



2026-05-04

Definitioner och indikatorer för lågvärdevård i primärvården – en kartläggande litteraturstudie

Författare: Fanny Majlöv, ST-läkare
Närhälsan Brämregården vårdcentral

Rapport: 287159 (rapportnr FoU i VGR), 2026

Litteraturstudie 2026

FoU i VGR: <https://www.researchweb.org/is/vgr/project/287159>

Utförd under ST i allmänmedicin
inom Grundläggande forskningsmetodik för ST-A

Kursort: Göteborg

Handledare:

Annika Ekhammar, leg sjukgymnast, med dr
FoU primär och nära vård Västra Götalandsregionen

Studierektor:

Erik Åberg, Specialist i Allmänmedicin, ST-studierektor

Sammanfattning

Bakgrund

Lågvärdevård (LVC), det vill säga vård med liten eller ingen nytta för patienten, är ett växande problem inom hälso- och sjukvården. Trots detta saknas en tydlig och enhetlig definition av begreppet. För att studera LVC används ofta olika typer av indikatorer.

Syfte/frågeställning

Att kartlägga hur begreppet lågvärdevård definieras i studier inom primärvården samt undersöka vilka indikatorer som används för att studera LVC och hur dessa relaterar till definitionerna.

Metod

En kartläggande översikt genomfördes enligt Arksey och O'Malley och rapporterades enligt PRISMA-ScR. Litteratursökningar genomfördes i Pubmed och Web of Science under mars 2026. Studier inkluderades efter fördefinierade inklusions- och exklusionskriterier. Data extraherades avseende definition av LVC och studerade indikatorer. Data analyserades och klassificerades därefter i kategorier.

Resultat

Totalt inkluderades 27 studier, huvudsakligen retrospektiva observationsstudier från höginkomstländer, framför allt USA. Definitionen av LVC varierade mellan studier, men kunde övergripande kategoriseras i låg nytta (100 %), risk för skada (56 %) och ineffektiv resursanvändning (48 %). Endast en studie inkluderade patientpreferenser som en del av definitionen.

Indikatorerna varierade avseende både antal och typ utan något tydligt samband till hur LVC definierades. Majoriteten av studierna baserade sina indikatorer på tidigare studier eller initiativ såsom Choosing Wisely. De vanligaste kategorierna var bilddiagnostik, läkemedel och annan diagnostik, medan procedurer/åtgärder och uppföljningar/remisser var mindre vanliga. Indikatorer avseende patientpreferenser saknades.

Konklusion

Definitionen av lågvärdevård inom primärvård är heterogen. Indikatorerna varierar, men speglar inte hela begreppets innebörd. Särskilt patientperspektivet och kontextberoende beslut riskerar att förbises. Framtida forskning bör fokusera på att ta fram en enhetlig definition av begreppet LVC samt utveckla indikatorer som avspeglar begreppet på ett mer heltäckande sätt.

Nyckelord

Lågvärdevård, low-value care, primärvård, definition, indikatorer.

Bakgrund

Hälso- och sjukvården står inför flera utmaningar med en åldrande befolkning och ökande antal behandlingsmöjligheter, vilket bidrar till ökande kostnader och hög belastning i ett system med begränsade resurser. Samtidigt används medicinska åtgärder som saknar eller har liten nytta för patienter, så kallad lågvärdevård (LVC). Detta väcker frågan om i vilken utsträckning vårdens resurser används optimalt och hur mycket tid och resurser som skulle kunna frigöras genom att minska användandet av LVC.

Överanvändning av medicinska åtgärder är ett utbrett problem i klinisk praxis, även om prevalensen varierar beroende på vilka interventioner och i vilken kontext de studeras. Även om majoriteten av forskningen kring LVC kommer från höginkomstländer har studier visat att det är ett globalt problem i såväl låg- som i höginkomstländer och i olika typer av vårdssystem (1).

Konsekvenserna av lågvärdevård är flera. Förutom att skapa onödiga kostnader och leda till undanträngning av mer värdeskapande vård, kan onödiga utredningar och behandlingar också orsaka såväl fysiskt som psykiskt lidande hos patienter (1).

Insatser för att minska onödig vård

Flera internationella och lokala initiativ har utvecklats för att försöka minska användandet av LVC, där det mest kända är det internationella initiativet Choosing Wisely som först lanserades i USA 2012 och sedan dess fått spridning till många olika länder, däribland Sverige där det fått benämningen Kloka kliniska val (2).

Som ett led i att minska användningen av LVC har forskningen i ökande grad riktat fokus mot utmönstring, det vill säga strategier för att minska användningen av LVC. Studier visar att utmönstring är komplext och påverkas av flera olika faktorer. Samtidigt finns evidens för att flera olika typer av insatser på olika nivåer i vårdkedjan har effekt för att minska förekomsten av LVC och därmed frigöra resurser för mer värdeskapande vård (3).

Relevans för primärvården

Inom primärvården är frågan om lågvärdevård högst relevant då primärvården hanterar ett stort och brett flöde av patienter, ofta med begränsad tid för varje patient. Primärvården utgör dessutom ofta den första kontakten med hälso-och sjukvården och möter därmed patienten i

ett tidigt skede av sjukdomsförloppet vilket bidrar till diagnostisk osäkerhet då symtombilden ofta kan vara diffus. Studier har visat att kortare tid för patientbesök, osäkerhet hos läkaren och förväntningar hos patienterna alla kan bidra till en ökad användning av LVC. I vissa fall kan det vara lättare att beställa en röntgenundersökning eller att skriva ut antibiotika än att avstå (4, 5).

Många av de åtgärder som identifierats som LVC är relevanta i en primärvårdskontext. Exempel inkluderar daglig glukosmätning hos typ-2 diabetiker som inte behandlas med insulin, lipidsänkande behandling hos patienter med kort förväntad återstående livslängd samt DEXA-mätning tätare än vartannat år (6). I en internationell studie fann man att över 80 % av primärvårdsläkarna själva upplevde överdiagnostik och överbehandling som ett problem inom primärvården (7).

Primärvårdens begränsade resurser i kombination med ett stort patientflöde innebär att även en liten minskning av LVC potentiellt skulle kunna frigöra resurser som i stället kan användas till mer värdeskapande vård. Detta gör primärvården särskilt relevant för studier av lågvårdevård och till en viktig arena för förbättringsarbete.

