

Upprättare: Lena A Nordstrand

Fastställare:

Missade och fördröjda diagnoser - synpunkter och klagomål framförda till Patientnämnden

Patientnämnden, Region Gävleborg

Lena Nordstrand, handläggare
December 2021

Innehåll

Rapportsammandrag.....	2
Bakgrund.....	3
Syfte.....	4
Metod.....	4
Urval.....	4
Resultat.....	4
Cancersjukdomar.....	6
Ortopediska sjukdomar.....	8
Hjärt-kärlsjukdomar.....	9
Infektionssjukdomar.....	10
Mage-tarmsjukdomar.....	11
Psykiatriska sjukdomar.....	12
Vårdens svar och förbättringsområden.....	12
Slutsatser.....	13

Rapportsammandrag

Patientnämnden har analyserat inkomna ärenden som rör missade och fördröjda diagnoser. Rapporten har tagits fram på uppdrag av Patientnämnden och är den andra med samma ämne. Tidigare rapport togs fram 2017. Underlaget utgörs av ärenden som inkom till Patientnämnden under tidsperioden 2020-01-01 – 2021-06-30 och består av 115 ärenden. Urvalet utgör 6 % av det totala antalet ärenden under en 18-månaders-period. Tidigare rapport utgjorde 12 % av det totala antalet ärenden under en sex-månaders-period.

Resultat

Resultatpresentationen består av en inledande beskrivande statistik för urvalet. Den andra delen en kvalitativ analys av ärendenas innehåll. I den presenteras även citat som härrör från patienter och anmälare. Den kvalitativa analysen presenteras utifrån olika sjukdomstillstånd såsom: cancersjukdomar, ortopediska sjukdomar, hjärt-kärlsjukdomar, infektionssjukdomar, mage-tarmsjukdomar och psykiatriska sjukdomar.

Kvinnor var överrepresenterade (61 %), vilket skiljer sig jämfört med tidigare rapport då fördelningen mellan könen var jämn (50 % vardera). De åldersgrupperna med flest ärenden var 50-59 år och 70-79 år.

Primärvården stod för 47 % av ärendena, vilket är något lägre än jämförande rapport då siffran var 50 %. 5 % av ärendena hade inträffat på akutmottagningar. I jämförande rapport var siffran 18 %. Specialistvården hade däremot ökat från 30 % till 40 %.

I flera ärenden beskrivs att patienten inte blivit lyssnad på eller tagen på allvar när de sökt med sina symtom. Det upplevs också att undersökning varit bristfällig eller nonchalant genomförd. Även bristande bemötande från läkare beskrivs. Ibland beskrivs att patienten sökt vård flera gånger för besvären men att de inte tagits på allvar. Flera beskriver att den försenade diagnosen av ortopediska åkommor inneburit att det varit för sent att kunna åtgärda problemet. Inom ambulanssjukvården gällde några ärenden felaktiga bedömningar av det som visade sig vara stroke. I samtliga fall togs inte patienten med i ambulansen utan rekommenderades ta taxi/sjuktransport eller kontakta hälsocentralen. I några ärenden beskrivs att patienten känt sig avvisad av vården. Vissa har sökt vård igen, ibland flera gånger, men det framkommer också att patienter drar sig för att söka vård när symtomen inte går över eller förvärras.

Vårdens svar och förbättringsåtgärder

I svar från vården framgår att journalgranskningar har gjorts och att berörda medarbetare vidtalats när detta varit möjligt. Vissa ärenden har föranlett att avvikelser har registrerats av vården. Det förekommer i vissa svar att rutiner inte har följts vilket påverkat diagnossättningen. Ibland hänvisar vården till journalanteckningar som beskriver en annan bild än den patienten lämnat. Några ärenden har lett till att vården gjort lex Maria-anmälan.

Den vanligaste åtgärden som vården beskriver är att synpunkterna tas upp i lärande syfte. Några synpunkter har lett till att rutiner setts över, uppdaterats eller upprättats.

Slutsatser

Bristande bemötande och upplevelsen av att känna sig avvisad ökar risken för att patienten tappar tilliten till vården och därmed kanske inte söker vård igen. Bristfälligt bemötande är en uppenbar patientsäkerhetsrisk och något som bör tas på allvar.

En bristfällig dokumentation kan också påverka den diagnostiska delen. När vårdens svar inte stämmer överens med patientens bild av det inträffade upplever patient/anmälare ofta att det då heller "inte har hänt".

Bakgrund

Diagnostiska misslyckanden är en vanlig avvikelse inom vården och kan orsaka en vårdskada. Det kan handla om fördröjd, felaktig eller utebliven diagnos som medför att patienten inte får den behandling som behövs.

