

# Studiebrev

---

## Patientsäkerhet- Diagnostiska fel och misstag

2017-12-05

Författare Rita Fernholm

Distriktsläkare, med.lic. Boo vårdcentral.

Forskar om patientsäkerhet vid Karolinska Institutet.

[rita.fernholm@sll.se](mailto:rita.fernholm@sll.se)



## Innehåll

Patientsäkerhet- Diagnostiska fel och misstag .....	3
Målsättning .....	3
Instruktioner till användaren .....	3
Faktadel.....	3
Risksituationer .....	4
Hur kan vi minska de diagnostiska felen? .....	6
Råd till patienter inför deras besök.....	7
Händelseanalys .....	8
Patientfall, tre stycken autentiska lex Maria-ärenden .....	10
Uppgifter om jävsförhållanden .....	14
Referenser.....	14

## Patientsäkerhet- Diagnostiska fel och misstag

Kvalitet och patientsäkerhet är begrepp som vävs in i varandra. Vård med låg kvalitet blir inte säkert för våra patienter. Hög kvalitet handlar såväl om diagnostik och behandling som om adekvat uppföljning och personcentrerad vård.

De vårdskador som inträffar på sjukhus är oftast av den typen att man gjort något aktivt som skadat patienten, t.ex. en vårdrelaterad infektion eller en operationskomplikation. Inom primärvården rör det sig oftast om en skada som uppstår för att något inte gjorts som borde ha gjorts, t.ex. en cancerdiagnos missas så sjukdomen hinner bli spridd. En sådan miss kan ha många orsaker. Det kan bero på att en remiss inte går iväg som tänkt eller att ett röntgensvar blir liggande p.g.a. vidimeringsrutiner som inte fungerar. Vidare kan det handla om bristande kompetens eller dålig kontinuitet. Två stora organisationer som nyligen lyft upp problematiken med diagnostiska fel och misstag är WHO (1) och National Academies of Sciences, Engineering and Medicine (2).

### Målsättning

Målsättningen med det här studiebrevet är att bli medveten mekanismerna för diagnostiska fel och misstag för att kunna minska riskerna för att de sker i sin egen verksamhet.

### Instruktioner till användaren

Först kommer en faktadel om vårdskador och diagnostiska misstag, inklusive praktiska råd. Sen kommer lite om händelseanalyser som leder vidare till fallbeskrivningar. Fallen bygger på autentiska lex Maria-ärenden. Fallen kan med fördel användas till fortbildning på vårdcentraler med läkare, eller läkare tillsammans med sjuksköterskor, eftersom det ofta är ett teamarbete att ställa diagnos. Sjuksköterskor bidrar till rätt diagnos via telefonrådgivning, bokningar, triagering och egen mottagning.

### Faktadel

Definitioner av lex Maria och vårdskada hittar du i faktarutan.

Sett över hela vården beror ungefär 10-20 % av allvarliga vårdskador på

**Lex Maria** innebär att vårdgivaren ska utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

I patientsäkerhetslagen står att en **vårdskada** är "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". En vårdskada kan uppstå på grund av den vård och behandling som patienten fått men också av att patienten inte har fått den vård som behövs.

diagnostiska fel (2). Det kan handla om missad, försenad eller felaktig diagnos. De diagnostiska felen gör att patienten inte får den vård de behöver i rätt tid vilket både kan ge lidande och påverka prognosen. I värsta fall dör patienten p.g.a. att diagnosen missats. Vanligast i Sverige är cancer, hjärtinfarkt, infektion och trombos. I primärvården är siffrorna högre än genomsnittet för vården och det rör sig om över 50% av de allvarliga vårdskorna (räknat som antal lex Maria-ärenden) (3). I en omfattande översiktsartikel från 2016 kan man läsa om det globala läget gällande missade diagnoser i primärvården (4).