Definition och mätning av lågvårdevård

Även om lågvårdevård numera är ett väletablerat begrepp som används frekvent i litteraturen är definitionen inte helt enhetlig. Enligt Svenska Läkaresällskapets rapport kring Choosing Wisely syftar arbetet kring LVC till att främja vård som är evidensbaserad, inte orsakar skada, undviker onödiga upprepningar och är verkligt nödvändig ur patientens perspektiv (8). Enligt Socialstyrelsen är definitionen bredare och inkluderar även åtgärder med sämre effekt jämfört med andra alternativ, låg kostnads- och resurseffektivitet samt även underbehandling (9).

I en föreslagen typologi av Verkerk et al (10) delas LVC in i tre olika kategorier: ineffektiv vård (åtgärder som saknar tillräcklig effekt), ineffektiv resursanvändning (åtgärder som i sig kan vara effektiva, men som används på fel sätt såsom allt för täta blodprovskontroller) och önskad vård (vård som inte överensstämmer med patientens preferenser). Denna uppdelning visar på att LVC inte enbart handlar om ineffektiva åtgärder utan även om hur, när och i vilket sammanhang vården ges. Att begreppet LVC innefattar flera dimensioner innebär att definitionen kan variera. Detta kan i sin tur påverka hur man operationaliserat begreppet i studier.

För att kunna studera lågvårdevård i klinisk praxis används ofta indikatorer, det vill säga mätbara variabler som används för att studera ett större fenomen. Indikatorer gör det möjligt att studera komplexa fenomen

utan att behöva mäta varje enskild situation. Exempelvis kan målvärden för hypertoni och diabetes användas som indikatorer för vårdkvalitet. Valet av indikatorer påverkar därmed vad som fångas som lågvårdevård i studier.

En utmaning inom forskningen kring LVC är att olika typer av LVC är olika svåra att mäta på ett tillförlitligt sätt. I många studier används administrativa data, vilket möjliggör studier av stora populationer på ett effektivt sätt. Dock försvårar detta tillvägagångssätt bedömningen av klinisk relevans i det enskilda fallet, vilket i sin tur kan göra det svårt att avgöra om åtgärden ska klassificeras som LVC eller inte. Detta begränsar därmed vilka indikatorer som är möjliga att på ett tillförlitligt sätt studera (6).

Mot bakgrund av ovanstående är det relevant att närmare undersöka hur begreppet lågvårdevård definierats i olika studier samt vilka indikatorer som använts för att mäta LVC. För att på ett korrekt sätt kunna tolka studier krävs en tydlig definition av vad man studerar och för att kunna jämföra studier sinsemellan krävs enhetliga definitioner. Såvitt känt saknas en sammanställning av hur LVC definieras i primärvård och hur detta relaterar till val av indikatorer. Detta motiverar behovet av en kartläggande översikt för att utforska och sammanställa hur begreppet definieras och operationaliseras med hjälp av indikatorer i primärvårdsstudier.

Syfte/frågeställning

Att studera hur begreppet lågvårdevård definieras och hur detta relaterar till vilka indikatorer som använts för att studera det inom primärvården.

Ytterligare frågeställningar var:

- Finns det en enhetlig definition av begreppet lågvårdevård inom primärvården?
- Vilka indikatorer används för att studera lågvårdevård inom primärvården?

Metod

Studiedesign

Studien genomfördes som en kartläggande litteraturöversikt (scoping review) enligt metod beskriven av Arksey O'Malley (11). En kartläggande

litteraturoversikt syftar till att kartlägga och sammanställa befintlig forskning inom ett område. Metoden passar bra för breda frågeställningar och där många olika studiedesigner kan vara relevanta (11). Ingen kvalitetsgranskning av inkluderade studier genomfördes, vilket är förenligt med vald metod. Studien rapporterades i enlighet med riktlinjer från PRISMA-ScR (12).

Identifiering av forskningsfrågan

Forskningsfrågan formulerades enligt PCC (population, concept, context).

- P – vetenskapliga studier
- C – lågvårdevård
- C – primärvård

Identifiering av relevanta studier

En sökstrategi utformades genom att kombinera sökord relaterade till primärvård och lågvårdevård. Sökningen genomfördes i databaserna PubMed och Web of Science. Sökstrategin utformades i samråd med bibliotekarie på biomedicinska biblioteket vid Göteborgs Universitet. Fullständiga söksträngar finns redovisade i tabell 1.

Sökningen baserades på den engelska termen “low-value care”, som är den etablerade termen för begreppet lågvårdevård i den internationella litteraturen. Variationer av denna term användes i sökstrategin. Närliggande begrepp såsom overuse eller unnecessary care, inkluderades däremot inte, eftersom studiens syfte var att undersöka hur det specifika begreppet lågvårdevård definierats i litteraturen. Även om det finns flera begrepp som överlappar med termen LVC är de inte identiska och att inkludera dem i studien hade inte varit i linje med studien syfte.

Tabell 1. Detaljerad redovisning av sökningar

Datum	Databas	Sökning	Begränsningar
260304	PubMed	("Low-Value Care"[Mesh] OR "low-value care" OR LVC OR "low value care") AND ("Primary Health Care"[Mesh] OR "primary health care" OR "primary care" OR "family medicine" OR "general practice" OR GP)	-
260304	Web of Science	("low-value care" OR LVC OR "low value care") AND ("primary health care" OR "primary care" OR "family medicine" OR "general practice" OR GP)	-

Studieurval

Identifierade artiklar screenades i två steg av en och samma granskare. Artiklarna screenades mot fördefinierade inklusions- och exklusionskriterier. I steg ett granskades titel och abstrakt och de studier som därefter kvarstod granskades i fulltext.

Inklusionskriterier

Studier inkluderades om de:

1. Hade som huvudsakligt fokus att studera lågvårdevård
2. Huvudsakligen genomfördes i primärvård
3. Använde, utvecklade eller undersökte potentiella indikatorer för lågvårdevård i klinisk praxis
4. Var originalstudier, oavsett studiedesign
5. Var publicerade på svenska eller engelska, sökningen gjordes dock på engelska, vilket är standard i de använda databaserna

Exklusionskriterier

Studier exkluderades om de:

1. Inte hade som huvudsakligt syfte att studera lågvårdevård i klinisk praxis, exempelvis studier där begreppet endast nämndes i bakgrunden
2. Var översiktsartiklar, kommentarer, studieprotokoll eller konferensabstracts. Översiktsartiklar exkluderades eftersom fokus i studien var på definition och operationalisering i primärstudier

Kartläggning och sammanställning av data

Data extraherades från de inkluderade artiklarna med fokus på hur begreppet lågvårdevård definierades samt vilka indikatorer som användes för att studera det. Resultaten sammanställdes i ett Exceldokument för strukturerad sammanställning. Data sammanställdes därefter i tabeller som redovisas i resultatdelen.

