

Dominerar lex Maria-fallen inom primärvård och akutsjukvård

BRA TEAMARBETE, TRE-REGELN, KONTROLLFRÅGOR OCH BÄTTRE TRÄNING I DIAGNOSTIK ÄR NÅGRA ÅTGÄRDER FÖR ATT MINSKA RISKEN FÖR FEL

Rita Fernholm,
allmänläkare, med
lic, Boo vårdcentral,
Nacka
● rita.fernholm@sl.se

Per Björgell, special-
listläkare, med dr,
Björgells Akuta sjuk-
domar och skador AB

Många fel som sker inom sjukvården är av mindre allvarlig karaktär och innebär inte att patienten skadas. Studier över allvarigare fel som i olika länder lett till anmälan rör huvudsakligen missade eller försenade diagnoser [1, 2], speciellt cancer och hjärtsjukdom i primärvård [3, 4], och dynamiska, progressiva tillstånd inom akutsjukvård [2, 5, 6]. Detta stämmer väl överens med svenska data från Nationellt IT-stöd för händelseanalys (Nitha), Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (Löf). Under 2015 gällde 40–50 procent av lex Maria-fallen från primärvård och akutmottagningar just diagnostisering.

Diagnostiska fel kan definieras som »oförmågan att (a) etablera en korrekt förklaring till patientens problem i rätt tid, eller (b) kommunicera den förklaringen till patienten« [7]. Världshälsoorganisationen (WHO) har nyligen behandlat patientsäkerhet i primärvård och därvid inkluderat diagnostiska fel som ett hög-prioriterat problem [8].

Både primärvård och akutmottagningar kännetecknas av stora patientflöden, och arbetet styrs till stor del på basis av symtombeskrivningar. Vidare är primärvård och akutmottagningar i diagnostiska avseenden speciella, eftersom patienten ofta kommer tidigt i ett sjukdomsförlopp, kan presentera vaga och inte fullt utvecklade symtom och ett flertal diagnoser kan förklara symtomen. Dessutom finns inte alltid möjlighet att bedöma hur tillståndet har utvecklats eller tid att avvaka tillståndets utveckling innan beslut måste fattas.

Förhållandena i primärvård och på akutmottagningar varierar stort över landet, men många faktorer är gemensamma när det gäller risker för diagnostiska fel. Ett diagnostiskt fel kan orsakas av bl a kompetensbrist, vanlig glömska, att man feltolkar en situation eller argumenterar mot sig själv (»patienten ser inte så sjuk ut«). Det kan röra sig om kognitiva misstag, tidsbrist, överbelastning eller bristande helhetsbild.

Ett normativt fel kan uppkomma när man inte gör det som är normen. Det kan ske otillåtna avsteg från pm och riktlinjer.

Terapeutiska fel innebär fel åtgärd eller utebliven åtgärd, t ex felaktig medicinering eller dosering, eller att patienten borde ha opererats direkt.

Patientrelaterade problem eller fel är också vanliga. Hit hör språkproblem, vilka är vanliga, liksom missförstånd och ibland bristande följsamhet.

Övergripande fel, systemfel och kommunikativa fel

Brister i läkarkontinuitet är vanliga, vilket gör att

ingen ser hela bilden. Tidsbrist kan leda till minskad noggrannhet, och pressad ekonomi kan leda till snärlare provtagning. Fungerande signeringsrutiner av röntgen och provsvar kan saknas, exempelvis när en kollega blir sjuk och svar riskerar då att bli liggande [9]. Avsaknad av kallelsesystem kan leda till att vissa uppföljningar inte blir av, exempelvis uppföljnings-

»Förhållandena i primärvård och på akutmottagningar varierar stort över landet, men många faktorer är gemensamma när det gäller risker för diagnostiska fel.«

koloskopi. Det kan finnas brister i telefonrådgivning; patienten får kanske rådet att vänta och se även när det finns varningsflaggor. Det är viktigt att sjuksköterskor och läkare är överens om vad som utgör varningsflaggor, t ex via gemensamma beslutsstöd som 1177 Vårdguiden.