Socialstyrelsen har ett samlat stöd för patientsäkerhet som du hittar på:

<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/>

Där har man en sida om diagnostiska fel där man kan läsa mer om just detta:

<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker/varskadeomraden/diagnostiska-fel>

## Risksituationer

Arbetstempot är vanligtvis högt i primärvården och med ökad erfarenhet tränar vi upp vår autopilot. Den hjälper oss att snabbt ställa diagnos när vi känner igen saker som vi sett tidigare. Vi har mycket nytta av den då den hjälper oss att jobba snabbt men den har en inbyggd svaghet. Den gör att vi kan ställa fel diagnos. När det är något som inte riktigt stämmer behöver vi koppla bort autopiloten och tänka till. Det är därför en viktig egenskap att känna igen situationer när autopiloten inte ska användas.

Vissa situationer medför en ökad risk för diagnostiska fel och då bör vi vara extra vaksamma och låta autopiloten vila. En sådan är vid språkliga svårigheter. Information går förlorad i mötet, även om tolk anlitas, och det ökar risken för diagnostiska fel. Om patienten har flera andra sjukdomar, speciellt samtidig psykisk sjukdom, är risken för diagnostiska fel ökad. Om man blir störd kan det hända att en remiss som man just tänkte skriva inte kommer iväg. Just att en remiss inte går iväg som tänkt är en av de vanligaste orsakerna till försenad allvarlig diagnos i primärvården.

## *Kontinuitet och kompetens*

Inhyrd personal kan öka riskerna och IVO har tittat närmare på den problematiken (5). Som inhyrd eller korttidsvikarie ökar riskerna eftersom man inte känner patienten sen tidigare och risk finns att man inte är kvar på enheten när eventuella provsvar anländer. Som tillfällig läkare har man kanske inte heller full kännedom om gällande rutiner och riktlinjer vilket kan öka riskerna. En god läkarkontinuitet ökar patientsäkerheten. Kompetensbrist måste också nämnas eftersom en del fall handlar om just det. Barn med tecken på diabetes typ I ska alltid utredas akut och makroskopisk hematuri hos patienter över 40 år ska alltid utredas. När det gäller fortbildning har också arbetsgivaren ett ansvar då tid och medel måste avsättas för ett ständigt lärande.

I jobbet som läkare på vårdcentral får man sällan återkoppling på sin diagnostiska kompetens vilket gör att man kanske inte är "väl kalibrerad" relativt sin kompetens. Både övervärdering och undervärdering av egen kunskap ökar risken för diagnostiska fel och misstag.

Övervärderad kunskap kan leda till felaktiga beslut, medan undervärderad kunskap kan leda till onödigt många undersökningar och/eller omfattande provtagning. Vi vill inte hamna i överdiagnostik, den gynnar vare sig oss eller våra patienter. Se gärna

<http://www.choosingwisely.org/> samt de nordiska versionerna och SFAMs egna: Rådet för hållbar diagnostik och behandling.

### *Rätt diagnos ett teamarbete*

Sjuksköterskor är en del av det diagnostiska teamet. Telefonrådgivning, telefonbokning och triagering är en viktig del av den diagnostiska processen. Om beslutsstöd inte används ökar riskerna. Vidare, om bokningar för nya besvär sker genom att en misstänkt diagnos skrivs in i bokningen istället för symtom kan riskerna för diagnostiska fel öka. Det beror på att läkaren, ofta omedvetet, blir styrd i sitt anamnesupptagande och statustagande av informationen i bokningen. Andra delar av teamet kan vara röntgenläkaren, sjukgymnasten, organspecialisten och andra läkare på ens egen vårdcentral. Den mest centrala medlemmen i teamet är patienten. Hen är expert på sin kropp och sina symtom.

