

# Diagnostiska fel

LÄRDOMAR AV HÄNDELSEANALYSER



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting



# Diagnostiska fel

LÄRDOMAR AV HÄNDELSEANALYSER

Upplysningar om innehållet:  
Agneta Andersson, [agneta.andersson@skl.se](mailto:agneta.andersson@skl.se)

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2019  
ISBN: 978-91-7585-783-1  
Illustration: Ida Brogren  
Produktion: Advant

# Förord

Denna rapport är en sammanställning av händelseanalyser som berör diagnostiska fel i Nitha Kunskapsbank, Nationellt it-stöd för händelseanalys. Totalt redovisas 421 händelseanalyser med arbetsprocessen diagnostik i Nitha Kunskapsbank. I 100 av dessa händelseanalyser har en fördjupad analys genomförts. Syftet med rapporten är att öka kunskapen om vilka brister i vården som kan bidra till diagnostiska fel. Rapporten kan användas i lärande syfte i såväl slutenvård som öppenvård för att minska riskerna för att patienterna ska drabbas av vårdskador som orsakas av diagnostiska fel. Rekommendationer/förslag på åtgärder för att minska antalet diagnostiska fel på mikro/meso- och makronivå presenteras i slutet av rapporten.

Diagnostiskt fel betyder att en diagnos blivit försenad, missad eller fel vilket lett till att patienten inte fått adekvat behandling i rimlig tid. Skadan kan bestå i försämring av sjukdomen, försämrade prognos och/eller förlängt lidande. Många gånger kan och ska inte en diagnos ställas vid första besöket eftersom diagnoser utvecklas över tid och det finns risk för överdiagnostik eller överbehandling. För att en händelse ska betraktas som ett diagnostiskt fel ska det ha funnits tydliga möjligheter att ställa rätt diagnos tidigare.

Procedurer, rutiner och riktlinjer, Kommunikation och information, Utbildning och kompetens samt Omgivning och organisation anges oftast som bakomliggande bidragande orsaksområden för diagnostiska fel i händelseanalyserna.

Vår förhoppning är att lärandet mellan och inom organisationer baserat på resultaten av händelseanalyserna i denna sammanställning ska bidra till att minska riskerna för vårdskador till följd av diagnostiska fel.

Rapporten har tagits fram av Rita Fernholm, distriktsläkare Boo VC och doktorand KI, i samarbete med Thomas Brezicka, chefläkare Sahlgrenska universitetssjukhuset, Hans Rutberg och Agneta Andersson, Sveriges Kommuner och Landsting.

Stockholm i juni 2019

Fredrik Lennartsson

*Direktör*

*Avdelningen för vård och omsorg*

Sveriges Kommuner och Landsting



# Innehåll

- 8 Bakgrund
- 10 Syfte
- 11 Material
- 12 Metod
- 13 Resultat
  - 13 Hela kunskapsbanken
  - 14 Arbetsprocessen diagnostik
  - 15 Ålder och könsfördelning hos drabbade patienter
  - 18 Diagnosgrupper
  - 20 Specialistområden 421 händelseanalyser
  - 21 Felhändelser och bidragande orsaker som framkommer vid en fördjupad analys av 100 händelseanalyser
  - 23 Föreslagna åtgärder - för ett ökat lärande
- 25 Diskussion
- 28 Med blicken framåt
  - 29 Rekommendationer/förslag på mikronivå, mesonivå och makronivå
  - 29 Rekommendationer/förslag på mikronivå
  - 31 Rekommendationer/förslag på mesonivå
  - 31 Rekommendationer/förslag på makronivå
- 32 Referenser
- 33 Bilaga 1
- 38 Bilaga 2

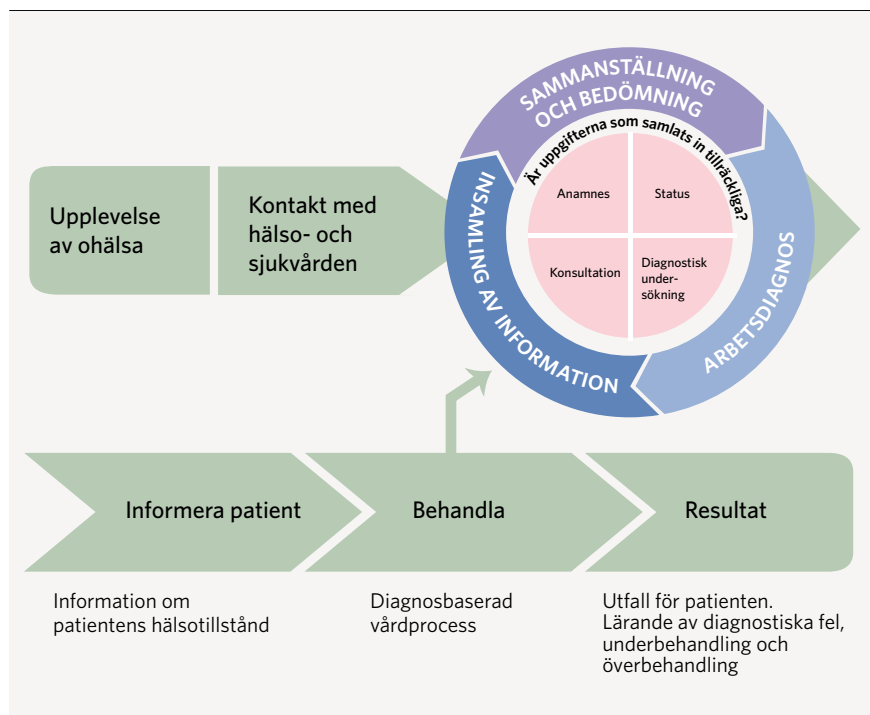
# Bakgrund

Patientsäkerhet innebär skydd mot vårdskada. Vårdskada är definierat som en undvikbar skada i kontakt med sjukvården. En vårdskada kan uppstå på grund av den vård och behandling som patienten fått men också av att patienten inte har fått rätt diagnos för att kunna få adekvat behandling i rätt tid. Ett exempel kan vara en försenad cancerdiagnos, där rätt behandling inte satts in i tid, vilket kan leda till försämrad möjlighet för patienten att tillfriskna. Att ställa diagnos är en central funktion i hälso- och sjukvården som styr den fortsatta handläggningen av patienten. Diagnosen kan vara preliminär i flera steg fram till dess den definitiva diagnosen ställs. Som underlag för diagnosen finns bedömningar av sjukdomshistoria, fynd och undersökningsresultat. Inhämtande av underlag och genomförande av bedömningar utgör några av den diagnostiska processens aktiviteter. Denna process är komplex och är inte i alla delar kartlagd och fastställd, även om det finns modeller som är mer eller mindre användbara, se bild på nästa sida från *Improving diagnosis in health care* [1]. Med ett diagnostiskt fel avses att en diagnos blir försenad, missad eller felaktig trots att möjligheter att ställa diagnosen förelegat, med följd att patienten inte får adekvat behandling i rimlig tid.

Med hjälp av patientfall där det diagnostiska händelseförloppet beskrivs kan man göra inventeringar av de delaktiviteter som äger rum i processen och skapa modeller som på ett relevant sätt beskriver vilka aktiviteter som genomförs och hur dessa är kopplade till varandra.



FIGUR 1. Den diagnostiska processen



Efter bild från Improving Diagnosis in Healthcare (2015), National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine.

Fel i den diagnostiska processen som bidrar till att patienter kommer till skada är vanliga inom hälso- och sjukvården [2, 3, 4, 5]. Det är därför av betydelse att riskerna minimeras för uppkomst av sådana fel. Detta kan t.ex. ske genom återkommande riskanalyser och kontinuerlig egenkontroll och verksamhetsförbättring. I ett sådant riskanalyserarbete är det värdefullt att inkludera händelser som inträffat. Händelseanalyser som görs när något gått fel kan aggregeras för att identifiera risker. Inom vilka aktiviteter/funktioner uppkommer ofta fel och vad har dessa fel för bidragande orsaker? Resultatet av aggregerade analyser kan användas som underlag för modellering av processer/system i hälso- och sjukvården.

[Nitha Kunskapsbank](#) är en databas över händelseanalyser som gjorts enligt en rekommenderad [metod för händelseanalys](#), root causes analysis (RCA). Kunskapsbanken innehåller idag sammanlagt närmare 2 000 anonymiserade analyser som gjorts av landstingsdrivna vårdgivare i Sverige.

# Syfte

Syftet med sammanställningen av händelseanalyser från Nitha är att öka kunskapen om vilka brister i vården som kan bidra till diagnostiska fel. Syftet är även att ta fram åtgärdsförslag från händelseanalyserna som skulle gå att använda på andra enheter än de direkt berörda, och därmed möjliggöra ett lärande mellan enheter. Det ligger i händelseanalysernas instruktioner att föreslå åtgärder som är genomförbara i de berörda verksamheterna (på mikro-nivå) varför möjliga lösningar på meso- och makronivå oftast inte föreslås.

