

Nationellt patientsäkerhetscentrum ska driva på kunskapsstyrning

RIKSSTÄMMAN. Patientsäkerhetsutredningen kommer att föreslå att Sverige inrättar ett nationellt patientsäkerhetscentrum. Det avslöjar utredningens huvudsekreterare Per-Anders Sunesson.

Nationella patientsäkerhetscentrum finns i flera andra länder. Deras uppgift är att åstadkomma en bättre kunskapsstyrning på patientsäkerhetsområdet, genom att bland annat initiera forskning, göra kunskapssammanställningar och återföra kunskapen till sjukvården.

I sitt betänkande, som ska presenteras i mitten av december, kommer Patientsäkerhetsutredningen att föreslå att även Sverige får ett nationellt patientsäkerhetscentrum. Det avslöjade huvudsekreteraren Per-Anders Sunesson vid ett symposium om patientsäkerhet på riksstämman.

– Alla problem löses inte med lagstiftning, säger han. Det behövs också system för kunskapsstyrning. Därför kommer vi att föreslå att ett nationellt patientsäkerhetscentrum inrättas.

I andra länder finns olika modeller för hur ett sådant centrum är organiserat; som en myndighet eller uppbyggt av fristående organisationer. Patientsäkerhetsutredningen kommer inte att lägga något förslag om hur organisationen ska se ut, säger Per-Anders Sunesson till Läkartidningen:

– Vi pekar på behovet av ett centrum

och föreslår att regeringen tillsätter en kommitté som får ta ställning till organisationsfrågan.

Per-Anders Sunesson bekräftade också, för första gången, pressuppgifterna att utredningen kommer att föreslå att HSANs disciplinpåföljder – varning och erinran – ska avskaffas (se LT nr 47/2008). Samtidigt föreslår man hårdare tag mot en mindre grupp riskindivider, med större möjligheter att dra in legitimationen och skärpta krav på tillsyn under provotiden. Det här innebär att utredningen kommer att föreslå förändringar av HSANs roll och uppgifter.

Enligt utredningens förslag ska det nuvarande regelverket ersättas av en ny lag om patientsäkerhet. Vårdgivaren ska ha ett övergripande ansvar för patientsäkerheten, på samma sätt som arbetsgivaren ansvarar för arbetsmiljön i arbetsmiljölagen. För att komma åt de vårdgivare som missköter sig ska utredningen föreslå att reglerna om vite skärps. Under utredningsarbetet har man också diskuterat idén att införa patientsäkerhetsbrott som en ny brottsrubricering, analogt med arbetsmiljöbrott. Men det förslaget kommer man inte att lägga fram, säger Per-Anders Sunesson:

– På den punkten blev jag nedröstad av experterna. De befarar att det kan motverka den större öppenhet som vi eftersträvar, i synnerhet hos privata vårdgivare.

Miki Agerberg

Alkohol och dextropropoxifen – en dödlig kombination

Att kombinera alkohol och dextropropoxifen – även terapeutiska doser – kan vara fatalt. Patienter som gjort det ska inte lämnas utan uppsikt. (HSAN 0647/08)

En man i femtioårsåldern med pågående tablett- och alkoholmissbruk inkom i ambulans till akutmottagningen på grund av svåra bröstsmärtor. Patienten var kontaktbar och kunde själv berätta att han druckit och tagit en del läkemedel under dagen. Läkaren valde att lägga patienten på ett akutum för provtagning. EKG visade inga ST-sänkningar eller höjningar. Patienten bedömdes som cirkulatoriskt och andningsmässigt stabil med blodtryck 123/72 mm Hg, saturation 96 procent och pulsfrekvens 92/minut. Akutrummet var utrustat med ett övervakningssystem som automatiskt larmar vid avvikelse. Efter inledande provtagning lämnades patienten ensam i en knapp halvtimme. Därefter fann en sjuksköterska honom blek, okontaktbar och pulslös. Trots återupplivningsförsök kunde patientens liv inte räddas.

Obduktionen visade att dödsfallet föranleddes av en akut syrebristbetingad hjärnmuskelskada som i sin tur förklarades med åderförkalkningssjukdom. Den rättsmedicinska utredningen konstaterade också alkohol och höga halter av dextropropoxifen i blodet som bidragande orsak till dödsfallet.

Patientens dotter har anmält läkaren till Ansvarsnämnden för fel i vården.

Ansvarsnämnden påpekar att kombinationen av alkohol och dextropropoxifen är ytterst allvarlig med stor risk för snabbt insättande andningsstillestånd med syrebrist och hjärtstopp som följd. En patient med sådan anamnes ska, enligt Ansvarsnämnden, ha kontinuerlig övervakning på akutvårdsavdelning eller intensivvårdsavdelning även om patientens tillstånd förefaller stabilt.

Ansvarsnämnden tilldelar läkaren en erinran för sitt förbiseende av allvarlighetsgraden av intoxikationen. ■

Riktigt högt blodtryck ska handläggas skyndsamt

Drygt 40 år, för övrigt frisk, men med ett blodtryck på 200/120 mm Hg. Då är två veckor för lång tid att vänta på en 24-timmarsmätning. (HSAN 2597/08)

En 43-årig man besökte en läkarmottagning för hälsokontroll på arbetsgivarens bekostnad. Vid besöket uppmättes blodtrycket till 200/120 mm Hg. Vid hälsokontrollen föregående år hade blodtrycket varit normalt. Läkaren bokade in patienten för en 24-timmarsregistrering två veckor senare. Efter cirka tre veckor kommer mätningen verkligen till stånd och vi-

sar genomgående högt blodtryck, och blodtryckssänkande läkemedel sätts genast in. Uppföljning per telefon gjordes efter en knapp vecka, och ett återbesök bokas in ytterligare två veckor senare. Under tiden får patienten en stroke.

Patienten har tillsammans med sin hustru anmält läkaren till Ansvarsnämnden för fel i vården. Förutom att de anser att läkaren borde diskuterat sjukskrivning för att få ner blodtrycket anser de att åtgärder borde vidtagits omedelbart då det höga blodtrycket registrerats. Paret

får på den sistnämnda punkten medhåll från Ansvarsnämnden, som anser att en 24-timmarsmätning borde gjorts skyndsamt och att två veckor var en för lång tid att vänta på detta. Nämnden anser att blodtrycket borde kontrollerats igen redan någon dag efter första mätning för ställningstagande till medicinering eller akutremiss till sjukhus. Om inte annat borde resultatet av 24-timmarsregistreringen inneburit akutremiss till sjukhus. Ansvarsnämnden anser att läkaren brustit i sin handläggning och tilldelar honom en erinran. ■