### *Systematiska fel*

Inbyggda fel kan öka riskerna för diagnostiska fel. Det kan handla om osäkra rutiner för vidimering/signering av kollegors prov- och röntgensvar. Det kan handla om avsaknad av kallelesystem, t.ex. om kontrollkoloskopi eller kontrollröntgen ska göras. Om arbetsmiljön och/eller ekonomin är pressad kan det leda till minskad noggrannhet, snålare provtagning och mindre inslag av kollegial rådfrågning.

Om man är pressad kanske patientbemötandet blir sämre. Dåligt bemötande kan leda till att patienten avbokar sitt återbesök och för låg patient- eller anhörigdelaktighet kan leda till sämre följsamhet till utredning. Kanske går då patienten inte på planerad röntgen eller kommer inte på återbesöket. 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, till exempel för att man nonchalerar sina symtom, eller för att det är krångligt att boka tid till vårdcentralen. Det kan leda till att en allvarlig diagnos försenas.

En stor risk för försenad diagnos föreligger om önskemål om vidare utredning inte når fram till primärvården, till exempel om önskemålet bakas in i en slutanteckning utan att remiss skickas. Ett exempel är önskemål om anemiutredning efter att ett lågt Hb noterats på sjukhuset.

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 bakteriella, vilket inte är helt ovanligt. Det leder till antibiotikaförskrivning med risk för påverkan på resistensläget samt förstås även risk för biverkningar hos patienten.

Det vi kallar för patientsäkerhetskulturen på arbetsplatsen påverkar också säkerheten. Om patientsäkerheten är god har man ett lärande klimat där avvikelser skrivs för att belysa vad som kan förbättras snarare än för att utse syndabockar.

### *Kognitiva misstag*

Kognitiva misstag utgör troligen en relativt stor andel av diagnostiska misstag (6).

- Hit hör tillgänglighetsfel (den diagnos som ligger närmast i tanken). Ett exempel är att många patienter söker vårdcentral p.g.a. ont i över delen av magen och läkaren tänker dyspepsi, inte hjärtinfarkt. Har man omvänt haft en patient med hjärtinfarkt nyligen är man snabb på att ta EKG på en sådan patient.

- Vid en 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 på någon man tycker om. Det kan leda till underutredning. Man kanske inte vill remittera för gastroskopi eftersom det är en jobbig undersökning. Det kan också vara genant att göra en fullständig kroppsundersökning på någon man känner.
- Ett representativitetsfel sker då man tillskriver en patient en rutinmässig mall. Till exempel att en sportig ung person nog inte kan ha en hjärtsjukdom, eller att en patient med hög ålder nog har demens. Ett uppmärksammat fall var en äldre kvinna som antogs försämrad 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 inga kontroller av koncentrationen av hennes epilepsimedicin gjorts på flera år, och hennes försämring berodde på överdosering av antiepileptika.
- Den som begår algoritmfel halkar in i ett schema. Man slutar ha ett lateralt (differentialdiagnostiskt) tänkande. När tanken för snabbt hamnar i en algoritm eller i ett vårdprogram kan diagnostiken försämrans.
- Att sluta leta när man hittat något (söknojdhets) kan leda fel. Hosta kan tolkas som orsakad av ACE-hämmare, men kan vara en 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 i journal. Vid en ankareffekt tar man fasta på initiala fynd och drar förhastade slutsatser som sedan inte omprövas.

Den stora majoriteten av missade allvarliga diagnoser rör tämligen vanliga åkommor som cancer, hjärtinfarkt och infektion (7). I primärvården är de vanligaste diagnoserna koloncancer, hudcancer, hjärtinfarkt och diabetes typ I.

### Hur kan vi minska de diagnostiska felen?

Slå av autopiloten vid risksituationer eller när något inte känns som vanligt. Ställ kontrollfrågor till dig själv: Vad talar emot diagnosen? Vad kan det annars vara? Är det mer än ett problem? Använd ”tre-regeln”, dvs ha alltid minst tre differentialdiagnoser och dokumentera dessa, så hjälper du både ditt eget differentialdiagnostiska tänkande och nästa vårdkontakt. Lär patienterna ställa samma kontrollfrågor. Ett ökat teamarbete förbättrar diagnostiken och låt patienten vara en del av det diagnostiska teamet. Låt inte nya läkare arbeta utan handledning. En översikt finns att läsa i Läkartidningens temanummer om diagnostiska fel och misstag från 2017 (8).

