

Diagnostiska fel nytt fokus för IOM-rapport

DIAGNOSTIK BEHÖVER UPPMÄRKSAMMAS BÄTTRE I PATIENTSÄKERHETSARBETET

Diagnostiska misslyckanden - att diagnosen blir fel, fördröjd eller inte ställs alls - är en av de vanligaste avvikelserna inom hälso- och sjukvården. Dessa avvikelser har hittills inte varit speciellt uppmärksammas vare sig i internationellt eller svenskt patientsäkerhetsarbete.

I september 2015 publicerade amerikanska Institute of Medicine (IOM) den av många efterfrågade rapporten »Improving diagnosis in health care« [1], som ingår i serien »Crossing the quality chasm«.

Den första rapporten »To err is human« 1999 blev genombrottet för modernt patientsäkerhetsarbete. Redan då fanns kunskapen om att diagnostiska fel var vanliga, men av olika skäl kom fokus för forskning och insatser att inriktas på andra områden som läkemedel, vårdrelaterade infektioner och fallskador.

Ett uttryck för detta i Sverige är de årliga lägesrapporter om patientsäkerhetsområdet som Socialstyrelsen sammanställer; där omnämns diagnostiska fel över huvudet taget inte. En bidragande orsak till bristen på uppmärksamhet kan vara att det är förknippat med betydande svårigheter att mäta diagnostiska fel och att kunskapsläget behöver utvecklas.

Vanligt med diagnostiska fel

All forskning visar att diagnostiska fel framför allt handlar om de vanliga diagnosgrupperna - inte de sällsynta. En försiktig skattning av problemets omfattning indikerar att 1 av 20 vårdsökande råkar ut



Anders von Heijne, överläkare, röntgenavdelningen, Danderyds sjukhus
• anders.vonheijne@ds.se



Marion Lindh, leg läkare, ordförande, Svenskt forum för vårdkvalitet; båda Stockholm

för diagnostiska fel årligen och att vi alla kommer att drabbas någon gång under livet. Dessvärre leder diagnostiska fel även till en betydande andel undvikbara patientskador som medför lidande, sämre prognos och betydande kostnader på grund av högre resursutnyttjande. Mycket talar alltså för att det lönar sig att försöka åtgärda diagnostiska fel.

Risken för fel och fördröjningar anses vara störst där den diagnostiska osäkerheten är störst - på akutmottagningar och i öppenvård. Klinisk diagnostik leder till diagnostiska fel i 10-15 procent av fallen. I specialiteter som framför allt baseras på visuell granskning, t ex radiologi, hud och patologi, skattas andelen fel vara 3-5 procent. Det är viktigt att vara medveten om att såväl individ- som systemrelaterade orsaker (t ex informationsbrist, bristande syntes av fakta och kognitiva tankefel - ofta i kombination med omgivningsfaktorer som hög arbetsbelastning, störningar och olämplig arbetsmiljö) kan ligga bakom.

Det kan noteras att systemfaktorer oftare orsakar fördröjning av diagnos, medan kognitiva faktorer oftare leder till felaktig diagnos.

Ökat intresse för bättre diagnostik

De senaste fem åren har intresset för förbättrad diagnostik successivt ökat. Insatser för att öka säkerheten kan vara att

- få en bättre uppfattning om förekomsten av diagnostiska fel
- satsa på utbildning i besluts-kognition
- skapa bättre IT-stöd
- skapa effektivare skyddsnät och barriärer som fångar fel och förhindrar patientskada.

Ett annat viktigt område är att säkerställa former för återkoppling till både verksamheter och individuella diagnostiker om huruvida diagnosen var korrekt eller felaktig. Society to Improve Diagnosis (SIDM)

bildades för åtta år sedan och har samlat en rad forskare inom området. En framställan från SIDM till IOM bidrog till att rapportarbetet kom i gång, och flera av experterna som medverkat är medlemmar. SIDM tog även under 2015 initiativ till att bilda Coalition to Improve Diagnosis tillsammans med 13 organisationer som representerar såväl patienter, professioner, myndigheter och vårdorganisationer i USA.