I denna rapport har möjliga lösningar på meso-och makronivå identifierats vid den aggregerade analysen. I förlängningen skulle denna kunskap kunna förbättra patientsäkerheten och minska uppkomsten av diagnostiska fel i vården.

Rapporten kan användas som en del i lärandet om diagnostiska fel och utgöra ett stöd i verksamhetsutveckling i sjukvården.

# Material och metod

## Material

I Nitha Kunskapsbank finns drygt 400 rapporter från händelseanalyser som berör arbetsprocessen Diagnostik. Rapporterna och graferna i Nitha beskriver det klarlagda händelseförloppet, identifierade felhändelser, orsaksutredningens resultat med de bidragande bakomliggande orsakerna och de därtill associerade förslagen på åtgärder. Rapporterna och graferna är tillgängliga via internet.

Följande dokument i varje händelseanalys finns i Nitha Kunskapsbank:

- › Försättsblad med bakgrundsdata
- › Skriven rapport
- › Analysgraf

Utöver innehållet i Nitha Kunskapsbank har inga ytterligare uppgifter samlats in. Uppgifterna i Nitha Kunskapsbank är anonymiserade och kan inte kopplas till någon enskild individ. De innehåller därför inga personuppgifter.

## Avgränsningar

Endast handläggningen av händelseanalyser inom den landstingsdrivna hälso- och sjukvården eller där denna var direkt delaktig i samverkan med andra vård- och omsorgsformer finns i dagsläget i Nitha Kunskapsbank. Inga händelser som ägde rum isolerat i den kommunalt eller privat drivna hälso- och sjukvården finns ännu inte i Nitha. Det finns i övrigt ingen annan systematisk selektion av de händelseförlopp som genomgått händelseanalys och som inkluderats i Nitha Kunskapsbank. Spridningen över vilka kliniker och sjukhus som använder Nitha är dock ojämn över landet och användning inom primärvården är inte utbredd.

## Metod

Sammanställningen utgörs av analyserna i Nitha. Följande uppgifter har inhämtats:

- › År för händelsen
- › Ålder på patienten (intervall)
- › Kön på patienten
- › Typ av plats
- › Typ av avvikelse (tillbud eller negativ händelse)
- › Konsekvensens allvarlighetsgrad
- › Sjukdomsdiagnos
- › Involverade specialistområden
- › Bakomliggande bidragande orsaker
- › Åtgärdsförslag

Även åtgärdsförslag som inte tagits upp i händelseanalyserna men som skulle kunna vara möjliga ur ett mikro-, meso- eller makroperspektiv noterades under sammanställnings gång av författarna och utgör underlag för rekommendationer/förslag.

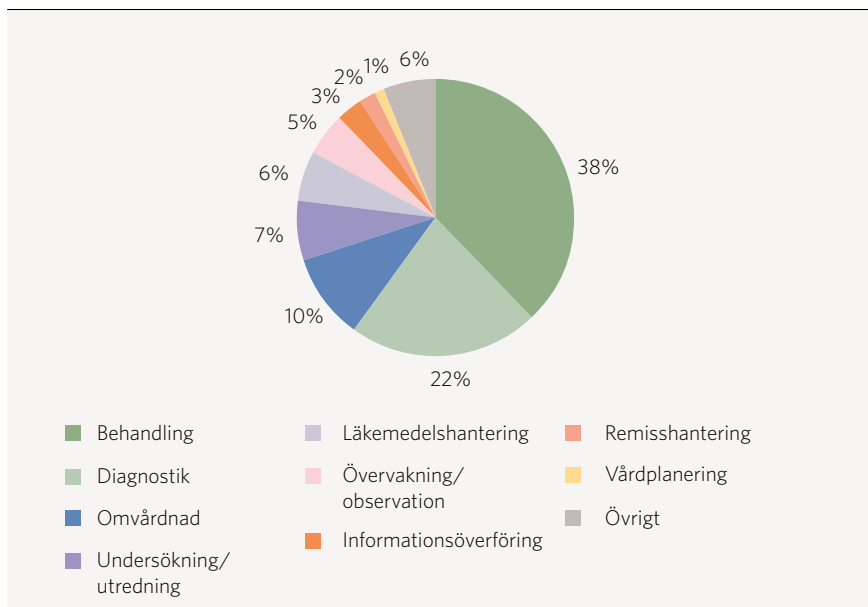
# Resultat

## Hela kunskapsbanken

Från start 2011-04-12 av Nitha Kunskapsbank, alla specialiteter, till utsökningsdatum 2018-11-07 fanns totalt 1 906 händelseanalyser i Nitha.

Av dessa utgjorde 421 händelseanalyser arbetsprocessen diagnostik.

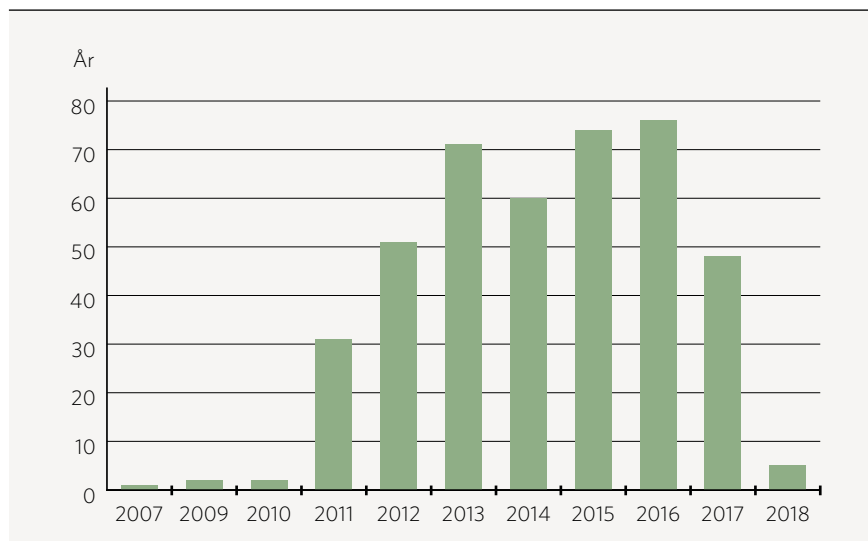
DIAGRAM 1. Typ av arbetsprocess fördelat över hela Nitha



## Arbetsprocessen diagnostik

Gruppen diagnostisk består av 421 händelseanalyser och utgör 22 procent av alla händelseanalyser. Dessa analyseras vidare i resten av resultatdelen.

DIAGRAM 2. Händelsetid år för analyser rörande diagnostik (antal)



De diagnostiska felen är jämt fördelade över olika år även om de fram till år 2011 samt år 2017–2018 ligger lågt. Det beror dels på att Nitha Kunskapsbank startade först år 2011, dels på att det föreligger en eftersläpning från händelse till analys och överförande till Nitha Kunskapsbank. Det bör understrykas att Nitha Kunskapsbank ger information om vilka fel som kan förekomma inom olika vårdprocesser och vad de kan vara orsakade av, men inte ger något mått på hur vanliga fel är inom olika vårdprocesser.

## Ålder och könsfördelning hos drabbade patienter

Uppgift om ålder finns i 403 händelseanalyser inom diagnostik. Ålder hos patienter vid tidpunkten inom diagnostik ses i diagram 3.

Könsfördelningen var jämn (51% kvinnor).