Det finns inga säkra siffror på hur vanligt det är med diagnostiska fel, men nationella databaser visar att de utgör minst 10-20 procent av alla anmälningar. Risken för diagnostiska fel är vanligast i primärvård och på akutmottagningar, där informationen kan vara ofullständig, tidigt i sjukdomsförloppet eller under tidspress. Risken ökar också när många läkare är inblandade, i långa vårdkedjor och vid byte av vårdnivå eller vårdgivare. Även språksvårigheter mellan patient och personal kan vara en orsak till att inte rätt diagnos ställs. Patienter med andra diagnoser eller sällsynta diagnoser ökar också risken för diagnostiska fel. Bakomliggande faktorer kan vara kognitiva och systemrelaterade eller bristande kunskap, var och en för sig eller i samspel med varandra.¹²

Patientnämndernas verksamhet regleras i lag³. Dess främsta syfte är att hjälpa och stödja patienterna att framföra synpunkter och klagomål till vårdgivaren och därmed bidra till kvalitetsutveckling och ökad patientsäkerhet inom vården. Patientnämnden ska också analysera inkomna synpunkter och klagomål samt uppmärksamma vårdgivaren på riskområden och hinder för utveckling av vården.

Synpunkter och klagomål som inkommer till patientnämnden diarieförs samt kategoriseras enligt en nationell handbok⁴. Under varje kategori finns sedan olika delproblem angivna. Förutom patientens synpunkter och klagomål registreras även de åtgärder som handläggaren vidtagit. Om vården har kontaktats framgår även resultat av detta.

Patientnämnden registrerar ett nytt ärende för varje verksamhet synpunkterna eller klagomålen gäller. Därför kan samma patient förekomma i flera ärenden.

Denna rapport har tagits fram på uppdrag från Patientnämnden och är den andra med samma ämne. Tidigare rapport togs fram 2017. Vissa jämförelser görs med den tidigare framtagna rapporten.

Rapporten kommer att kommuniceras med regionen enligt den överenskommelse som tagits fram i dialog med hälso- och sjukvårdens ordförande och hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp.

¹ Diagnostiska fel, Sveriges kommuner och regioner, SKR
<https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientsakerhet/riskomraden/diagnostiskafel>

² Diagnostiska fel, Socialstyrelsen
<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varriskador/varriskador/diagnostiska-fel/>

³ Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården

⁴ Nationell handbok för samtliga Patientnämnder i Sverige

Syfte

Det övergripande syftet med rapporten är att den ska utgöra ett bidrag till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet samt bidra till ett lärande inom hälso- och sjukvård och tandvård som bedrivs i Region Gävleborgs regi.

Metod

Urval

Underlaget till analysen utgörs av ärenden som inkom till Patientnämnden under tidsperioden 2020-01-01 – 2021-06-30.

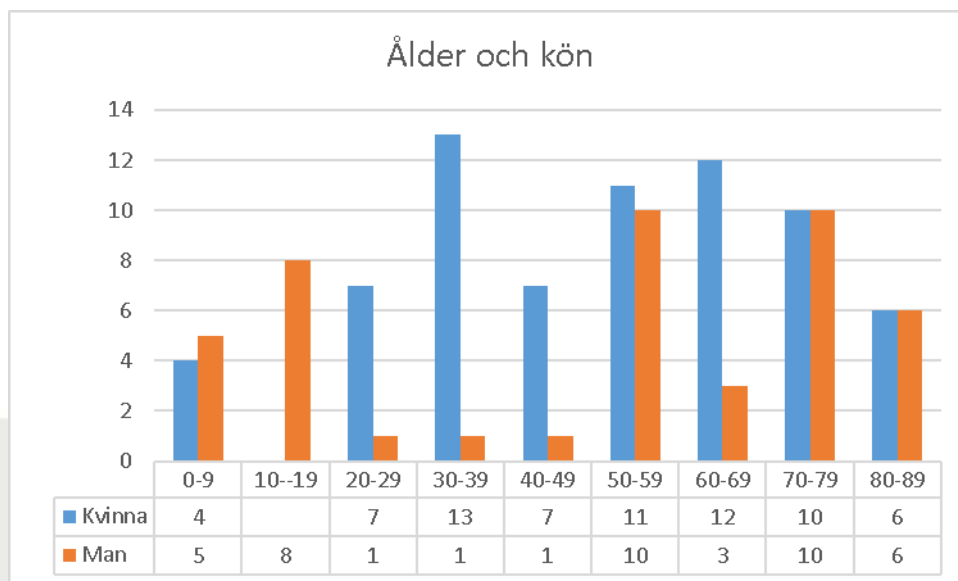
Ärenden som kategoriserats under delproblemet *Diagnos* (n=79) inkluderades. För att kunna täcka in ärenden som kategoriserats under andra delproblem genomfördes även fritextsökning vilket ledde till ytterligare träffar: *fördröjd* (n=31), *fördröjt* (n=11), *försenad* (n=18), *missad* (n=39) och *missat* (n=18). Dessutom inkluderades ärenden som förvaltningen märkt upp med *#varg* (n=70), vilket innebär att ärendet bedömts vara av allvarlig art. Efter genomgång av dessa 266 ärenden exkluderades dubletter dvs. ärenden som förekom flera gånger samt ärenden som inte var relevanta eller där dokumentationen var för knapphändig. Det slutliga urvalet består av 115 ärenden.