Identifiera lokala risker och minimera dessa. Kan avvikande svar bli liggande? Hur säkerställs patientens uppföljning? Hur säkerställer vi att remisser vid misstänkt cancer kommer iväg från vårdcentralen? Se över systemfel (t.ex. remissvägar, tidsbrist, arbetsmiljö)




Går det att bygga in skyddsnet? Gällande remisser kan man skriva den med patienten kvar på rummet. Känner man att man inte hinner det kan man i alla fall påbörja remissen för då ser

man sen att man har något kvar att slutföra. Meddela alla patienter sina provsvar (t.ex. med standardbrev).

Främja en kultur som underlättar den diagnostiska processen, feed-back och involverade patienter. Främja en kultur där avvikelserapportering fungerar bra och man i ett positivt klimat lär sig av sina och andras misstag.

Värna om en bra konsultation – få fram patientens tankar, oro och önskningar.

**Här är en bild man kan kopiera och använda i sin verksamhet om man vill:**

	Skriv symptom istället för diagnos vid bokningar - minskar risken för "ankareffekten" (att fastna i det vi tror först)
	3 regeln: Ha alltid 3 differentialdiagnoser och dokumentera dem gärna, det hjälper både dig och nästa vårdkontakt, fastna inte i "ankareffekten"
	Skriv remissen med patienten på rummet. Fungerande vidimering och remissbevakning. Skicka svar på alla prover och röntgenundersökningar - slut cirkeln, tappa inte patienten!

Stina Gäre Arvidsson och Rita Fernholm

### Råd till patienter inför deras besök

Råd till patienter som man kan ha på vårdcentralens kallelser eller på sin hemsida under ”inför ditt besök”. Man kan också ha en länk till den informationen när patienter bokar sin tid via webben.

- Var tydlig om dina symtom, skriv gärna ned innan och beskriv dem noga.
- Koordinera din vård – lista dig hos en husläkare. Byt läkare om du inte tycker det fungerar.

- Fråga om det är något du inte förstår.
- Läs din journal via nätet, 1177.se, meddela vården om det är något som inte stämmer eller om du har några frågor.
- Om du tvivlar på din diagnos, ta upp det din läkare eller sök en second opinion. Fråga gärna din läkare ”Vad skulle det kunna vara annars?”
- Ta gärna med dig någon till läkarbesöket för att få hjälp att höra allt. Be om skriftlig information att ta med hem.
- Följ de rekommendationer du får – fråga oss om du är tveksam till något!
- När du varit på vårdcentralen ska du fått tydliga besked om när du ska söka på nytt om du inte blir bra, eller vilka symtom som ska leda till ny kontakt.

## Händelseanalys

När man gör en händelseanalys av något som gått fel i vården kan man använda sig av SKLs handbok Riskanalys och Händelseanalys: <http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/riskanalys-och-handelseanalys-analysmetoder-for-att-oka-patientsakerheten.html>

Man kan även ta hjälp av datoriserade stöd såsom Nationellt IT-stöd för Händelseanalys (NITHA). I NITHA byggs en rapport samtidigt som man analyserar händelsen och den rapporten kan sen laddas upp i deras kunskapsbank <https://nitrha.lio.sjunet.org/Learn> och bli tillgänglig för lärande för andra enheter (den avidentifieras då). Länken för NITHA nås om man sitter inom ”sjunet” på landstingets nät. Mer information om Nitha finns på: <https://www.inera.se/Fordjupning/fordjupad-information-om-vara-tjanster/handelseanalys-nitha/>

När man utreder en händelse är det av stor vikt att man går tillräckligt mycket på djupet. Man brukar tala om ”De fem varför”. Det innebär att man inte nöjer sig med att fråga sig en gång om möjliga bakomliggande orsaker, man ska gärna fråga fem gånger. Ungefär så här.