Kommunikationsproblem är vanliga, det kan röra sig om remisser som inte kommer iväg från vård-enheten eller brister i remisshantering hos mottagande enhet. Stor risk för försenad diagnos föreligger om önskemål om vidare utredning inte når fram till primärvården, t ex om önskemålet bakas in i en slut-

HUVUDBUDSKAP

- En betydande andel av lex Maria-ärenden från primärvård och akutsjukvård utgörs av diagnostiska fel och misstag.
- Bakomliggande orsaker kan vara övergripande fel/systemfel inklusive kommunikationsproblem, patientrelaterade faktorer samt läkarrelaterade faktorer inklusive kognitiva misstag.
- Att tänka på tre-regeln och att ställa kontrollfrågor är ett par av de möjliga åtgärderna för att komma tillrätta med problemen.

anteckning utan att remiss skickas. Kommunikativa fel kan också handla om bristfällig rapport vid byte av vårdnivå [10].

Patientrelaterade faktorer

Patienten kan ha bristfälliga kunskaper i svenska. En tolk kan aldrig helt kompensera, och information riskerar att gå förlorad i ett tolkat möte. Ibland måste konsultationen dessutom ske utan tolk, exempelvis i brådskande lägen, och ibland har även läkaren bristfälliga kunskaper i svenska.

Någon gång inträffar följsamhetsproblem, där patienten väljer att avstå från rekommenderade åtgärder eller helt enkelt inte förstår budskapet.

Dåligt bemötande kan leda till att patienten avbokar sitt återbesök, och en för låg patient- eller anhörigdelaktighet kan leda till sämre följsamhet till utredning.

En särskild riskgrupp är patienter med nedsatt autonomi. Hos dessa patienter är det av extra stor vikt att vara lyhörd för det som anhöriga och/eller omvårdnadspersonal förmedlar.

Vidare kan det ta tid innan patienten söker för sina symtom, t ex på grund av att patienten nonchalerar symtomen eller för att det är krångligt att boka tid till vårdcentral. Patienten kanske söker specialist direkt, t ex med ont i benet och vill därför träffa en ortoped, men orsaken kanske är internmedicinsk eller kirurgisk, vilket kan fördröja diagnosen.

Läkarrelaterade faktorer

Bristande medicinsk kompetens eller brister i förmågan att syntetisera olika tillgängliga fakta är en vanlig orsak när diagnostiska fel och misstag inträffar. Läkare eller sjuksköterska inser då inte sambandet mellan ett symtom och en sjukdom. Två exempel utgörs av dels halsont och tilltagande sväljningssmärta som är den vanligaste kliniska bilden vid epiglottit hos vuxen, dels makroskopisk hematuri som kan innebära urotelial cancer och alltid ska utredas.

Ett annat problem är att undersökaren ibland inte kan tolka eller utföra sin egen undersökning korrekt, och då är det lätt att missa t ex stroke eller sepsis.

Ett diagnostiskt fel som inte behöver ha så stora konsekvenser för den enskilde individen men som påverkar samhället i stort är när virusinfektioner tolkas som bakterieinfektioner, vilket inte är helt ovanligt. Det leder till antibiotikaförskrivning med risk för påverkan på resistensläget och förstås även risk för biverkningar hos patienten. Därför är det viktigt att varje verksam läkare håller sig uppdaterad, repeterar, deltar i fortbildning och läser facklitteratur. Här har också arbetsgivaren ett stort ansvar då tid och medel måste avsättas för ständigt lärande.

Läkaren kan vara överbelastad och trött, vilket påverkar den kognitiva förmågan. Varningsflaggor kan missas. Den multisjuka patienten ger en mer svårtolkad bild, och psykiatrisk samsjuklighet utgör en speciell utmaning.

Bristande möjlighet till kollegial rådfrågning kan försämra diagnostiken, och läkarens kompetens behöver vara »väl kalibrerad«. Både övervärdering och undervärdering av egen kunskap ökar risken för diagnostiska fel och misstag. Övervärderad kunskap kan leda till felaktiga beslut, medan undervärderad kunskap

FAKTA 1. Åtgärder

Tänkbara åtgärder för att minska risken för diagnostiska fel och misstag i primärvård och på akutmottagning