DIAGRAM 3. Ålder hos patienterna vid tidpunkt för händelsen

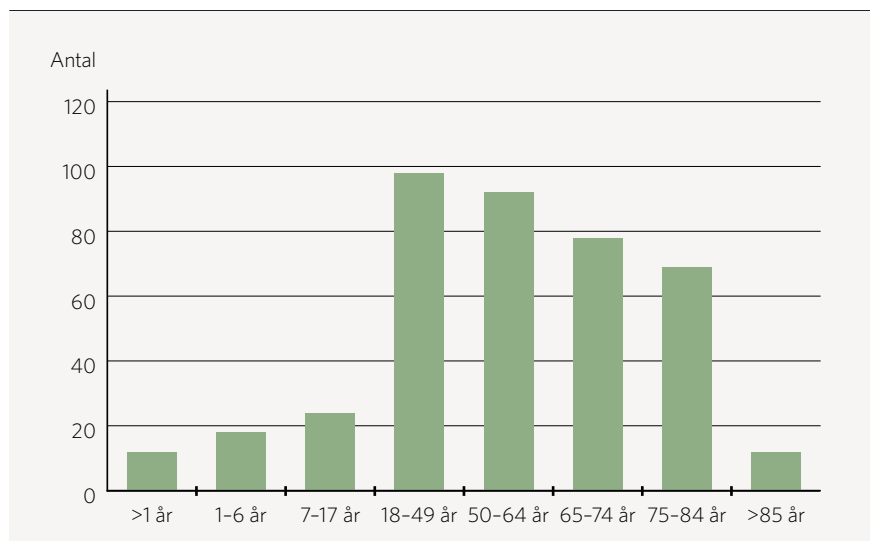
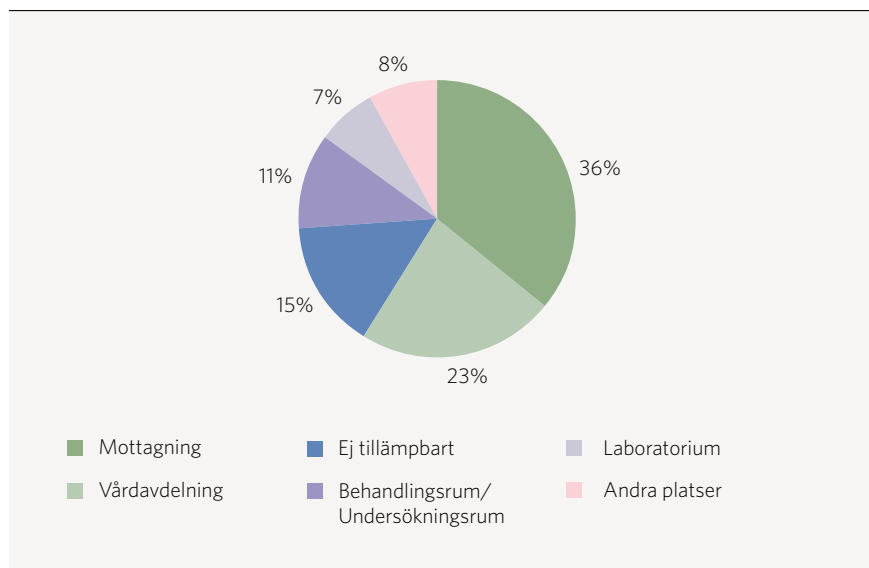
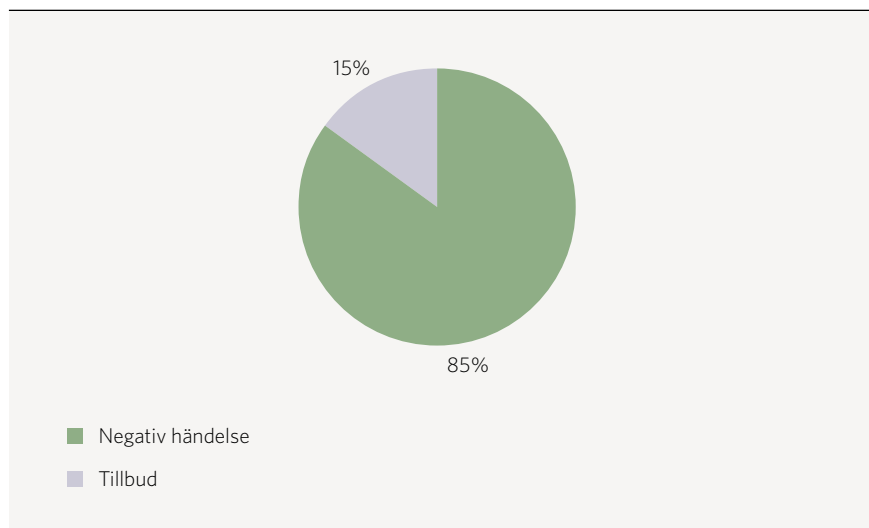


DIAGRAM 4. Typ av plats för händelsen



En stor del av de diagnostiska fel som rapporteras sker i mottagningsmiljö, 36 procent och på vårdavdelning, 23 procent.

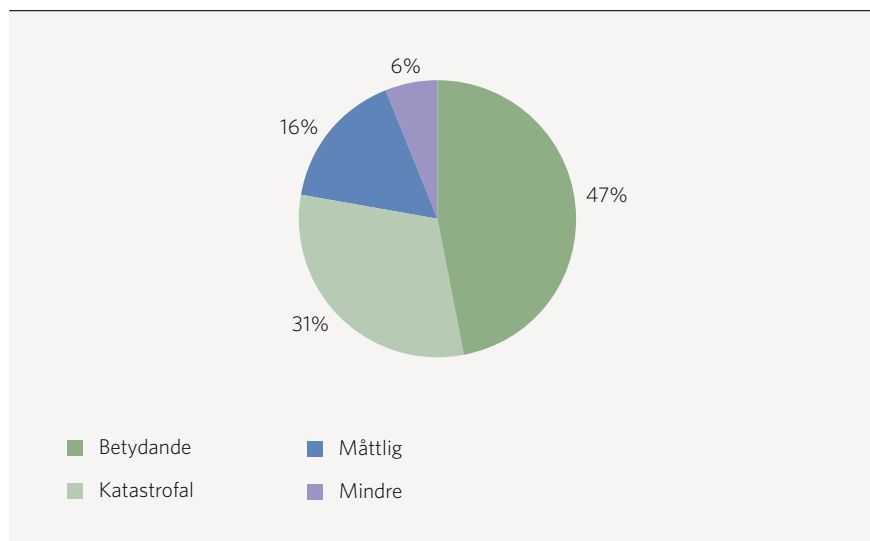
DIAGRAM 5. Typ av avvikelse





Med negativ händelse avses här en händelse som medfört något oönskat och med tillbud avses en händelse som kunde medföra något oönskat. Det är samma definition som i Socialstyrelsens termbank. När man delar upp typerna av avvikelser i tillbud och negativ händelse för gruppen diagnostik utgörs 85 procent av negativa händelser.

DIAGRAM 6. Konsekvensens allvarlighetsgrad



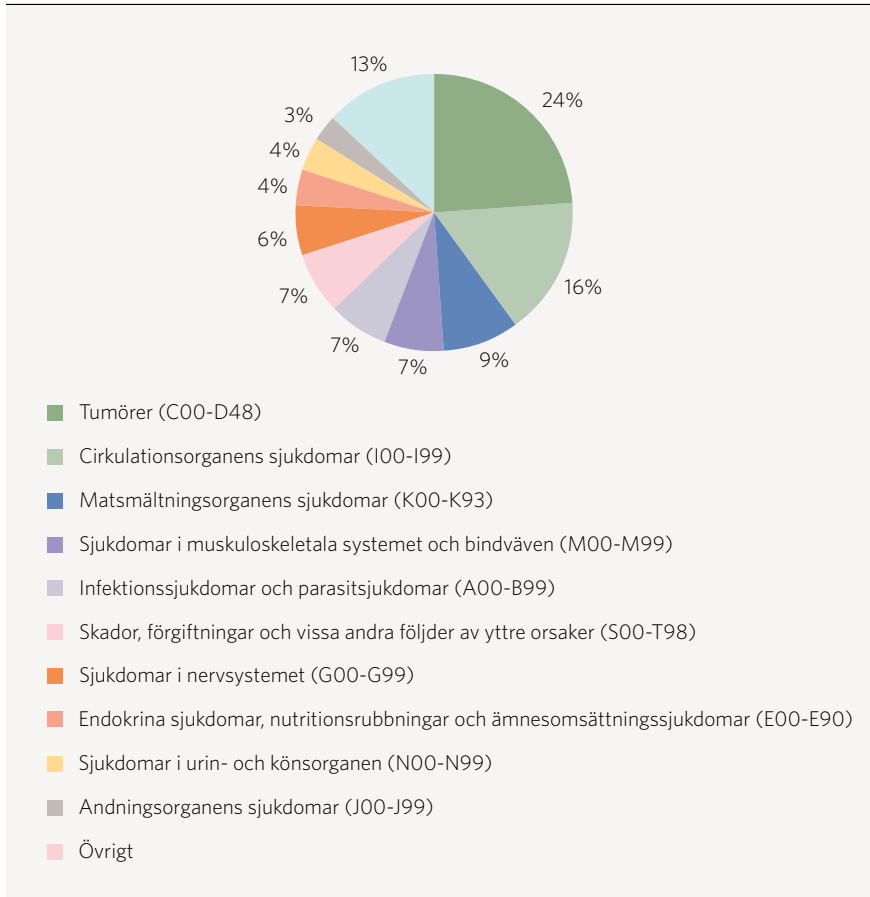
I händelseanalysen bedöms händelsen utifrån fyra allvarlighetsgrader (konsekvenser för patienten). Katastrofal, betydande, måttlig och mindre. Exempel på katastrofal allvarlighetsgrad är dödsfall/själv mord. Exempel på betydande allvarlighetsgrad är bestående måttlig funktionsnedsättning, förlängd vårdepisod för tre eller fler patienter, förhöjd vårdnivå för tre eller fler patienter. Exempel på måttlig allvarlighetsgrad är övergående funktionsnedsättning, förlängd vårdepisod för en eller två patienter, förhöjd vårdnivå för en eller två patienter. Exempel på mindre allvarlighetsgrad är obehag eller obetydlig skada.

