

Diagnostikrapport 2019

*- ett kunskapsunderlag om diagnostiska misstag
i svensk hälso- och sjukvård*

Innehåll

Sammanfattning	5
Inledning	6
Att ställa diagnos(er) är en komplex uppgift	8
Misstag upptäcks när de orsakar vårdskador	9
Många undvikbara vårdskador beror på ett diagnostiskt misstag	12
Diagnostiska misstag är vanligast inom primär- och akutvård	15
Diagnostiska misstag leder till allvarigare konsekvenser	16
De allvarigaste vårdskadorna gäller ofta en cancerdiagnos	17
Brister i rutiner och kommunikation är de vanligaste orsakerna till diagnostiska misstag	20
Slutsatser	23
Tre fallbeskrivningar av typiska diagnostiska misstag	24
Referenser	28
Datakällor	29
ICD-10 koder och beskrivning	31



991006

(V)

Antrag

Kleichen, andere...

Relevante vorgeschriebene...

Vorgeschichte

Befragte

☐ Ja
☐ Nein

Ein

Sammanfattning

Diagnostiska misstag är ett område som hittills har fått relativt lite uppmärksamhet, både i Sverige och internationellt. Intresset för, och kunskapen, om diagnostiska misstag ökar dock nu snabbt.

Denna rapport tecknar en samlad bild av diagnostiska misstag inom svensk hälso- och sjukvård. Med hjälp av ett antal olika datakällor beskrivs omfattning, konsekvenser och orsaker.

De tre huvudsakliga fynden är:

- Nära en tredjedel av alla vårdskador och incidenter beror på diagnostiska misstag.
- Vårdskador som beror på diagnostiska misstag får allvarigare konsekvenser än andra vårdskador.
- Orsakerna till diagnostiska misstag är främst organisatoriska och rör brister i rutiner, processer och kommunikation.

Varje år görs sammanlagt drygt 25 000 anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Landstingens Ömsesidiga Försäkringsaktiebolag (Löf) om vårdskador och incidenter i svensk hälso- och sjukvård.^a Bland vårdskador och incidenter som bedömts som undvikbara är det nästan en tredjedel som beror på diagnostiska misstag.

Vårdskador och incidenter som uppkommit på grund av diagnostiska misstag leder oftare till beslut om utbetald ersättning från Löf eller kritik från IVO och till allvarigare konsekvenser än andra vårdskador. Diagnostiska misstag förekommer inom alla diagnosgrupper men de allvarligaste misstagen är ofta kopplade till försenad upptäckt av cancer.

Orsakerna till att diagnostiska misstag inträffar är ofta organisatoriska och berör många av de förändringsbehov som finns inom svensk hälso- och sjukvård. Brister i rutiner, processer och kommunikation bedöms ligga bakom många misstag. Problemen bedöms uppkomma i glappet mellan vårdens många olika aktörer och mycket sällan i till exempel laboratoriet.

^a Med incidenter avses anmälningar som inte gäller faktiskt inträffade vårdskador. Det kan vara anmälningar från patienter till IVO där det inte uppstått en vårdskada i egentlig mening men där någonting negativt har inträffat samt lex Maria anmälningar där patienten utsatts för risk för en vårdskada.

Inledning

Årligen sker cirka 28 miljoner läkarbesök i Sverige.¹ Det finns alltså många tillfällen där det kan vara aktuellt att ställa en diagnos. De allra flesta av oss kommer som privatpersoner drabbas av åtminstone ett diagnostiskt misstag under vår livstid.² Under de senaste åren har intresset för diagnostiska misstag ökat både internationellt och nationellt.^b

Socialstyrelsen publicerade 2017 en omfattande rapport om utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet.⁵ En av slutsatserna i rapporten var att diagnostik och diagnostiska fel i hälso- och sjukvården är ett område som bör uppmärksammas mer i patientsäkerhetsarbetet. Socialstyrelsen har också i samarbete med elva andra myndigheter och organisationer tagit fram en särskild webbplats om hur vårdskador kan förbyggas.⁶ Där betonas att det behövs mer kunskap om när, var och varför diagnostiska fel uppstår och att den kunskapen behöver spridas. Avsikten med denna rapport är att bidra till det arbetet.

Det finns ingen internationell konsensus om definitionen av ett diagnostiskt misstag.⁴ Den vanligaste definitionen, som bland annat Patientnämnderna, Socialstyrelsen och WHO använder, är dock *en felaktig, försenad eller aldrig ställd diagnos*.^c Diagnostiska misstag kan orsakas av systemrelaterade faktorer, kognitiva faktorer och kunskapsbrist samt samspel mellan dessa faktorer. Ofta handlar misstaget om ett enklare hälsoproblem där rätt diagnos inte ställs i tid.⁷ En del av misstagen leder dock till mer eller mindre allvarliga vårdskador. För att kunna komma tillrätta med misstagen gäller det att bättre förstå hur stort problemet är, varför misstagen sker, var i vårdkedjan de inträffar, samt hur allvarliga vårdskador de orsakar.

Hur ofta diagnostiska misstag uppstår och hur allvarliga konsekvenser de leder till är dock relativt okänt. En del studier har visat att ett diagnostiskt misstag kan inträffa i 5–20 procent av alla diagnostiska processer men siffran varierar beroende på vilken typ av verksamhet som analyseras.^{7,8}

För denna rapport har olika källor för datainsamling använts. Data kommer från Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Landstingens Ömsesidiga Försäkringsaktiebolag (Löf) och Nationellt it-stöd för händelseanalys (Nitha). Med hjälp av dessa data över beslutade klagomål och anmälningar om vårdskador undersöks förekomsten av diagnostiska misstag. Data över finansiella ersättningar används för att belysa misstagens konsekvenser. Därtill fördjupas bilden genom att några relativt typiska patienthistorier beskrivs närmare med hjälp av verkliga patienthistorier.

Genom att analysera data från alla dessa register ges en samlad bild av problemens omfattning och natur. Förhoppningen är att detta ska kunna bidra till ett ökat fokus på frågan om diagnostiska misstag och vad som kan göras för att minska dem.

b WHO tog upp ämnet i en rapport i serien om patientsäkerhet³, Institute of Medicine i USA publicerade en bok om hur man kunde förbättra diagnostisering inom hälsovård² och i Sverige publicerade Läkartidningen år 2017 ett temanummer om diagnostiska fel och misstag⁴.

c En variant av definitionen av diagnostiskt fel är från Institute of Medicine i USA, där vikten av att kommunicera en diagnos till patient/närstående betonas.



Att ställa diagnos(er) är en komplex uppgift

Att ställa en korrekt diagnos är en av de mest centrala, men också komplexa, uppgifterna inom sjukvården. Det är en process som kräver tid och oftast olika kompetenser. Processen utgör grunden för att kunna avgöra rätt behandling och därigenom lösa det underliggande hälsoproblemet hos patienten. Tiden spelar väldigt olika roll i processen, beroende på det underliggande hälsoproblemet. I vissa fall är det extremt viktigt att ställa rätt diagnos och ge rätt behandling snabbt, medan det i andra fall är betydligt mindre viktigt att det sker omedelbart.

Den diagnostiska processen, att ställa en diagnos, börjar vanligtvis genom att en patient söker läkare på grund av ett upplevt hälsoproblem. Det finns olika sätt för en läkare att inhämta information om symtom för att börja definiera möjlig(a) diagnos(er). Oftast börjar läkaren med en intervju med patient (anamnes) och gör en fysisk undersökning för att därefter, med ledning av detta, bestämma vilka tester och undersökningar som behövs. Läkaren kan också konsultera kollegor eller andra specialister. När läkaren känner sig tillräcklig trygg med sin analys och diagnos kan behandling bestämmas. En behandling kan också användas som en ytterligare källa för informationssamling för att definiera det underliggande hälsoproblemet genom att analysera hur den påverkar patienten.

En diagnostiseringsprocess kan leda till en felaktig diagnos men ändå inte orsaka en vårdskada. En felaktig diagnos på ett övergående och självläkande hälsoproblem orsakar alltså inte en vårdskada, även om diagnosen var felaktig. Denna aspekt gör det komplicerat att analysera diagnostiska misstag från befintliga data.

Misstag upptäcks när de orsakar vårdskador

Diagnostiska misstag som upptäcks och leder till vårdskador eller incidenter rapporteras i olika register och kan därmed utgöra underlag för studier. Vårdskador definieras enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) på följande sätt:

Vårdskada: lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Allvarlig vårdskada: vårdskada som är bestående och inte ringa eller som har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

När en patient drabbas av en händelse i hälso- och sjukvården ska patienten i första hand anmäla direkt till den verksamhet där hen har fått sin vård. Om kontakten med verksamheten inte fungerar kan patienten kontakta Patientnämnden i sin region. Denna kan hjälpa till med processen. Klagomål kan också i vissa situationer anmälas direkt till IVO. Den som vill söka finansiell ersättning för vårdskador gör detta via en anmälan till Löf.^d

”En diagnostiseringsprocess kan leda till en felaktig diagnos men ändå inte orsaka en vårdskada.”

