



Behov och attityder till kliniska beslutsstöd

En kvalitativ studie bland läkare

Studien genomfördes inom Innovationsmotorerna, ett projekt finansierat inom Strategiska innovationsprogrammet Medtech4health, en gemensam satsning av Vinnova, Formas och Energimyndigheten.

Foto framsidan: Pixabay

1. Inledning

Denna rapport beskriver hur läkare ser på kliniska beslutsstöd som används inom vården, samt vad de ser för möjligheter med framtidens teknik. Det övergripande syftet med arbetet som ligger till grund för rapporten har varit att sammanföra läkarens perspektiv med utvecklarens. Detta för att skapa bättre förutsättningar att utveckla användbara system för en förbättrad hälso- och sjukvård.

Undersökningsföretaget Ipsos har på uppdrag av Swedish Medtech och Sveriges Läkarförbund genomfört en rad grupp- och djupintervjuer med läkare och det är dessa som ligger till grund för denna rapport. Därtill genomfördes ett öppet seminarium 7 mars 2018 där Ipsos resultat redovisades och diskuterades. Slutsatser från seminariet har tillförts rapporten.

Studien genomfördes inom Innovationsmotorerna, ett projekt finansierat inom Strategiska innovationsprogrammet Medtech4health, en gemensam satsning av Vinnova, Formas och Energimyndigheten.

Ett särskilt tack till alla medverkande läkare och till Maria Hedengren och Eva Danielsson på Ipsos, som genomfört intervjuerna.

2. Bakgrund

Med kliniska beslutsstöd avses i sammanhanget digitala stöd som, baserat på kunskapsstöd, aktivt kan ge patientspecifika råd och rekommendationer kring prevention, prognos, diagnostik, behandling och uppföljning för läkare, annan hälso- och sjukvårdspersonal och patienter. Kliniska beslutsstöd skiljer sig i det avseendet från kunskapsstöd som är en digital kunskapskälla utan någon direkt koppling till specifik patientinformation.

Det övergripande syftet med arbetet som ligger till grund för rapporten har varit att sammanföra läkarens perspektiv med utvecklare för att framtida tekniska hjälpmedel ska bli ännu mer funktionella än dagens. Målet är att nå en förståelse av hur läkarna uppfattar IT-stöd med fokus på kliniska beslutssituationer. Mot denna bakgrund har Swedish Medtech och Läkarförbundet gett Ipsos i uppdrag att genomföra en kvalitativ undersökning för att få en fördjupad bild av läkarnas attityder och behov av kliniska beslutsstöd. Resultatet ska spridas till företag och till beslutsfattare i hälso- och sjukvården och omsorgen, som underlag för att förbättra möjligheten att utveckla användbara system för sjukvårdspersonal.

Utifrån det övergripande syftet har bland annat följande frågeställningar behandlats i den kvalitativa studien:

- Kännedom om beslutsstöd och om/hur detta särskiljs från kunskapsstöd
- Attityder och erfarenhet av beslutsstöd – användbarhet och kvalitetssäkring
- Behov och förväntningar på beslutsstöd – möjligheter och hinder, samt i vilka situationer/sammanhang det uppfattas som mest relevant
- Synen på praktisk användning och ansvarsfrågor i relation till beslutsstöd

Fakta (från Läkartidningen 2014;111:C3HT):

Kliniskt beslutsstöd: Ett datorstött system som baserat på kunskapsstöd aktivt kan ge patientspecifika råd och rekommendationer kring prevention, prognos, diagnostik, behandling och uppföljning för läkare, annan hälso- och sjukvårdspersonal och patienter.

Kunskapsstöd (eller kunskapsdatabas): En datorbaserad kunskapskälla som presenterar kunskap men utan någon direkt koppling till specifik patientinformation. Kunskapen rör ett kliniskt område och innehåller t ex vägledning, rekommendationer, termdefinitioner och förslag på indikatorer.

3. Urval och genomförande

Arbetet har bestått av intervjuer med tre fokusgrupper samt tre djupintervjuer med särskilt utvalda experter.

Fokusgrupperna bestod av 5-7 läkare per grupp fördelade på tre regioner, Karlstad, Luleå och Stockholm. För att fånga upp olika perspektiv och kunna ge en bred bild bestod varje fokusgrupp av kliniskt verksamma läkare från olika medicinska specialiteter och arbetsplatser. Bland de deltagande fanns specialiteter såsom kardiologi, internmedicin, onkologi, anestesi, intensivvård, akutsjukvård och allmänmedicin representerade. Utöver olika specialiteter och verksamheter säkerställdes även en viss spridning i ålder och yrkeserfarenhet bland deltagarna i grupperna.