Definitionen av lågvårdevård extraherades som ett citat till Exceldokumentet. Alla citat finns redovisade i bilaga 1. En definition ansågs föreligga om begreppet lågvårdevård beskrevs någonstans i artikeln. Dessa organiserades därefter i övergripande kategorier utifrån hur begreppet beskrevs i studierna. Kategoriseringen gjordes induktivt.

Indikatorerna extraherades till ett Exceldokumentet och grupperades i övergripande kategorier baserat på typ av åtgärd. Kategoriseringen gjordes induktivt.

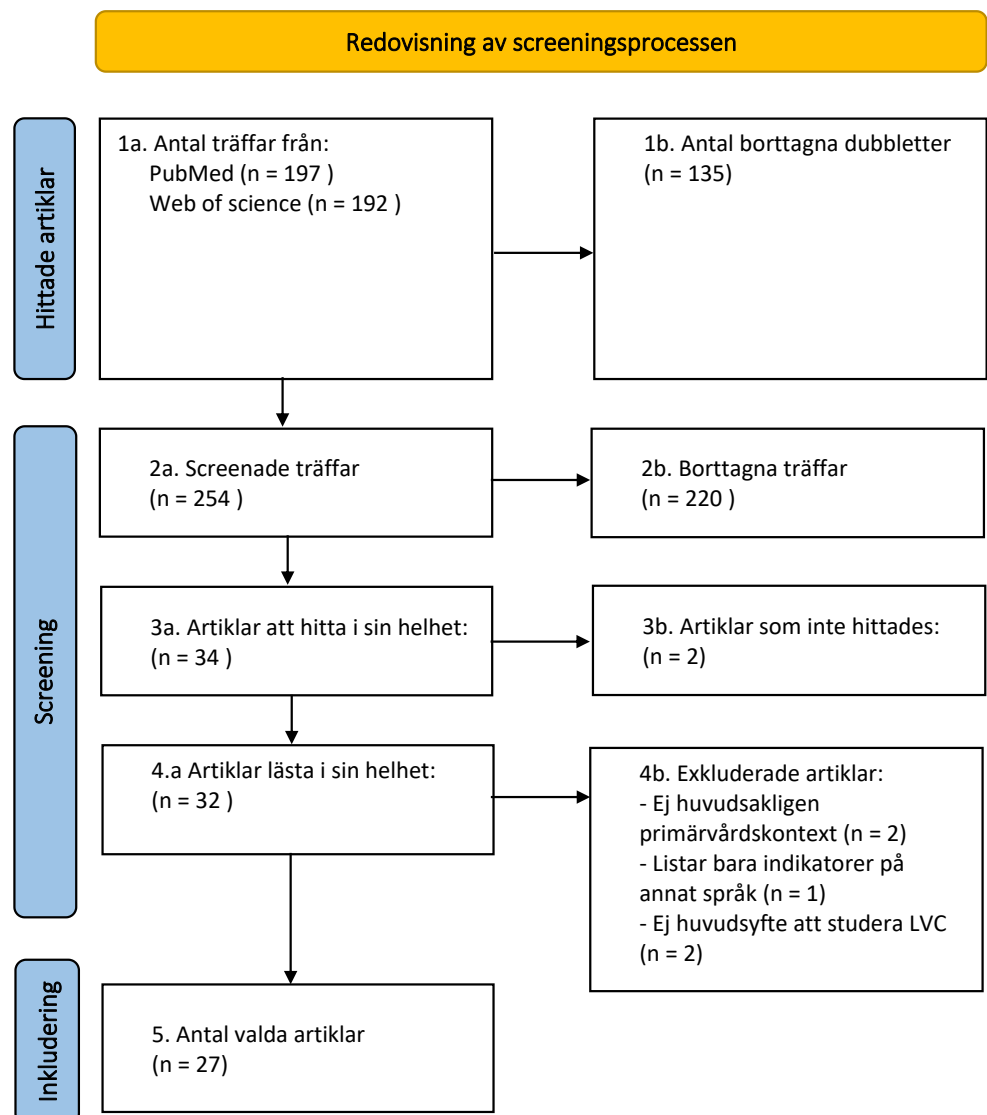
Etiska överväganden

Etiskt godkännande för studien var inte nödvändigt då studien baseras på granskning av redan publicerade vetenskapliga artiklar. En genomgång av de inkluderade studiernas etiska godkännande genomfördes.

Resultat

Databassökningarna identifierade totalt 389 artiklar. Efter borttagning av dubletter återstod 254 artiklar för screening av titel och abstrakt. Av dessa exkluderades 220 artiklar. Totalt 32 artiklar granskades i fulltext, 2 artiklar kunde inte hittas i fulltext. Efter fulltextgranskning exkluderades ytterligare 5 artiklar vilket resulterade i att 27 artiklar (4, 6, 13-37) inkluderades i analysen (Figur 1).

PRISMA flödesschema



Figur 1. PRISMA-flödesschema över screeningsprocessen (12).

De inkluderade studierna var publicerade mellan 2015 och 2025. Totalt 14 av 27 studier (52 %) var genomförda i USA. De övriga studierna var genomförda i Europa (n=7), Australien (n=3), Canada (n=2) och Japan (n=1). De flesta studier var retrospektiva observationsstudier i form av tvärsnittsstudier eller kohortstudier (tabell 2).

De flesta studier hade erhållit etiskt godkännande eller bedömdes inte kräva etikprövning, till exempel studier som baserades på aidentifierade registerdata. I några av studierna saknades uppgifter om etiskt godkännande. Dessa inkluderades i studien eftersom de var baserade på registerdata och därmed bedömdes risken för skada vara låg.

Definition av lågvärdevård

En enhetlig definition av LVC kunde inte identifieras. Analysen av citaten som extraherats från studierna för definition av LVC resulterade i en klassificering i fyra olika komponenter. Dessa var låg nytta, risk för skada, ineffektiv resursanvändning och patientpreferens. Av de 25 studier som angav en definition av LVC inkluderade samtliga låg nytta (100 %). Risk för skada inkluderades i 14 av 25 studier (56 %) och ineffektiv resursanvändning i 12 av 25 studier (48%), antingen var för sig eller i kombination. I en studie inkluderades även patientpreferenser i begreppet. Två studier saknade helt definition av begreppet LVC (tabell 2).

