

Kliniska beslutsregler kan förenkla diagnostik – exemplet fotledstrauma

Trots att vår vardag är fylld med diagnostiska överväganden har denna process väckt betydligt mindre intresse än olika aspekter på patienters behandling. Detta är anmärkningsvärt med tanke på att den bäst bevisade behandling kan vara till ingen nytta eller rent av skadlig om diagnosen är fel. Tilltagande sofistikerad av röntgenologiska och biokemiska metoder har skapat en falsk illusion om att klinisk diagnos är mindre väsentlig än förr. Tvärtom kan man hävda att bra diagnostiska metoder bör användas i situationer där man genom god klinisk diagnostik sorterat fram patienter som med större sannolikhet har den misstänkta sjukdomen. Detta ger bättre diagnostiska skärpa. Därför behövs bra instrument för att sälla fram vilka patienter som ska gå vidare till ytterligare utredning som kan vara både farlig eller dyrbar. Risken för oanade konsekvenser av bifynd eller falskt positiva fynd bör också övervägas.

Vår kliniska erfarenhet förser oss med en intuitiv känsla för vilka fynd i patientens sjukhistoria eller status som bör väcka misstanke om eller bekräfta en diagnos. Ofta är denna förmåga remarkabelt träffsäker men inte alltid. En klinisk beslutsregel kan ses som ett kliniskt verktyg som kvantifierar i hur stor utsträckning individuella komponenter i anamnes, status och basala laboratorieprov bidrar till rätt diagnos, prognos eller prediktion av behandlingssvar. Beslutsregler ger en formaliserad möjlighet att testa, förenkla och skärpa den

diagnostiska förmågan. Beslutsregler kan vara till mest nytta i komplicerade beslutsituationer som t ex innebär risktaganden eller krav på besparingar utan att detta försämrar vårdkvaliteten. Beslutsregler för bl a diagnostik av halsinfektioner och lungemboli, screening för alkoholism och depression samt riskbedömning vid antikoagulantabehandling finns publicerade på följande hemsida: (<http://med.mssm.edu/ebm>).

Med utgångspunkt i det kliniska problemet fotledstrauma och ställningstagande till röntgen beskrivs i JAMA hur en klinisk beslutsregel skapas och valideras. I ett första steg identifieras, med hjälp av logistisk regression, faktorer i status och anamnes som hos en grupp patienter hade ett högt prediktivt värde för diagnosen i fråga.

I ett andra steg testas dessa faktorer i nya patientgrupper och kliniska miljöer för att bekräfta att de ursprungliga resultaten inte berodde på slump, speciella patientpopulationer eller speciellt duktiga kliniker.

Därefter värderas i vilken mån implementering av beslutsregeln verkligen leder till förbättrad handläggning och till den slutliga målsättningen: bättre effekt för patienten och/eller minskade kostnader. Dessa tre steg utgör också en enkel evidensgradering av hur väl underbyggd en klinisk beslutsregel är. Självfallet bör vi i första hand ta till oss regler som testats och validerats hela vägen fram till bevisad patientnytta.

De s k Ottawa-reglerna föreslår att

röntgen vid fotledsskada endast är nödvändig om patienten har smärta i en väl definierad »malleolär zon» och palpationsömhets på den posteriora delen eller spetsen av malleolen. Även smärtor kombinerade med oförmåga att belasta omedelbart efter traumat samt vid ankomsten till akutmottagningen ska leda till röntgenundersökning.

Ottawareglerna utvecklades vid två stora universitetssjukhus och bekräftades senare i ett stort antal andra kliniska miljöer. Diagnostiska prestanda är goda. Alla patienter med fraktur urskiljs (sensitivitet 100 procent, 95 procent konfidensintervall, 93–100). Regeln urskiljer 40 procent av dem som inte har fraktur och användandet av regeln skulle alltså kunna minska antalet röntgenundersökningar med 40 procent. Implementeringsundersökningar visar en påtaglig reduktion av antalet beställda undersökningar och endast tre missade frakturer av 906 patienter handlagda med Ottawa-reglerna. Ingen av dessa krävde dock behandling.

Kliniska beslutsregler rymmer en stor potential genom introduktion av ett mer evidensbaserat tänkande inom diagnostiken som kan leda till bättre utnyttjade resurser utan försämring av patientens vård.

JAMA 2000; 284: 79-84.
<http://jama.ama-assn.org/issues/v284n1/rfull/jml90005.html>

Sängvila – en potentiellt riskabel behandling i behov av utvärdering

Redan SBU:s ryggrapport från 1991 pekade på farorna med sängvila vid akut ryggont vilket bekräftades när rapporten uppdaterades i år. Australiska forskare redovisar nu en systematisk översikt om nyttan av sängvila jämfört med tidig mobilisering vid sjukdom och diagnostik. Man identifierade 39 studier vid 15 olika medicinska tillstånd, omfattande knappt 6 000 patienter. Studierna var mycket heterogena vad gäller uppläggnings av sängvila, kontrollbehandling och uppföljningstider, varför man avstod från att genomföra någon metaanalys.

Effekten av sängvila vid olika ingrepp eller diagnostiska åtgärder var i sju studier bättre än i kontrollgruppen

som mobiliserades tidigt, men i inget fall var skillnaden signifikant. Å andra sidan utföll 26 studier effektmått sämre med sängvila och i nio fall var den skillnaden signifikant. Sängvila som primär behandling vid sjukdom uppvisade likartade resultat med 25 av 32 resultat sämre vid sängvila varav hela nio skillnader var statistiskt signifikanta. Många av de undersökta sjukdomarna handläggs dock i dag med helt andra principer varför fynden mest har historiskt intresse.

Hur patient ska handläggas efter lumbalpunktion har däremot fortfarande stor relevans på neurolog- och akutmottagningar. Vid årets stora Cochrane-möte presenterade en österrikisk grupp

en systematisk sammanställning av 15 studier med 2 000 patienter som efter lumbalpunktion randomiserades till antingen sängvila eller snabb uppstigning. Frekvensen huvudvärk i efterförloppet uppvisade stor spridning, mellan 9 och 60 procent. Inga studier visade att sängvila minskade risken för huvudvärk och i två studier ökade till och med huvudvärksfrekvensen med vila. Det finns alltså inte mycket som talar för en läkande kraft av att ligga till sängs vid sjukdom eller efter olika ingrepp.

Lancet 1999; 354: 1229-33.
Muellner M. 8th International Cochrane Colloquium 2000: 125.
www.cochrane.org