*De 5 varför:*

*Varför ställdes inte diagnosen i tid?*

*t.ex. patologiskt röntgensvar eller lågt Hb blev liggande (kollega var sjuk)*

*Varför tittade inte någon annan?*

*Rutinerna för vidimering följdes inte*

*Varför inte då?*

*Inhyrd personal som inte kände till rutinerna*

*Varför inte det?*

*Bristfällig introduktion av inhyrd personal*

*Varför?*

*Standardiserad introduktion för tillfällig personal har inte tagits fram eller man känner inte att till att intro finns eller man hade inte tid att introducera*

*Varför då?*



*Nu närmar man sig kärnan.....*

*Ett exempel till.*

*Varför ställdes inte diagnosen i tid?*

*t.ex. det var en bristfällig kommunikation från sjuksköterska till läkare*

*Varför?*

*Sjuksköterska ville inte störa läkaren*

*Varför?*

*Alternativ 1 Läkaren har väldigt mycket att göra. Alternativ 2 Kulturfråga, blivit bemött negativt tidigare*

*Varför?*

*För få läkare på enheten eller andra orsaker*

Man behöver på djupet fundera över bakomliggande orsaker. Vissa av nivåerna kommer gå att åtgärda och andra inte. De olika nivåerna kommer även vara olika svåra att åtgärda men åtgärder och skyddsnet kan ofta byggas in på flera nivåer parallellt.

Det är även viktigt att lyfta fram det som faktiskt fungerar. För det mesta blir det rätt och det kan dels bero på bra organiserat arbete och dels på att vi som personal är flexibla och hittar sätt att säkra upp annars bristfälliga rutiner. Många gånger kan vi göra vården säkrare genom att lyfta vad som fungerat bra och sprida det. När vi bara fokuserar på det som gått fel resulterar det oftast i att man kommer fram till att en viss rutin inte följts och åtgärden blir att påminna på ett personalmöte att följa rutinen. Inget har så låg effekt på säkerhet som att påminna folk att göra rätt. Man behöver bygga system som gör det lätt att göra rätt. Att vara påläst på alla rutiner som finns på enhetens insida är inte ett sånt system.

## Patientfall, tre stycken autentiska lex Maria-ärenden

Till varje fall hör några frågor som kommer efter ärendet.

### Fall 1

140107-140416

Patient (man 70 år) söker på Hälsocentralen (HC) vid sex tillfällen för molande värk i buken och blod i avföring. Hb-värdet och andra prover har varit bra. Under denna tid görs, efter konsultation med kirurgen, en CT buköversikt (BÖS) och koloskopi med frågeställning ”Tumör?” utifrån att patienten tidigare haft en cancerdiagnos. Svaret på CT visade divertiklar i tarmen som vid tidigare undersökning. I svaret på koloskopiundersökningen står att det sågs multipla divertiklar i sigmoideum. Det togs ett px från ett ställe med adenomatös vävnad som visade en ”ospecifik inflammation och lätt hyperplastiskt inslag” men att det inte fanns indikationer för någon nödvändig kontroll. (I händelseutredning uppger koloskopisten att svaret på koloskopin var knutet till själva undersökningen utan hänsyn till patientens totala tillstånd).

140528-140725

Patienten har fortfarande magbesvär och träffar läkare 1 på HC men undrar också över en knöl på halsen som utreds med ultraljud men som bedöms vara utan anmärkning. Utreds också med ultraljud för misstänkt DVT vilket det inte var.