Källan till definitionen varierade. Tidigare studier angavs som källa i 16 av 25 studier (64 %). De artiklar som refererade till tidigare forskning hänvisade till flertalet olika studier. Choosing Wisely angavs som källa i 3 av 25 studier (12 %) och lika många refererade till en expertorganisation. En studie refererade till en myndighet medan 5 av 25 studier (20 %) inte angav någon källa alls (tabell 2).

Tabell 2. Redovisning av inkluderade komponenter i definitionen av LVC samt redovisad källa till definitionen för de inkluderade studierna.

Författare (år) Land	Studiemetod	Låg nytta	Skaderisk	Resurs- användning	Patient- preferens	Källa till definition
Kost et al. (2015) USA (13)	Pre-post interventions- studie	x		x		CW ¹
Sprenger et al. (2016) Österrike (6)	Tvärsnittsstudie					Ingen definition
Mafi et al. (2017) USA (14)	Tvärsnittsstudie	x				Tidigare studie

Pendrith et al. (2017) Canada (15)	Retrospektiv kohortstudie	x	x	x		Tidigare studie + expertorganisation
Bouck et al. (2018) Canada (16)	Retrospektiv kohortstudie	x	x			Tidigare studier + expertorganisation
Trevena et al. (2018) Australien (17)	Tvärsnittsstudie	x	x	x		Myndighet
Schwartz et al. (2019) USA (18)	Tvärsnittsstudie	x				Tidigare studier
Oronce et al. (2019) USA (19)	Tvärsnittsstudie	x				CW
Baretto et al. (2019) USA (20)	Tvärsnittsstudie	x				Ingen angiven
Rockwell et al. (2020) USA (21)	Retrospektiv kohortstudie	x	x			Tidigare studier
Neuner-Jehle et al. (2020) Schweiz (22)	Enkätbaserad studie	x	x			Ingen angiven
Freedman et al. (2021) USA (4)	Tvärsnittsstudie	x				Ingen angiven
Schuttner et al. (2021) USA (27)	Retrospektiv kohortstudie	x	x			Ingen angiven
Kherad et al. (2021) Schweiz (24)	Pre-post interventionsstudie	x				Tidigare studier
Van Dulmen et al. (2022) Nederländerna (25)	Mixed method	x	x	x	x	Tidigare studie
Shin et al. (2022) USA (26)	Tvärsnittsstudie	x	x	x		Tidigare studier
Schuttner et al. (2023) USA (23)	Retrospektiv kohortstudie	x	x			Expertorganisation
Ralston et al. (2023) Australien (28)	Tvärsnittsstudie	x	x	x		Tidigare studier
Ingvarsson et al. (2023) Sverige (29)	Single case design	x		x		Tidigare studier
Dindinger-Hill et al. (2024) USA (30)	Retrospektiv kohortstudie	x		x		Tidigare studie
Kullgren et al. (2024) USA (31)	RCT	x	x			Tidigare studie
Liu et al. (2024) USA (32)	Retrospektiv kohortstudie	x	x	x		Tidigare studie + expertorganisation
Müskens et al. (2024) Nederländerna (trender under pandemin) (33)	Retrospektiv kohortstudie	x	x	x		Tidigare studier

Müskens et al. (2024) Nederländerna (deprescribing) (34)	RCT					Ingen definition
Nugent et al. (2025) USA (35)	Tvärsnittsstudie	x	x	x		Tidigare studie + CW
Meyers Morris et al. (2025) Australien (36)	Tvärsnittsstudie	x		x		Tidigare studie
Miyawaki et al. (2025) Japan (37)	Tvärsnittsstudie	x				Tidigare studier
Summa (antal studier)		25	14	12	1	

¹ Choosing Wisely

Val av indikatorer

Antal indikatorer per studie varierade mellan 1 och 49, med ett medianvärde på 4. De flesta av studierna hade använt flera olika typer av indikatorer för att studera LVC. Indikatorerna kunde grupperas i följande kategorier: läkemedel, bilddiagnostik, diagnostik (till exempel laborietester), screening, procedurer/åtgärder (till exempel injektioner), remisser/uppföljning och övrigt.

Bilddiagnostik inkluderades i 19 av 27 studier (70 %). Läkemedel inkluderades i 16 av 27 studier (59 %). Övrig diagnostik inkluderades i 15 av 27 studier (56 %). Screening inkluderades i 13 av 27 studier (48 %). Procedurer/åtgärder inkluderades i 6 av 27 studier (22%) och Uppföljningar/remisser uppföljningar i 4 av 27 studier (15%). En studie (17) undersökte om administrativa besök kunde klassificeras som LVC (vilket klassificerades under övrigt). Dessa besök omfattade oftast även andra åtgärder, såsom handläggning av kronisk sjukdom och de kunde därför i de flesta fall inte bedömas som LVC.

Tre studier hade som syfte att ta fram en lista över LVC eller undersöka om något kunde klassificeras som LVC. Dessa studier konstruerade själva indikatorerna. Övriga 24 studier hänvisade till en eller flera källor som stöd för valet av indikatorer och för klassificering av dessa som LVC. I 15 av 24 studier (63 %) var indikatorerna hämtade, helt eller delvis, från Choosing Wisely, antingen nationellt eller från ett annat land. I 9 av 24 studier (38%) baserades indikatorerna på tidigare forskning. Av dessa använde 4 studier (44%) en artikel av Schwartz et al 2014 (38). I 7 av 24 studier (29%) utgick man från nationella riktlinjer. Se även tabell 3.

Tabell 3. Redovisning av antal, typ samt källa till indikatorer för de inkluderade studierna.

