

Checklista: Hur kan risker för över- och underdiagnostik och -behandling minskas?

Aspekter att ta hänsyn till vid utformning av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.

Sammanfattning

Detta beslutsstöd ska ses som ett underlag vid utformning av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Följande punkter är viktiga att ta hänsyn till för att minska risk för över- och underdiagnostik samt behandling, och därmed leda till minskad skada och lidande för patienterna samt 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?
- 4. Jämlig vård**
Hur tas hänsyn till individer eller samhällsgrupper som är marginaliserade och därför riskerar att bli underdiagnostiserade och underbehandlade?

1. Relevans för primärvården

Motivering av punkten: Svårighetsgrad 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.

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?

2. Bedömning av nytta och skada

Motivering av punkten: *Det finns stark evidens för att skada/biverkningar av medicinska interventioner inte är beforskat lika noggrant som nytta. Detta gäller även allvarliga somatiska komplikationer. Dessutom förbises ofta psykosociala konsekvenser, samt komplikationer som blir tydliga först i primärvården, t.ex. långtidskomplikationer efter vissa behandlingar.*

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 allmängiltigt 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?

3. Resurser och undanträngningseffekter

Motivering av punkten: *Vanliga kostnadseffektivitetsanalyser tar ofta inte hänsyn till horisontell prioritering av resurser, eller till icke finansiella resurser. Flertal studier visar att om primärvården skulle följa alla rekommendationer i riktlinjer skulle det leda till en överbelastning av sjukvårdssystemet som inte är hanterbar. Undanträngningseffekter innebär att grupper med större behov, och där medicinska insatser hade haft större effekt, inte får tillgång till adekvat vård och inom rimlig tid.*

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.

4. Jämlik vård

Motivering av punkten: Med tanke på de begränsade resurser som finns inom vården innebär alla rekommendationer om utökade insatser att resurser tas från andra grupper. När det inte finns en genomtänkt plan för hur resurser ska fördelas är risken stor att resurs-svaga och marginaliserade grupper bortprioriteras, vilket riskerar att resultera i underdiagnostik och underbehandling.

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, kulturella skillnader eller missbruksproblematik.