Olika institutioner som arbetar med patientsäkerhet i vården har olika roller och ansvar inom området. IVO är ansvarig för tillsyn över hälso- och sjukvård samt socialtjänst. IVO tar i vissa situationer emot klagomål från enskilda patienter enligt *Patientsäkerhetslagen* (PSL) (SFS 2010:659) och anmälningar från vårdgivare enligt *lex Maria* och utreder dem. Lex Maria är en del av PSL och innebär att vårdgivaren har skyldighet att anmäla om en patient drabbats av, eller utsatts för risk att drabbas av, en allvarlig skada.

Löf försäkrar de vårdgivare som finansieras av landets 21 regioner. Patienter som drabbas av en skada kan ansöka om finansiell ersättning från Löf enligt *Patientskadelagen* (SFS 1996:799). Ersättning lämnas till patient om utredning visar att skadan hade kunnat undvikas vid vård och behandling av en erfaren specialist.

Begreppet *vårdskada* används i PSL, medan Patientskadelagen använder begreppet *patientskada*. I allt väsentligt är dessa begrepp synonyma, särskilt i det att undvikbarheten betonas i båda lagarna.

^d Om vårdgivaren är privat finansierad tas patientförsäkring ut i annat bolag än Löf.



I denna rapport används beslut kring anmälningar av olika slag för att beskriva problemet med diagnostiska misstag och hur allvarliga konsekvenser de har fått. Det är anmälningar till IVO enligt PSL och lex Maria, samt ansökningar om finansiell ersättning till Löf. Samma händelse kan teoretiskt finnas i alla olika datakällor men i praktiken har det visat sig att bara en liten del av alla ärenden är anmälda via alla de tre olika vägarna.^e I materialet som ligger till grund för analyserna i denna rapport går det dock inte att skilja ut vilka ärenden som anmälts till flera instanser så en viss dubbelräkning av ärenden förekommer.

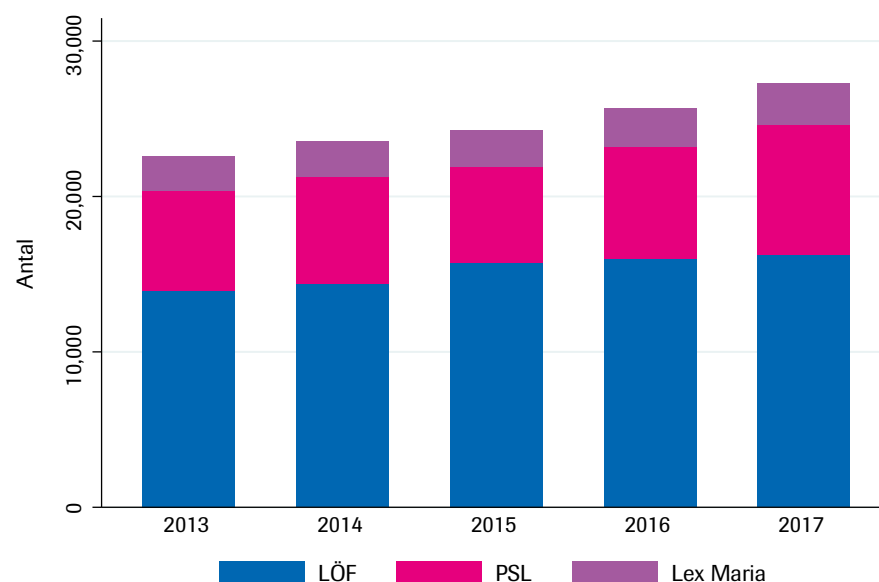
Genom att använda data från hälso- och sjukvårdens nationella it-stöd för händelseanalyser, Nitha, har även mer djupgående analyser kring hur, var och varför misstag uppkommer, kunnat göras. Uppgifter har också inhämtats från regionernas patientnämnder om hur många ärenden de har haft under de senaste två åren kopplade till diagnostisering.

e Rita Fernholm visar till exempel i sin studie att bara 0,7 procent av alla anmälningar i Region Stockholms primärvård blev anmälda till alla tre instanserna.⁹

Diagnostiskt misstag bakom många undvikbara vårdskador

Det senaste året gjordes sammanlagt drygt 25 000 anmälningar till IVO och Löf, Figur 1. Det är tydligt att patienter som har upplevt en skada ansöker om finansiell ersättning till Löf oftare än de gör en anmälan till IVO. Det är också noterbart att patienternas egna anmälningar till Löf och IVO (anmälningar enligt PSL) dominerar, lex Maria-ärenden utgör en liten andel. Det finns en viss uppåtgående trend i antal anmälningar men det är oklart om det beror på fler incidenter, eller på en ökad benägenhet att anmäla.

Figur 1. Totalt antal inkomna anmälningar till Löf och IVO



Källa: LÖF och IVO

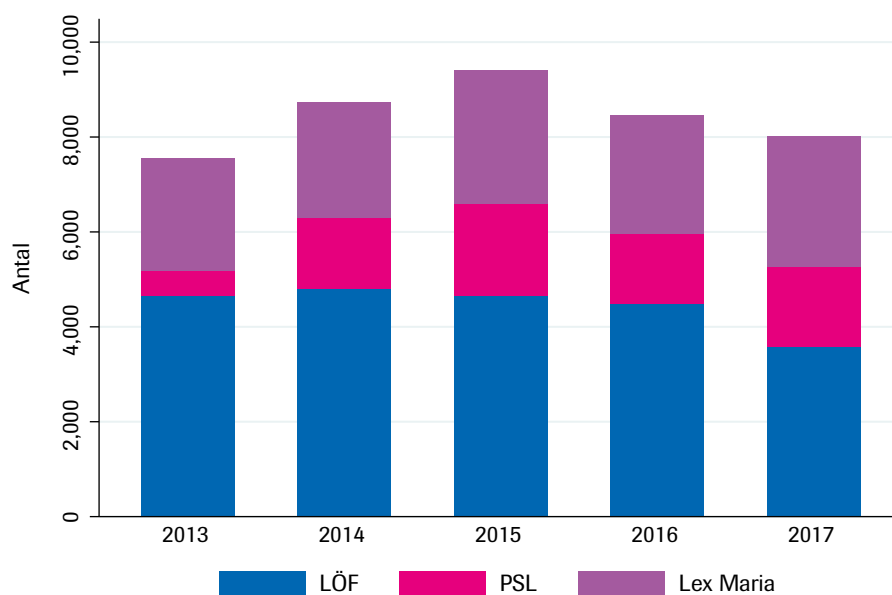
Det är inte alla anmälningar som resulterar i kritik eller ett beslut om ersättning, det vill säga att händelserna bedömts som undvikbara. I Figur 2 till höger framgår antalet ärenden där så sker, totalt rör det sig om ungefär en tredjedel av alla anmälda fall.^f När det gäller anmälningar till Löf finns en viss nedåtgående trend men det beror på att ganska många fall för de senare åren ännu inte är beslutade. Lex Maria fallen utgör en betydligt större andel här än i Figur 1 ovan vilket beror på att alla beslutade fall ingår.

^f Det sammanfattande begreppet skada används för att beskriva fall som antingen är vårdskador eller incidenter.



IVO gör ingen bedömning av om det finns skäl för kritik eller inte eftersom den vårdenhet som rapporterar redan gjort bedömning att det uppstått en vårdskada eller att patienten utsatts för risk för vårdskada. När det gäller lex Maria ska det dock noteras att den exakta andelen fall som gäller vårdskador respektive risk för vårdskador inte är känd.⁹

Figur 2. Antal beslutade fall som slutat med bedömningen att den anmälda skadan varit undvikbar.