Författare (år) land	Antal indikatorer	Läkemedel	Bild-diagnostik	Diagnostiska tester	Screening	Procedurer/ åtgärder	Remisser/ uppföljning	Övrigt	Källa till indikatorer
Kost et al. (2015) USA (13)	5		x	x	x				CW ¹
Sprenger et al. (2016) Österrike (6)	34	x	x	x	x	x			CW + riktlinjer + tidigare studier (Prasad et al, Elshaug et al)
Mafi et al. (2017) USA (14)	4	x	x				x		CW + egen konstruktion
Pendrith et al. (2017) Canada (15)	3		x		x				CW
Bouck et al. (2018) Canada (16)	4		x	x	x				CW
Trevena et al. (2018) Australien (17)	1							x	egen konstruktion ²
Schwartz et al. (2019) USA (18)	17		x	x	x	x			tidigare studie (Schwartz et al 2014)
Oronce et al. (2019) USA (19)	7	x	x	x					Något oklart, man refererar till 8 olika studier
Barreto et al. (2019) USA (20)	8		x	x	x				CW + tidigare studier (Colla et al, Schwartz et al 2014)
Rockwell et al. (2020) USA (21)	1			x					CW

Neuner-Jehle et al. (2020) Schweiz (22)	16	x	x	x	x	x	x	egen konstruktion ³
Freedman et al. (2021) USA (4)	2	x	x					CW + tidigare studier (flera olika)
Schuttner et al. (2021) USA (27)	4				x			tidigare studier (Kerr et al 2020)
Kherad et al. (2021) Schweiz (24)	3	x			x			CW
Van Dulmen et al. (2022) Nederländerna (25)	30	x	x	x		x	x	egen konstruktion ³
Shin et al. (2022) USA (26)	31		x	x	x	x		Tidigare studie (Schwartz et al 2014 + Fleming et al 2022)
Schuttner et al. (2023) USA (23)	1	x						CW + riktlinjer
Ralston et al. (2023) Australien (28)	49	x	x	x			x	CW
Invarsson et al. (2023) Sverige (29)	1		x					riktlinjer
Dindinger-Hill et al. (2024) USA (30)	2				x			riktlinjer
Kullgren et al. (2024) USA (31)	3	x			x			CW
Liu et al. (2024) USA (32)	8		x	x	x			Tidigare studie (Schwartz et al 2014)
Müskens et al. (2024) Nederländerna (trender under pandemin) (33)	3	x	x					riktlinjer

Müskens et al. (2024) Nederländerna (deprescribing) (34)	1	x							riktlinjer
Nugent et al. (2025) USA (35)	3	x	x	x					CW
Meyers Morris et al. (2025) Australien (36)	19	x	x	X					CW
Miyawaki et al. (2025) Japan (37)	10	x	x	x			x		Kombination av lokala riktlinjer, CW och genomgång av litteraturen
Summa (antal studier)		16	19	15	13	6	4	1	

¹ Choosing Wisely

² Studien undersökte om administrativa besök kan utgöra LVC

³ Studiens syfte var att ta fram en lista över LVC

Relation mellan definition och val av indikatorer

I 15 av 24 studier (63 %) hämtades indikatorerna helt eller delvis från Choosing Wisely, men bara 2 av dessa hänvisade till Choosing Wisely för definition av LVC. De totalt 3 studier som hänvisade till Choosing Wisely för definition av LVC uppgav dessutom olika definitioner.

Vid genomläsning av studierna noterades att motiveringen till val av indikatorer ofta var sparsam. Om motivering fanns hänvisade man ofta till att indikatorerna använts förut, att de var lätta att mäta eller att de var vanligt förekommande i primärvården. Någon tydlig koppling mellan hur man definierat LVC och vilka indikatorer man valt att studera kunde i de flesta fall inte identifieras, även om en viss koppling till teoretisk definition kunde identifieras i en minoritet av studierna.

Endast en studie inkluderade patientpreferenser som en del av definitionen av LVC (25). Denna studie hade som syfte att ta fram en lista med prioriterad lågvärdevård utefter prevalens, risk för skada och potentiell kostnadsbesparing, vilket delvis var i linje med den definition av LVC som man använt. Ingen av de indikatorer man tog fram i studien var dock relaterad till patientpreferenser.

I en studie som hade som syfte att ta fram en lista över LVC (6) hade man inte angett någon teoretisk definition för begreppet LVC. I stället baserades studien på tidigare publicerade listor över åtgärder som bedömts som LVC.

Diskussion

Huvudresultat

De 27 inkluderade studierna var heterogena med varierande studiedesign och syften. Sammanfattningsvis visar resultaten att definitionen av lågvärdevård varierar mellan studier, även om 3 centrala komponenter återkommer: låg nytta, risk för skada och ineffektiv resursanvändning. Samtidigt skiljer sig antal och typ av indikatorer mellan studier, de vanligast förekommande indikatorerna berör bildiagnostik, läkemedelsbehandling och annan diagnostik. Något tydligt samband mellan teoretisk definition och studerade indikatorer kunde i de flesta studier inte identifieras.

Definition

Definitionen av LVC återfanns i de flesta studier som en kortfattad beskrivning av begreppet i bakgrunden. Även om definitionen skiljde sig åt inkluderade samtliga låg nytta. Många studier inkluderade även antingen risk för skada eller ineffektiv resursanvändning. Att definitionen av LVC inte är enhetlig stämmer överens med tidigare litteratur (10) och begreppet LVC har även problematiserats då det saknas en tydlig definition (39). Samtidigt var formuleringarna som beskrev LVC ofta vaga och breda. Uttryck som "minimal benefit" och "unnecessary services" användes utan tydlig avgränsning kring vad som avsågs. Denna vaghet innebär att en åtgärd potentiellt kan klassificeras som LVC i en studie, men inte i en annan, beroende på hur begreppet tolkas.

De tre vanligast förekommande komponenterna i definitionen (låg nytta, risk för skada och ineffektiv resursanvändning) innehåller dessutom delvis överlappande aspekter. Exempelvis innebär en åtgärd som inte har någon nytta oftast att risken överstiger nyttan och även en ineffektiv användning av resurser. Dock behöver en åtgärd som anses som ineffektiv resursanvändning inte för den sakens skulle vara utan nytta.

Att låg nytta är ett brett begrepp väcker också frågan om hur begreppet ska förstås och ur vems perspektiv. I flera av studierna formuleras det som låg nytta för patienten, men bara en inkluderar explicit patientpreferenser i definitionen. Att definitionen är vag och bred leder till att olika tolkningar av begreppet kan göras och detta kan ha konsekvenser för jämförbarhet mellan studier såväl som vid användande av begreppet i klinisk kontext.

Mätbarhet och val av indikatorer

Någon tydlig koppling mellan hur LVC definierades och vilka indikatorer som valdes kunde inte identifieras i studierna. I 15 av 24 studier (63 %) hämtades indikatorerna från Choosing Wisely, men bara 2 av dessa hänvisade till Choosing Wisely för definition av LVC. De totalt 3 studier som hänvisade till Choosing Wisely för definitionen av LVC uppgav dessutom olika definitioner. Motiveringen till val av indikatorer var ofta sparsam och byggde i den mån det fanns ofta på att indikatorerna använts tidigare, var vanligt förekommande eller lätta att mäta.

