hög diagnostisk tröskel?

Resurser och undanträngningseffekter

Är kostnader och resurser, som krävs för att följa rekommendationerna, rimliga i förhållande till förväntad nytta? Hur förmodas rekommendationerna påverka resurser och tillgänglighet på given vårdnivå?

- a. Finns det tillräckligt underlag för att bedöma om kostnader och resurser som krävs är rimliga i förhållande till förväntad nytta?
- b. Finns adekvat underlag för att bedöma hur rekommendationerna kommer påverka tillgänglighet och resurser på olika vårdnivåer? Tidig upptäckt av sjukdom hos fler patienter behöver inte per automatik leda till direkta besparingar eller ökad tillgänglighet.

Jämlik vård

Hur tas hänsyn till individer eller samhällsgrupper som är marginaliserade och därför riskerar att bli underdiagnostiserade och underbehandlade? Till exempel på grund av kroniska psykiska sjukdomar, låg socioekonomisk status eller missbruksproblematik.