- Tänk på tre-regeln, dvs ha alltid minst tre differentialdiagnoser i åtanke för att behålla ett lateralt tänkande.
- Ställ kontrollfrågor: Vad talar för diagnosen? Vad talar emot diagnosen? Vad kan det annars vara?
- Nya läkare bör inte arbeta ensamma på akutmottagning eller vårdcentral utan stöd från mer erfarna kollegor.
- Ett gott teamarbete med möjlighet till förnyad bedömning och att diskutera problem och symtom.
- Tänk högt, engagera andra i teamet, konsultera kollega eller konsult om detta är möjligt.
- Lär patienterna ställa kontrollfrågor. En stärkt patient ger en säkrare vård, och vi bör i mötet med patienten verka för en personcentrerad vård. Journal via nätet är också ett sätt att stärka patientens delaktighet och engagemang.
- Förbättrad utbildning och träning i den diagnostiska processen – var medveten om kognitiva fallgropar.
- Använd stödjande IT-system och beslutsstöd.
- Identifiera lokala risker och minimera dessa. Vilka är de stora riskerna på vår vårdenhets? Se över alla riskområden. Kan avvikande provsvar/röntgensvar bli liggande? Hur säkerställs patientens uppföljning?
- Se över systemfel. Går det att bygga in skyddsnet? Fungerar våra remissvägar?
- Främja en kultur som underlättar den diagnostiska processen, feedback och involverade patienter.
- Skapa ersättningsystem som stödjer den diagnostiska processen.

kan leda till onödigt många undersökningar och/eller omfattande provtagning. Vidare kan dålig kännedom om rutiner och riktlinjer skapa problem.

Kognitiva misstag

Kognitiva misstag utgör troligen en relativt stor andel av diagnostiska misstag [11]. Hit hör tillgänglighetsfel (den diagnos som ligger närmast i tanken). Ett exempel är att många kvinnor söker vårdcentral på grund av sveda vid miktation och läkaren tänker urinvägsinfektion, inte klamydia. Har man omvänt nyligen haft en patient med klamydia, är det lättare att tänka tanken att det skulle kunna vara klamydia när man träffar en patient med miktationssveda.

Vid bekräftelsefördom ser man det som passar in på det man tror att patienten lider av. Man väljer selektivt ut information eller väljer bort information som inte passar.

Ett affektivt misstag innebär att man inte vill hitta allvarliga diagnoser hos någon man tycker om.

Ett representativitetsfel sker då man tillskriver en patient en rutinmässig mall, t ex att en sportig ung person nog inte kan ha en hjärtsjukdom eller att en patient med hög ålder nog har demens. Ett relativt nyligt och uppmärksammat fall är den äldre kvinna

som antogs försämrats i sin demens då hon inte längre kunde prata eller komma upp ur sängen. När alla läkemedel till slut sattes ut förbättrades hon raskt. Det visade sig att koncentrationen av hennes epilepsimedicin inte kontrollerats på flera år; hennes försämring berodde på överdosering av antiepileptika.

Den som begår algoritmfel halkar in i ett schema (exempelvis enligt evidensbaserad medicin). Man slutar att ha ett lateralt (differentialdiagnostiskt) tänkande. När tanken för snabbt hamnar i en algoritm eller i ett vårdprogram kan diagnostiken försämrats.

»Den stora majoriteten av missade allvarliga diagnoser rör tämligen vanliga åkommor som cancer, hjärtinfarkt, stroke, infektion, chock och blödning ...«

Att sluta leta när man hittat något (söknojdhets) kan leda fel. Hosta kan tolkas som orsakad av ACE-hämmare, men kan vara lungcancer. Alla dessa patienter ska förstås inte lungröntgas, men ett uppföljande telefonsamtal efter 2 veckor för att kontrollera att hostan försvunnit efter medicinbyte kan vara bra.

Diagnostiskt momentum innebär att någon (patient, sjuksköterska, läkare) tror på en diagnos och, medvetet eller omedvetet, för den vidare till nästa person via bokning, remiss eller journal.

Vid en ankareffekt tar man fasta på initiala fynd och drar förhastade slutsatser som sedan inte omprövas.

Allvarliga och vanliga diagnoser missas

Den stora majoriteten av missade allvarliga diagnoser rör tämligen vanliga åkommor som cancer, hjärtinfarkt, stroke, infektion, chock och blödning [5]. Bland lex Maria-ärenden från 2015 [12] dominerar inom primärvård diagnostiska fel och misstag samt

fullbordade självmord; inom vård och behandling på akutmottagning dominerade diagnostiska fel och misstag.

Möjliga åtgärder för att minska problemet

Få studier finns av vilka preventiva åtgärder som ger störst effekt, men bra sammanställningar finns [13-16].

Vårt viktigaste råd är att alltid ha minst två eller tre differentialdiagnoser i åtanke, dvs att använda »tre-regeln« (Fakta 1). Regeln hjälper oss att inte tappa lateralt tänkande. I Fakta 1 presenteras andra tänkbara motåtgärder. Risken för överdiagnostik, och konsekvenserna av detta, ska inte föraktas [17].