Tidigare framtagen rapport bestod av ett urval på 79 ärenden, och grundade sig på inkomna ärenden under en sex-månaders-period. Urvalet utgjorde då 12 % av den totala mängden ärenden under nämnda tidsperiod. Urvalet på 115 ärenden i denna rapport utgör 6 % av det totala antalet ärenden under en 18-månaders-period.

I första delen av resultatpresentationen finns en beskrivande statistik för urvalet. Den andra delen består av en kvalitativ analys som utgörs av ärendenas innehåll. I den presenteras även citat som härrör från patient och anmälare, dels muntligt framställda eller utifrån skriftligt inkomna synpunkter och klagomål.

Resultat

Urvalet består av 115 ärenden, varav 70 berör kvinnor (61 %) och 45 berör män (39 %), i åldrarna 0-89 år. I den jämförande rapporten var fördelningen mellan könen jämn med 50 % vardera.



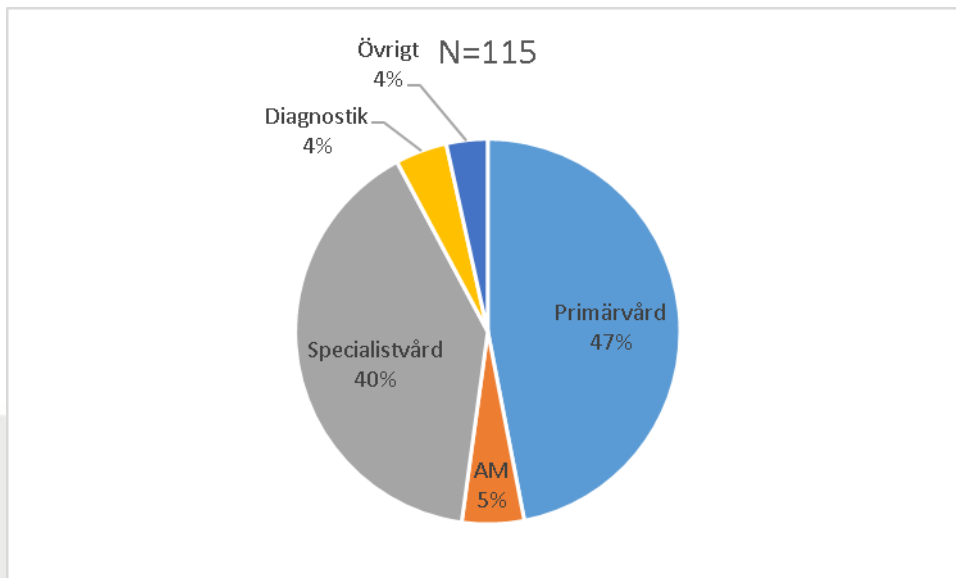
Figur 1 Urvalets ålder och könsfördelning

Kvinnor var överrepresenterade, framförallt var detta markant inom åldersspannet 20-49 år där kvinnor stod för huvuddelen av ärendena. Män var överrepresenterade inom åldersspannet 0-19 år.

De åldersgrupperna som hade flest ärenden var 50-59 år och 70 -79 år. I jämförande rapport stod åldersgrupperna 40 -79 år för flest ärenden.

Verksamhetsområde	Antal
Ambulans och akut	7
Barn- och ungdomsmedicin	6
Bild och funktionsmedicin	5
Familjehälsa	1
Habilitering och barnpsykiatri	1
Internmedicin	5
Kardiologi	1
Kirurgi	6
Kvinnosjukvård	5
Medicin Bollnäs	2
Onkologi	1
Ortopedi	6
Operation Bollnäs (ortopedi)	4
Primärvård	53
Specialmedicin (hud, geriatrik, neurologi)	3
Vuxenpsykiatri	4
Ögon	1
Kommunal hälso- och sjukvård	1
Tandvård	3
Totalsumma	115

Figur 2 Urvalets fördelning per verksamhetsområde



Figur 3 Urvalets fördelning utifrån typ av vård

Primärvården stod för 47 % av ärendena, 54 st. Det är något lägre än jämförande rapport då siffran var 50 %. 5 % av ärendena hade inträffat på akutmottagningar, sammanlagt 6 ärenden. Av dessa rörde två ärenden sjuksköterskas bedömning. Övriga fyra ärenden rörde läkares bedömning, varav två inträffat inom medicin Bollnäs, två inom internmedicin samt ett ärende vardera inom kirurgi och ortopedi. I jämförande rapport var siffran 18 %, vilket innebär en betydande minskning. Specialistvården hade däremot ökat från 30 % till 40 %.

Cancersjukdomar

I 28 ärenden förekom synpunkter som handlade om att cancerdiagnos fördröjts, missats eller varit felaktig. Övervägande andelen rörde kvinnor. Drygt hälften av ärendena återfanns i primärvården, följt av områdena medicin, kirurg samt bild- och funktionsmedicin.

