

Diagnostiska fel och misstag – hur ser det ut i primärvården?

Rita Fernholm, med. lic., distriktsläkare, Boo VC, rita.fernholm@sll.se.

Diagnostik

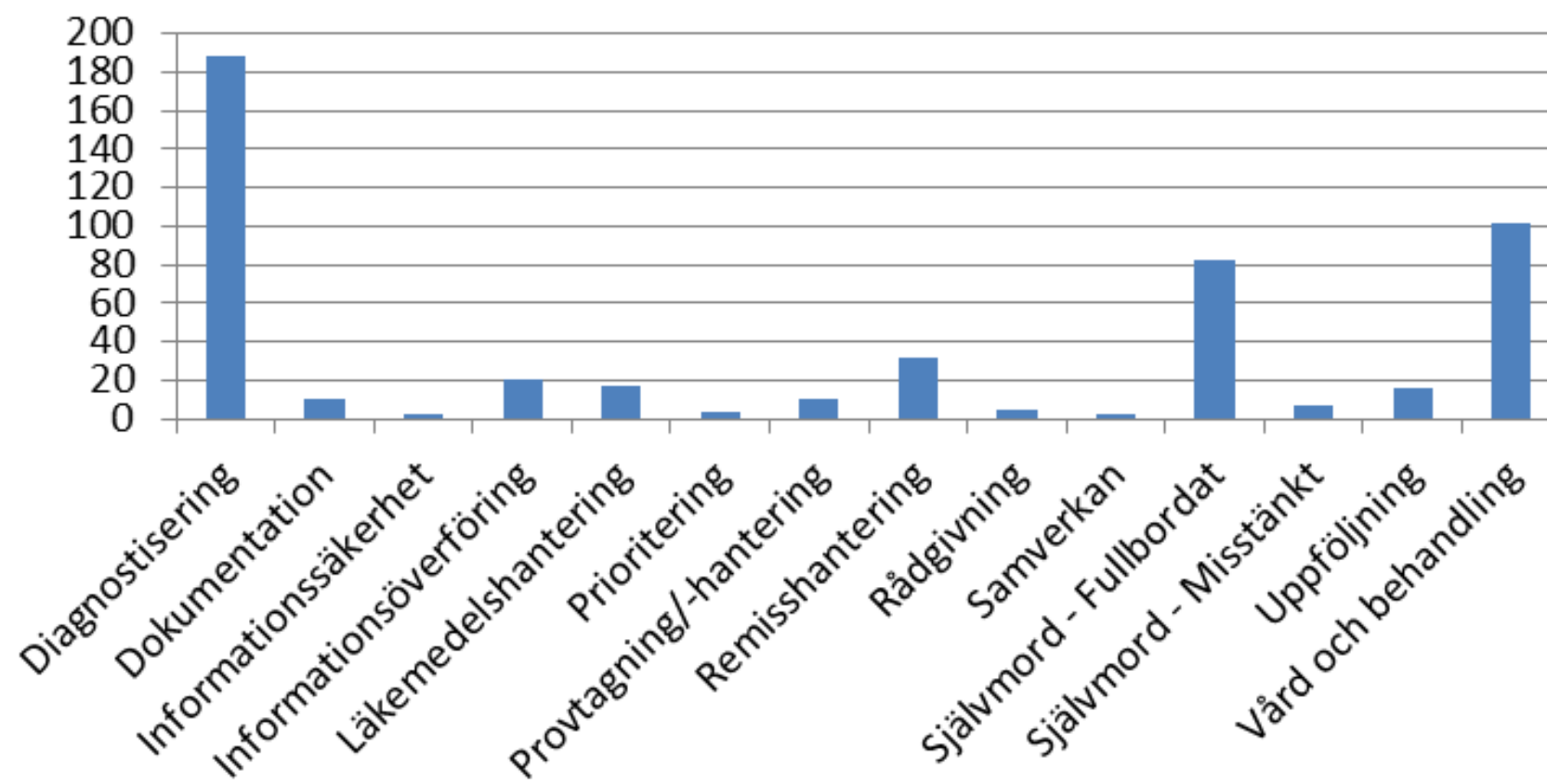
- IOM (Institute of Medicine, U.S.) kom 1999 med rapporten "To err is human". 2015 "Improving diagnosis in health care". Diagnostiska fel: Att inte kunna fastställa en korrekt och inom rimlig tid förklaring till patientens hälsoproblem samt kommunicera den förklaringen till patienten.
- Diagnostiska fel en vanlig orsak till vårdskada, vanligast i öppenvård och på akutmottagningar (står där för 40-50 % av allvarliga vårdskador)
- Diagnostiska fel har hög grad av undvikbarhet