Internationellt skapas centrum för att utveckla kunskapen om diagnostik. Även i Sverige pågår nu arbete med standardiserade vårdförlopp inom cancervård där diagnostiska processer tydliggörs, och resurser tillförs de centrum för utredning av allvarliga ospecifika symtom som växer fram.

En grundförutsättning för att kunna ställa korrekt diagnos är att den som ska göra det har rätt utbildning och tillräcklig erfarenhet för uppgiften. Goda medicinska kunskaper kan aldrig kompenseras bort genom andra åtgärder. Dessa goda kunskaper måste finnas även hos andra yrkeskategorier, exempelvis hos kommunernas sjuksköterskor; detta för att optimera det underlag läkaren ställer diagnos på.

Det finns en stor och outnyttjad potential i våra vård-IT-system att dels skapa skyddsnät som fångar möjliga diagnostiska avvikelser, dels ge bättre uppföljning och återkoppling av de diagnoser vi ställer.

Slutligen behöver patientens involvering i den diagnostiska processen bli bättre [7]. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2017;114:EHDZ

REFERENSER

1. Fordyce J, Blank FSJ, Pekow P, et al. Errors in a busy emergency department. *Ann Emerg Med*. 2003;42:324-33.
2. Källberg AS, Göransson KE, Östergren J, et al. Medical errors and complaints in emergency department care in Sweden as reported by care providers, healthcare staff, and patients - a national review. *Eur J Emerg Med*. 2013;20:33-8.
3. Singh H, Giardina T, Meyer A, et al. Types and origins of diagnostic errors in primary care settings. *JAMA Intern Med*. 2013;173:18-25.
4. Gandhi TK, Kachalia A, Thomas EJ, et al. Missed and delayed diagnoses in the ambulatory setting: a study of closed malpractice claims. *Ann Intern Med*. 2006;145:488-96.
5. Klagomålsbeslut 2012-2013. Sammanställning och analys av beslut från Socialstyrelsen och IVO. Göteborg: Västra Götalandsregionen, Hälso- och sjukvårdsavdelningen; 2014.
6. Hur står det till med våra akutmottagningar? Tillsyn av patientsäkerheten vid akutmottagningar i Uppsala/Örebro sjukvårdsregion. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg (IVO); 2015. Artikelnr IVO 2015-76.
7. Balogh EP, Miller BT, Ball JR, editors. Improving diagnosis in health care. Washington, DC: National Academies Press; 2015.
8. Diagnostic errors. Technical Series on Safer Primary Care. CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Geneva: World Health Organization (WHO); 2016.
9. Callen JL, Westbrook JI, Georgiou A, et al. Failure to follow-up test results for ambulatory patients: a systematic review. *J Gen Intern Med*. 2012;27:1334-48.
10. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 2007;297:831-41.
11. Groopman J. Hur läkare tänker. Göteborg: Bokförlaget Daidalos; 2009.
12. Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Statistiktabel för Lex Maria 2015. <http://www.ivo.se/om-ivo/statistik/lex-maria-och-lex-sarah/>
13. Singh H, Schiff GD, Graber ML, et al. Narrative review: the global burden of diagnostic errors in primary care. *BMJ Qual Saf*. 2016;25:544-53.
14. Tudor Car L, Papachristou N, Bull A, et al. Clinician-identified problems and solutions for delayed diagnosis in primary care: a PRIORITIZE study. *BMC Fam Pract*. 2016;17:131.
15. Kachalia A, Gandhi T, Puopolo AL, et al. Missed and delayed diagnoses in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2007;49:196-205.
16. Goyal D, Mattu A, editors. Urgent care emergencies. Avoiding the pitfalls and improving the outcomes. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2012.
17. Holzmang MJ, Bandstein N. Utredning av bröstsmärta fick oanade konsekvenser. Många undersökningar och test inte alltid av godo. *Läkartidningen*. 2016;113:DX9S.

SUMMARY

Diagnostic errors in primary care and in the emergency departments

Between 40 and 50 percent (2015) of issues dealt with by the supervisory authorities (lex Maria-issues) from primary care and from acute/emergency departments deal with diagnostic errors. Here, we present underlying issues such as systemic issues, patient related issues and doctor related issues that are more specific in primary care and acute/emergency departments. Finally, we briefly present possible actions to reduce the risk of diagnostic errors.