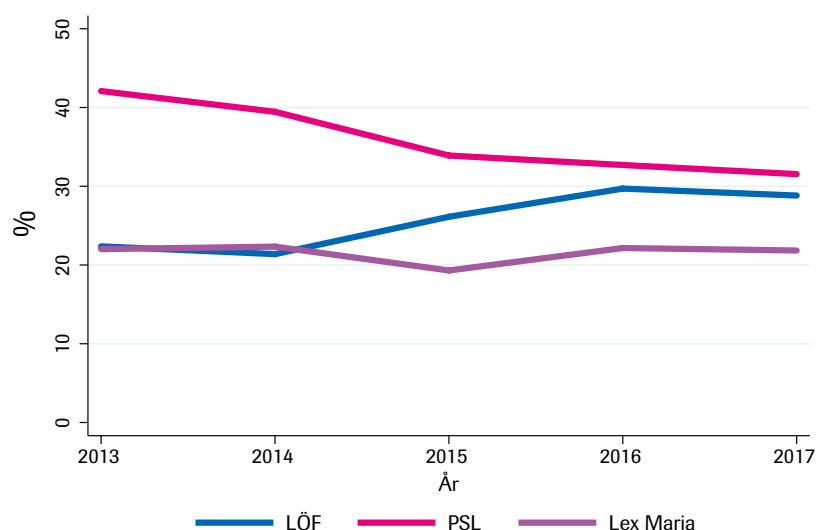
Källa: LÖF och IVO

⁹ IVO redovisar inte i sin statistik hur stor andel av ärendena som gäller vårdskada respektive risk för vårdskada. En analys från Västra Götaland visar dock att under 2012–2013 gällde 67 procent av beslutade ärenden fall där det uppkommit en vårdskada.¹⁰



När det gäller ärenden där beslut har lett till kritik eller finansiell ersättning (skadan har varit undvikbar) utgör diagnostiska misstag cirka 30 procent av fallen, Figur 3. Nästan var tredje undvikbar skada beror alltså på ett diagnostiskt misstag. Det är en högre andel än bland anmälningar till LÖF och IVO, där andelen som är kopplade till diagnostiska misstag ligger mellan 10 och 20 procent, beroende på typ av anmälan.

Figur 3. Andel av beslutade anmälningar där skadan bedöms som undvikbar och som är kopplade till diagnostisering.



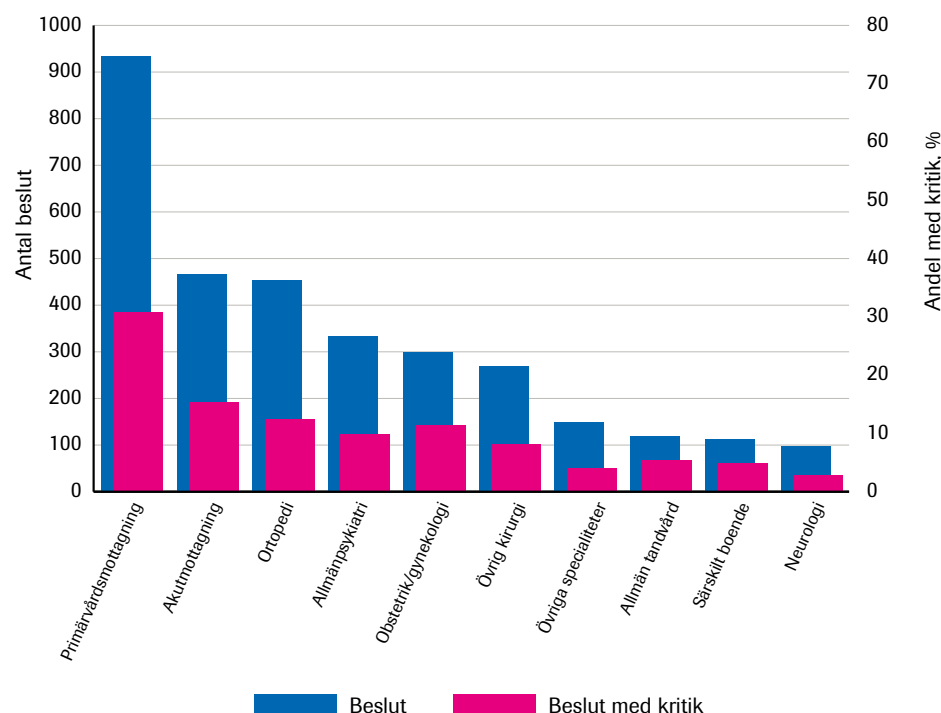
Källa: IVO och LÖF

Utöver de ärenden som redovisas ovan görs det årligen ungefär 18 000 anmälningar till landets patientnämnder som gäller vård och behandling. Av dessa är det drygt 10 procent som berör diagnostik. Det saknas dock uppgifter om hur stor andel av dessa anmälningar som också blir ärenden hos IVO eller LÖF, därför ingår de inte i redovisningen ovan.

Akut- och primärvård dominerar diagnostiska misstag

I IVO:s statistik går det att se hur ärenden fördelar sig på olika verksamhetstyper inom hälso- och sjukvården, Figur 4. Flest anmälningar till IVO, utifrån PSL, finns inom primärvårdsmottagning och den näst vanligaste verksamhetstypen är akutmottagning. Detta gäller alla typer av ärenden men enligt befintlig litteratur om diagnostiska misstag är det också inom dessa verksamhetstyper den sortens misstag är vanligast förekommande.¹¹ Socialstyrelsen har rapporterat att 48 procent av alla beslutade lex Maria-ärenden inom primärvården och 56 procent på akutmottagningar är kopplade till diagnostik.⁵ Data från Löf visar på samma mönster, drygt 40 procent av alla vårdskador kopplade till diagnostiska misstag har uppkommit inom akut- eller primärvård.

Figur 4. Beslutade klagomål enligt PSL och andel som beslutades med kritik år 2017, per verksamhetstyp.

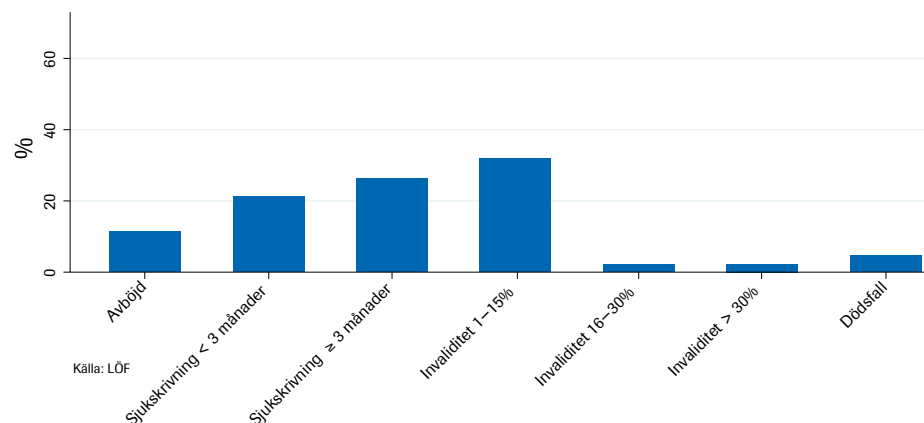


Akut- och primärvård dominerar när det gäller diagnostiska misstag. Det är verksamheter som ofta träffar patienter tidigt i ett diagnostiskt förlopp, där all information inte alltid finns, och där avgörande beslut ofta ibland fattas under tidspress.

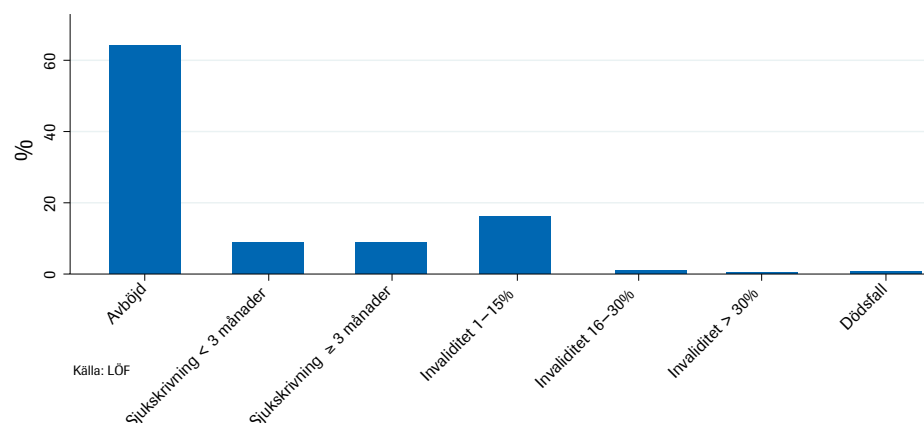
Diagnostiska misstag leder till allvarligare konsekvenser

Diagnostiska misstag utgör inte bara en stor andel av alla registrerade vårdskador, de förefaller också jämfört med andra vårdskador leda till allvarligare konsekvenser. I beslut om ersättningar från LÖF visar det sig att allvarliga vårdskador förekommer oftare bland de fall som klassats som diagnostiska misstag, Figur 5, jämfört med övriga fall, Figur 6. Allvarlig invaliditet och dödsfall är ovanliga följder, men de förekommer i betydligt högre utsträckning när det gäller diagnostiska misstag än vid andra typer av misstag.

Figur 5. Allvarlighetsgrad bland beslutade fall som gäller diagnostisering.