Institute of Medicine 2015



Kan laddas ned gratis
<http://iom.nationalacademies.org/Reports/2015/Improving-Diagnosis-in-Healthcare.aspx>

Antal lex Maria 2016 Primärvård



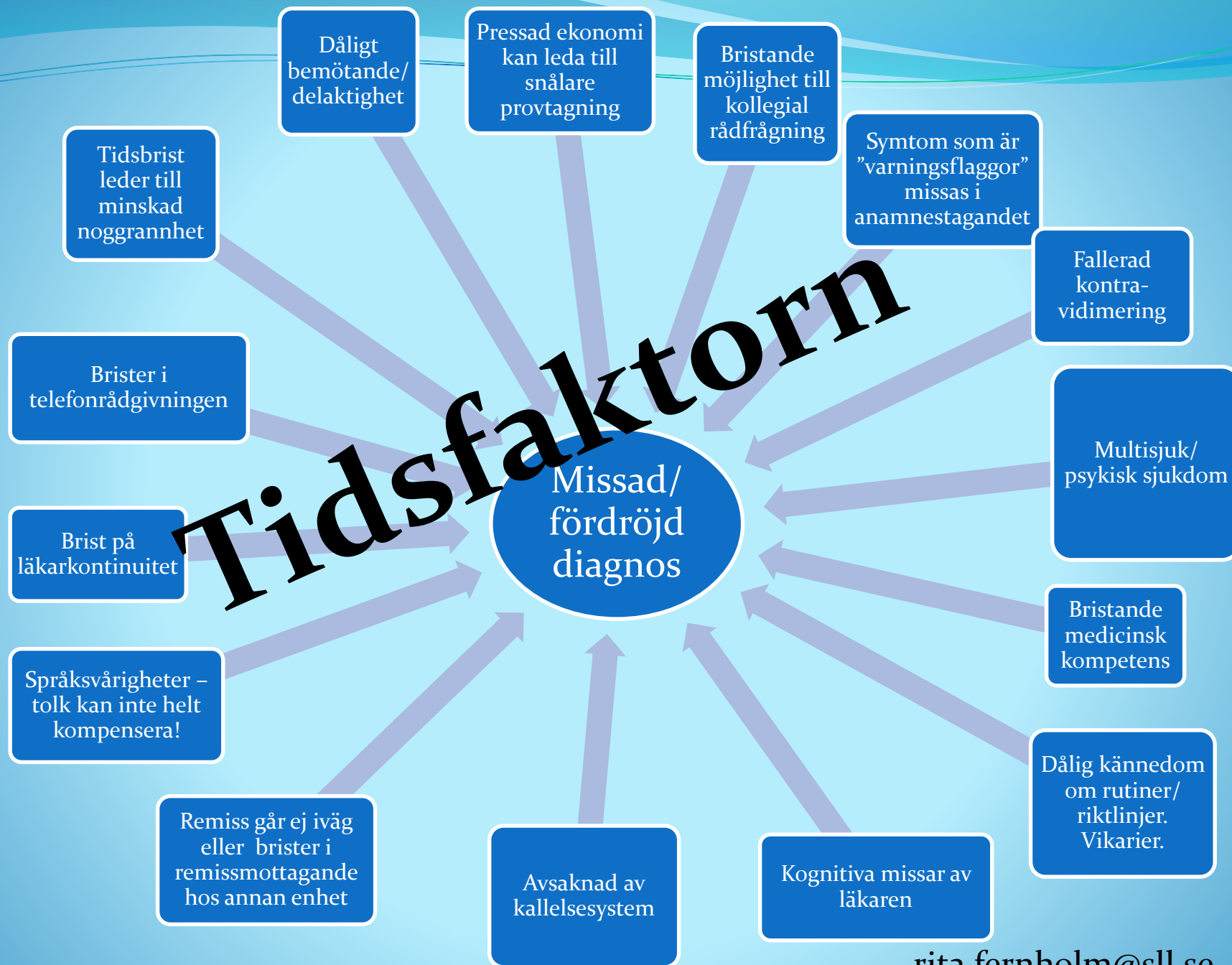
Diagnostiska missar

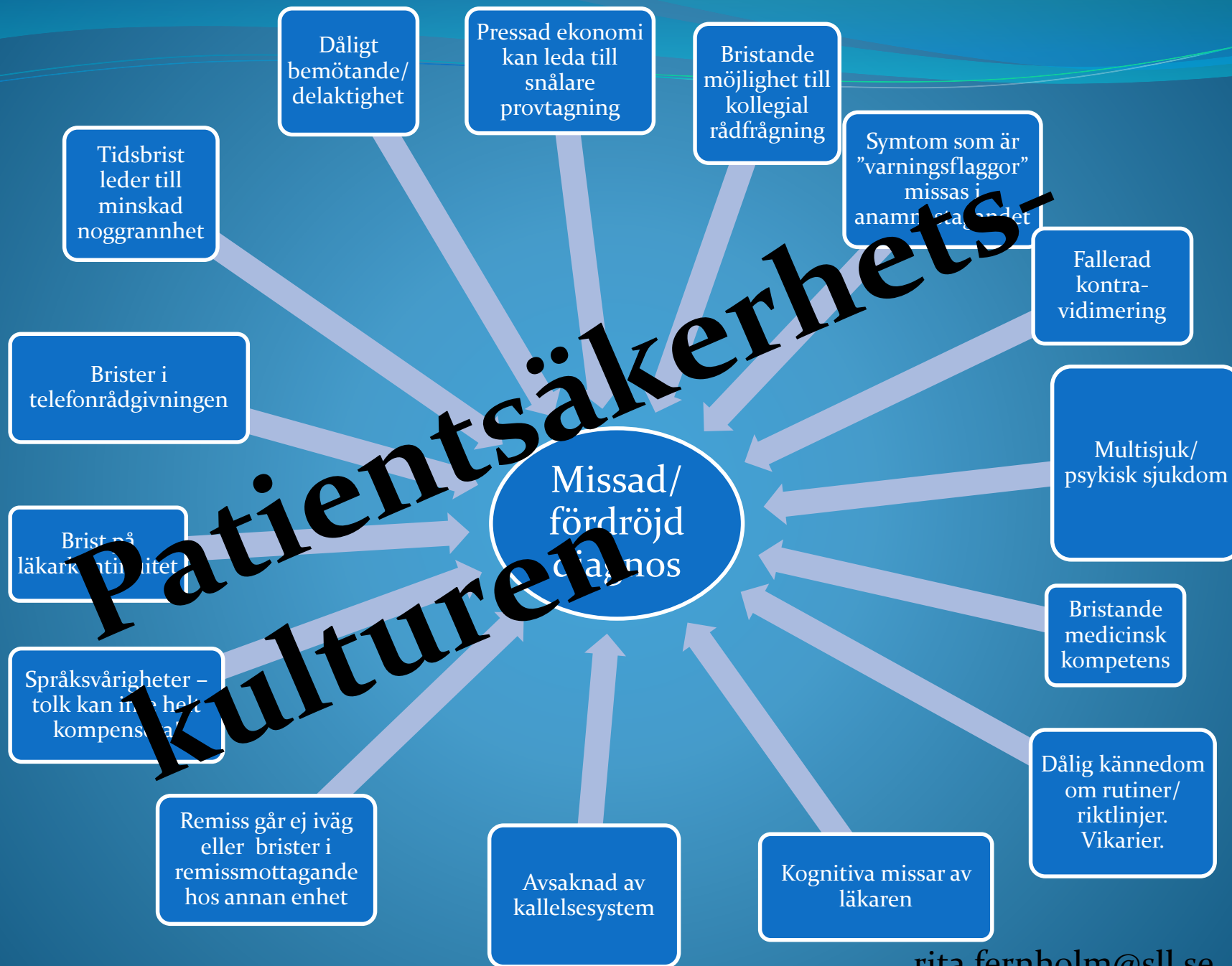
- Svårt att mäta – journalgranskningar, egenrapportering, obduktion, data från kvalitetsregister, patientregister, IVO, LÖF
- Svårt att veta när en sjukdom börjar, vad är en rimlig ”delay”?
- I USA fall av ”malpractice” 1986-2010 så stod 41 % för diagnostiska fel.
- Svenska källor IVO, Löf, PaN, Nitha (Nationellt IT-stöd för händelseanalyser)
- Enligt IVO, Löf och Nitha 2015 gällde en stor majoritet av ärendena antingen diagnostik eller vård och behandling.

Diagnossättande

- Vid få eller inga symtom är det risk för överdiagnostik (aggressiv screening, stort användande av undersökningar/tester)
- Vid tydliga symtom kan försening ske p.g.a. patienten väntar med att söka, det är en ovanlig diagnos eller komplicerad symtompresentation, tankefel eller att man inte driver diagnostiken.
- Försenade diagnoser är oftast inte ovanliga diagnoser. Det rör sig oftast om cancer, hjärtinfarkt, stroke, infektion, chock och blödning.







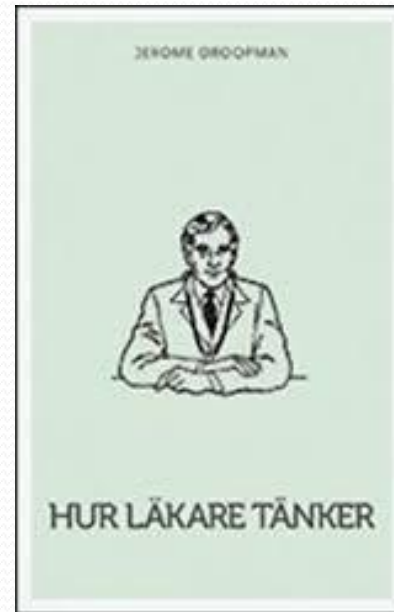
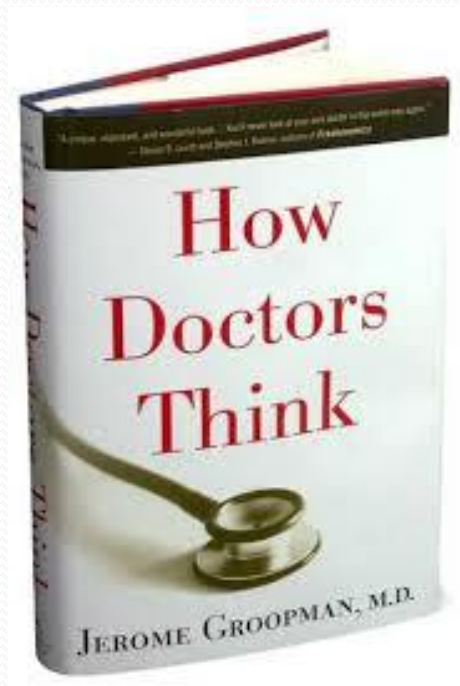
Kognitiva misstag av läkaren 1

- Tillgänglighetsfel – availability error. Det som ligger närmast i tanken.
- Bekräftelsefördom – confirmation bias. Man ser det som passar in på det man tror patienten lider av.
- Affektivt misstag - affection error. Man vill inte hitta allvarliga diagnoser på någon man tycker om.
- Representativitetsfel – attribution error. Man tillskriver patienten en mall/styrs av prototyper.
- Algoritmfel – Man halkar in i ett schema och slutar ha ett lateralt tänkande.