I flera ärenden beskrivs att patienten inte blivit lyssnad på eller tagen på allvar när de sökt med sina symtom. Det upplevs också att undersökning varit bristfällig eller nonchalant genomförd. Även bristande bemötande från läkare beskrivs.

UPPLEVDE SIG INTE LYSSNAD TILL ELLER TAGEN PÅ ALLVAR DÅ PATIENTEN
SÖKTE FÖR SVÄLLD OCH OND MAGE SOM VISADE SIG VARA
ÄGGSTOCKSCANCER. SÖKTE PÅ HÄLSOCENTRALEN ETT PAR GÅNGER OCH
FICK TILL SLUT, PÅ EGEN BEGÄRAN, EN RÖNTGEN. HADE VÄTSKA I BUKEN
OCH LUNGAN.

BLIVIT NEGLIGERAD OCH NEKAD LÄKARTID BÅDE NÄR HON SÖKTE FÖR VAGINALA BLÖDNINGAR OCH SENARE VID REKTALA BLÖDNINGAR. VAR I BÅDA FALLEN CANCER.

SÖKTE FÖR TRÖTTHET SAMT BLÖDNINGAR FRÅN ÄNDTARMEN, AVFÄRDADES SOM HÖSTDEPRESSION, VAR ÄNDTARMSCANCER MED SPRIDNING. FICK INTE ENS EN LÄKARTID UTAN AVFÄRDADES FRÅN RÅDGIVNINGEN.

I något enstaka fall hade det brustit i den administrativa hanteringen, vilket ledde till försenad cancerdiagnos. I ett annat fall hade patienten fått en cancerdiagnos som senare visade sig vara felaktig.

PGA. SPRÅKSVÅRIGHETER OCH STRESS FÖRSTOD INTE LÄKAREN VAD PATIENTEN SÖKTE FÖR. RESULTERADE I ATT DE KÄNSELBORTFALL PATIENTEN SÖKTE FÖR OCH SOM VISADE SIG VARA EN RYGGTUMÖR INTE BLEV BEAKTADE.

INTE MEDDELATS RÖNTGENSVAR SOM VISADE TUMÖRER, FÖRSENAD CANCERDIAGNOS. FICK REMISS FRÅN HC TILL RÖNTGEN. FICK INGEN ÅTERKOPPLING FRÅN LÄKAREN SOM REMITTERAT. PATIENTEN TRODDE DÅ ATT "ALLT VAR BRA". NU KONSTATERTS TUMÖRER I BUKEN, SOM SYNTES PÅ DEN RÖNTGEN SOM GJORDES FÖR FLERA ÅR SEDAN. HAR UNDER TIDEN TILLKOMMIT FLERA TUMÖRER.

RESULTAT: VERKSAMHETSCHEFEN BEKLAGAR DET INTRÄFFADE. UTIFRÅN JOURNALANTECKNINGAR KAN DE SE ATT PATIENTEN KONTAKTADES EFTER RÖNTGENSVARET. I RÖNTGENSVARET REKOMMENDERADES MR, MEN INGEN REMISS SKREVS. DE KAN INTE FÖRKLARA VARFÖR INGEN FORTSATT UTREDNING SKEDDE, MEN OLIKA SLUTSVAR FRÅN DATORTOMOGRAFIN INKOM VILKET KAN HA LETT TILL MISSFÖRSTÅND, MEN ATT DE INTE SÄKERT KAN VETA VARFÖR INGEN REMITTERING SKEDDE TILL MR.

ANALCANCER MISSADES. SÖKTE FÖR ONORMAL TRÖTTHET OCH DIFFUS VÄRK LÅGT NER I BUKEN. HC TOG PROVER OCH SKICKADE REMISS TILL UTREDNING AV SÖMNAPNÉ. INGEN FORTSATT UTREDNING AV VÄRK I BUKEN. DRYGT ETT ÅR SENARE SÖKER PATIENTEN AKUT VÅRD UTANFÖR LÄNET, DÄR UPPTÄCKS ANALCANCER.

Ortopediska sjukdomar

21 ärenden berör synpunkter och klagomål som handlar om fördröjningar och missade diagnoser av ortopediska åkommor. Hälften av ärendena har inträffat i primärvården, följt av operation Bollnäs, bild och funktionsmedicin och ortopedi. Ca två tredjedelar berör kvinnor. Synpunkterna rör försenad diagnos av frakturer på fot, ben, knä, armbåge, rygg och nyckelben.