»... att förbättra och säkra diagnostiken är en grundläggande fråga för läkare.«

Teamarbete och patientengagemang i fokus

Rapporten, som omfattar drygt 350 sidor, finns tillgänglig på IOM:s webbplats. Här finns också material från flera konferenser som hölls under 2014 som en del av rapportarbetet. En aktuell sammanställning av kunskapsläget med utförliga referenslistor finns att läsa, och hela rapporten utmynnar i ett antal konkreta rekommendationer. IOM har valt att profilera rapporten mot teamarbete och patientengagemang, vilket är i samklang med aktuella strömningar inom patientsäkerhetsarbete internationellt.

Överdiagnostik, som diskuterats mycket de senaste åren, inte minst i samband med olika screeningprogram, utelämnas tyvärr helt. Författarna uttrycker en from förhoppning om att en allmänt förbättrad diagnostik också kommer att ha positiva effekter på överdiagnostik.

Trots sitt omfång är rapporten orienterande beträffande viktiga komponenter i diagnostik och beslutsfattande, och läsaren måste därför söka mer detaljerade fakta i andra källor. Referenslistorna är dock väl uppdaterade och tillräckligt omfångsrika för fortsatt fördjupning. Rapportens

HUVUDBUDSKAP

- Diagnostiska fel är vanligt förekommande.
- De har hittills inte uppmärksammas tillräckligt i patientsäkerhetsarbetet.
- IOM:s nya rapport sammanfattar kunskapsläget och ger råd om fortsatt arbete.

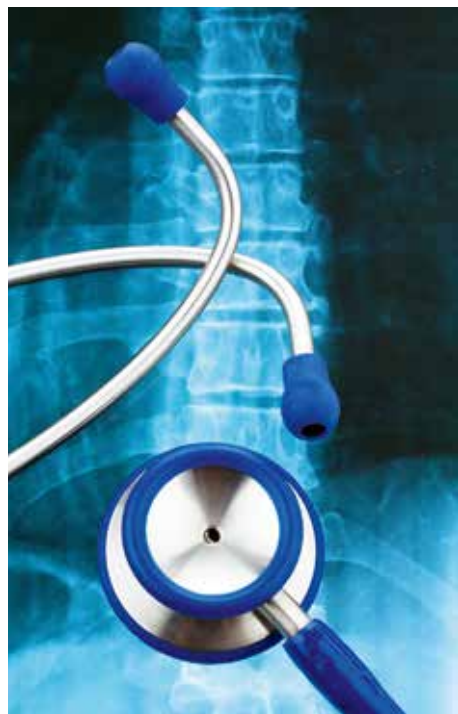


Foto: Colourbox

Diagnostiska fel är vanliga – 10–15 procent av fallen inom klinisk diagnostik.

Sammanfattning är alltför allmänt hållen för att fungera som handledning för den enskilde läkaren.

Ny och mer allmänt hållen definition

IOM inför en ny definition av diagnostiska fel med tydlig patientcentrering: »The failure to (a) establish an accurate and timely explanation of the patient's health problem(s) or (b) communicate that explanation to the patient.«

Detta kan jämföras med tex patientnämndernas klassifikation, där begreppen är fördröjd, utebliven eller felaktig diagnos eller undersökning/utredning.

Beskrivningen av den diagnostiska processen har getts en egen grafisk framställning som framhåller patientens roll och det iterativa arbetssättet i diagnostik.

Även om definitionen på ett bra sätt belyser problematiken, är det ändå olyckligt att IOM valt att ta fram en så allmänt hållen definition att den knappast fungerar för forskning eller i analys- och kvalitetsarbete. I rapporten finns dock andra definitioner och beskrivningar belysta i text

och referenser. En mer allmänt accepterad definition är en angelägen fråga att lösa för att förenkla fortsatt forskning och utveckling inom området.

Rapportens slutsatser

Precis som i IOM:s övriga rapporter ges ett antal rekommendationer:

- Stärk teamarbetet kring diagnostiska processer.
- Förbättra utbildning och fortbildning.
- Säkerställ att IT stödjer patienter och personal vid diagnostik.
- Utveckla och implementera sätt att identifiera, minska och lära sig av diagnostiska misslyckanden.
- Finansiera forskning.
- Utveckla ersättningssystem, rapportering, kultur, arbetsmiljö och arbetssätt som leder till förbättrad diagnostik.