I 47 procent av händelseanalyserna i gruppen diagnostik var allvarlighetsgraden betydande. Dödsfall var resultatet i 26 procent av fallen med negativ händelse. Bedömning och graderingen av allvarlighetsgrad finns förklarad i [handboken för riskanalys och händelseanalys](#).

## Diagnosgrupper

Berörda diagnosgrupper domineras av tumörer och hjärt-kärlsjukdom. Psykiatriska diagnoser förkommer i liten utsträckning i Nitha Kunskapsbank förutom utredningarna av självmord. Det kan vara svårt inom psykiatrin att identifiera diagnostiska fel, eftersom den diagnostiska processen ofta innehåller moment av preliminära diagnoser som hela tiden (bör) omprövas. Ett diagnostisk fel inom psykiatrin skulle kunna vara en depression som missas med följderna att patienten begår självmord.

DIAGRAM 7. Diagnosgrupper 421 händelseanalyser (diagnoskoder inom parentes)



TABELL 1. Enskilda diagnoser i en fördjupad analys av 100 händelseanalyser  
(de 100 senaste överförda fram till 181107)

<b>Diagnos</b>	<b>Antal och procent</b>
Cancer alla sorter	22
Tjock- och ändtarmscancer	8
Fraktur av kota med ryggmärgspåverkan	5
Hjärtinfarkt	5
Meningit (hjärnhinneinflammation)	4
Stroke	4
Ileus (tarmvred)	4
Aortadissektion	3
Blindtarmsinflammation	3
Intoxikation	3
Tarmischemi (syrebrist i tarmen)	3
Testistorsion (testikelvridning)	3
Trombos allvarlig (blodpropp)	3
Övriga (2 eller färre fall)	38

## Specialistområden 421 händelseanalyser

Flest händelseanalyser ses inom internmedicin följt av kirurgi, allmänmedicin och bild- och funktionsmedicin. Viktigt att påpeka är att användningen av Nitha är större inom slutenvården. Flera specialiteter kan vara involverade i samma diagnostiska process.

DIAGRAM 8. Specialistområden inom diagnostikgruppen

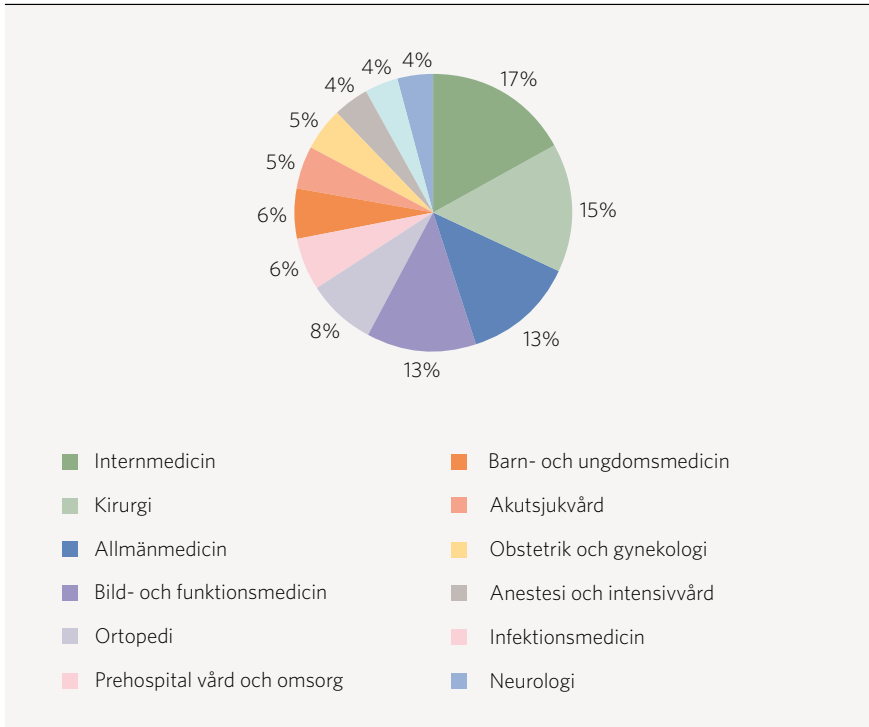
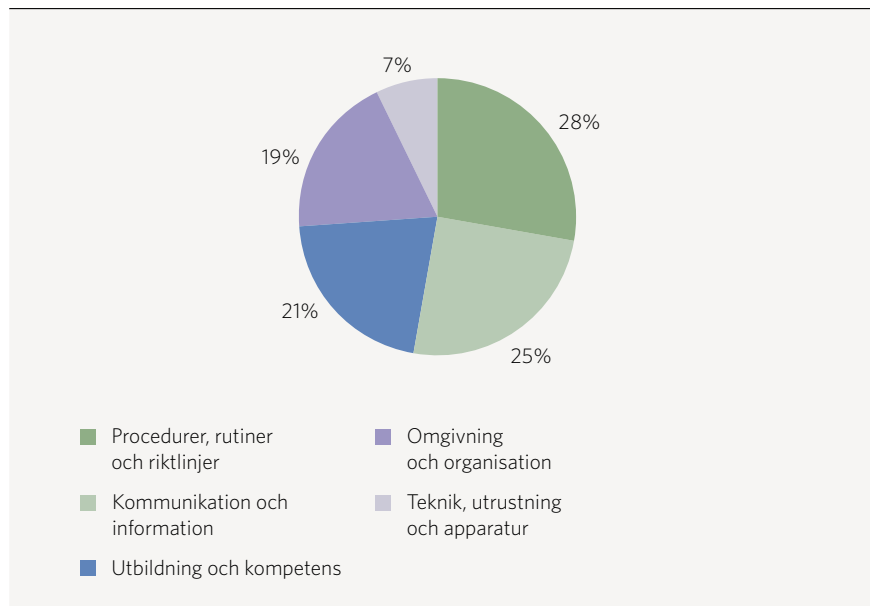


DIAGRAM 9. Angivna bakomliggande bidragande orsaksområden i 421 händelseanalyser



Vid utsökning av statistik med hjälp av utdatafunktionen i Nitha Kunskapsbank särskiljs inte bakomliggande bidragande orsaker som hör till den diagnostiska processen från sådana som hör till andra delprocesser i vården och som också kan vara berörda i en analys. I Nitha kategoriseras en händelseanalys som hörande till den vårdprocess som var mest berörd i det händelseförlopp där en vårdskada inträffat eller kunnat inträffa.

### Felhändelser och bidragande orsaker som framkommer vid en fördjupad analys av 100 händelseanalyser

Aktiviteter i den diagnostiska processen kan medföras av att felhändelser sker. Med det menas fel i den patientnära processen, dvs. aktiviteter som har direkt med vården av den enskilda patienten att göra. Dessa felhändelser kan vara fördröjd aktivitet, utebliven aktivitet, fel aktivitet eller bristfälligt utförd aktivitet.

De bakomliggande/bidragande orsakerna ligger många gånger på systemnivå, dvs. djupare ner i den process som är gemensam för alla patienter. Många gånger når man dock inte tillräckligt djupt i orsaksanalysen för att klarlägga dessa.

Felhändelser, aktiviteter och bidragande orsaksområden som återkommer i olika utredningar belyses i denna analys då de bedöms kunna leda till ett lärande.

Sammanfattningsvis kan man se att kompetens och bemanning är de vanligaste bidragande orsakerna till diagnostiska fel och att dålig arbetsmiljö ökar risken för fel. Bristande information beror många gånger på att direktkontakt inte tagits och att bevakningsrutiner inte fungerar eller inte finns. Vidare tycks patienten oftast inte ha varit tillräckligt informerad om, och tillräckligt delaktig i, den diagnostiska processen.