Som komplement till grupperna genomfördes tre individuella djupintervjuer med läkare som har mer ingående insikt och erfarenhet av beslutsstöd. Dessa valdes ut i samråd mellan Swedish Medtech och Läkarförbundet.

Läkarförbundet ansvarade för att rekrytera och bjuda in samtliga läkare till att delta i undersökningen. Totalt ingick 20 läkare, varav 8 kvinnor, i undersökningen.

Fokusgruppdiskussionerna tog ca 2 timmar och djupintervjuerna ca 1 timme vardera. Grupperna och intervjuerna genomfördes av Ipsos seniora konsulter Maria Hedengren och Eva Danielsson under november 2017. Representanter från Swedish Medtech och Läkarförbundet satt med och lyssnade på gruppdiskussionerna.

Med utgångspunkt från de frågeställningar som definierades i samverkan med Swedish Medtech och Läkarförbundet tog Ipsos fram en intervjuguide som låg till grund för intervjuer och fokusgruppsdiskussioner.

Samtliga intervjupersoner behandlas anonymt i resultatredovisningen, vilket innebär att ingen specifik information eller specifika citat ska kunna härledas till enskilda personer.

4. Digitala stöd – kännedom och behov

Utmaningarna och komplexiteten inom hälso- och sjukvården ökar

Sjukvården står inför utmaningar med ökade patientvolymerna och allt fler äldre och multisjuka patienter. Samtidigt ökar kraven på individualiserad vård; patienterna blir alltmer pålästa och insiktsfulla med ökad delaktighet och inflytande på vård och behandling som följd. Patienter söker själva information via nätet i allt högre utsträckning, vilket kan ha inverkan på deras inställning till råd och hantering av behandling. Mängden information när det gäller vård och behandling ökar i snabb takt och kunskap blir snabbt föråldrad. Som läkare blir det allt svårare att hålla sig uppdaterad med ny och föränderlig information när det gäller forskning, medicinteknik, läkemedel och riktlinjer för behandling. Det kan vara både tidskrävande och svårt att få överblick, i synnerhet i samband med patientbesök och beslutssituationer där tiden ofta är knapp.

I takt med ökad komplexitet ökar behovet av välfungerande digitala verktyg

Ny teknik sätter sin prägel på vården och mötet med patienterna, inte minst när det gäller att söka och få tillgång till information. Läkarna är i huvudsak digitala idag och de informationskällor som används är övervägande online-baserade. Det pågår också en teknisk utveckling när det gäller exempelvis artificiell intelligens som är på väg att förändra såväl sjukvården som sättet att interagera med patienter. Överlag finns stora förhoppningar när det gäller de möjligheter som ny teknik kan erbjuda. Samtidigt lämnar framförallt dagens journalsystem en hel del övrigt att önska när det kommer till funktionalitet och användarvänlighet. Sammantaget leder det till skepsis kring hur nya verktyg ska kunna integreras i den dagliga verksamheten så länge befintliga system inte fungerar optimalt.

Kännedom och erfarenhet baseras i huvudsak på olika kunskapsstöd

Insikten och kännedomen om kliniska beslutsstöd varierar och gränsen mellan vad som kan karaktäriseras som kunskaps- respektive beslutsstöd är inte helt tydlig. Framförallt är det olika former av kunskapsstöd som används idag. Dels refererar läkarna till medicinska kunskapsdatabaser såsom Internetmedicin, UpToDate och BMJ Best Practice, samt lokala och nationella verktyg som Viss, VIS och Strama för stöd i beslut om handläggning av patienter. Dels nämns lokala riktlinjer/PM för vårdarbetet som ett stöd, men dessa anses inte alltid vara sammanställda på ett strukturerat sätt i digitalt sökbara system, utan uppfattas mer som handböcker och pappersdokument i digitaliserad form.