140915-141007

Träffar läkare 2 vid två tillfällen för smärta i nedre delen av buken och dagligen färskt blod i avföringen prover som tas är bl. a F-Hb som är positiv x 3, i övrigt bra värden. Den 7/10 träffar patienten läkare 3 för smärta i buken och remiss för ultraljud buk skickas. Svaret på den undersökningen visar inget allvarligt.

141228

Söker akutmottagningen för plötsligt isättande smärtor i vänster flank. Patienten har besvär från tarmen som förut. Träffar där läkare 4 som misstänker uretärsten och lägger in patienten på observationsavdelningen.

Det görs en DT utan kontrast som inte visar någon sten eller hydronefros men visar som tidigare känt, divertikulos i vänster colon och sigmoideum. Det finns också en kommentar i svaret att sigmoideum verkar breddökad, att det finns en omgivande retning och att skopi kan vara av värde med tanke på angiven anamnes med blod i avföringen. Patienten bedöms må bra, får gå hem och komma åter vid försämring. Av oklar anledning beställs inte koloskopi och remiss till HC för att ombesörja ny koloskopi skickas inte.

150114

Nytt besök på HC för återkommande buksmärter med blodtillblandad avföring. Har nu gått ner i vikt och är trött och orkeslös. Läkare 5 misstänker divertikulit och sätter in patienten på Ciprofloxacin i 10 dagar.

150127

Söker igen på HC för fortsatta buksmärter och träffar läkare 5. Patienten känner sig först något bättre på Ciprofloxacin men mår nu inte bättre på medicineringsen, är trött och slut och har gått ner ca 12 kg sista månaderna. Patienten får en akut remiss till kirurgen. Där uppger patienten för läkare 6 att buksmärtan ökat alltmer och att avföringen varit lös, blodig och slemmig. Medicineringsen med Diklofenak, som patienten haft många år för sin reumatiska värk, sätts ut för att se om blödningen stannar av. Läkare 6 skriver i journalen att det inte

känns som något kirurgiskt. Efter konsultation med medicinläkare är de överens om att prover ska tas på HC för att se om det är någon inflammatorisk tarmsjukdom. Från HC ska det sen skrivas en remiss till medicin för fortsatt utredning.

150225

Patienten söker kirurgakuten och träffar läkare 7 som efter diskussion med en specialistläkare om patientens oklara buksmärtor inte tror att det finns någon tydlig kirurgisk orsak till patientens besvär. Efter diskussion med medicinjour lämnas patienten över till medicin för fortsatt utredning. En ny DT buköversikt beställs. Den visar malignitetsmisstänkta körtlar och en tid för koloskopi beställs till den 3/3.

150228-150302

Läggs in på kirurgen av läkare 7 efter att åter ha sökt akut med mer smärta i magen. Ny DT visar ett begynnande subileus. Den 2/3 görs ett försök till sigmoideoskopi av läkare 7. Det avbryts pga. att patienten inte laxerats. De kompletterar med en coloningjutning som visar helt stopp efter 15-16 cm och tyder på ett colonileus.

Den 3/3 opereras patienten akut för colonileus och hittar en ”hård, knottrig tarm - carcinos och långsträckt tumöromvandling” som bedöms inoperabel.

Sen diagnos av koloncancer som lett till skelettmetastaser och är inoperabel när den upptäcks. Patienten avlider ca tre månader efter att diagnosen satts.

### **Frågor till fall 1**

Varför blev det som det blev?

Varför ställdes inte diagnos i tid? Jobba med de ”fem varför”.

Hur hade detta kunnat undvikas?

Hade ett ökat patientengagemang/patientdelaktighet kunnat bidra ge en säkrare vård?

## Fall 2

Tisdagen den 17 januari känner den 45-åriga mannen att han har ont i bröstet och har hosta. Smärtan blir värre vid utevistelse. Han uppsöker sin listade vårdcentral. I receptionen får han besked om att gå hem och ringa, eftersom att han inte har någon bokad tid.