TABELL 2. Exempel på aktiviteter och felhändelser från händelseanalyserna

Genomföra patientmöte	Uteblivet möte med läkaren: Patient fick inte träffa läkare Utebliven användning av tolk: Språkproblem förelåg och tolk används inte
Informera och göra patienten (inkl. närstående) delaktig	Bristande patientinvolvering: Låg
Bedöma patientens vårdbehov	Utebliven omprioritering: Prioritet för patient har inte ändrats vid försämring Felaktig vårdnivå: Utlokaliserad patient
Ta anamnes/rapport och rapportera	Uteblivet beaktande av information från anhöriga eller annan personal: Vårdpersonal har inte lyssnat på anhöriga. Läkare har inte lyssnat på sjuksköterska.
Genomföra undersökning	Bristfällig undersökning
Remittera	Utebliven remiss: Primärvården ombeds följa upp saker utan att remiss skrivs (t.ex. ombeds via journal-anteckning i det egna systemet)
Bevaka/följa upp prov-/remissvar	Utebliven eller bristfällig bevakning: Bevakningsrutiner inte fungerat (av lab, PAD, röntgen, remisser eller uppföljning)
Bedöma undersökningar och remissvar, förmedla information	Utebliven läkarbedömning av EKG Utebliven direktkontakt med personal: Kommunikationsproblem som ofta innebär att direktkontakt inte tagits (info sker via ombud eller via journalsystemet) Bristande överrapportering av patient mellan avdelningar eller mellan sjukhus
Ställa diagnos	Utebliven omprövning av diagnos: Ankareffekt (innebär att klinikern, i det diagnostiska resonandet, fastnar i det som hen tänkte först, t.ex. baserat på ett första intryck eller baserat på hur någon annan bedömt patienten) – diagnosen har inte omprövats trots att patienten blivit sämre
Använda dokumentation	Bristande dokumentation

TABELL 3. Exempel på bidragande orsaker

Procedurer, rutiner och riktlinjer (P)	Brist på tydliga rutiner (gällande handläggning av tillstånd, bedömning av prioritet och vem som gör vad)
Kommunikation och information (K)	Information spridd i journalen, svårt att få helhetsbild (Melior nämns mest) 1177 och vården kan inte läsa varandras anteckningar
Utbildning och kompetens (U)	Kompetensbrist och bristfällig handledning
Omgivning och organisation (O)	Bristande teamarbete Oklar ansvarsfördelning Låg kontinuitet Hög arbetsbelastning Låg personaltäthet på kvällar, helger och sommar (akuten, vårdavdelningar, lab, röntgen) Vårdplatsbrist Personal störs i sitt arbete

## Föreslagna åtgärder - för ett ökat lärande

### Mikronivå

I analyserna föreslås olika åtgärder. Åtgärderna är många gånger konkreta för verksamheten där analysen utförts och utgörs oftast av åtgärder på mikronivå. Åtgärder på mikronivå är sådana som direkt kan vidtas i den verksamhet som berörs av ett händelseförlopp. Liknande åtgärder bör kunna vidtas i andra verksamheter som har liknande processer och där samma fel kan uppkomma. Dessa åtgärder kan spridas för ett ökat lärande. Åtgärder som genomförs behöver följas upp för att säkra att de får avsedd effekt.

### Mesonivå

Åtgärder som behöver vidtas på en högre organisatorisk nivå än i den berörda verksamheten ligger på mesonivå. Dessa berör därför flera verksamheter som kan ha olika processer men där processerna har gemensamma nämnare, t.ex. ett journalsystem eller övergripande rutiner/riktlinjer. Det kan handla om hur olika avdelningar/specialistområden på samma sjukhus samverkar på bästa sätt. Lösningar på denna nivå bör kunna appliceras även på andra sjukhus och kan vara del i ett ökat lärande.

En åtgärd som görs gemensam för en hel region kan ibland benämnas som en meso- eller rent av makroåtgärd. Om alla använder samma rutin, t.ex. Vårdhandbokens rutiner, är det fortfarande en mikroåtgärd i sig att implementera den, även om framställandet av Vårdhandboken utgör en makroåtgärd. Om man skapar en regional riktlinje, t ex att Vårdhandboken ska användas, istället för lokala varianter, är det en mesoåtgärd.

### **Makronivå**

Ligger åtgärderna på regional/nationell nivå omfattar de ofta flera vårdgivare/aktörer och ligger på makronivå. Exempel är lagar, föreskrifter, NPÖ (Nationella Patientöversikten), nationell läkemedelslista etc.

### **Händelser och åtgärdsförslag**

I bilaga 1 redovisas händelser och åtgärdsförslag från händelseanalyser rörande den diagnostiska processen.



# Diskussion

Händelseanalyserna som sammanställts i denna rapport baseras inte nödvändigtvis på ett representativt urval av händelser som inträffat i vården. Detta beror på att händelseanalyser görs som ett led i utredningen av händelser som upptäckts genom personalens och patienternas/närståendes ögon och som rapporterats till vårdgivaren, och inte av händelser som upptäckts vid systematisk och slumpmässigt grundad granskning av vårdförlopp. Det är ändå vår uppfattning att de fel som identifierats i sammanställningen är så vanliga att de på ett betydande sätt bidrar till uppkomsten av diagnostiska fel. Resultaten av denna sammanställning torde därför kunna ge ett betydelsefullt underlag i strävan att göra vården säkrare och minska förekomsten av diagnostiska fel.

Att ställa diagnos är en komplex process och det finns flera faktorer som kan leda bedömningen åt fel håll. Studier har visat sig att det kan vara kognitiva och systemrelaterade faktorer eller bristande kunskap, var och en för sig eller i samspel.<sup>1</sup> Att hålla fast vid en primärdiagnos och inte ta hänsyn till alternativa diagnoser är exempel på kognitiva faktorer. Likaså att överta någon annans tänkande vid överlämningar, eller låta den diagnos som ligger närmast i tanken styra hur man tar upp sjukhistoria eller undersöker patienten. Adekvat kunskap, både om sjukdomar, symtom och diagnostik är avgörande för att nå en korrekt diagnos i rimlig tid.

I de händelseanalyser som sammanställts i denna analys visade sig brister i kompetens och bemanning vara den vanligaste bidragande orsakskategorin till diagnostiska fel. Kunskapsbrist kan bero på otillräcklig utbildning, bristande erfarenhet eller bristande tillgång till handledning. Enligt handboken för händelseanalys graderas åtgärder som är kopplade till utbildning som

Not. 1. National Academies of Sciences E, and Medicine. Improving diagnosis in health care. In: The National Academies Press W, DC., editor. 2015.

att de har begränsad effekt. Man kan i vårdsammanhang dock inte bortse från vikten av utbildning och kompetens eftersom vården till stor del är en kunskapsbransch. I Socialstyrelsens rapport (Kompetensförsörjning och patientsäkerhet – Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten, 2018) [6] påtalas också vikten av kompetens för en patientsäker vård. I rapporten betonas att bemanning också är betydelsefull men att kompetens sannolikt har ännu större betydelse för patientsäkerheten.

I sammanställningen identifierade vi ett antal systemrelaterade faktorer som bidragande orsaker, såsom brist i tydliga rutiner, brister i kommunikation, kompetensbrist, bristande handledning, bristande teamarbete, oklar ansvarsfördelning, låg kontinuitet, vårdplatsbrist och hög arbetsbelastning. I många fall kan det också handla om ineffektiva vård- och administrativa processer.

Nästan 40 procent av de diagnostiska fel som identifierats har skett i mottagningsmiljö. Detta är att förvänta eftersom diagnostiska fel ofta är kopplade till utredning som i sin tur ofta sker i öppenvård.

## **Bakomliggande bidragande orsaker**

Rent tekniskt är inte de bakomliggande bidragande orsakerna som registrerats i Nitha-databasen när de tas ut via tjänstens statistikfunktion specifikt kopplade till en viss arbetsprocess, som t ex diagnostik. I Nitha anges endast den huvudsakliga arbetsprocess som analysen berör. Detta utesluter inte att även andra arbetsprocesser, som t ex omvårdnad eller behandling, kan vara involverade. Detta utgör en svårighet när man tar ut data ur Nitha Kunskapsbank för sammanställning och analys. Det är ändå vår bedömning att majoriteten av de bakomliggande bidragande orsakerna som identifierats har direkt koppling till diagnostik i det urval av händelseanalyser som sammanställts i denna rapport. Vi har i denna sammanställning inte specifikt analyserat om vissa felhändelser och bakomliggande bidragande orsaker är kopplade till vissa delar av vårdkedjan eller vissa sjukdomsgrupper, även om det finns information som kan tala för sådana kopplingar (Läkartidningen 2017-03-13). Sammanställningar och analys med den här typen av frågeställning är dock möjliga att göra baserat på innehållet i Nitha Kunskapsbank, särskilt mot bakgrund av det stora antalet händelseanalyser (drygt 400) som nu finns och som rör den diagnostiska arbetsprocessen. En sådan sammanställning kräver dock en betydande arbetsinsats och analytisk kompetens eftersom Nitha Kunskapsbank för närvarande huvudsakligen, utöver basal statistik, ger möjlighet att göra specifika urval av händelseanalyser varur information sedan får sammanställas och analyseras manuellt.