Fördelen med kunskapsstöd i form av sökbara databaser är att de kan fungera fristående, exempelvis i en app, och att de inte innehåller några känsliga uppgifter som ur patientsäkerhets- och integritetssynpunkt kan kopplas till enskilda individer. Nackdelen är att kunskapen kan vara spridd i många olika källor och att det inte alltid är lätt att hitta det man söker. Google nämns i sammanhanget som ett frekvent använt alternativ. Ofta är det lättare och snabbare att söka via Google än att behöva logga in i ett eller flera system. Dessutom har man inte alltid fri tillgång till databaser som exempelvis UpToDate, utan det kostar att prenumerera.

Patientspecifika beslutsstöd är åtråvärt, men uppfattas tekniskt avancerat

Även om erfarenheten är begränsad när det gäller kliniska beslutsstöd finns det en tydlig efterfrågan på stöd och verktyg som kan vägleda i beslut kring enskilda patientfall. Baserat på en stor kunskapsmängd förväntas beslutsstödet till skillnad från kunskapsstöd kunna ge patientspecifika råd om diagnos, behandling, utredning och handläggning av enskilda patienter.

Vidare förväntas beslutsstödet också vara lättillgängligt och i bästa fall integrerat med journalsystemet för att få informationen ”serverad” snarare än att aktivt behöva söka upp den på egen hand. Samtidigt blir det genast mer komplext när stödet inte bara ska kunna kopplas till ett visst hälsoproblem eller behandling, utan även till en specifik patient. Det kräver att informationen är åtkomlig och kan journalföras på ett säkert sätt, samt att den underliggande kunskapsbasen är systematiserad på ett sådant sätt att informationen enkelt går att härleda.

Med hänsyn till hur arbetsverktygen ser ut idag har många av läkarna svårt att se hur ett beslutsstöd ska kunna fungera på ett bra sätt i praktiken. Det är fortfarande lite av ”science fiction” och man förutspår att det kommer ta tid innan alla delar kring funktionalitet, integritet och datasäkerhet osv är på plats.

5. Beslutsstöd - Attityder och förväntningar

Beslutsstöd skapar förutsättningar för ökad kvalitet och jämlik vård

Bland de främsta fördelarna som läkarna lyfter fram är att beslutsstöd kan minska risken för fel och förbiseenden och därmed bidra till att kvaliteten i bedömningar och beslut blir både jämnare och säkrare. Beslutsstödet förväntas bygga på den senaste samlade evidensbaserade kunskapen kombinerat med specifika patientdata och kan på så sätt ge en heltäckande och uppdaterad grund för beslut. Systemet kan också uppmärksamma läkaren och påminna om viktiga faktorer att ta hänsyn till när det gäller bedömningar och beslut, samt handläggning av patienter. Det kan exempelvis gälla interaktioner, kontraindikationer, provtagningar och liknande.

Med hjälp av beslutsstöd förväntas vården inte bara kunna bli mer fullgod och riskmedveten, utan även mer likriktad och konsekvent, vilket skapar förutsättningar för jämlik vård såväl lokalt/regionalt som på nationell nivå. På samma gång som det blir enklare att göra rätt i den specifika kliniska beslutssituationen kan det även ske ett lärande och en kunskapsuppbyggnad som på sikt bidrar till att kvaliteten och säkerheten/trygghet i beslut höjs.

Beslutsstöd förväntas spara tid, energi och resurser

Läkarna ser stora fördelar med att beslutsstöd kan spara både tid och energi genom att slippa leta efter information eller säkerställa att man inte har missat något väsentligt. Beslutsstöd kan på så sätt minska arbetsbördan, framförallt i tidspressade situationer, och göra att läkaren kan lägga tid på andra viktiga saker som att lyssna, observera och kommunicera med patienten.

Med beslutsstödet förväntas såväl handläggning som diagnostisering och beslut om behandling kunna ske på ett effektivare sätt genom att nödvändig information finns enkelt tillgänglig och överblickbar i direkt anslutning till den aktuella beslutssituationen. Beslutsstödet förväntas inte bara kunna vara behjälpligt när det gäller prioriteringar i bedömning av viktiga parametrar för diagnos och behandling, utan skulle även kunna användas för patientadministrativa syften. Exempelvis ser man framför sig att det skulle kunna vara användbart för tidsbokning och att slussa patienter rätt genom prioriteringar utifrån vissa patientspecifika data. På så sätt skulle även arbetet kunna bli mer effektivt och resurssparande om patienterna kan hamna rätt och få rätt hjälp från början.