Figur 6. Allvarlighetsgrad bland beslutade fall som inte gäller diagnostisering.

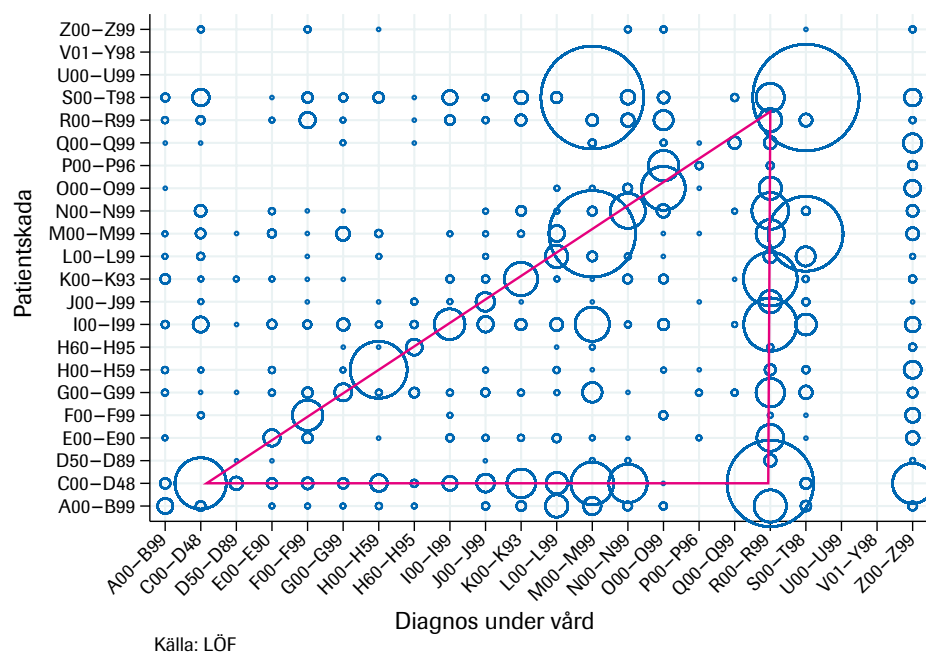


Den största delen av alla fall handlar om vårdskador som har orsakat sjukskrivning eller motsvarande (skadan läker utan kvarstående men) men ingen medicinsk invaliditet (skadan leder till kvarstående men). När det gäller diagnostiska misstag är det dock ungefär 40 procent av alla fall som har lett till medicinsk invaliditet (36 procent) eller dödsfall (4,5 procent). När det gäller diagnostiska misstag är det bara 10 procent där ansökan om ersättning lett till ett avslag, medan det bland andra ansökningar är cirka 60 procent.

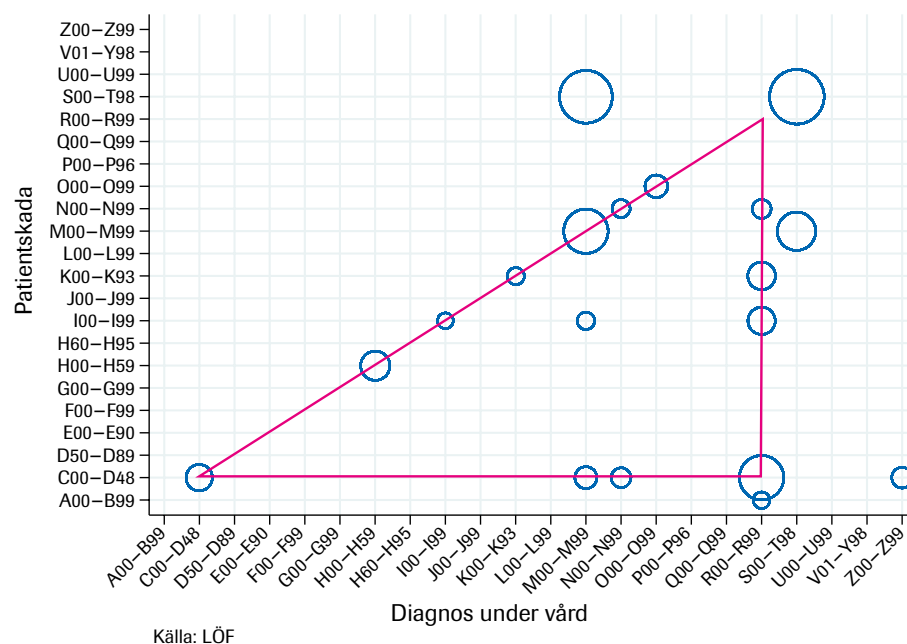
De allvarligaste vårdskadorna gäller ofta en cancerdiagnos

När det gäller vårdskador som ersatts från LÖF finns också vissa tydliga mönster för vilka diagnoser som ofta är aktuella. Det går dels att se vilken diagnos en person har haft i grunden ("diagnos under vård") och dels vilken diagnos som satts på den skada som uppkommit ("patientskada"). Diagnoskoder beskrivs i Tabell A (se sid 31). Figur 7 och 8 ger en sammanfattande bild av alla anmälningar gällande diagnostiska misstag som har lett till ersättning. Grunddiagnosen återfinns på x-axeln och skadediagnosen på y-axeln. Storleken på cirklarna motsvarar antal fall för just den kombinationen av diagnosgrupper. Som framgår av Figur 7 finns det vårdskador i alla diagnosgrupper. De två diagnosgrupperna där det uppstått flest vårdskador är muskuloskeletal sjukdomar (M00–M99) och ospecificerade symtom och sjukdomstecken (R00–R99). Det finns också tre tydliga mönster mellan grunddiagnoser och typ av vårdskador. Mönstren bildar en triangel i Figur 7 och Figur 8.

Figur 7. Diagnos i vården och diagnos för patientskadan, alla kombinationer.



Figur 8. Diagnos under vård och diagnos för patientskadan, vanligaste kombinationerna.



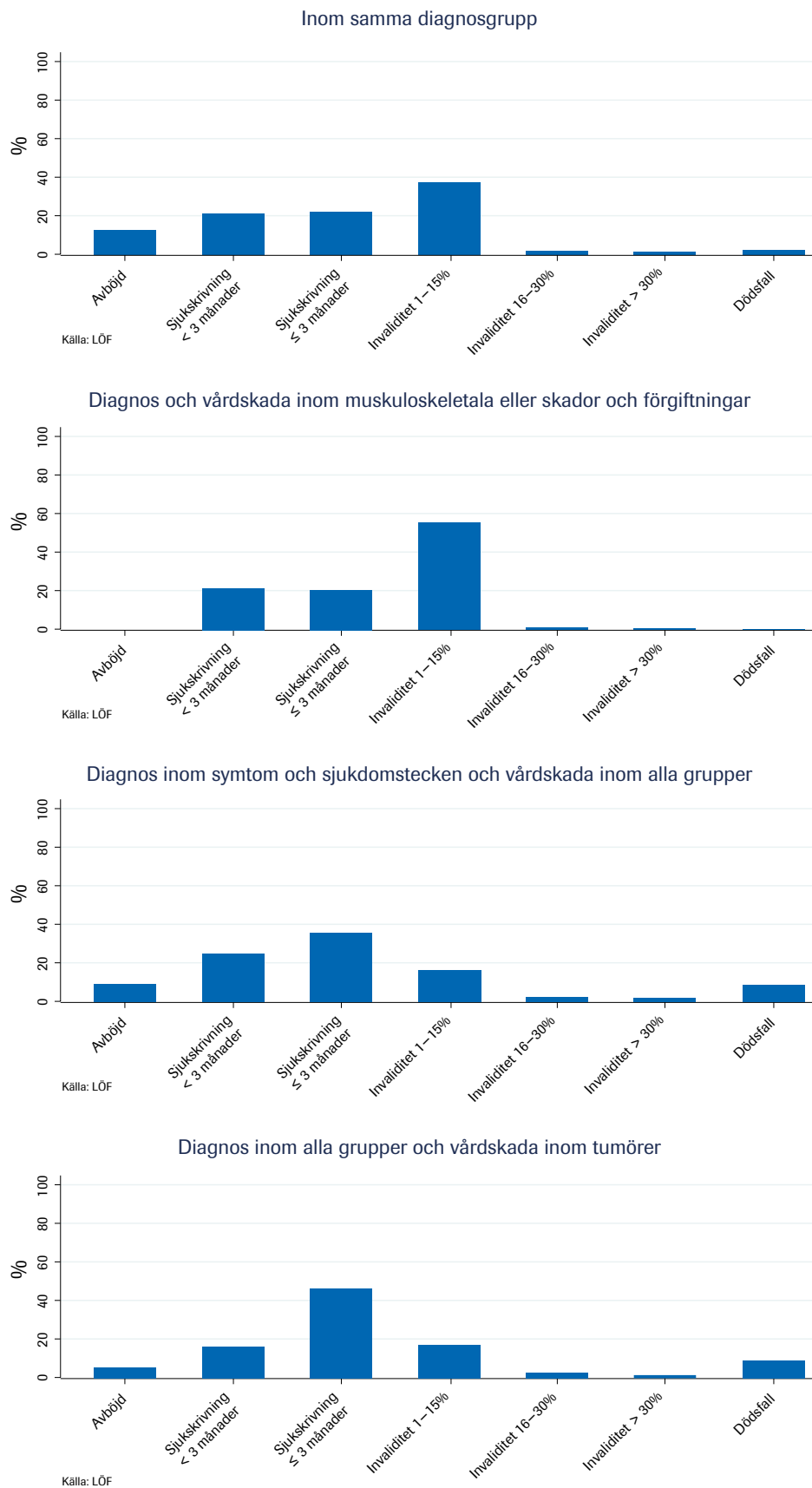
Det vanligaste är att en anmäld och ersatt skada handlar om en annan diagnos inom samma diagnosgrupp som den ursprungliga diagnosen. Den ursprungliga diagnosen har varit inom rätt diagnosgrupp, men det har ändå funnits något som inte har uppmärksammats tillräckligt för att undvika ytterligare skada. Ett undantag från detta mönster är den diagnosgrupp som snarare innehåller symtom och sjukdomstecken än egentliga diagnoser (R00–R99). Detta syns som ett vertikalt mönster i Figur 8. Inom denna grupp är tumörrelaterade vårdskador den vanligaste skadan. Det finns också flera andra ursprungliga diagnoser där cancersjukdomar (C00–D48) är en vanlig vårdskada, det horisontella mönstret i figuren. Troligtvis handlar dessa fall om patienter där det har dröjt innan tumören har hittats. Utöver dessa tre mönster finns relativt många fall inom diagnosgrupperna muskuloskeletala (M00–M99) och vårdskador och förgiftningar (S00–T98). Vårdskadorna återfinns där ofta i samma grupp som den ursprungliga diagnosen.