MISSADES KNÄFRAKTUR DÅ DET ENDAST BESTÄLLES RÖNTGEN AV HÖFTREGIONEN. DEMENT SOM VARIT MED OM FALLOLYCKA. VÄLDIGT SMÄRTPÅVERKAD OCH SKICKAS IN EFTER TELEFONKONSULTATION MED LÄKARE. EFTER RÖNTGEN KOMMER SAMMA LÄKARE OCH MEDDELAR ATT ALLT SÅG BRA UT, FÅR ÅTERVÄNDA TILL BOENDET. ANHÖRIGA PROTESTERAR DÅ PATIENTEN ÄR KRAFTIGT SMÄRTPÅVERKAD. LÄKAREN VIFTAR BORT DETTA MED HÄNVISNING TILL ATT PATIENTEN ÄR DEMENT. EN DISKUSSION FÖLJER, VISAR SIG ATT BARA HÖFTREGIONEN RÖNTGATS OCH ATT PATIENTEN INTE BLIVIT MANUELLT UNDERSÖKT ALLS. LÄKAREN GÅR MOTVILLIGT MED PÅ HELBENS RÖNTGEN. VISAR SIG VARA EN KOMPLICERAD KNÄFRAKTUR.

RESULTAT: REMISS SKREVS EFTER INFORMATION FRÅN BOENDET. DÅ DEN VISADE SIG VARA FÖR SNÄV SKREVS NY REMISS EFTER UNDERSÖKNING. MED FACIT I HAND HADE DET VARIT BÄTTRE OM PATIENTEN DIREKT KOMMIT TILL ORTOPEDJOURN.

MISSADES KOMPLICERAD FRAKTUR I FOTLEDEN. KOM IN TILL AKUTMOTTAGNINGEN EFTER FALLTRAUMA. RÖNTGEN VAR UA. NÅGRA MÅNADER SENARE GJORDES MR DÄR FRAKTUR UPPTÄCKTES SOM DÅ INTE LÄKT OCH NU INTE GÅR ATT OPERERA.

RESULTAT: YTTRANDE MED BEKLAGANDE. BILDERNA HAR EFTERGRANSKATS OCH DÄR SER MAN ATT EN FRAKTUR KAN ANAS, MYCKET SVÅRBEDÖMT.

Andra ärenden handlar om missade skador på senor i arm, axel och säte, nekros i höftkula, fördröjd diagnos av carpaltunnelsyndrom, ledbandsskada samt frakturer i samband med förlossning. Ibland beskrivs att patienten sökt vård flera gånger för besvären men att de inte tagits på allvar. Flera beskriver att den försenade diagnosen inneburit att det varit för sent att kunna åtgärda problemet.

MISSAD LEDBANDSSKADA SOM NU ÄR BESTÅENDE. SKADADE HANDEN FÖR FLERA ÅR SEDAN, SÖKT VÅRD VID UPPREPADE TILLFÄLLEN FÖR SINA BESVÄR. TRÄFFAR EN ORTOPEDE TRE ÅR SENARE SOM SER ATT ETT LEDBAND ÄR AV, MEN NU FÖRSENT ATT OPERERA.

MISSAD FRAKTUR PGA BRISTANDE UNDERSÖKNING. BARN KOM IN MED SMÄRTOR UNDER KNÄET SOM AV LÄKARE BLEV BEDÖMT SOM STUKNING AV FOT, SKICKADES HEM UTAN RÖNTGEN. FICK UPPSÖKA VÅRD IGEN OCH FRAKTUREN KONSTATERADES. ANSER DET FELAKTIGT ATT INTE VARA MER NOGGRANN DÅ DET HANDLAR OM BARN. UPPLEVDE ATT LÄKAREN INTE LYSSNADE.

Hjärt-kärlsjukdomar

14 ärenden rör synpunkter på fördröjd eller missad diagnos av hjärt-kärlsjukdomar. Hälften av ärendena hörde hemma i primärvården, följt av ambulanssjukvården och akutmottagning inklusive internmedicin. Fördelningen mellan män och kvinnor var jämnt fördelad. Inom ambulanssjukvården gällde ärendena felaktiga bedömningar av vad som visade sig vara stroke. I samtliga tre fall togs inte patienten med i ambulansen utan rekommenderades istället att ta taxi/sjuktransport eller kontakta hälsocentralen.

ANHÖRIG VAKNADE PÅ NATTEN OCH UPPTÄCKTE ATT PARTNERN INTE KUNDE KOMMA UPP UR SÄNGEN. RINGDE EFTER AMBULANS, SOM KOM OCH UNDERSÖKTE. AMBULANSPERSONALEN TYCKTE ATT DE KUNDE "SOMNA OM" OCH "RINGA EN TAXI" NÄR DET BLEV MORGON. ANHÖRIG ACCEPTERADE INTE DET, AMBULANSPERSONALEN RINGDE DÅ EFTER EN TAXI. PÅ AKUTMOTTAGNINGEN SÖVDES PATIENTEN NED, TRANSPORTERADES MED HELIKOPTER TILL UPPSALA, HADE HJÄRNBLODNING. HAR OPERERATS FLERA GÅNGER.