Överlag förväntas det också leda till ökad delaktighet och patientsäkerhet. Dels genom att skapa förutsättningar för bästa möjliga handläggning av patienten och att det går att spåra och verifiera grund för beslut. Dels genom att det kan användas som underlag i dialog med patienter kring beslut och följsamhet till behandling osv, samt även av patienterna själva i egenvårdande syfte.

Beslutsstöd väcker farhågor kring läkarrollen och att ersättas av en maskin

En av de största farhågorna är att digitala beslutsstöd ska leda till en automatisering av beslut och bedömningar och att de mjuka värdena när det gäller mänskliga aspekter som intuition, fingertoppskänsla och erfarenhet går förlorat. En stor del av läkarrollen innebär just att kunna göra en klinisk bedömning baserat på kunskap och erfarenhet i kombination med såväl fakta som intryck av patienten. Även om systemet kan göra vissa saker bättre än läkaren såsom hantering av information, samt analys och sammanställning av stora mängder data, kan det enligt läkarna inte ersätta den kliniska blicken och erfarenheten. Detta är något som läkarna menar innefattas i begreppet "läkekonst" och som innebär att läkaren använder såväl sin kunskap och sin förmåga att kritiskt värdera olika faktorer, som sina sinnen och sin lyhördhet för patientens tillstånd och personlighet.

Automatisering är också kopplat till ansvar och att ansvaret för beslut i slutändan alltid är läkarens. Risken om tilliten till systemet blir för hög är att läkaren slår sig till ro och slutar tänka kritiskt och därmed missar det som systemet inte tagit hänsyn till. Det är därför viktigt att stödet endast betraktas som vägledande och att läkaren med motivering kan frånga de råd som systemet ger. Farhågor handlar också om att den data som systemet bygger sina rekommendationer på inte håller tillräckligt hög kvalitet. Här kan felaktigheter i data få stora konsekvenser i form av fel som kan fortplanta sig och påverka det slutliga beslutet/rekommendationen.

Beslutsstöd måste bygga på klinisk användbarhet, relevans och validitet

Funktionaliteten och interaktionen mellan människa/maskin, läkare/system är centralt för att ett beslutsstöd ska vara användbart. Här finns en hel del farhågor kring hur detta kommer fungera i praktiken.

Utifrån den begränsade erfarenhet av digitala stöd som finns idag är det framförallt olika varnings- och påminnelsesystem man tänker på. Dessa uppfattas som regel inte så avancerade eller intuitiva. Snarare kan de väcka en hel del frustration utifrån att de tenderar att varna i tid och otid om sådant som inte alltid är relevant. Risken med ett sådant system är att det blir en uttrötningseffekt, s k "Alert Fatigue", och att det istället för att fungera som ett stöd blir något som läkarna väljer att

bortse ifrån. Viktigt är därför att stödet tillämpas när och för dem det berör, exempelvis kopplat till specifika terapiområden eller patientgrupper. I detta sammanhang talar läkarna även om fördelar och nackdelar med att beslutsstödet alltid är aktivt, alternativt att det går att välja om man vill aktivera stödet eller inte.

Frågor kring styrning och kontroll väcker också en hel del farhågor som handlar om oberoende, tillförlitlighet och efterlevnad. Överlag anses det väsentligt att beslutsstödet inte är förenat med kontroll i form av ekonomiska incitament eller liknande, utan att det bygger på klinisk funktionalitet och relevans. För att det ska vara trovärdigt är det också viktigt med transparens när det gäller vem/vilka som står bakom, samt hur det medicinska innehållet och systemet förvaltas, uppdateras och granskas.

6. Implementering- Förutsättningar för införandet

Beslutsstöd bör vara tillgängligt för alla i vårdkedjan

Flertalet medicinska områden anses kunna vara föremål för beslutsstöd. Bland annat nämns områden där det finns mycket samlad kunskap och information som till exempel inom kardiologi, samt inom områden där det inte finns standardiserade vårdförlopp eller allvarliga diagnoser som till exempel cancer och sepsis där det krävs hög riskmedvetenhet. Även områden som akutsjukvård, där det krävs snabba beslut och som är förenat med stora risker nämns, samt inom primärvård där många olika tillstånd hanteras och där det handlar om screening och tidig diagnostisering.