Vanligast att grund- och diagnosskada är inom samma grupp

Vårdskador inom de olika diagnosmönster som identifierats ger också upphov till skilda konsekvenser. De vanligaste fallen är sådan där grunddiagnosen och vårdskadan är inom samma diagnosgrupp. Bland dessa fall är sjukskrivning den vanligaste konsekvensen av skadan, men även lägre medicinsk invaliditet förekommer bland nästan 40 procent av fallen, Figur 9. Den näst största gruppen är en samlad grupp av diagnoser inom sjukdomar i muskuloskeletala (M00–M99) och vårdskador och förgiftningar (S00–T98) där grunddiagnos och skada bägge ligger inom dessa diagnosgrupper. Här är en lägre grad av medicinsk invaliditet den vanligaste konsekvensen, närmare hälften av fallen.

Den allvarligaste konsekvensen, dödsfall, återfinns nästan uteslutande där skadan ligger inom tumörsjukdomar (C00–D48). Den vanligaste grunddiagnosen är då diagnosgruppen med blandat innehåll (R00–R99). Det rör sig sannolikt om fall där det tagit för lång tid att ställa rätt diagnos. Även när det gäller vårdskador inom området tumörsjukdomar är dock dödsfall en ovanlig konsekvens, den vanligaste är en längre sjukskrivning.

Figur 9. Allvarlighet av patientskada bland de vanligaste kombinationerna av diagnos under vård och patientskadan.



Brister i rutiner och kommunikation vanligaste misstagen

Som förväntat uppstår ett misstag oftast i början av den diagnostiska processen, när en patient söker sjukvård för första gången och de första diagnostiska testerna tas – i primär- och i akutvård.¹¹ Ett diagnostiskt misstag kan kategoriseras utifrån tre olika orsaker: kognitiva (tankefel), systemrelaterade eller kunskapsbrist.⁴ De kan uppstå separat men också samtidigt med varandra.

Det finns många orsaker till tankefel när beslut fattas. I psykologisk litteratur om beslutfattande beskrivs två olika system: en långsam, medveten och mer belastande beslutsprocess, och en snabb, omedveten och lättare beslutsprocess. Denna fördelning kallas dual-process-teorin. Givet att ett av systemen är mindre krävande än det andra hamnar vi lätt i snabba beslut, som kan leda till kognitiva fel, utan att pröva andra möjliga alternativ.¹² Detta händer också när en läkare letar efter hälsoproblem hos en patient; istället för att pröva en rad olika diagnosalternativ, är det lätt att fastna för det första som verkar stämma.¹³ En brist på differentialdiagnostik kan sedan bäras vidare hos en annan vårdgivare om denna övertar den tidigare vårdgivarens tänkande och diagnos utan att ifrågasätta detta.^h

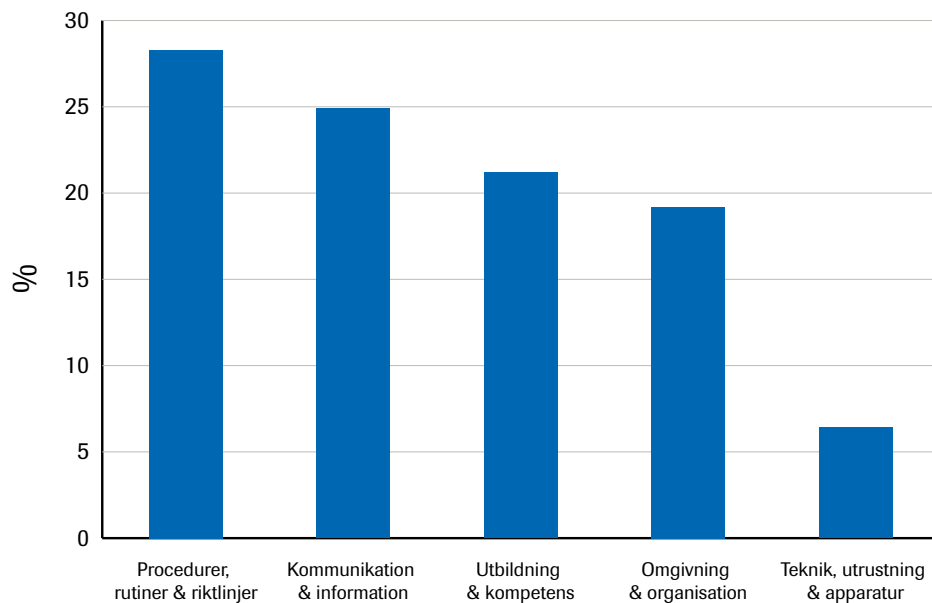
Ett misstag kan även uppstå av organisatoriska skäl. Det kan till exempel finnas brister när det gäller hur information sprids mellan olika vårdgivare, eller om det finns tidspress. Fördelning av arbetsskift kan också resultera i trötta medarbetare som har lättare för att begå diagnostiska misstag. Andra orsaker kan till exempel vara ett krångligt journalsystem som leder till brist på dokumentation i processen mellan olika vårdgivare. Ett misstag kan även uppkomma på grund av en ren kunskapsbrist. Antalet publikationer inom medicinsk forskning har ökat kraftigt under de senaste decennierna, och att hitta rätt sätt för att säkerställa att uppdaterade riktlinjer ska nå alla berörda kräver mycket av strukturen inom sjukvården.²

En genomgång av fall från Nitha ger en bild av vanliga orsaker till diagnostiska misstag. Det är ett begränsat antal fall (n=447) och omfattar främst händelser som identifierats på sjukhus, men visar ändå på vissa tydliga mönster. Det tycks främst vara organisatoriska orsaker som leder till diagnostiska misstag. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) utgår från Nithas kunskapsbank och beskriver mer detaljerat orsaker bakom hundra fall som har med diagnostisering att göra.¹⁴

Varje fall har ofta flera orsaker och de är registrerade på två nivåer. På en övergripande orsaksnivå är det fyra grupper av orsaker som är relativt jämnstora – procedurer, rutiner & riktlinjer, kommunikation & organisation, utbildning & kompetens och omgivning & organisation, Figur 10. Det som blir uppenbart är att misstag mycket sällan är kopplade till brister i teknik och apparatur.