Väl hemma igen ringer mannen vårdcentralen. Han får prata med en sjuksköterska, som gör en bedömning. Symptomen som diskuterades var att mannen kände en varm känsla i bröstet vid utevistelse. Enligt anhörig hade han även haft hosta en tid. Bedömningen som gjordes av sjuksköterskan, efter att ha konsulterat en kollega, var att den kalla luften irriterade luftrören och han fick egenvårdsråd. Enligt anhörig uppgav mannen att sjuksköterskan hade sagt till honom att det antagligen var ett virus och att han skulle höra av sig igen om han inte blev bättre om några dagar.

Måndagen den 23 januari, känner sig mannen sämre enligt anhörig. Han har nu mer ont på grund av den brännande känslan i bröstet i kombination med högt blodtryck. Han känner sig även svimfärdig. Den 45-åriga mannen uppsöker akutmottagningen på förmiddagen. En sjuksköterska på akutmottagningens triage gör en första bedömning. Utifrån att han har haft symptom i över en vecka bedöms hans symptom inte som akuta, utan han blir anvisad till primärvårdens dagfilial (PV-filialen).

En undersköterska tar emot mannen på PV-filialen. Hon upplever honom som stressad. Det tas EKG, blodtryck och puls på mannen. Hans blodtryck var högt, 180 mmHg systoliskt. Det resulterade i att undersköterskan ombads av läkare att ta ännu ett blodtryck, efter att mannen hade vilat en stund. Vid ny kontroll hade blodtrycket sjunkit till cirka 140 mmHg systoliskt. En distriktssköterska gör sedan bedömningen att mannens allmäntillstånd är opåverkat och att han har inga tecken på smärta. Distriktssköterskan ber läkaren att bedöma mannens EKG. Det finns inga tidigare journalanteckningar på mannen samt inga tidigare EKG att jämföra med. Läkaren bedömer att den sammanlagda informationen från EKG samt distriktssköterskans rapport inte talar för att han lider av något akut koronart syndrom (AKS), så som instabil angina pectoris (kärlkramp) eller hjärtinfarkt. I samråd med distriktssköterska bedömer läkaren att hen inte behövde träffa patienten. Bedömningen som gjordes var att mannen sannolikt hade dyspeptiska eller stressrelaterade besvär. Han fick egenvård kring detta av distriktssköterskan. Patienten skickas sedan hem.

Anhörig uppger att mannen känner sig opåverkad dagarna som följer, men fyra dagar efter sjukhusbesöket hittas mannen avliden i sitt hem. Enligt den rättsmedicinska obduktionsrapporten hade den avlidna mannen framskridna arteriosklerotiska förändringar i hjärtats kranskärl med en färsk hjärtinfarkt.

Dödsorsaken konstateras vara hjärtinfarkt.

## Frågor till fall 2

Varför blev det som det blev?

Varför ställdes inte diagnos i tid? Jobba med de ”fem varför”.

Hur hade detta kunnat undvikas?

Hade ett ökat patientengagemang/patientdelaktighet kunnat bidra ge en säkrare vård?

### Fall 3

Sommaren 2016

7-årigt barn som under sommaren kissat och druckit mer än tidigare samt blivit tröttare under sensommaren.

Enligt yttrande från närstående har anhörig ringt hälsocentralen vid ett tidigare tillfälle under sensommaren och önskade att få komma och ta ett urinprov (oklart när). Men ingen spårbar dokumentation finns i journalen.

160826 Anhörig ringer återigen hälsocentralen, pratar med sjuksköterska 1. Man är orolig för viktnedgång hos barnet. Påtalar även en oro om eventuell diabetes då det finns diabetes i släkten. Barnet befinner sig i skolan så sjuksköterska 1 har ingen möjlighet att prata med barnet direkt. Man överenskommer att förälder och anhörig ska kontrollera hur barnet mår när det kommer från skolan. Om de upplever att barnet inte mår bra ska de kontakta 1177 eller så kan de återkomma till hälsocentralen under måndag morgon för att boka en akut tid till läkare. Sjuksköterska 1 bokar dock en telefontid hos läkare 1 veckan därpå.

160905 Läkare 1 ringer upp förälder på avtalad tid. Förälder påtalar oron kring barnets viktnedgång samt eventuell diabetes då detta finns i släkten. Läkare 1 ordinerar provtagning samt upplyser föräldern om att hen kommer att vara borta på semester och att en annan läkare kommer att bevaka provsvaren. Upplyser också kring möjlighet att boka in barnet till vikarie om de önskar vidare utredning.

160911 Besök på akutmottagning pga. allergiska utslag. Får medicin och går hem. Övriga symtom tas inte upp vid detta tillfälle.

160915 ca kl. 10.30 Kommer för provtagning på hälsocentralen.

Kl. 19.47 Förälder ringer 1177 och beskriver barnets symtom och efterfrågar svar på de prover som tagits. 1177 kontaktar distriktsläkarjour som meddelar att de prover som tagits tidigare idag ser bra ut men att alla provsvar inte inkommit ännu. Om de är oroliga uppmanas de att söka akuten under kvällen.

ca 21.00 Sjuksköterska 2 (på akuten) blir uppringd av labbet pga. högt blodsocker. Hen vidtalar barnjour, ringer förälder och ber dem komma in till akutmottagningen för ny provtagning.

21.47 Patienten kommer till akutmottagningen. Träffar läkare 2 och nya prover tas, vilka visar en syraförgiftning. Ca kl. 22. Patienten läggs på intensivvårdsavdelning för vård pga. syraförgiftning

### Frågor till fall 3

Varför blev det som det blev?

Varför ställdes inte diagnos i tid? Jobba med de ”fem varför”.

Hur hade detta kunnat undvikas?

Hade ett ökat anhörigengagemang eller ökad delaktighet från anhöriga kunnat bidra ge en säkrare vård?

## Uppgifter om jävsförhållanden

Inga jävsförhållanden föreligger

### Referenser

1. World Health Organization. Diagnostic Errors: Technical Series on Safer Primary Care. World Health Organization.: World Health Organization; 2016 [cited 2017 January 13]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252410/1/9789241511636-eng.pdf?ua=1>.
2. National Academies of Sciences E, and Medicine. . Improving diagnosis in health care.; 2015.
3. Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Statistiktabletter för Lex Maria 2016. Inspektionen för vård och omsorg (IVO). 2017 [cited 2017 January 13]. Available from: <http://www.ivo.se/om-ivo/statistik/lex-maria-och-lex-sarah/>.
4. Singh H, Schiff GD, Graber ML, Onakpoya I, Thompson MJ. The global burden of diagnostic errors in primary care. Bmj Qual Saf. 2016.
5. (IVO) Ifvoo. Hyrläkare - vårdgivarens dilemma? <https://www.ivo.se/publicerat-material/rapporter/hyrlakare---vardgivarens-dilemma/> 2016.
6. Groopman JE. How doctors think. Boston: Houghton Mifflin; 2007.
7. Brezicka T. Klagomålsbeslut 2012-2013. Sammanställning och analys av beslut från Socialstyrelsen och IVO. <http://www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/amnesomraden/patientsakerhet/rapporter-a-o/> Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen, Västra Götalandsregionen, Sverige; 2014 [cited 2017 January 13].
8. Fernholm R, Bjorgell P. Dominerar lex Maria-fallen inom primarvård och akutsjukvård - Bra teamarbete, tre-regeln, kontrollfrågor och bättre träning i diagnostik är några åtgärder för att minska risken för fel. <http://lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Temaartikel/2017/03/Dominerar-lex-Maria-fallen-inom-primarvard-och-akutsjukvard/>. Lakartidningen. 2017;114.