Som inspirationskälla till lokala insatser för lärande om och av diagnostiska fel – varför inte som projekt för ST-läkare? – är rapporten ett välkommet tillskott. För patientsäkerhets- och utbildningsansvariga på alla nivåer inom hälso- och sjukvården bör den vara en obligatorisk läsning.

Verksamhetsledningar och landsting kan få vägledning angående områden att stödja och följa upp. Inte minst finns här kopplingar till frågor kring patientcentrering. För våra myndigheter, där redan ett arbete pågår som syftar till bättre återkoppling från tillsyn, granskningar och ärendeutredningar, ger rapporten ett tillskott i kunskapsläget.

Fortsatt arbete i Sverige

Nationella databaser och rapporter kan ge oss en fingervisning om var vi står i dagsläget i svensk sjukvård vad gäller förekomst av diagnostiska fel. I IVO:s (Inspektionen för vård och omsorg) statistik för 2014 handlar 21,2 procent av ärendena om diagnostisering, att jämföra med 36,8 procent som berör vård och behandling [2]. Hos patientnämnderna handlar 28 procent av de klagomål som rör vård och behandling under 2014 antingen utredning eller diagnos [3].

I NITHA:s (Nationellt IT-verktyg för händelseanalyser) databas fanns vid årskiftet 512 registrerade fall, där diagnosfel bedömts vara huvudorsak i 23,8 procent [4]. Patientförsäkringen LÖF utreder drygt

1 000 fall av diagnosrelaterade skador årligen, vilket utgör omkring 10 procent av deras ärenden [Jon Ahlberg, Stockholm, pers medd; 2015].

Det ska bli spännande att se vilket genomsnittligt antal frågor kring diagnostiska fel kommer att få på kommande internationella patientsäkerhetskonferenser, tex International forum on quality and safety in healthcare i Göteborg i april 2016 och den svenska patientsäkerhetskonferensen hösten 2016. IOM:s rapport avhandlar ett så pass väsentligt område att den rimligen borde utgöra en milstolpe i patientsäkerhetsarbetet, och den förtjänar att prioriteras av vårdens aktörer på flera nivåer.

För bästa effekt behöver insatser samordnas och koordineras på olika nivåer så att frågan om diagnostiska fel blir belyst och hanterad ur olika perspektiv i vårdssystemet. Inte minst behövs ett stort mått av engagemang från läkarkåren. Att gemensamt och i samverkan med andra aktörer arbeta för att förbättra och säkra diagnostiken är en grundläggande fråga för läkare. Samtidigt som lärandet är en stor utmaning är det ett gyllene tillfälle att utveckla den egna kompetensen och bidra till högre kvalitet för patienten – IOM:s rapport är en mycket välkommen uppmaning till oss alla att göra skillnad. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2016;113:DSCU

REFERENSER

1. Committee on Diagnostic Error in Healthcare; Balogh EP, Miller BT, Ball JR, editors. Improving diagnosis in health care. Washington, DC: National Academies Press; 2015. <http://www.nap.edu/catalog/21794/improving-diagnosis-in-health-care>
2. Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Statistik. Klagomål enligt patientsäkerhetslagen, socialtjänstlagen och lag om stöd och service för vissa funktionshindrade. 2014. <http://www.ivo.se/om-ivo/statistik/klagomal-halso--och-sjukvard-och-socialtjanst/>
3. Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Rapporter. Sammanställning av klagomål som inkommit till patientnämnderna under verksamhetsåret 2014. <http://www.ivo.se/publicerat-material/rapporter/sammanstallning-av-klagomal-som-inkommit-till-patientnamnderna-under-verksamhetsaret-2014/>
4. Nationellt IT-stöd för händelseanalys (NITHA). Årsrapport 2014. <http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/Patientsakerhetsnheten/Risk-och-%20händelseanalys/Årsrapport%20Nitha%202014.pdf>