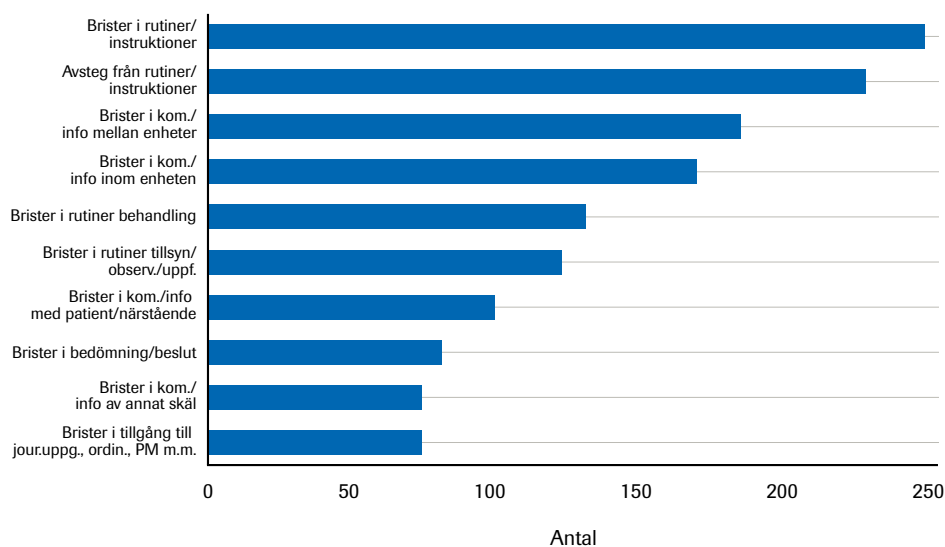
^h Dessa kognitiva fel kan uppstå av en rad olika anledningar, till exempel på grund av tillgänglighetsfel, bekräftelsefördom, ankareffekt eller söknöjdhet.

Figur 10. Huvudorsaker till diagnostiska misstag, Nitha.



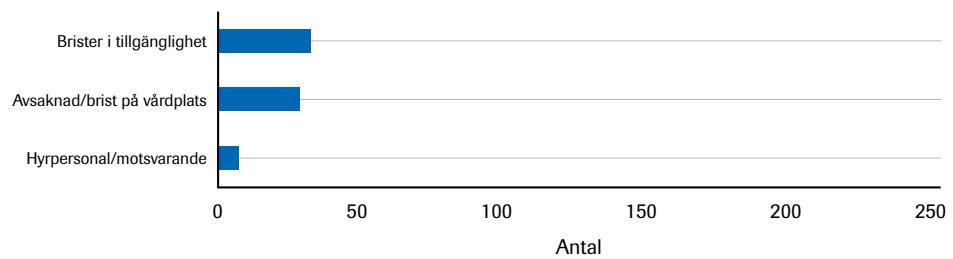
På en mer detaljerad nivå finns i Nitha 76 olika möjliga orsakskoder. De tio vanligaste står dock för hälften av alla orsaker. Som framgår av Figur 11 handlar det i stor utsträckning om orsaker kopplade till rutiner, processer och kommunikation. Avvikelserna från det huvudsakliga mönstret är egentligen bara en orsak som tydligt kopplar till felaktiga beslut/bedömningar av en enskild person och en orsak som handlar om brister i tillgång till journaluppgifter och liknande.

Figur 11. De tio vanligaste orsakerna (på detaljerad nivå) till diagnostiska misstag, Nitha



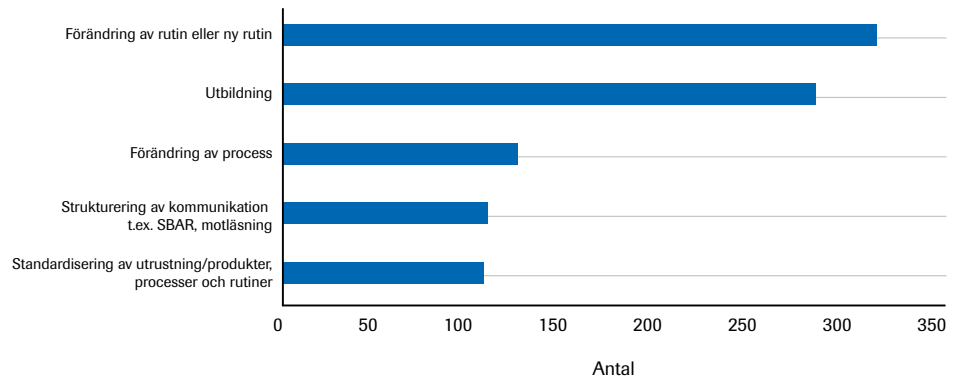
Det är också intressant att se vilka orsaker som i liten utsträckning anses orsaka fel, Figur 12. Områden som ofta lyfts i den allmänna sjukvårdsdebatten bedöms uppenbarligen relativt sällan vara en källa till just diagnostiska misstag.

Figur 12. Tre ovanliga orsaker till diagnostiska misstag, Nitha



Orsakerna ser mycket lika ut oavsett vilken diagnos eller vilket verksamhetsområde det handlar om. De leder också till ett tydligt fokus i de förslag till åtgärder som analyserna leder fram till. Den fem vanligaste åtgärdsförslagen listas nedan, Figur 13, och står för nästan sju av tio av alla rekommendationer.

Figur 13. Fem vanligaste åtgärdsförslagen vid diagnostiska misstag, Nitha.



Materialet i Nitha är ett begränsat, huvudsakligen sjukhusbaserat och kanske inte helt representativt urval, men det indikerar att orsaker till diagnostiska misstag på många sätt är besläktade med andra strukturella problem inom hälso- och sjukvård.

Slutsatser

Denna rapport bekräftar den tidigare bilden från Socialstyrelsen att diagnostiska misstag står för en betydande andel av anmälningar och klagomål till IVO och Löf. När det gäller de ärenden som leder till beslut med kritik från IVO och ersätta vårdskador hos Löf är andelarna som beror på diagnostiska misstag dessutom högre än bland anmälningarna till IVO och Löf. Rapporten bidrar också med nya fakta kring vårdskadornas konsekvenser, vilka diagnoser de oftast berör och vilka orsaker de bedöms ha.

Diagnostiska misstag är ett område som förtjänar mer uppmärksamhet. Samtidigt är det ett komplext område att studera. Inte minst är det svårt att ge några enkla svar på hur misstagen kan förebyggas. Socialstyrelsen konstaterar att misstag kan bero på kognitiva faktorer, systemrelaterade faktorer eller kunskapsbrist. Men också att de olika faktorerna ofta samspelar. Genomgången av orsaksbedömningar från Nitha visar att det ofta är brister i kommunikation och rutiner som är källan. Dessa brister kan generera misstag av alla de tre slag som Socialstyrelsen nämner.

Inom primär- och akutvård sker flest misstag

Att förebygga diagnostiska misstag kräver insatser på många nivåer men måste börja i en insikt om att de är vanliga. Diagnostik handlar om en process där många aktörer ofta är inblandade. På den webbplats om patientsäkerhet som Socialstyrelsen skapat tillsammans med elva andra myndigheter och organisationer betonas att gott teamwork och bra samverkan med olika aktörer i vårdkedjan minskar risken för diagnostiska misstag samt att det är viktigt att rutiner och stödsystem finns på plats och fungerar väl.

Särskild uppmärksamhet krävs inom de verksamhetstyper, primär- och akutvård där flest misstag sker. Det är också där de största diagnostiska utmaningarna finns. Baserat på genomgången av diagnoskombinationer tycks det också finnas anledning att vara särskilt uppmärksam i fall där den diagnostiska processen leder till en initial tvekan, många skador har uppstått där det fanns en R-diagnos i vården, Figur 7. I arbetet med standardiserade vårdförlopp inom cancervården har mycket fokus lagts på tidig diagnostisering och fokus på så kallade alarmsymtom. Resultaten i denna rapport understryker vikten av detta. Försenade cancerdiagnoser hör till de vårdskador där konsekvenserna är allvarligast.

Arbetet med bättre patientsäkerhet rymmer många områden. Det är uppenbart att diagnostiska misstag bör ha en central roll i det arbetet.

Tre fallbeskrivningar av typiska diagnostiska misstag

För att bättre förstå varför diagnostiska misstag uppträder och ser ut i praktiken beskriver vi nedan tre olika fall som vi har valt från Nithas kunskapsbank om händelseanalyser. Alla tre fall handlar om ärenden som också har anmälts till IVO enligt lex Maria. Fallen är valda för att matcha de diagnosgrupper som är vanligast bland Löf-ansökningar och för att spegla vanliga bakomliggande orsaker enligt händelseanalyser i Nitha. Två av fallen berör fördröjd diagnostisering av cancer och det tredje gäller en patient med muskuloskeletal sjukdom.

1. Brist på kommunikation och information: lungcancer

En kvinna har varit tröttare än tidigare och bestämmer sig i början av 2014 för att besöka läkare. Hon har sedan tidigare haft utmattningsdepression och berättar för flera av läkarna att tröttheten hon nu upplever känns annorlunda. Hon har sedan tidigare också förmaksflimmer, samt smärtor i axel och rygg. Hon har varit såpass trött att hon i vissa stunder har haft problem att stå upp och behövt hänga på bordskanter. Ingen vidare utredning görs av hennes trötthet, trots att hon besöker flera läkare.