ANDNINGSBESVÄR BEDÖMDES SOM TIETZES SYNDROM, VAR PROPPAR I LUNGAN. SÖKTE HC EFTER ATT DAGEN INNAN BLIVIT ANDFÅDD OCH FÅTT SVÅRT ATT ANDAS. BEDÖMDES VARA TIETZES SYNDROM, ORDINERADES IPREN. FORTSATTA BESVÄR, SÖKTE SJUKVÅRD VARJE DAG, AMBULANS SAMT ETT BESÖK PÅ AKUTMOTTAGNING. PÅ FJÄRDE DAGEN TILL HC IGEN. FICK REMISS FÖR RÖNTGEN, VISADE SIG HA PROPPAR I LUNGAN.

FICK DIAGNOSEN UTMATTNINGSSYNDROM NÄR DET I SJÄLVA VERKET VAR TVÅ SMÅ INFARKTER OCH EN BENIGN HJÄRNTUMÖR.

I några ärenden beskrivs att patienten känt sig avvisad av vården. Vissa har sökt vård igen, ibland flera gånger, men det framkommer också att patienter drar sig för att söka vård när symtomen inte går över eller förvärras.

ANSER ATT FLERA DAGARS ANAMNES PÅ HUVUDVÄRK OCH KRÄKNINGAR INTE TOGS PÅ ALLVAR, HADE HJÄRNBLÖDNING. HAFT HUVUDVÄRK NÅGON VECKA. SÖKTE HC NÄR KRÄKNINGAR TILLKOM OCH SOM HÖLL I SIG FLERA DAGAR. BEDÖMDES SOM STRESSRELATERAT AV LÄKAREN, FICK SMÄRTSTILLANDE LÄKEMEDEL UTSKRIVET.

FELAKTIGT BEDÖMD PÅ AKUTMOTTAGNINGEN VILKET LEDDE TILL FÖRSENAD DIAGNOS AV BLODPROPPAR. SÖKTE AKUTMOTTAGNINGEN MED SVULLET BEN, BLEV AVVISAD PÅ ETT SÄTT SOM GJORDE ATT HEN KÄNDE SIG DUM OCH INTE VILLE SÖKA VÅRD NÄR HEN BLEV SÄMRE. VISADE SIG SEDAN HA VARIT DJUP VENTROMBOS OCH FLERA PROPPAR I KROPPEN.

Infektionssjukdomar

14 ärenden, 9 kvinnor och 5 män, rörde fördröjda diagnoser av olika infektionssjukdomar. Merparten av ärendena förekom inom primärvård, akutmottagning och ambulanssjukvård. Flera ärenden gällde missbedömningar av sepsis, men också lunginflammation, hjärnhinneinflammation, bältros och olika abscesser.

LÄKAREN ANSÅG ATT PATIENTEN SÖKT VÅRD I ONÖDAN OCH ATT INGEN GRUND FANNS FÖR INLÄGGNING, HADE SEPSIS. ÄLDRE PERSON TILL AKUTMOTTAGNINGEN, VIA AMBULANS OCH PRIMÄRVÅRDSJOUR PGA. SVULLNAD VÄNSTER HAND, NEDSATT ALLMÄNTILLSTÅND OCH SMÄRTOR. BEDÖMDES ATT PATIENTEN KUNDE SKICKAS HEM, VILKET ANHÖRIGA IFRÅGASATTE EFTERSOM PATIENTEN VAR SVAG, BOR ENSAM, OCH ATT DET TILLIKA VAR SEN KVÄLL EN HELGAFTON NÄR INGEN HEMTJÄNST FANNS ATT TILLGÅ. LÄKAREN ANSÅG ATT DET INTE VAR HANS PROBLEM. BLIR SEDAN INLAGD PÅ INFEKTIONSKLINIKEN. ANHÖRIGA BLIR INTE INFORMERAD OM DETTA.

ANSER ATT LÄKARENS UNDERSÖKNING INTE VAR TILLRÄCKLIG. SÖKTE VÅRD DÅ HEN KÄNDE SIG DÅLIG. SKICKADES HEM MED FÖRSLAG PÅ SJUKGYMNASTIK. VISADE SIG VARA LUNGINFLAMMATION. INLAGD, RESPIRATORVÅRDADES. FICK ÄVEN SEPSIS. KRITISK TILL ATT LÄKAREN INTE TOG PATIENTENS BESVÄR PÅ ALLVAR.

ONT I NACKEN BEDÖMDES SOM NACKSPÄRR, HADE HJÄRNHINNEINFLAMMATION. ÄLDRE PERSON SOM INSJUKNADE MED FROSSA, FEBER, RAMLADE, BEDÖMDES AV HC SOM LUNGINFLAMMATION, FICK ANTIBIOTIKA. SÄMRE SAMMA KVÄLL, ONT I NACKEN. RINGDE EFTER AMBULANS. BEDÖMDES SOM NACKSPÄRR, FICK SMÄRTSTILLANDE INJEKTION OCH LÄMNADES I HEMMET. FÖRSÄMRADES YTTRELLIGARE. KONTAKTADE AMBULANS IGEN, KÖRDES TILL SJUKHUSET. HADE HJÄRNHINNEINFLAMMATION, INLAGD DRYGT EN VECKA.