## Åtgärder som föreslås

De konkreta åtgärderna som föreslås i händelseanalyserna är många gånger av enklare slag och involverar oftast inte vårdgrannar. Åtgärderna behöver för den skull inte vara helt oproblematiske att genomföra eftersom det kan handla om att ändra invanda mönster. När åtgärder fungerar vore det värdefullt om dessa sprids till andra verksamheter. Vid implementering på nya enheter krävs ofta lokala anpassningar.

Vid införande av åtgärder behöver det finnas ett ledarskap som stödjer ett systematiskt utvecklingsarbete och att åtgärderna följs upp avseende genomförande och om möjligt också effekter på patientsäkerheten.

Åtgärdsförslag som inte tagits upp i händelseanalyserna men som skulle kunna vara möjliga ur ett mikro-, meso- eller makroperspektiv noterades under sammanställnings gång och utgår från författarnas egna reflektioner och erfarenheter. I avsnittet rekommendationer/förslag listas ytterligare åtgärder som inte alltid tydligt framkommer i händelseanalyserna men som kan vara relevanta med anledning av händelsernas natur. Eftersom liknande händelser kan inträffa även i andra verksamheter än de som var berörda i de aktuella händelseanalyserna är det viktigt att sprida kunskaperna om de brister som framkommit i denna sammanställning så att liknande åtgärder kan vidtas i förebyggande syfte. Av särskild betydelse kan det vara att beakta åtgärder som kan vidtas på mesonivå och som kan tänkas få ett större och mer hållbart genomslag. Detta är något som alla vårdgivare och huvudmän bör beakta eftersom diagnostiska fel av de slag som redovisas här i princip kan uppkomma hos alla vårdgivare. Nationella aktörer bör beakta förslagen på åtgärder på makronivå. Sådana åtgärder kan på sikt bidra till en vård där såväl risken för vårdskador till följd av diagnostiska fel minimeras som att målet med vården i högre grad uppfylls för patienterna.

Det behöver dock betonas att åtgärder som testas behöver systematiskt följas upp avseende effekten på patientsäkerheten, för att säkerställa att åtgärderna leder till förväntade effekter.

# Med blicken framåt

Diagnostiska fel och misstag är en orsak till skador som till stor del kan undvikas. Tio till tjugo procent av alla allvarliga skador i vården har sitt ursprung i en felaktig, försenad eller inte ställd diagnos. Att reducera antalet diagnostiska fel kan därför på ett väsentligt sätt bidra till ett minskat lidande för patienterna och en onödig resursanvändning. Det är därför viktigt att de resultat och slutsatser som framkommer i denna sammanställning tas med som underlag när strategier för en säkrare vård utvecklas.

Det finns en ökad risk för diagnostiska fel inom verksamheter där beslut måste fattas med ofullständig information, tidigt i sjukdomsförloppet eller under tidspress. Diagnostiska fel och misstag är därför vanligast i primärvård och på akutmottagningar. Där utgör de 40–50 procent av alla lex Maria-anmälningar. Att ställa rätt diagnos är en central del av vård och behandling. Det är därför viktigt att alla som möter patienten i vården ständigt är medvetna om i vilka situationer där risker för diagnostiska fel föreligger. En sådan ökad medvetenhet kan uppnås genom att sprida denna rapport och att den utgör en del i en ständig diskussion bland hälso- och sjukvårdspersonalen.

Diagnostiska fel har blivit allt mer uppmärksammat och bör mot bakgrund av hur vanliga de är vara på agendan i verksamhetens systematiska patientsäkerhetsarbete. Slutsatserna i denna rapport bör utgöra ett underlag i detta arbete. Materialet i rapporten kan användas i riskanalyser för att identifiera befintliga eller potentiella brister i verksamheten och säkerställa att processer är tillförlitliga samt stärka lärandet i organisationen.

# Rekommendationer/förslag på mikronivå, mesonivå och makronivå

Nedan följer förslag och rekommendationer på åtgärder som bör vidtas på olika organisatoriska nivåer för att minska risken för uppkomst av diagnostiska fel. Rekommendationerna baseras på resultaten av sammanställning av händelseanalyser som presenteras i denna rapport. De åtgärder som vidtas bör kontinuerligt följas upp för att säkerställa att de tillämpas i verksamheten. Om det är möjligt bör uppföljningen också belysa effekterna på minskning av vårdskador som har anknytning till diagnostiska fel. För att underlätta händelseanalys och lärande från diagnostiska fel kan bilaga 2 användas vid händelseanalyser.

## Rekommendationer/förslag på mikronivå

### Procedurer, rutiner och riktlinjer

- › Remiss bör skrivas med patient närvarande i rummet.
- › Remisser bör dikteras som egna diktat, uppmärkta som remiss och skrivas samma dag.
- › Rutiner som säkerställer att patienten får svar på sina prover och undersökningar.
- › SVF-info (Standardiserat Vårdförlopp) ges till patienten vid initiering av SVF.
- › Rutin bör finnas för hur multisjuka patienter ska följas upp vid kvarstående symtom enligt vetenskap och beprövad erfarenhet/yrkesansvar.
- › Säkerställa att patienten efter 3 eller fler kontakter inom 4 veckor (inkl. telefon/web) få träffa sin läkare/tilldelas fast läkare och att en vårdplan upprättas tillsammans med patienten.
- › Säkerställa att tillstånd med akut smärta prioriteras för läkarbedömning vid ankomst till akutmottagning.

### **Kommunikation och information**

- › Säkerställa att direktkommunikation sker vid allvarliga tillstånd och allvarliga svar på undersökningar, i enlighet med yrkesansvaret.
- › Säkerställa att all information av stor vikt framgår i själva remissen och medföljande bilagor. Det gäller för alla frågeställningar vid framställan om övertag av vårdansvar eller vårdåtgärd. Hänvisning i remisser till anteckning i patientjournalen bör inte användas, såvida kopia inte medföljer remissen.

### **Utbildning och kompetens**

- › Regelbundna och repetitiva utbildningar och efterföljande kunskapstester av personalen.
- › Kraftig smärta bör leda till snabb ny bedömning enligt vetenskap och beprövad erfarenhet/yrkesansvar.
- › Neurologstatus bör utföras vid smärta i nacken, enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

### **Omgivning och organisation**

- › Säkerställ att anhöriga involveras i diagnostiken.
- › Patienten bör tilldelas en ansvarig läkare.
- › Säkerställ bemanningsrutiner vid ökat söktryck.
- › Säkerställ rutiner för handledning av nya läkare.
- › Introduktion till alla nyanställda, även för tillfällig personal (gärna standardiserad).
- › Rutin för vilka prover som alltid ska analyseras med akutmärkning (t.ex. troponin).
- › Säkra teamfunktionerna – vem gör vad? Vad kan patienten göra själv, d.v.s. vad kan göras som egenvård?
- › Säkerställ rutiner för tolk, högtalartelefon med akutnummer för telefontolk.

## Rekommendationer/förslag på mesonivå

### Utbildning och kompetens

- › Regelbunden utbildning i varningssymtom för cancer och andra allvarliga tillstånd, vilket även bör förstärkas i grundutbildningen.

### Omgivning och organisation

- › Ändring av standardjournalmallen för att förbättra diagnostiken. Alternativa diagnoser bör anges i journalmallen, t.ex. Arbetsdiagnos: X; Alternativa diagnoser: Y och Z. (man bör aktivt skriva ”inga” om diagnosen är utan tvivel).
- › Vid upprepade värden på dålig tillväxt av barn som matas in i journalen – varning i journalen och förslag på differentialdiagnoser och åtgärd: Remiss barn, cystisk fibros? Annat?
- › Översiktlig vårdplan syntetiseras automatiskt i den elektroniska journalen och larmar när åtgärder som planerats ej utförs.
- › Larmfunktion om urinproduktionen inte matas in när detta är ordinerat.
- › Larmfunktioner i journalen vid försämring av parametrar (vitalparametrar, kreatinin, Hb, t.ex.).
- › Larmfunktion i journalen om patologi inte följs upp inom viss tid.
- › Riskgraviditeter lyser upp skärmen med en viss färg.
- › Journalen kan (när viss information matats in) fråga: Ska ”Rädda hjärnan” aktiveras?
- › Olika enheter bör lätt se vilka analyser andra enheter beställt, via journal eller NPÖ (Nationella patientöversikten).

## Rekommendationer/förslag på makronivå

### Kommunikation och information samt Omgivning och organisation

- › Patienten kan följa sin utredning på 1177.
- › Meddelande till patienten i 1177 när hen väntar på undersökning: ”Du fick en remiss till koloskopi men inget svar finns, kontakta din läkare” (aktiveras efter t.ex. 1 mån).
- › Patientinformation om ”knölar, förhårdnader” bör finnas på t.ex. 1177.
- › Patientens egen vy av 1177 får en avvikande bakgrundsfärg när man väntar på koloskopi eller annan undersökning.