I slutet av samma år är kvinnan hes i tre veckor och ringer hälsocentralen. Hon har inga infektionssymtom och får rådet att vila rösten och återkomma om några dagar ifall hesheten inte blir bättre. Hon bestämmer sig ändå att besöka hälsocentralen redan dagen efter. Inga direkta infektionstecken upptäckts men hon förskrivs antibiotika och blir tillsagd att inte prata under de närmaste dagarna. Hon får också råd att dricka te med honung och ingefära flera gånger per dag under de kommande tre dagarna och upprepa detta en gång till om hesheten inte blir bättre. Trots avsaknad av infektionstecken görs ingen vidare utredning.

Drygt en vecka efter läkarbesöken besöker patienten en annan läkare på hälsocentralen för att få förlängning av ett sjukintyg som handlar om utmattningssyndrom. Patienten berättar om hesheten också för denna läkare men läkaren tycker att problemet kan vänta över jul/nyårshelgerna och ifall hesheten fortsätter ska remiss till öron- näsa- och halskliniken (ÖNH) skrivas. I mitten av januari försöker kvinnan kontakta hälsocentralen, ringer till 1177 och är i kontakt med ÖNH-mottagningen dit hon ännu inte har fått remiss. Efter några dagar pratar hon med en distriktssköterska som bokar en läkartid åt henne men tiden blir senare avbokad. Trots bokningen av tiden finns ingen dokumentation om orsak till bokningen.

Kvinnan känner sig oroad över sin heshet och ringer till sin kontakt vid psykosociala enheten i slutet av januari. Hesheten har då kvarstått i över nio veckor. Kontakten tycker att patienten borde fått tidigare bedömning av sina symptom. Dagen därpå har kvinnan telefonkontakt med en läkare på hälsocentralen och blir då remitterad till ÖNH. Patienten får tid där om tre veckor. Patienten bestämmer sig då för att istället besöka en privat ÖNH-läkare och får tid redan dagen efter. Läkaren diagnostiserar ett stillastående stämband och skriver en remiss till röntgen av

bröstkorgen samt uppmanar ÖNH att tidigarelägga patientens besök. Kvinnan får tiden en vecka tidigare än ursprungligen planerat. I mitten av februari 2015 får patienten röntgensvar från den privata ÖNH-läkaren och diagnosen lungcancer. Behandlingen börjar ett par dagar senare på lungkliniken.

Den fördröjda diagnosen beror enligt händelseanalysen på en rad olika orsaker. Från början var problemet att kvinnan hade haft tidigare diagnoser som också kunde leda till trötthet. Här lyfts vikten av differentialdiagnos; att tänka igenom vilka andra hälsoproblem symptomen kan bero på. Det identifieras också problem med dokumentation av vissa processer. Innan jul hade läkaren inte skrivit något om patientens heshet i journalen och när en tid hade bokats till patienten hade bokningen ingen uppgift om orsaken till tiden. Det fanns också brist på rutiner kring heshet och patienten fick antibiotika trots att det inte fanns några infektionssymptom.

2. Brist på riktlinjer: levercancer

I mars 2013 besöker en hjärt- och kärlsjuk man, som har hög alkoholkonsumtion och röker, ett hälsocenter på grund av snarkning. Mannen har sedan tidigare diagnostiserats med sömnapné syndrom. Läkaren beställer leverprover som visar förhöjda värden och skriver en remiss till ultraljud. Inga tecken till cirros men lindriga tecken till fettlever upptäcks. I maj diskuterar läkaren provresultat och ultraljudssvar med hans kollega och konstaterar att de förhöjda värdena har med alkoholmissbruk att göra, vilket patienten förnekar. Patienten ska ta nya prov efter en månad utan alkohol, men de proverna tas aldrig. Mannen tar kontakt om provsvar efter ett par månader och uppmanas då att lämna nya prover. Han lämnar inga prover.

Under hösten året efter besöker mannen hälsocentralen flera gånger på grund av bröstsmärtor. Han får remiss till kardiologisk specialistmottagning. Under väntetiden till specialistmottagning tas nya leverprover samt hjärtscintigrafi och ett arbets-EKG. Provsvar visar inga behov av att skynda på med besöket till specialistmottagningen.

I början av mars 2015 har mannen kärlkramp och besöker medicinkliniken där diagnosen blir angina. Då berättar patienten också att han har gått ner 10 kg i vikt under det senaste året. Läkaren på medicinkliniken skriver en remiss till hälsocentral om uppföljning av patienten men ingen uppföljning sker. I slutet av året, i november 2015, skickas mannen till kirurgen från hälsocentralen på grund av smärtor i övre delen av buken och blodiga kräkningar. Han berättar att han har varit illamående och hans aptit har varit nedsatt i nästan ett halvår.

Gastroskopiundersökning visar att mannen har multipla magsår. Han får behandling och en ny undersökning görs två månader därefter och igen i slutet av våren 2016 efter ytterligare en behandling. Det konstateras att magsåren inte har blivit värre.

”Orsaken till fördröjd diagnos i det här fallet var brist i kunskapen om rutiner för patienter som besöker akuten på grund av ryggbesvär.”

Patientens aptit har ändå inte blivit mycket bättre, men vikten har stannat på samma nivå som tidigare. Läkaren skriver remiss till medicinmottagning. Flera leverprover tas under våren och sommaren och i augusti upptäcks efter ytterligare utredning en stor förändring i mannens lever. Leverbiopsi tas om i september för att tidigare prov var ofullständigt. I oktober upptäckts att patienten har en omfattande levercancer samt hepatit C. Han får remiss till onkologkliniken men där konstateras det att det inte är möjligt att operera tumören. En second opinion från en annan läkare ger samma slutsats, patienten kan inte opereras.

Händelseanalysen sammanfattar orsakerna till fördröjd diagnos av levercancer som brister i procedurer och rutiner samt riktlinjer. Händelseanalysen konstaterar att även om cancer skulle ha upptäckts tidigare, höst 2015, hade utfallet varit det samma. Med tidigare diagnos kunde dock visst psykiskt och fysiskt lidande hos patienten varit möjligt att undvika. En identifierad orsak till fördröjd diagnos var att det inte fanns någon bevakning av provsvar under åren då patienten besökte hälsocentral. Det fanns inte heller något tidsbokningssystem till provtagning, utan istället förväntas patienter besöka laboratoriet under drop-in tid. När patientens viktning noterades hade det uppstått ett problem med remissvaret på hälsocentralen, viktningarna följdes inte upp och leverprover blev inte kontrollerade. Det borde markerats tydligt i remissvar vem som hade ansvar för uppföljning av patienten. Efter att patienten hade fått diagnosen blev patienten remitterad mellan olika kliniker vilket belyser vikten att tydligt markera vilken vårdgivare som har ansvar.

3. Brister i rutiner: abscess i ryggen

Patienten har haft ryggsmärtor och besöker akutmottagning. Hen har även sökt vård med samma symtom ett halvår tidigare. På akuten får hen diagnosen lumbago-ischias och ges smärtlindring. Hen får också remiss till sjukgymnastik. Dagen efter är smärtan så pass svår att patienten söker sig till akuten igen och läggs den här gången in på vårdavdelning för smärtlindring och mobilisering. Trots att patienten stannar på vårdavdelning under 5 dagar tas inga prover. En utredning med slätröntgen görs men den visar inget onormalt.

Fyra dagar efter utskrivning från sjukhuset söker sig personen igen till akutmottagning eftersom smärtan har fortsatt och huden på ryggen har blivit gul. Då görs en ultraljudsundersökning som visar en abscess i ryggmuskulaturen. Patienten flyttas till ett annat sjukhus för behandling.

Orsaken till fördröjd diagnos i det här fallet var brist i kunskapen om rutiner för patienter som besöker akuten på grund av ryggbesvär. Inga infektionsprover eller urinprover togs trots att det ska göras enligt skriftlig rutin.