RESULTAT: GEMENSAMT YTTRANDE FRÅN VO AMBULANS OCH MEDICIN BOLLNÄS DÄR DET FRAMGÅR ATT, MED FACIT I HAND, SÅ HADE DET VARIT ADEKVAT ATT TRANSPORTERA PATIENTEN TILL SJUKHUS, MEN ATT UNDERSÖKNING INTE VISADE NÅGRA AVVIKANDE VÅRDEN.

FICK INTE BEHANDLING I TID FÖR SIN BARNSÄNGSFEBER VILKET RESULTERADE I RESPIRATORVÅRD. TOG KONTAKT MED VÅRDEN VID FLERA TILFÄLLEN SOM GJORDE BEDÖMNINGEN ATT DET HANDLADE OM MJÖLKSTOCKNING. SJÄLV KONTAKTAT VÅRDEN OCH FÖRESLAGIT AVVIKELSE. VÅRDEN GÖR NU EN INTERNUTREDNING SOM EV. KOMMER RESULTERA I EN LEX MARIA-ANMÄLAN.

Mage-tarmsjukdomar

Sju ärenden, med dominans av män. Ärendena var fördelade mellan primärvård och specialistvård och då framför allt barn- och ungdomsmedicin. Flera ärenden handlar om utebliven diagnos av fleråriga magbesvär samt att diagnos borde ha kunna satts tidigare.

BARN SOM KRÄKTS FLERA GÅNGER PER DAG I VECKOR OCH TROTS MULTIPLA UNDERSÖKNINGAR OCH ÅTGÄRDER INTE FÅTT NÅGON DIAGNOS.

ANSER ATT DIAGNOS SKULLE SATTS TIDIGARE DÅ HEN SÖKT HC VID FLERA TILFÄLLEN PGA. PROBLEM MED TARMEN. DEN REKTOSKOPI SOM GJORDES PÅ HC BORDE HA VISAT TUMÖR ENLIGT KOLOSKOPI SOM SEDAN GJORDES. NU OPERERAT BORT DEL AV ÄNDTARM SAMT TJOCKTARM.

RESULTAT: VERKSAMHETSCHEF BEKLÄGAR PATIENTENS UPPLEVELSE OCH REDOGÖR FÖR DEN MEDICINSKA HANDLÄGGNINGEN. REFLEKTERAR ÖVER OM F-HB PROV SKULLE HA PÅSKYNDAT DIAGNOS. I RUTINEN FÖR DE BESVÄR PATIENTEN SÖKT FÖR REKOMMENDERAS F-HB PROV. MEDARBETARE SKA UPPMÄRKSAMMAS PÅ RUTINEN.

SÖKT I TVÅ MÅNADER FÖR MAGPROBLEM OCH KRÄKNINGAR SOM AVFÄRDATS MED ATT ORSAKEN VAR VIRUS OCH JÄRNBRISTANEMI, MEN VISADE SIG VARA TARMCANCER.

UPPSVÄLLD/STOR MAGE BEDÖMDES SOM FÖRSTOPPNING, HADE ASCITES. FICK FLERA PÅSAR LAXERMEDEL MED SIG HEM, SOM SKULLE TAS VID ETT OCH SAMMA TILLFÄLLE. EFTER INTAG AV LAXERMEDET KRÄKTES PATIENTEN BLOD. ÅKTE TILL AKUTMOTTAGNINGEN, LADES IN, HADE ASCITES OCH CANCER MED SPRIDNING.

Psykiatriska sjukdomar

Fem ärenden gällde övervägande synpunkter på feldiagnostisering av psykiatriska sjukdomar. Huvuddelen rörde kvinnor. I något fall beskrivs hur den felaktiga diagnosen påverkat patientens liv.

FELAKTIG DIAGNOS UNDER FLERA ÅR. FICK EN DIAGNOS OCH BÖRjade MEDICINERA. MÅDDE ALLT SÄMRE OCH GJORDE SJÄLMORDSFÖRSÖK. INLAGD PÅ AVD VID FLERA TILLFÄLLEN. MISSTÄNKTE SÅ SMÅNINGOM LÄKEMEDELSBIVERKAN. VÅRDEN AVSLUTADE MEDICINERINGEN OCH DIAGNOSEN TOGS BORT.

FELDIAGNOSTISERAD UNDER FLERA ÅR, LEDDE TILL PSYKISK OHÄLSA. FEL DIAGNOS OCH FELMEDICINERING ORSAKADE SKADA PÅ EKONOMI, PERSON OCH FAMILJ. EFTER FLERA ÅR MÖTTE PATIENTEN EN SAMTALSKONTAKT SOM IFRÅGASATTE DIAGNOSEN. IDAG ÄR DIAGNOSEN REVIDERAD, MEDICINERNA BORTTAGNA OCH PATIENTEN HAR SAMTALSSTÖD.