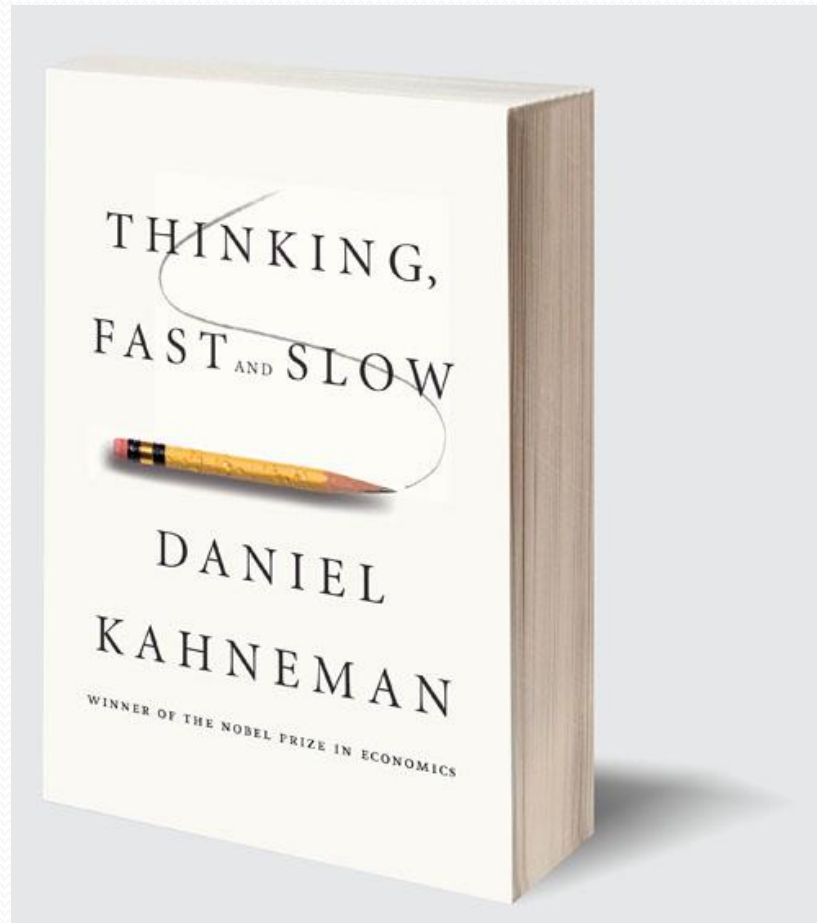
Kognitiva misstag av läkaren 2

- Man slutar leta när man hittat något– satisfaction of search
- Ankareffekt- man tar fasta på de initiala fynden och drar förhastade slutsatser som inte omprövas.
- Diagnosens kraft – diagnostiskt momentum, någon tror på en diagnos och sprider sin tro vidare via remiss / journal.
- Tidspress – leder till att läkaren inte hinner ha ett lateralt tänkande, de kognitiva missarna blir fler och informationen till patienten sämre vilket även det leder till sämre följsamhet och därmed minskad patientsäkerhet.
- Ha alltid minst 2-3 differentialdiagnoser med i tanken! Det hjälper oss för att inte tappa det laterala tänkandet.

Jerome Groopman



Daniel Kahneman



rita.fernholm@sll.se

Individuella faktorer

- Kunskap
- Utbildning och erfarenhet
- Personlighet
- Förmåga till kritiskt tänkande
- Beslutsstil
- Kön, ålder
- Känsломässigt tillstånd
- Trötthet
- Tolerans för kognitiv belastning
- Motståndskraft mot grupptryck
- Auktoritetstro
- Överdriven självtillit

Systemfaktorer

- Tidsbrist
- Ineffektiva vårdprocesser eller administrativa processer
- Bristande kontinuitet
- Bristande kommunikation / information
- Störningar (läkare/ssk med fler arbetsuppgifter)
- Bristande teamwork
- Arbetsbelastning (öppna mottagningar)
- Administrativ belastning

Förbättrad diagnostik

- Kontrollfrågor: Rule of three, "tre-regeln" och dokumentera! Vad talar emot diagnosen? Vad kan det annars vara? Är det mer än ett problem?
- Lär patienterna att ställa kontrollfrågorna
- Ökat teamarbete och låt inte nya läkare arbeta utan stöd
- Låt patienten vara en del av det diagnostiska teamet
- 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 VC?
- Se över systemfel (t.ex. remissvägar, tidsbrist, arbetsmiljö)

Förbättrad diagnostik fortsättning

- Går det att bygga in skyddsnät? Remisser t.ex. skriv med pt på rummet, meddela alla sina provsvar (t.ex. med standardbrev)
- Främja en kultur som underlättar den diagnostiska processen, feed-back, involverade patienter o.s.v.
- En bra konsultation – patientens tankar, oro och önskningar
- Främja en kultur där avvikelserapportering fungerar bra och man i ett positivt klimat lär sig av sina och andras misstag
- Ett ersättningssystem som stödjer den diagnostiska processen.
- Stödjande IT-system – Diagnostiska förslag tidigt

Bygg vården tillsammans med patienten, det ger en säkrare vård

- Involvera patienten i sin egen vård så mycket som möjligt, uppmuntra att de går in och läser sin journal
- Relevans för individen krävs för att få följsamhet
- Tillsammans med patienten skapar vi patientupplevelsen och vården
- Ändra maktbalansen, det patienten kan göra själv ska hen uppmuntras att göra (t.ex. ta sitt blodtryck, följa sin vikt, kunna sin mediciner)
- Var medveten om de kognitiva fallgroparna

Sammanfattning

**Diagnostiska fel är:
Vanliga
Undvikbara
Orsakar patientskador**

Vi kan göra skillnad!