Referenser

1. SKL. *Statistik Om Hälso- Och Sjukvård Samt Regional Utveckling 2015*. Sveriges Kommuner och Landsting 2015.
2. Institute of Medicine, National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Improving Diagnosis in Health Care*. Washington, DC: The National Academies Press 2015. doi:10.17226/21794
3. WHO, World Health Organization. *Diagnostic Errors: Technical Series on Safer Primary Care*. 2016.
4. Läkartidningen. Tema Diagnostiska fel och misstag. November 2017.
5. Socialstyrelsen. *Utvecklingen Inom Patientsäkerhetsområdet 2017*. Socialstyrelsen 2017.
6. Socialstyrelsen. Samlat stöd för patientsäkerhet. <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/>. Published 2019. Accessed June 19, 2019.
7. Graber ML. The incidence of diagnostic error in medicine. *BMJ Qual Amp Saf*. 2013;22(Suppl 2):ii21. doi:10.1136/bmjqs-2012-001615
8. Berner ES, Graber ML. Overconfidence as a Cause of Diagnostic Error in Medicine. *Diagn Error Overconfidence Probl*. 2008;121(5, Supplement):S2-S23. doi:10.1016/j.amjmed.2008.01.001
9. Fernholm R. Vårdskador i första linjens vård – primärvård och på akuten. Problem och lösningar. Presented at the: Patientsäkerhet; September 19, 2018; Stockholm. <http://konferens.skl.se/download/18.438499a41665e7fc-68485c2c/1539686497975/PVQ%20patients%C3%A4kerhetskonnf%202018.pdf>. Accessed March 22, 2019.
10. Västra Götalandsregionen. *Lex Maria-Beslut 2012-2013 -Sammanställning Och Analys Av Beslut Från Socialstyrelsen Och IVO*. Patientsäkerhetsenhet, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Regionkansliet 2014.
11. Singh H, Schiff GD, Graber ML, Onakpoya I, Thompson MJ. The global burden of diagnostic errors in primary care. *BMJ Qual Amp Saf*. 2017;26(6):484. doi:10.1136/bmjqs-2016-005401
12. Kahneman D. *Thinking Fast and Slow*. Farrar, Straus and Giroux. New York 2011.
13. Croskerry P. From Mindless to Mindful Practice — Cognitive Bias and Clinical Decision Making. *N Engl J Med*. 2013;368(26):2445-2448. doi:10.1056/NEJMp1303712
14. SKL. *Diagnostiska Fel – Lärdomar Av Händelseanalyser*. Sveriges Kommuner och Landsting 2019. <https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/diagnostiska-fel.html>.
15. Svensk Försäkring. *Gradering Av Medicinsk Invaliditet. MEDICINSK INVALIDITET -Skador 2013*. Svensk Försäkring 2013.

Datakällor

De datakällor som har använts beskrivs nedan. Alla register är baserade på att någon har gjort en anmälan. Bara ärenden som patienter eller vårdpersonal har anmält finns med i analysen.

Det är svårt att avgöra om en ökning av anmälningar under tiden är positivt eller negativt. Ökningen av anmälningar kan betyda att det har inkommit flera ”sanna fall” där fel har uppstått, eller att patienter eller vårdgivare har större kännedom om möjligheten att anmäla. På samma sätt är det möjligt att vissa vårdgivare eller verksamheter är bättre att skriva strukturerade händelseanalyser i Nitha än andra.

Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, Löf

Löf-data är baserad på ansökningar om finansiell ersättning när en patient upplever att en skada har inträffat. Uttagen data gäller vårdskador som hänt under år 2011–2017. Ansökningar till Löf kan också komma att innebära att anhöriga i vissa fall ersätts (anhörigskador och dödsfall). Sådana fall inkluderas inte i rapporten. Totalt finns det ungefär 74 000 ärenden från Löf i den data som använts. Per skadeår finns det 8 000–11 000 beslutade fall. Av dessa fall handlar drygt 1 000 ärenden per år om diagnostiska misstag.

I data från Löf framgår vilka diagnosgrupper som är vanligast bland de som ansöker om finansiell ersättning och vilken typ av vårdskador de oftast leder till. I datan specificeras diagnoser med det internationella klassifikationssystemet för sjukdomar och hälsorelaterade problem i svensk version (ICD-10 SE). Listan över huvudkategorierna av klassifikationssystemet finns i Tabell A. Diagnoskoder i data finns på tresiffrig nivå.

Data från Löf visar också hur allvarliga vårdskadorna är. Allvarlighetsgraden baseras på tabellverk om medicinsk invaliditet gällande vårdskador och sjukdomar. Tabellverken används som bas av försäkringsbolag för att bestämma ersättningsnivå men själva tabellverken bortser helt från ersättningssystem och ersättningsformer. Medicinsk invaliditet definieras som ”fysisk och/eller psykisk funktionsnedsättning oberoende av orsak och utan hänsyn till den skadades yrke, fritidsintressen eller andra speciella förhållanden”.¹⁵ Allvarlighetsgraden är kategoriserad till sju olika kategorier från att skadan bedöms vara så pass liten att ingen ersättning utlämnas till den mest allvarliga skadan, dödsfall. Mellan dessa två extremer finns kategorier för två olika längder av sjukskrivningar samt tre olika kategorier om invalidiseringar på olika nivåer.

Inspektionen för vård och omsorg, IVO

Det finns två olika typer av anmälningar till IVO: anmälningar från patienter enligt patientsäkerhetslag (PSL) och anmälningar från vårdpersonal enligt lex Maria. Bland lex Maria-ärenden finns information om antal inkomna anmälningar och antal som har beslutats. Bland PSL-ärenden finns ytterligare information om antal anmälningar som har slutat med kritik. Antal beslutade anmälningar är ett mått som vi använder istället för inkomna ärenden. Det totala antalet anmälningar enligt PSL berättar om subjektiv patientupplevelse, samtidigt som antal beslutade anmälningar med kritik berättar mer objektivt att det fanns brister i vårdprocessen även enligt

utvärdering av IVO. Dessa mått finns på årlig nivå för åren 2013–2017 enligt år då beslut har tagits. Det finns 900–1800 beslutade ärenden enligt PSL och 500–600 lex Maria-fall per år som handlar om diagnostisering.

Data innehåller information om antal ärenden per händelsekategori samt per verksamhetsnivå och verksamhetstyp. Det finns också information om antal ärenden per landsting/region men jämförelser mellan olika regioner är svårt givet att antal ärenden för olika regioner varierar mycket över tid. Det kan också finnas systematiska skillnader i anmälningsbenägenhet som riskerar att störa jämförelserna. Valet är därför att endast redovisa resultat för riket som helhet. Bland händelsekategorierna går det att se hur många fall som gäller diagnostisering och hur stor del av dem som har avslutats med kritik. Det går också att se hur stor del av samtliga fall som händer i olika verksamhetstyper men inte hur stor andel per verksamhetstyp som gäller diagnostisering.

Nitha

Nationellt IT-stöd för händelseanalys, Nitha, är ett IT-stöd för händelseanalys när en incident, skada eller annan händelse har hänt inom vården. Det hjälper vårdpersonal att analysera händelserna systematiskt. Vårdpersonal kan spara händelseanalysen till kunskapsbanken och på det sätt är det möjligt att ta fram statistik gällande de fall som har sparats i systemet.

Statistik och information från Nitha har tagits fram gällande fall där en negativ händelse eller tillbud har inträffat. I detta material går det att se hur stor andel som gäller diagnostisering som arbetsprocess och vilka orsaker som bedömts orsaka händelserna

Totalt ingår 2 017 händelseanalyser av vilka 447 handlar om diagnostisering (22%). Alla dessa ärenden har hänt mellan 1/2009 och 1/2019 och har hämtats från databanken den 8 april 2019.

Patientnämnder

Uppgifter har också inhämtats från patientnämnder över antal ärenden som har handlat om diagnoser eller undersökning och utredning inom vård och behandling under de senaste två åren (2017–2018). Samtliga regioner utom Värmland, Skåne och Gotland har lämnat uppgifter. Givet att tre regioner saknas har det årliga antalet ärenden räknats upp med ett par hundra fall.

ICD-10 koder och beskrivning

**Tabell A Beskrivning av huvudkategorier
av ICD-10 diagnosklassificeringssystemet.**

ICD-kod	Beskrivning
A00-B99	Vissa infektionssjukdomar och parasitsjukdomar
C00-D48	Tumörer
D50-D89	Sjukdomar i blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunsystemet
E00-E90	Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningsjukdomar
F00-F99	Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar
G00-G99	Sjukdomar i nervsystemet
H00-H59	Sjukdomar i ögat och närliggande organ
H60-H95	Sjukdomar i örat och mastoidutskottet
I00-I99	Cirkulationsorganens sjukdomar
J00-J99	Andningsorganens sjukdomar
K00-K93	Matsmältningsorganens sjukdomar
L00-L99	Hudens och underhudens sjukdomar
M00-M99	Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven
N00-N99	Sjukdomar i urin- och könsorganen
O00-O99	Graviditet, förlossning och barnsängstid
P00-P96	Vissa perinatale tillstånd
Q00-Q99	Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser
R00-R99	Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som ej klassificeras på annan plats
S00-T98	Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker
U00-U99	Koder för särskilda ändamål
V01-Y98	Yttre orsaker till sjukdom och död
Z00-Z99	Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården

