

Datorbaserat beslutsstöd ska förbättra diagnostiken vid akut buksmärt

Vi vill skapa ett beslutsstöd vid diagnostik av akut buksmärt. Syftet är att se om det kan förbättra diagnostiken, minska antalet allvarliga felbedömningar och minska antalet patienter som läggs in.

Orden kommer från Lars-Erik Hansson, kirurg på Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra i Göteborg. Han är ledare för ett akut buk-projekt som startade förra veckan. Det handlar om ett längre samarbetsprojekt mellan fyra sjukhus och en institution i Västra Götalandsregionen, finansierat av regionen.

Man har tagit fram en journalmall för den här patientgruppen. Till en början används ett pappersformulär, men om några månader ska journalmallen finnas inprogrammerad i en handdator och då försvinner mellanledet med papper. Handdatorn ska doktorn ha med sig när han eller hon träffar patienten och kunna föra in uppgifterna direkt.

– Det är arbetsbesparande och antagligen säkrare eftersom vi slipper ett mellanled, kommenterar Lars-Erik Hansson.

Under projektets första fas samlas data in. Det behövs 3 000–4 000 patienter i databasen för att ha tillräckligt antal av de olika diagnoserna. De tio vanligaste orsakerna till akut buksmärt täcker ungefär 90 procent av patienterna. Att få en

ordentlig bild av dessa tar nog minst ett år, uppskattar Lars-Erik Hansson.

Tanken är att de under tiden ska utveckla och införa beslutsstödet, något som kan ta 1,5 år.

– När vi har beslutsstödet kan man tänka sig att doktorn direkt när han eller hon knäppt in patientens sjukdomshistoria och olika symtom får diagnosförslag på handdatorn. Det är något som skulle kunna vara användbart även när det gäller andra sjukdomsgrupper än buksmärt, anser Lars-Erik Hansson.

Nästa steg i projektet är att göra en randomiserad studie – för varannan patient använder läkaren beslutsstödet, för varannan fyller hon eller han bara i journalmallen. Kommer det att ge någon skillnad när det gäller den diagnostiska säkerheten, är frågan.

Lars-Erik Hansson har de senaste åren varit med i en liknande studie i Mora.

– Vi har sett att den diagnostiska säkerheten på akutmottagningen bara är ungefär 50 procent. Detta innebär dock inte att patienterna blir felbehandlade i hälften av fallen, det måste man skilja på.

Lars-Erik Hansson menar att det viktigaste på akutmottagningen är att skilja de patienter som kan skickas hem från dem som måste läggas in. Det visar sig att många, framför allt de som läggs in,

får en annan diagnos vid utskrivningen än vid första bedömningen.

– Vi tror att det ska finnas möjlighet att göra diagnosen på akutmottagningen säkrare och att detta har betydelse för handläggningen av patienten; gör den mer optimal. Dessutom kan man undvika en del mer allvarliga felbedömningar. De är kanske inte så vanliga idag, men de förekommer trots allt, konstaterar Lars-Erik Hansson.

Han påpekar att man tidigare har gått igenom journaler i olika studier retrospektivt, vilket inneburit en hel del problem avseende exempelvis tillförlitligheten.

– Nu tycker jag att vi kan se möjligheter att prospektivt samla data och förlöpa tillgodogöra oss dem systematiskt. Det är ett sätt att kvalitetssäkra verksamheten. Det öppnar ju möjligheter för återkoppling till respektive doktor.

Det kan ske genom att doktorn får en lista på de patienter hon eller han bedömt på akuten och se vad slutdiagnosen blev.

– Denna typ av återkoppling är något som inte fungerar alls nu.

Han ser återkopplingen som ett viktigt sätt för doktorn att lära sig och få erfarenhet.

Tom Ahlgren

tom.ahlgren@lakartidningen.se

»Beslutsstöd är bra men svårt att få det fungera praktiskt«

II Datoriserat beslutsstöd är bra, men hittills har det varit svårt att få det att fungera rent praktiskt. Den reflektionen gör Åke Andrén-Sandberg, kirurg och professor vid Nordiska hälsovårdshögskolan, som har SBU:s uppdrag att skriva en rapport om akut appendicit.

Han menar att beslutsstöd via dator passar sig bäst för kirurger, eftersom dessa oftast letar efter bara en diagnos. Det finns exempel på flera försök inom kirurgin att arbeta fram beslutsstöd, likt det projekt Lars-Erik Hansson på Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra i Göteborg arbetar med.

Inom andra specialiteter har detta varit ovanligt. Tyvärr är det svårt att få datoriserat beslutsstöd att fungera i prakti-

ken, tror Åke Andrén-Sandberg.

– Jag vet inte något ställe där detta har fungerat under längre tid. Det är svårt att få doktorn som undersökt en patient att sätta sig vid datorn och slå in uppgifter för att kolla att bedömningen är riktig. Det ingår inte i vår tradition.

– Visst kan det ligga något i att en erfaren och pigg läkare inte behöver hjälp av datorn. Men den stora fördelen med datorn är att den alltid fungerar likadant. Den påverkas inte av någon uttrötningseffekt. Läkaren däremot, påverkas av det han upplevt, konstaterar Åke Andrén-Sandberg.

Efter tre allvarliga patientfall på patienten kan det fjärde fallet, som inte är allvarligt, upplevas som mer bagatellartat

än det är. Och tvärtom, första patienten som kommer på kvällen när doktorn är pigg och utvilad får kanske en mer grundlig utredning och behandling än vad som egentligen är nödvändigt.

– Ska man införa datoriserat beslutsstöd krävs att man ger feedback hela tiden till läkarna som använder det. Det räcker inte med att datamaskinen, eller handdatorn, finns där för att den ska bli använd.

Unga, mindre erfarna läkare är de som lättast kan ta till sig att använda datoriserat beslutsstöd, är Åke Andrén-Sandbergs bedömning.

Anna Filipsson

anna.filipsson@lakartidningen.se