Metodologiska svårigheter vid mätning av LVC framkom i materialet. I en studie som tog fram indikatorer för LVC konstaterades att endast en liten andel av LVC var möjligt att mäta med hjälp av registerdata, vilket påverkade vilka indikatorer man använde i studien (6). Detta är i linje med en tidigare studie kring val av indikatorer för att mäta LVC i sjukhusmiljö där man såg att endast en liten andel av LVC var mätbar med hjälp av indikatorer (40).

Sammantaget tyder detta på att tillgång till mätbara data och tidigare använda indikatorer i större utsträckning påverkar vad man väljer att undersöka snarare än teoretisk definition av LVC. Denna typ av resonemang bakom val av indikatorer riskerar att leda till en cirkelgång där samma typ av mått återanvänds och studeras som LVC, medan andra dimensioner av begreppet förbises.

Vidare var vissa typer av indikatorer tydligt överrepresenterade. Framför allt läkemedel, bildiagnostik och annan typ av diagnostik (ofta laborietester) förekom frekvent. Däremot var annan typ av behandling såsom psykologisk behandling inte alls studerad, vilket kan tala för att mätbarhet prioriteras framför mer kontextberoende indikatorer. Detta är i linje med tidigare studier som har visat att vissa typer av LVC är överrepresenterad i studier och då framför allt vård som syftar till att bota och behandla sjukdom, medan rehabiliterande vård och hälsofrämjande vård var mindre vanligt förekommande (41).

Patientperspektivet och relevans för primärvård

Patientpreferenser var inte representerade i de indikatorer man använt sig av i studierna och bara en studie inkluderade patientpreferenser som en del av definitionen av LVC. Denna studie använde sedan dock inga indikatorer kopplade till patientpreferenser.

Att patientperspektivet saknas är i linje med tidigare studier på området (10) och talar för att denna aspekt är svår att fånga med de mätmetoder som dominerar forskningen kring LVC. Samtidigt visar kvalitativa studier att patienter definierar LVC inte enbart från medicinsk nytta, utan även inkluderar vård som inte överensstämmer med deras preferenser, där

bristande kommunikation och för strikt följsamhet till riktlinjer framhölls som centrala faktorer (42). Initiativ som Choosing Wisely betonar samtidigt vikten av patientens perspektiv i bedömningen av lågvårdevård (8), vilket pekar på en diskrepans mellan hur begreppet beskrivs och hur det mäts i studier.

Detta är särskilt relevant för primärvården där vården ofta är kontextberoende och där beslut många gånger fattas i dialog med patienten. Att mäta PSA kan exempelvis ha stort värde hos en patient, men betraktas som lågvårdevård hos en annan patient beroende på patientens egen inställning och sjukdomshistorik. Detta visar på en diskrepans mellan mätning med standardiserade indikatorer och den individualiserade vård som bedrivs i klinisk praxis. Sammantaget visar resultatet på att den standardisering som krävs vid användande av indikatorer ofta förbiser patientpreferenser och klinisk kontext, trots att det är i mötet mellan patient och vårdpersonal som den verkligt värdeskapande vården uppstår.

Framtida forskning

Sammantaget talar resultaten i denna studie för behov av en tydligare och mer enhetlig definition av begreppet LVC. En Delphi-studie, som syftar till att experter genom ett strukturerat förfarande i flera steg uppnår konsensus i en fråga, skulle kunna vara en väg framåt. En konsensusbaserad definition bör ta hänsyn till de olika dimensioner av LVC som använts i klinisk forskning (låg nytta, risk för skada och ineffektiv resursanvändning), men även inkludera patientpreferenser och kontextberoende faktorer. Ett förslag skulle vara att inspireras av den typologi som utarbetats av Verkerk et al (10), vilken inkluderar ineffektiv vård, ineffektiv resursanvändning och oönskad vård, och vidareutveckla detta till en konsensusbaserad definition. Det skulle vara önskvärt om en tydligare koppling mellan den teoretiska definitionen och hur LVC sedan studeras utarbetas. Att utveckla indikatorbaserade mått för att även inkludera patientperspektiv och kontextbaserade beslut är en utmaning, men skulle vara möjlig t ex genom mixed-methods-studier där man kombinerar kvantitativa indikatorer med kvalitativa data. En sådan ansats skulle kunna bidra till en mer heltäckande förståelse av begreppet LVC.

Styrkor och svagheter

Flera styrkor kan identifieras i studien. En relevant kunskapslucka belyses. Materialet omfattar ett brett tidsspann med studier från flera olika länder. En etablerad metod för kartläggande översikter (Arksey O'Malley (11)) har använts i enlighet med PRISMA-ScR (12). Sökstrategin utformades i samråd med bibliotekarie. Samtliga extraherade citat av definitioner för LVC redovisas i bilaga 1, vilket ökar transparensen.

Studien har också flera begränsningar. Eftersom syftet var att undersöka vilka indikatorer som använts för att studera LVC exkluderades studier

som inte använde indikatorer. Detta innebär att kvalitativa studier av patienters attityder och uppfattningar kan ha utelämnats, vilket kan ha påverkat möjligheten att fånga aspekter relaterade till patientpreferenser. Samtidigt kvarstår dock att patientpreferenser i begränsad utsträckning återspeglas i indikatorbaserade mått.

Sökningen begränsades till två databaser och översiktsartiklar exkluderades, vilket kan ha lett till att relevant material missats.

Att det enbart var en granskare som inkluderade och analyserade studierna innebär en ökad risk för bias. Inget test för intra-rater reliability genomfördes. Även klassificeringen av definitioner och indikatorer innebär ett visst mått av subjektivitet. För att öka transparensen redovisas samtliga extraherade citat i bilaga 1.

Studien inkluderade endast studier som använde begreppet ”low-value care”, vilket var ett medvetet val eftersom syftet var att undersöka hur det explicita begreppet definieras. Det innebär att studier med närliggande begrepp exkluderats vilket kan ha inneburit att relevant information förbisets.

Avseende de inkluderade studierna var det huvudsakligen retrospektiva observationsstudier baserade på administrativa data. Denna studiedesign möjliggör studier på stora populationer, men missar ofta klinisk kontext och risk för felklassificering finns till exempel om fel diagnos använts vid registrering. Att alla studier var genomförda i höginkomstländer begränsar generaliserbarheten till låg- och medelinkomstländer.

Konklusion

Studien visar på att definitionen av LVC varierar. Resultaten tyder även på att nuvarande forskning om LVC i primärvården i stor utsträckning baseras på indikatorer som inte nödvändigtvis speglar begreppets hela innebörd. Detta kan innebära att vissa aspekter av LVC, framför allt sådana som gäller patientpreferenser och kontextberoende beslut, riskerar att förbises. Sammantaget pekar resultaten på en begränsning i hur LVC operationaliseras genom indikatorbaserade mått. Framtida forskning bör fokusera på att ta fram en enhetlig definition av LVC samt utveckla indikatorer som avspeglar begreppet på ett mer heltäckande sätt

Referenser

1. Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet*. 2017;390(10090):156-68.
2. Almquist M, Pétursson H, Hultberg J, Holm H, Axelsson M, Cizinsky S, et al. [Choosing Wisely in Sweden]. *Lakartidningen*. 2023;120.
3. Heus P, van Dulmen SA, Weenink JW, Naaktgeboren CA, Takada T, Verkerk EW, et al. What are Effective Strategies to Reduce Low-Value Care? An Analysis of 121 Randomized Deimplementation Studies. *J Healthc Qual*. 2023;45(5):261-71.
4. Freedman S, Golberstein E, Huang TY, Satin DJ, Smith LB. Docs with their eyes on the clock? The effect of time pressures on primary care productivity. *J Health Econ*. 2021;77:102442.
5. Ingvarsson S, Augustsson H, Hasson H, Nilsen P, von Thiele Schwarz U, von Knorring M. Why do they do it? A grounded theory study of the use of low-value care among primary health care physicians. *Implement Sci*. 2020;15(1):93.
6. Sprenger M, Robausch M, Moser A. Quantifying low-value services by using routine data from Austrian primary care. *Eur J Public Health*. 2016;26(6):912-6.
7. Raudasoja A, Tikkinen KAO, Bellini B, Ben-Sheleg E, Ellen ME, Francesconi P, et al. Perspectives on low-value care and barriers to de-implementation among primary care physicians: a multinational survey. *BMC Prim Care*. 2024;25(1):159.
8. Svenska Läkaresällskapet. Rapport för arbetsgruppen för kloka kliniska val. Stockholm: Svenska Läkaresällskapet; 2023.
9. Socialstyrelsen. Lågvärdevård - vad det är och varför det spelar roll Sverige: Socialstyrelsen; 2025 [Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/lagvardevard/>].
10. Verkerk EW, Tanke MAC, Kool RB, van Dulmen SA, Westert GP. Limit, lean or listen? A typology of low-value care that gives direction in de-implementation. *Int J Qual Health Care*. 2018;30(9):736-9.
11. Arksey H, O'malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*. 2005;8(1):19-32.
12. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73.
13. Kost A, Genao I, Lee JW, Smith SR. Clinical Decisions Made in Primary Care Clinics Before and After Choosing Wisely. *J Am Board Fam Med*. 2015;28(4):471-4.
14. Mafi JN, Wee CC, Davis RB, Landon BE. Association of Primary Care Practice Location and Ownership With the Provision of Low-Value Care in the United States. *Jama Internal Medicine*. 2017;177(6):838-45.
15. Pendrith C, Bhatia M, Ivers NM, Mcredy G, Tu K, Hawker GA, et al. Frequency of and variation in low-value care in primary care: a retrospective cohort study. *CMAJ Open*. 2017;5(1):E45-e51.

16. Bouck Z, Ferguson J, Ivers NM, Kerr EA, Shojania KG, Kim M, et al. Physician Characteristics Associated With Ordering 4 Low-Value Screening Tests in Primary Care. *JAMA Netw Open*. 2018;1(6):e183506.
17. Trevena LJ, Harrison C, Britt HC. Administrative encounters in general practice: low value or hidden value care? *Medical Journal of Australia*. 2018;208(3):114-8.
18. Schwartz AL, Jena AB, Zaslavsky AM, McWilliams JM. Analysis of Physician Variation in Provision of Low-Value Services. *Jama Internal Medicine*. 2019;179(1):16-25.
19. Oronce CIA, Fortuna RJ. Differences in Rates of High-Value and Low-Value Care Between Community Health Centers and Private Practices. *Journal of General Internal Medicine*. 2020;35(4):994-1000.
20. Barreto TW, Chung Y, Wingrove P, Young RA, Petterson S, Bazemore A, Liaw W. Primary Care Physician Characteristics Associated with Low Value Care Spending. *J Am Board Fam Med*. 2019;32(2):218-25.
21. Rockwell MS, Wu Y, Salamoun M, Hulver MW, Epling JW. Patterns of Clinical Care Subsequent to Nonindicated Vitamin D Testing in Primary Care. *J Am Board Fam Med*. 2020;33(4):569-79.
22. Neuner-Jehle S, Grischott T, Markun S, Rosemann T, Senn O, Maeder M. What interventions do general practitioners recommend avoiding? A nationwide survey from Switzerland. *Swiss Med Wkly*. 2020;150:w20283.
23. Schuttner L, Richardson C, Parikh T, Wong ES. "Low-value" glycemic outcomes among older adults with diabetes cared for by primary care nurse practitioners or physicians: A retrospective cohort study. *Int J Nurs Stud*. 2023;145:104532.
24. Kherad O, Selby K, Martel M, da Costa H, Vettard Y, Schaller P, Raetz MA. Physician Assessment and Feedback During Quality Circle to Reduce Low-Value Services in Outpatients: a Pre-Post Quality Improvement Study. *Journal of General Internal Medicine*. 2021;36(9):2672-7.
25. van Dulmen SA, Tran NH, Wiersma T, Verkerk EW, Messaoudi JC, Burgers JS, Kool RB. Identifying and prioritizing do-not-do recommendations in Dutch primary care. *BMC Prim Care*. 2022;23(1):141.
26. Shin E, Fleming C, Ghosh A, Javadi A, Powell R, Rich E. Assessing patient, physician, and practice characteristics predicting the use of low-value services. *Health Services Research*. 2022;57(6):1261-73.
27. Schuttner L, Haraldsson B, Maynard C, Helfrich CD, Reddy A, Parikh T, et al. Factors Associated With Low-Value Cancer Screenings in the Veterans Health Administration. *Jama Network Open*. 2021;4(10).
28. Ralston A, Fielding A, Holliday E, Ball J, Tapley A, van Driel M, et al. 'Low-value' clinical care in general practice: a cross-sectional analysis of low-value care in early-career GPs' practice. *Int J Qual Health Care*. 2023;35(4):0.
29. Ingvarsson S, Sandaker I, Nilsen P, Hasson H, Augustsson H, von Thiele Schwarz U. Strategies to reduce low-value care - An applied behavior analysis using a single-case design. *Front Health Serv*. 2023;3:1099538.
30. Dindinger-Hill K, Horns J, Ambrose J, Vehawn J, Choudry M, Hunt TC, et al. Effect of Health Service Area on Primary Care Physician Provision of Low-Value Cancer Screening. *Ann Intern Med*. 2024;177(5):583-91.

31. Kullgren JT, Kim HM, Slowey M, Colbert J, Soyster B, Winston SA, et al. Using Behavioral Economics to Reduce Low-Value Care Among Older Adults: A Cluster Randomized Clinical Trial. *Jama Internal Medicine*. 2024;184(3):281-90.
32. Liu T, Zhu Z, Thompson MP, McCullough JS, Hou H, Chang CH, et al. Primary Care Practice Telehealth Use and Low-Value Care Services. *JAMA Netw Open*. 2024;7(11):e2445436.
33. Müskens J, Olde Hartman TC, Schers HJ, Akkermans RP, Westert GP, Kool RB, van Dulmen SA. Trends in low-value GP care during the COVID-19 pandemic: a retrospective cohort study. *BMC Prim Care*. 2024;25(1):73.
34. Müskens J, van Dulmen SA, Hek K, Westert GP, Kool RB. Low-value chronic prescription of acid reducing medication among Dutch general practitioners: impact of a patient education intervention. *BMC Prim Care*. 2024;25(1):106.
35. Nugent SB, Lavin RP, Lee J, Horn BP, Holmes Damron BI. An assessment of nurse practitioner low-value care use in primary care. *Am J Manag Care*. 2025;31(10):553-7.
36. Meyers Morris T, Sanci L, Rudkin A, Moore C, Dalziel K, Liaw ST, et al. Intervention overuse in paediatric care in Australian metropolitan general practice. *Aust J Gen Pract*. 2025;54(6):378-86.
37. Miyawaki A, Mafi JN, Abe K, Klomhaus A, Goto R, Kitajima K, et al. Primary Care Physician Characteristics and Low-Value Care Provision in Japan. *JAMA Health Forum*. 2025;6(6):e251430.
38. Schwartz AL, Landon BE, Elshaug AG, Chernew ME, McWilliams JM. Measuring low-value care in Medicare. *JAMA Intern Med*. 2014;174(7):1067-76.
39. Blumenthal-Barby JS. "Choosing wisely" to reduce low-value care: a conceptual and ethical analysis. *J Med Philos*. 2013;38(5):559-80.
40. Chalmers K, Badgery-Parker T, Pearson SA, Brett J, Scott IA, Elshaug AG. Developing indicators for measuring low-value care: mapping Choosing Wisely recommendations to hospital data. *BMC Res Notes*. 2018;11(1):163.
41. de Vries EF, Struijs JN, Heijink R, Hendrikx RJ, Baan CA. Are low-value care measures up to the task? A systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1):405.
42. Verkerk EW, Boekkooi JAH, Pels EGM, Kool RB. Exploring patients' perceptions of low-value care: An interview study. *Patient Educ Couns*. 2023;111:107687.

Bilaga 1. Redovisning av de citat som använts för att identifiera definition av LVC.

Författare (år) land	Citat
Kost et al. (2015) USA	"care that increases costs but fails to improve health"
Sprenger et al. (2016) Österrike	Ingen definition
Mafi et al. (2017) USA	"patient care that provides minimal average benefit in specific clinical scenarios"
Pendrith et al. (2017) Canada	"care in which there is a lack of benefit, or in which the benefits are outweighed by the potential risks, can lead to higher health care costs, patient inconvenience and, in some cases, harm to patients"
Bouck et al. (2018) Canada	"little to no patient benefit or comparatively greater risk of harm"
Trevena et al. (2018) Australien	"use of an intervention where evidence suggests it confers no or very little benefit on patients, or risk of harm exceeds likely benefit, or, more broadly, the added costs of the intervention do not provide proportional added benefit"
Schwartz et al. (2019) USA	"services that provide minimal benefits for patients"
Oronce et al. (2019) USA	"encompasses the overutilization of services that provide marginal or unknown benefit to patients"
Baretto et al. (2019) USA	"Unnecessary services"
Rockwell et al. (2020) USA	"which is defined as clinical services that confer minimal or no benefit or may cause harm"
Neuner-Jehle et al. (2020) Schweiz	"either not beneficial or even harmful for the patient"
Freedman et al. (2021) USA	"a potentially inappropriate service"
Schuttner et al. (2021) USA	"health care without benefit or in which the potential harm outweighs the benefit is considered low value."
Kherad et al. (2021) Schweiz	"that provide minimal benefits for patients"
Van Dulmen et al. (2022) Nederländerna	"defined as care that provides minimal or no benefit, considering harms, costs, alternatives, and patient preferences"
Shin et al. (2022) USA	"tests and treatments providing little clinical benefit, thus contributing to needless cost and potential patient harm"
Shuttner et al. (2023) USA	"Low-value" care is considered poor quality healthcare, and occurs when treatment offers no clinical benefit or has potential harms that outweigh the benefits"

Ralston et al. (2023) Australien	"'questionable' clinical activities that are more likely to cause harm than good or whose benefit is disproportionately low compared with their cost."
Ingvarsson et al. (2023) Sverige	"practices that lack scientific support for their efficacy or effectiveness and overuse of effective practices, such as patients that do not benefit and costs that exceed benefits"
Dindinger-Hill et al. (2024) USA	"services that either reduce quality or increase costs without providing additional benefit."
Kullgren et al. (2024) USA	"health care that does not improve patient outcomes and can cause unnecessary harm."
Liu et al. (2024) USA	"defined as services that provide little to no clinical benefit for patients, have potential to cause harm, incur unnecessary cost, or waste limited health care resources"
Müskens et al. (2024) Nederländerna (trender under pandemin)	"defined as care which offers no net benefit for the patient and could be associated with harmful outcomes and wasteful spending"
Müskens et al. (2024) (deprescribing)	Ingen definition
Nugent et al. (2025) USA	"defined as any health care service that is unsupported by current evidence, offers no net benefit in specific clinical situations, and is associated with harmful patient outcomes and wasteful spending"
Meyers Morris et al. (2025) Australien	"defined as the delivery of health services where no or a disproportionately low benefit is obtained relative to financial cost"
Miyawaki et al. (2025) Japan	"health care services that provide no or little net clinical benefit to a patient in a specific clinical situation"