Delar av informationen som går att utvinna från beslutsstöd bör vara tillgänglig även för andra i vårdkedjan. Viktigt dock att informationen är anpassad till respektive målgrupp/användare. Sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal, apotek och hemtjänst är exempel som kan vara betjänta av att få tillgång till en viss mängd och typ av information. Överlag ser läkarna fördelar med att även patienter får tillgång till beslutsstöd.

Patientens delaktighet är en viktig pusselbit och beslut om behandling måste alltid tas i samråd med patienten. Exempelvis kan det handla om att bidra med data inför besök eller att få information innan besök för att förbereda sig, alternativt besluta att inte uppsöka sjukvården. Det kan även fungera som stöd för egenvård och följsamhet till behandling för till exempel kroniker eller diabetiker. Samtidigt bör det övervägas hur mycket information de ska ges tillgång till för att inte oroa eller skapa osäkerhet.

Exempel på synpunkter kring tillämpning av beslutsstöd

”Jag har svårt att tänka mig att det finns något område inom medicin som inte skulle lämpa sig för kliniska beslutsstöd. Jag tror att det bygger på att det finns sammanställd information, och gärna riktlinjer. Kardiologin är ett sådant område som är extremt väl genomgånget. Men även inom andra områden kan jag tänka mig att det skulle vara nyttigt, till exempel inom akutsjukvård och anestesi.”

”Det finns egentligen inga hinder för att patienter får tillgång till beslutsstöd, förutsatt att det utvecklas och anpassas på ett sätt som blir begripligt och inte leder till felaktigheter eller missförstånd. Generellt använder vi patienters och även anhörigas kunskap alldeles för lite.”

Införandet av beslutsstöd väcker frågor kring prioriteringar och beslutsmandat

Införandet av kliniska beslutsstöd väcker frågor kring ansvar och beslut när det gäller vilka stöd som ska införas, på vilken nivå och i vilken omfattning. Läkarna resonerar bland annat kring införande på lokal, regional respektive nationell nivå. De föredrar ett nationellt införande eftersom det skapar förutsättningar för jämlikhet både när det gäller vården och tillgången för läkarna. Mer storskaliga nationella lösningar menar man dock kan vara svårt att få till på ett bra sätt, vilket bland annat skillnaderna mellan journalsystem visar, så sannolikt är det något som måste ske stegvis.

Andra aspekter som tas upp är om beslut ska tas på landstings- eller sjukhus/kliniknivå. Intressant att notera är att beslutsstöd i detta avseende skiljer sig från kunskapsstöd där det i större utsträckning är upp till enskilda läkare att välja vilka stöd som ska användas.

Ytterligare en fråga som väcktes i detta sammanhang är hur tvingande det ska vara att använda beslutsstödet. Frågan är om det ska vara möjligt att välja utifrån fall till fall om man vill använda det eller om det ska vara obligatoriskt för vissa diagnoser eller patientgrupper.

Införandet kräver behovsanpassning och förankring hos användarna

Vikten av att det finns en klinisk **förankring** vid införandet av beslutsstöd framhålls. Såväl vid framtagandet som införandet bör det finnas ett nära samarbete med professionen. Dessutom bör det säkerställas att användarna har rätt förutsättningar och kompetens att använda beslutsstödet genom att utbilda och stödja i den praktiska yrkesutövningen.

Användarvänligheten är central för att stödet ska fungera som avsett. Detta innefattar enkelhet när det gäller att få tillgång till systemet, att det inte innebär ökad administration och att navigeringen är intuitiv. Optimalt fungerar beslutsstödet oberoende av plattform, samt integrerat med journalsystemet.

Beslutsstödet måste vara **anpassat till den kliniska vardagen** för att det ska uppfattas som relevant, vilket kräver noggrann analys kring hur behoven ser ut och på vilket sätt ett stöd kan göra skillnad.

Det ses som väsentligt att beslutsstödet är anpassat till den målgrupp bland läkare som ska använda det, samt till den typ av patienter och den verksamhet där det ska tillämpas.

Införandet bör bygga på en ändamålsenlig och användarcentrerad **utveckling** där det finns en öppenhet för justeringar och synpunkter från användarna. Med hänsyn till den medicinska utvecklingen är det viktigt att kunna anpassa beslutsstödet till förändrade krav och att förbättringar kan göras under arbetets gång.