Vårdens svar och förbättringsområden

En stor del av ärendena i underlaget till rapporten har hanterats som skrivelser och då har vården lämnat yttrande till patient/anmälare. Av dessa framgår att journalgranskningar har gjorts och att berörda medarbetare vidtalats när detta varit möjligt. Det förekommer också att ärenden föranlett att avvikelser har registrerats av vården. Ibland medges att bedömningen varit felaktig och att "det med facit i hand" borde ha handlagts på annat sätt. Det beskrivs att vissa symtom har varit svårbedömda vilket varit en bidragande faktor till den fördröjda diagnosen. När det gäller röntgenbilder har det vid eftergranskning av bilderna kunnat ses fraktur eller tumör, när de specifikt sökt efter detta, vilket kanske inte varit tydligt i

remissens frågeställning. Det förekommer också i vissa svar att rutiner inte har följts vilket påverkat diagnossättningen. Ibland hänvisar vården till journalanteckningar som beskriver en annan bild än den patienten har lämnat. Det kan t.ex. vara symtom som patienten har uppgett vid besöket och/eller oro för allvarlig sjukdom men som inte finns dokumenterat.

Något av ärendena har lett till att vården gjort lex Maria-anmälan, men även svar där bedömningen är att ingen lex Maria-anmälan kommer göras.

Den vanligaste åtgärden som vården beskriver är att synpunkterna kommer tas upp i personalgrupper, APT etc. i lärande syfte. Några synpunkter har lett till att rutiner setts över, uppdaterats eller upprättats. När det framkommit att rutin inte har följts har rutinen tagits upp med medarbetarna.

Slutsatser

Eftersom denna rapport kan ses som en uppföljning av den tidigare rapport som tagits fram har vissa jämförelser gjorts för att kunna se om eventuella förändringar skett efter 2016 när det gäller missade och fördröjda diagnoser. Det som kan konstateras är att urvalet för denna rapport utgjorde 6 % av det totala antalet ärenden, och är därmed en rejäl minskning jämfört med den tidigare rapporten då urvalet utgjorde 12 %. Det ska dock understrykas att rapporten endast består av synpunkter och klagomål som inkommit till Patientnämnden. För att kunna bedöma hur den verkliga bilden ser ut gällande problem med diagnostiska fel behöver patientnämndsärendena slås samman med de synpunkter och klagomål som lämnas direkt till verksamheterna. Först då kan eventuella slutsatser dras om det skett någon förändring.

Det beskrivs i ett flertal ärenden att patient och anhöriga upplevt nonchalans och bristande bemötande från vården när de sökt för sina symtom. Upplevelsen av att känna sig avvisad ökar risken för att patienten tappar tilliten till vården och därmed kanske inte söker vård igen. Bristfälligt bemötande är en uppenbar patientsäkerhetsrisk och något som bör tas på allvar. I många svar från vården förmedlas också att bemötandefrågor är något som regelbundet tas upp inom verksamheten. Tyvärr ser vi dock att antal inkommande bemötandebesvär ökar.

En bristfällig dokumentation kan också påverka den diagnostiska delen. När det framkommer att vårdens svar inte stämmer överens med patientens bild av det inträffade upplever patient/anhöriga ofta att det då heller "inte har hänt". Ibland uppger vården att patienten fått åtgärder medans patienten anser att det berott på att patienten varit "påstridig", men att inget av det framgår i journalanteckningen. Det kan också få konsekvenser för patienten vid anmälan av eventuell vårdskada till patientförsäkringen om ingen dokumentation finns. Patienter har framfört till patientnämnden att de anser att vården ska dokumentera de symtom som patienten uppger.

Sveriges kommuner och regioner (SKR) och Socialstyrelsen⁵⁶ rekommenderar följande för att minimera risken för diagnostiska fel och misstag:

Ställ följande frågor:

- Vad kan det annars vara?
- Vad talar emot diagnosen?
- Är det mer än ett problem?

Om minst tre differentialdiagnoser alltid finns i åtanke och dokumenteras, minskar risken för en felaktig diagnostisk process. Patient och närstående kan med fördel involveras i den diagnostiska processen.

Råd att användas av de som arbetar i primärvården:

- Skriv symtom istället för diagnos vid bokningar – det minskar risken för ”förankringseffekt” (=att fastna i det vi först tror att patienten lider av)
- 3-regeln – ha alltid 3 differentialdiagnoser i åtanke och dokumentera dessa, det hjälper både dig och nästa vårdkontakt
- Skriv remiss med patienten på rummet. Se till att vidimering och remissbevakning fungerar. Skicka svar på alla prover och undersökningar. Slut cirkeln – tappa inte bort patienten!

⁵ Diagnostiska fel, Sveriges kommuner och regioner, SKR
<https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientsakerhet/riskomraden/diagnostiskafel>

⁶ Diagnostiska fel, Socialstyrelsen
<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varriskador/varriskador/diagnostiska-fel/>