# Referenser

1. National Academies of Sciences E, and Medicine. Improving diagnosis in health care. In: The National Academies Press W, DC., editor. 2015.
2. Kachalia A, Gandhi TK, Puopolo AL, et al. Missed and delayed diagnoses in the emergency department: a study of closed malpractice claims from 4 liability insurers. *Ann Emerg Med.* 2007 Feb;49(2):196-205. doi: 10.1016/j.annemergmed.2006.06.035. PubMed PMID: 16997424.
3. Moonen PJ, Mercelina L, Boer W, et al. Diagnostic error in the Emergency Department: follow up of patients with minor trauma in the outpatient clinic. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2017 Feb 14;25(1):13. doi: 10.1186/s13049-017-0361-5. PubMed PMID: 28196544; PubMed Central PMCID: PMC5309992. eng.
4. Panesar SS, deSilva D, Carson-Stevens A, et al. How safe is primary care? A systematic review. *Bmj Qual Saf.* 2016 Jul;25(7):544-553. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004178. PubMed PMID: WOS:000380619800010; English.
5. Singh H, Schiff GD, Graber ML, et al. The global burden of diagnostic errors in primary care. *Bmj Qual Saf.* 2016 Aug 16. doi: 10.1136/bmjqs-2016-005401. PubMed PMID: 27530239.
6. Socialstyrelsen. Kompetensförsörjning och patientsäkerhet – Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten. 2018.



# BILAGA 1

TABELL 1. Händelser och åtgärdsförslag från händelseanalyser rörande den diagnostiska processen

Aktivitet	Felhändelse	Bidragande orsaker (BO)	Åtgärder	Försenad diagnos: exempel på diagnoser (olika diagnoser delar ofta bidragande orsaker och felhändelser)
Genomföra patientmöte	Vården och patienten förstod inte varandra	Omgivning och organisation (O) Kommunikation och information (K) Språksvårigheter	Alltid använda tolk (ej anhörig) och ha högtalartelefon med akutnummer för tolk	Stroke
Genomföra patientmöte	Lång väntetid till att träffa läkare på akuten	Omgivning och organisation (O) Bemanning	Se över bemanning kvällar och helger och rutiner för att vid högt söktryck	Lungemboli
Ta anamnes; Göra patienten delaktig	Patient inte lyssnad på. Låg nivå av patientcentrering	Kommunikation och information (K)	Ökad involvering av patienten - vårdplan tillsammans med patienten	Sarkom
Göra patienten delaktig	Föräldrarnas oro tas inte på allvar och de görs inte delaktiga i åtgärder och beslut	Kommunikation och information (K)	Patient och/eller närstående delaktiga i åtgärder och beslut	Infektion meningit
Bedöma vårdbehov	Vårdas på medicin istället för kirurgi från akuten, kirurg bedömer inte patienten vid försämring	Omgivning och organisation (O) Bemanning Hög arbetsbelastning	Kirurgkonsult bör bedöma patienten bedside, inte över telefon när patienten vårdas på annan enhet	Ileus
Bedöma vårdbehov; Genomföra undersökning	Kirurgpatient utlokaliserad till medicin vilket ledde till medicinering av svår smärta utan undersökning och patienten hölls inte fastande	Omgivning och organisation (O) Platsbrist Rutiner vid utlokalisering	Omhändertagande ska vara tydligt angivet i plan då patient vårdas på annan enhet	Ileus
Genomföra undersökning	Väntade många månader på koloskopi trots alarmsymtom	Omgivning och organisation (O) Bemanning	Se över bemanningen på endoskopienheten	Koloncancer

Aktivitet	Felhändelse	Bidragande orsaker (BO)	Åtgärder	Försnad diagnos: exempel på diagnoser (olika diagnoser delar ofta bidragande orsaker och felhändelser)
Genomföra undersökning	Trauma utreddes inte med röntgen	Procedurer, rutiner och riktlinjer (P) Bristfälliga rutiner (saknades för detta)	Röntgenrutiner vid trauma, särskilt om patienten har andra sjukdomar	Fraktur kota med ryggmärgspåverkan
Genomföra undersökning; Bedöma undersökning/remissvar	Skada uppmärksammades inte. Flera andra skador försvårade bilden	Utbildning och kompetens (U)	Rutinmässigt se till att separata undersökningskort skapas då slät-röntgen konverteras till DT	Axelluxation
Genomföra undersökning	Blåsan kontrollerades inte vid hård buk	Utbildning och kompetens (U) och kommunikation och information (K)	Samverkan med kommunal verksamhet och Hälsocentral i privat regi gällande standardiserad överrapportering (SBAR)	Blåsöverfyllnad
Genomföra undersökning	Urinblåsan kontrollerades inte under lång transport	Utbildning och kompetens (U)	Regionövergripande rutin för blåskontroll vid lång transport	Blåsöverfyllnad
Genomföra undersökning	Ingen analys av prover	Omgivning och organisation (O) Bemanning: Labpersonalen jobbar inte jourtid	Bemanning mer jämn över dygnet och över vardag/helg, gäller alla personalkategorier	Andningssvikt
Genomföra undersökning	Röntgenläkare störd under arbetet	Omgivning och organisation (O)	Organisera arbetet så att störningar minskar	Fraktur kota med ryggmärgspåverkan
Genomföra undersökning	Troponinprov akutmärks inte av ekonomiska skäl för patienter med orange prioritet	Omgivning och organisation (O)	Troponin är ett akutprov och ska alltid analyseras akut. Patologiska svar ska förmedlas till juren via direktkontakt.	Hjärtinfarkt
Remittera	Väntade många månader på koloskopi pga. att remiss låg utskrivna hos sekreterare i 3 månader	Procedurer, rutiner och riktlinjer (P)	Remissen dikteras alltid som eget diktat som heter remiss - dessa skrivs samma dag	Koloncancer

Aktivitet	Felhändelse	Bidragande orsaker (BO)	Åtgärder	Förseiad diagnos: exempel på diagnoser (olika diagnoser delar ofta bidragande orsaker och felhändelser)
Remittera	Man frågar inte brett på röntgenremissen, man frågar ofta bara efter en diagnos	Utbildning och kompetens (U)	Rutin/utbildning: Skriva utförligare/tydligare röntgenremisser	Aortadissektion
Besvara undersökning/remiss	Otydligt remissvar där man enbart anger "uppfölj VC" och bara i sin egen anteckning nämnt uppföljning av leverprover och viktnedgång	Kommunikation och informations-överföring (K)	Om något ska följas upp ska detta anges i egen remiss till den mottagare som ska följa upp patienten	Levercancer
Bevaka/följa upp prov-/remissvar	Ingen uppföljning bokades	Procedurer, rutiner och riktlinjer (P) Rutiner för bevakning saknades	Säkerställ bevakning av uppföljning, lab, röntgen, PAD och remisser	Bröstcancer
Bedöma undersökning; Remittera	Känd diagnos vägdes inte in, CT-remiss akutmärktes inte	Kommunikation och information (K)	Bättre överrapportering mellan läkare	Bukaortaaneurysm
Bedöma undersökning/remissvar	Första röntgensvaret frikände från fraktur	Utbildning och kompetens (U)	Kunskap om att röntgensvar inte är 100%-iga, om kliniken talar emot röntgensvaret behöver utredningen drivas vidare	Fraktur kota med ryggmärgspåverkan
Bevaka/följa upp prov-/remissvar	Provsvaret blev liggande Ej fungerade bevakningsfunktioner	Omgivning och organisation (O) Bemanning Hög arbetsbelastning Procedurer, rutiner och riktlinjer (P) Bristfälliga rutiner	Säkerställer att bevakning av provsvar, lab, rtg, PAD, remisser även görs under semesterperioder	Livmoderhals-cancer
Ställa diagnos	Omvärdering av tillstånd gjordes inte	Utbildning och kompetens (U)	Utbildning i allvarliga differentialdiagnoser och dess symptom, "pain out of proportion" och kritiskt tankesätt	Axelluxation