Exempel på synpunkter kring införandet av beslutsstöd

”Jag förväntar mig att det finns på många plattformar, och att det är uppdaterat för de nya plattformar som kommer. Det får inte låsas fast vid någon plattform, utan måste fortsätta utvecklas. Jag är så less på att logga in. Nu när man har en telefon där man använder tumavtryck kan jag inte förstå varför man inte har det överallt.”

”Man behöver se till att man har med sig professionen redan i ett tidigt skede och att man involverar aktiva kliniker i utvecklingen. Dessutom behövs det utbildning kring hur stödet ska användas. Det gäller att lotsa in användarna utifrån de olika förutsättningar som finns.”

7. Slutsatser - analys och implikationer

Slutsatser

Beslutsstöd väcker intresse

- Det finns en kännedom om och intresse för kliniska beslutsstöd där läkarna ser att det kan innebära stora möjligheter att utveckla vården inom ett flertal områden.
- Det råder ingen tvekan om att utvecklingen av smarta tekniska lösningar och artificiell intelligens är något som kommer och som man behöver förhålla sig till. Fortfarande är det dock diffust vad det konkret kommer innebära och vilka implikationer det får.

Beslutsstöd kan innebära stora fördelar

- De fördelar läkarna ser att kliniska beslutsstöd kan erbjuda handlar huvudsakligen om en kvalitetshöjning och kvalitetssäkring av vården, samt att vården får förutsättningar att bli mer jämlik.
- Andra stora fördelar som lyfts fram är den effektivitet och de resursbesparingar det kan innebära. Förväntan är att beslutsstöd ska göra att man snabbt och enkelt får

tillgång till information och att man kan lägga tid på andra mer väsentliga saker som att träffa och hjälpa patienter.

Tvivel kring den praktiska tillämpningen

- På samma gång som läkarna ser möjligheter ser de också att det finns hinder. Överlag finns en luttrad inställning när det gäller funktionalitet och användbarhet hos de IT-lösningar som man inom vården har tillgång till idag. Inte minst gäller det hur journalsystemen fungerar och där variationen också är stor i olika delar av landet.
- Det gör att det finns en avvaktande skepticism och farhågor kring hur det kommer fungera i praktiken. Baserat på läkarnas erfarenhet är tilltron låg till att införandet av beslutsstöd kommer gå smärtfritt.

Implikationer

A och O är att det finns en koppling till det befintliga journalsystemet.

- Eftersom allt som har med patientspecifika uppgifter att göra behöver hanteras och dokumenteras på ett säkert sätt är det väsentligt att beslutsstödet är kompatibelt och integrerat med journalsystemet. Risken är annars stor att det blir dubbelarbete och att beslutsstödet inte fyller avsedd funktion.
- Värt att notera är att kliniska beslutsstöd skiljer sig i detta avseende från kunskapsstöd som fungerar fristående och därmed inte är avhängigt av journalhanteringen.

Transparens kring förvaltning, uppdatering och granskning är väsentligt för trovärdighet och tillit.

- Förutom funktionaliteten är det viktigt med tydlighet kring vem som står bakom beslutsstödet och vem som har ansvar för uppdatering och granskning.
- Öppenhet och trovärdighet är särskilt viktig i det här sammanhanget där det är enskilda läkare som i slutändan är personligt ansvariga för de bedömningar och de beslut som tas baserat på stödet.

Utveckling och införande bör bygga på dialog och samverkan med professionen.

- För att lyckas med implementeringen krävs dels en agil utvecklingsprocess som involverar användarna, dels en tydlig vägledning vid införandet kring hur beslutsstödet kan användas och vara till hjälp i beslutsprocessen.

8. Vägen framåt

Som avslutande moment i projektet genomfördes den 7 mars 2018 ett seminarium utifrån Ipsos rapport. Seminariet inleddes av Maria Hedengren från Ipsos som redovisade hur arbetet gått till samt vad de kommit fram till utifrån intervjuer och diskussioner. Därefter fördes ett panelsamtal mellan

Anna Lefevre Skjöldebrand från Swedish Medtech, Elin Karlsson från Läkarförbundet och Patrik Sundström som är eHälsoansvarig på SKL. Panelsamtalet leddes, liksom seminariet i stort, av Lena Svendsen från Swedish Medtech. Publiken uppmuntrades att aktivt delta i diskussionen och samtalet var interaktivt mellan panel och åhörare. Ipsos rapport utgjorde grunden för samtalen och diskussionen rörde framförallt hur man ska gå vidare med arbetet för att införa bättre och mer funktionella beslutsstöd i vården. Implementeringen är nyckelfrågan, och det är viktigt att identifiera vilka hindren är och hur de kan bemötas.

Nedan följer några av de inspel som togs upp på seminariet som kompletterar de behov och synpunkter som framkommit i studien.

- En deltagare framförde en teori om att de läkare som deltagit i projektet kan ha varit för försiktiga och ha haft för låga ambitioner och förväntningar på vad som kan göras med beslutsstöd. Deltagaren menade att riktigt bra beslutsstöd har potential att förändra sjukvården enormt mycket och både förbättra samt effektivisera. Om iakttagelsen stämmer kan det ha en grund i hur frågeställningarna har framförts i undersökningen eller att deltagarna främst har fokuserat på befintliga problem och inte de situationer man kan ställas inför i en mer avlägsen framtid. Det har definitivt funnits mer visionära inspel under de diskussioner som förts, men för en läsare kan det uppfattas som att tyngdpunkten i rapporten ligger på problembeskrivning och den korta sikten.
- Det bästa ska inte bli det godas fiende, på så sätt att även om ett nytt beslutsstöd inte är perfekt kan det vara klokt att införa det om det är bättre än nuläget. Det perfekta kommer aldrig komma i ett steg; det kan komma utmaningar i och med ett införande, men det får inte innebära att man aldrig vågar förändra arbetsmetoder. Läkare har en unik position och det är viktigt att de är med kontinuerligt i processen för införande, eftersom de både besitter kompetensen och är de som i stor utsträckning ska använda verktygen. De kan här tidigt ges möjlighet att påtala potentiella risker och problem. Om läkare är missnöjda med ett system är risken stor att det inte kommer att användas.
- De beslutsstöd som införs måste förenkla och förbättra arbetet för professionen. De måste anpassas efter de arbetsmetoder personalen vill använda, och inte tvärtom, för att kunna implementeras i det dagliga arbetet. Hindret är inte att ha flera olika stöd, utan att de inte är kompatibla. De måste prata med varandra. Interoperabiliteten måste finnas där.
- En deltagare lyfte problematiken för läkare att hinna både delta aktivt i digitaliseringsarbetet och den kliniska verksamheten. Deltagaren menade att det fanns låg acceptans från läkarkollegor att inneha en delad tjänst mellan klinik och digitaliseringsarbete. Läkarna står ofta inför valet att göra antingen eller, vilket kan försvåra utvecklingen. Men med fler läkare som både arbetar med digitalisering och traditionellt kliniskt arbete skapas både trovärdighet i införandet och i dialogen med personalen samt att det innebär en direkt ökad förståelse för vad som faktiskt behövs och kan fungera.
- Inställningen till beslutsstöd kan variera mellan olika åldrar, på sätt som kanske inte är uppenbara. Yngre läkare kan vara mindre benägna att vilja fatta egna beslut än äldre läkare. Det förefaller i så fall inte enbart vara en fråga om erfarenhet utan en fråga om inställning till standardiserade arbetsätt i ett bredare perspektiv. Yngre läkare ställer högre krav på enhetliga arbetsätt och standardiserade metoder, medan äldre oftare tenderar att se

arbetet som just "läkekonst" där varje läkare ska ha stor frihet i de beslut som ska tas, enligt inspel under seminariet.

En slutsats är att området väcker intresse, och innebär stor potential för att underlätta i läkarnas och övrig professions vardag. Det står tydligt att samverkan mellan teknikutvecklare/företag och vårdprofessionen/läkarna är nödvändig för att nå den fulla potentialen och samtidigt undvika presenterade farhågor. Vidare har denna rapport inte tittat specifikt på patientperspektivet. Dock framkom kommentarer både under intervjuerna och seminariet om att även patienterna skulle kunna interagera med beslutsstöd, förutom de indirekta fördelarna med en mer jämlik vård. Vi finner det viktigt att i den fortsatta utvecklingen och införandet arbeta med patientperspektivet i fokus.

För mer information om denna rapport kontakta

Lena Svendsen, Swedish Medtech, [lena.svendsen\(at\)swedishmedtech.se](mailto:lena.svendsen@swedishmedtech.se), eller

Joakim Skoog, Sveriges läkarförbund, [joakim.skoog\(at\)slf.se](mailto:joakim.skoog@slf.se).

Stockholm april 2018