<b>Aktivitet</b>	<b>Felhändelse</b>	<b>Bidragande orsaker (BO)</b>	<b>Åtgärder</b>	<b>Försenad diagnos: exempel på diagnoser (olika diagnoser delar ofta bidragande orsaker och felhändelser)</b>
Rapportera	Röntgenläkaren kontakter inte jourcen	Kommunikation och informations- överföring (K) Bristande kommunikation	Rutin: Radiolog ska ringa jourcen/ remittenten vid patologiskt akut-svar eller ändring av tidigare svar (tydlig kontakt-väg ska anges på remissen)	Akut buk perforerad divertikulit
Rapportera	Information förmedlades inte	Kommunikation och informations- överföring (K)	Säkerställ en patientsäker kommunikation enligt SBAR med closed-loop	Njuncancer barn
Överföra information mellan verksamheter	Information missades, 1177 och primärvården kan inte läsa varandras anteckningar	Kommunikation och informationsöverföring (K)	Möjliggöra att kunna läsa varandras anteckningar	Infektion appendicit
Anlita kompetensstöd (generellt)	Oklart hur bakjour ska kontaktas - flera nummer finns	Procedurer, rutiner och riktlinjer (P) Kommunikation och informations- överföring (K)	Tydlig och känd kontaktväg till bakjourcen	Transposition hos nyfödd
Använda dokumentation	Befintlig vård-dokumentation användes inte (tidigare vårdtillfällen i Melior ej tydliga)	Kommunikation och informationsöverföring (K)	Journalssystem där tidigare vård-episoder synliggörs tydligt	Intoxikation
Använda dokumentation	Info från ambulansen kom inte med i journalen	Kommunikation och informationsöverföring (K)	Ett patientjournal-system där man dokumenterar i den elektroniska journalen redan i ambulansen. Även att olika delar av journalen samlar informationen på ett lättfattligt sätt.	Shuntstopp
Använda dokumentation	Letade inte på rätt ställe i vård-dokumentationen	Utbildning och kompetens (U)	Utbildning i Melior	Trombos arm

Aktivitet	Felhändelse	Bidragande orsaker (BO)	Åtgärder	Försenad diagnos: exempel på diagnoser (olika diagnoser delar ofta bidragande orsaker och felhändelser)
Övervaka patient (generell)	Ingen läkare följer med patienten till röntgen trots mycket påverkat allmäntillstånd	Omgivning och organisation (O) Hög arbetsbelastning	Prioritera arbetsuppgifter för akut-/resursteam så att man säkrar upp vid urakuta patienttillstånd, t.ex. gällande transporter	Aortadissektion
Generell	Träffade flera olika läkare, fick inte rätt diagnos	Omgivning och organisation (O) Bemannning Bristande kontinuitet	Fånga upp mångsökare och knyt till en läkare	Sarkom
Följa upp patient	Aortaklaff har inte följts upp i primärvården	Omgivning och organisation (O) Procedurer, rutiner och riktlinjer (P)	Hjärtkliniken kallar själva patienter som behöver uppföljning på kardiologen	Infektion abscess vid aorta

## BILAGA 2

# Säkrare diagnostik

### En hjälp vid händelseanalys och en hjälp till lärande för en säkrare organisation

En försenad diagnos kan leda till vårdskada genom att patienten inte får adekvat behandling i rimlig tid. En diagnos räknas som försenad om det har funnits tydliga möjligheter att ställa diagnosen i tid.

Värdera frågorna enligt: **Ja** förelåg troligen eller **Nej** förelåg troligen inte eller information saknas. Fokusera på första besöket för nya symtom och betrakta sen följande besök som del av händelseförloppet. Fråga 18 är en samlad bedömning som besvaras med **Ja** eller **Nej**.

Om minst en fråga besvaras med ”**Ja**” så talar det för att händelseförloppet rör ett diagnostiskt fel och bör utredas vidare med detta fokus. Se tolkningshjälp på nästa sida för hur de frågor som besvarats med ja kan leda vidare.

## Fråga nr

- 1 Den dokumenterade anamnesen/sjukhistorien talar för en alternativ diagnos som dock inte övervägdes i bedömningen.
- 2 Det dokumenterade statuset talar för en alternativ diagnos som dock inte övervägdes i bedömningen.
- 3 Datainsamlingen var inte tillräcklig (anamnes, status, undersökningar, lab, röntgen, inkludering av tidigare dokumentation) med tanke på patientens tidigare historik och den aktuella symtompresentationen.
- 4 Alarmsymtom förelåg med lämnades utan åtgärd.
- 5 Den diagnostiska processen påverkades av felaktig eller utebliven information från patienten eller anhöriga.
- 6 Patient eller anhöriga påtalade att de var tveksamma till diagnosen eller bad om ytterligare utredning.
- 7 Den kliniska informationen (anamnes, status, undersökning) borde ha lett till ytterligare undersökningar eller konsultationer.
- 8 Det diagnostiska resonemanget var inte korrekt med tanke på patientens historik och aktuella besvär.
- 9 Diagnostiska data (lab, röntgen, patologi mm) som funnits har feltolkats i relation till den slutgiltiga (korrekta) diagnosen.
- 10 Uppföljning av lab/röntgen/patologi skedde inte.
- 11 De dokumenterade differentialdiagnoserna (om sådana dokumenterats, annars bara den diagnos som dokumenterats) innefattade inte den slutgiltiga diagnosen.
- 12 Den slutgiltiga diagnosen var inte en vidareutveckling av läkarens/teamets första diagnos.
- 13 Den kliniska bilden vid det första besöket /kommande besök var typiska för den slutgiltiga (korrekta) diagnosen.
- 14 Problem med remissflöden försenade handläggning
- 15 Patienten har/hade en psykiatrisk diagnos (förutom den diagnos som sen ställdes)
- 16 Språkproblem hos patient eller personal bidrog till försening i handläggningen
- 17 Det framkommer att utredande enhet inte hade tillgång till all information p.g.a. att information hörde till annan vårdgivare
- 18 **Slutsats:** Har detta vårdtillfälle/vårdförlopp, baserat på ovanstående, en eller flera missade möjligheter (missed opportunities) för att korrekt diagnos ska bli ställd i rimlig tid?

**Fråga nr Tolkning/reflektion om hur svaren leder vidare till användbar kunskap/leta systemorsaker om möjligt**

1	I sjukhistorian framkommer information som det inte har agerats på - varför?
2	I status framkommer information som det inte har agerats på - varför?
3	Datainsamlingen var inte tillräcklig, varför?
4	Alarmsymtom förelåg med lämnades utan åtgärd, varför?
5	Den diagnostiska processen påverkades av felaktig eller utebliven information från patienten eller anhöriga - kan patient/anhörigmedverkan stärkas/förbättras?
6	Patient eller anhöriga påtalade att de var tveksamma till diagnosen eller bad om ytterligare utredning - kan patient/anhörigmedverkan stärkas/förbättras?
7	Den kliniska informationen borde ha lett till ytterligare undersökningar eller konsultationer - varför skedde inte det?
8	Det diagnostiska resonemanget var inte korrekt med tanke på patientens historik och aktuella besvär - varför?
9	Diagnostiska data som funnits har feltolkats - varför?
10	Uppföljning av lab/röntgen/patologi skedde inte - varför?
11	De dokumenterade differentialdiagnoserna (om sådana dokumenterats, annars bara den diagnos som dokumenterats) innefattade inte den slutgiltiga diagnosen - går det att få fram varför?
12	Den slutgiltiga diagnosen var inte en vidareutveckling av läkarens/teamets första diagnos - varför hamnade man på fel spår från början?
13	Den kliniska bilden vid det första besöket /kommande besök var typiska för den slutgiltiga (korrekta) diagnosen - varför missades detta?
14	Problem med remissflöden försenade handläggning - hur kan remissflödet förbättras?
15	Patienten har/hade en psykiatrisk diagnos (förutom den diagnos som sen ställdes) - detta är en riskgrupp för att drabbas av diagnostiska förseningar - hur kan processen stärkas för dessa patienter?
16	Språkproblem hos patient eller personal bidrog till försening i handläggningen - hur kan språkproblem överbryggas?
17	Det framkommer att utredande enhet inte hade tillgång till all information p.g.a. att information hörde till annan vårdgivare - hur kan informationsdelning inom vården stärkas?

Bilaga 2 Rita Fernholm med tillstånd från Hardeep Singh, Center for Innovations in Quality, Effectiveness and Safety (IQuESt).





# Diagnostiska fel

## LÄRDOMAR AV HÄNDELSEANALYSER

Denna rapport är en sammanställning av händelseanalyser som berör diagnostiska fel i Nitha Kunskapsbank, Nationellt it-stöd för händelseanalys. Syftet med rapporten är att öka kunskapen om vilka brister i vården som kan bidra till diagnostiska fel. Rapporten kan användas i lärande syfte av såväl slutenvård som öppenvård för att minska riskerna för att patienterna ska drabbas av vårdskador som orsakas av diagnostiska fel.

ISBN 978-91-7585-783-1

Beställ eller ladda ner på [webbutik.skl.se](http://webbutik.skl.se)

Post: 118 82 Stockholm | Besök: Hornsgatan 20

Telefon: 08-452 70 00 | [skl.se](http://skl.se)



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting