

ren gjort tre allvarliga felbedömningar klockan 05.45:

1. Han missbedömde situationen då CTG visade nedsatt variabilitet och atypiska variabla decelerationer samtidigt som det fanns en lång registrering som var klart patologisk.

2. Han antog att förlösningsningen var nära trots att partogrammet visade att fosterhuvudets läge varit ganska oförändrat de senaste timmarna och patienten var förstföderska.

3. Han beslutade att avvakta i stället för att genast se till att kvinnan förlöstes.

Socialstyrelsen ansåg att barnmorskan borde ha tillkallat läkaren senast klockan 02.30 då CTG-förändringarna var så uttalade att de krävde en läkares bedömning.

Överläkaren har valt att inte yttra sig över anmälan till Ansvarsnämnden. Barnmorskan har hänvisat till att hon den aktuella natten hade en extrem arbetsbelastning.

Ansvarsnämnden ansåg att barnmorskan borde ha tillkallat överläkaren redan vid 02-tiden eftersom övervakningskurvan inte längre var normal. Hennes höga arbetsbelastning borde ha varit ytterligare en anledning att kalla på läkaren för att få medicinskt stöd.

Nämnden ansåg vidare att överläkaren då han tillkallades klockan 05.45 omedelbart borde ha förlöst kvinnan eftersom övervakningskurvan var gravt patologisk. •

Varning:

Psykiater brast i sin ledningsfunktion

En psykiater har av Ansvarsnämnden fått en varning för brister i sin ledningsfunktion. Nämnden har samtidigt kritiserat en AT-läkare för att ha underlåtit att undersöka en patient. (HSAN 2255/94 och 2410/94)

Såväl Socialstyrelsen som patienten, en 49-årig kvinna, anmälde fallet till Ansvarsnämnden.

Kvinnan hade vid flera tillfällen vårdats inom psykiatri. I februari sökte hon hjälp på en vårdcentral för diffusa kroppsliga symtom. Hon hade domningar i vänster knä och smärta i kroppen.

Hon remitterades till medi-

cinkliniken på ett sjukhus. Där undersöktes hon den 22 februari av en läkare, som konstaterade att hon var lätt öm i buken och haltade. I övrigt fann han inget patologiskt utan återremitterade kvinnan till vårdcentralen.

Hade förlamningssymtom

Den 3 mars kom kvinnan tillbaka till sjukhuset. Hon undersöktes av jourhavande läkare. Hon var starkt ångestladad och beskrev förlamningssymtom.

Jourhavande hittade ingen fokal neurologisk rubbning men noterade att vänster sida var slappare än höger. Det fanns inget i status som krävde akut behandling. Besvären bedömdes som en psykisk krisreaktion och patienten remitterades till en psykiatrisk klinik.

Där togs kvinnans anamnes samma dag upp av en AT-läkare A, som gjorde ett psykiskt status men ingen somatisk undersökning. Kvinnan lades in.

Dagen därpå, vid ett sk överläkarsamtal, bedömde psykiatern att kvinnan hade »en narcissistisk borderlines-törning med somatiseringssyndrom».

Han förordade att man skulle vara mycket försiktig med mediciner och i stället försöka lösa besvären via samtal.

»Psykiska symtom som satt sig i kroppen»

Den 8 mars påpekade kvinnan för AT-läkaren A att hon hade försämrats somatiskt.

På en behandlingskonferens fyra dagar senare diskuterades kvinnans ökade kroppsliga symtom, känselbortfall, stelhet och orörlighet. I journalen skrevs:

»Mycket viktigt att vi inte bejakar hennes tro på att det är kroppsliga symtom det hela rör sig om utan att det är psykiska symtom som satt sig i kroppen».

Någon ytterligare somatisk undersökning var inte aktuell.

Den 15 mars vid ett samtal med psykiatern och tre AT-läkare, bl a A, berättade kvinnan att hon var missnöjd med vården. Hennes kroppsliga symtom hade nonchalerats. Hon ville bli utskriven.

Hon skrevs ut i »oförbättrat skick» under diagnosen hysteroid personlighetsstörning och konversionshysterireaktion.

På eget initiativ för hon till

ett större sjukhus. Där framkom att hon hade sfinkterstörningar och andningsbesvär sedan en vecka samt illamående och kräkningar sedan fyra dagar. Hon hade även blåspares.

Kvinnan lades in på neurologiska kliniken. Under natten var hon i sådant skick att hon övervakades med paresschema och PEF-kontroller.

Nästa dag hade hon svårt att andas och ökad värk i nacken. Hon var stel, hade kramp i vänster arm och hennes vänstra ben fungerade inte. Hon hade dålig interkostalandning och var takykard.

Hon fördes över till intensivvårdsavdelningen. Vid en magnetröntgen var man tvungna att lägga henne i respirator och först tio dagar senare kunde hon spontanandas igen.

Först den 3 juni kunde kvinnan skrivas ut från neurologiska kliniken till rehabilitering. Hennes besvär bedömdes som myelit av okänd genes, eventuellt utlöst av en bakomliggande SLE (systemisk lupus erythematosus). Diagnosen var halsryggsmylet (misstänkt SLE).

Psykiatern hade ledningsansvaret

Socialstyrelsen skrev i sin anmälan att psykiatern på delegation hade det medicinska ledningsansvaret. Han var ensam specialist på avdelningen och hade till hjälp tre läkare under utbildning.

Psykiatern själv pekade i ett yttrande på att arbetsbelastningen var hög och överbeläggningar regel samt att in- och utskrivningarna var många.

Socialstyrelsen anlätade vetenskapliga rådet i psykiatri, professor Lars Jacobsson. Med stöd av denne konstaterade styrelsen att ansvaret för patienten låg på psykiatern, dels som patientansvarig läkare, dels som ende specialist i vårdlaget.

Fallet var svårbedömt och styrelsen riktade ingen kritik mot att man i första läget ställde diagnosen konversionssyndrom.

När kvinnan inte blev bättre utan snarast sämre borde psykiatern ha misstänkt att orsaken till hennes symtom var somatisk. Han föranstaltade visserligen om ett nytt somatiskt status den 11 mars men lade hela ansvaret för undersökningen på AT-läkaren.

Som patientansvarig läkare

följde han heller inte upp resultatet på ett adekvat sätt. Han borde ha varit mer aktiv och tagit ett större ansvar.

Som medicinskt ledningsansvarig hade han en skyldighet att kontrollera att det fanns säkra rutiner som garanterade patienterna en god och säker vård, ansåg Socialstyrelsen.

Träffade kvinnan bara vid två tillfällen

Psykiatern bestred anmälan.

Han återopade sitt tidigare yttrande till Socialstyrelsen om hög arbetsbelastning och anförde dessutom bl a att han träffade kvinnan endast två gånger. Detta berodde på att hennes försämring inte framgick av de rapporter han fick.

AT-läkaren A hänvisade till sina journalanteckningar och anförde att han som AT-läkare hade följt det vårdprogram som hade fastställts av överordnad läkare.

Ansvarsnämnden kritiserade AT-läkaren A på flera punkter:

Han gjorde ingen somatisk undersökning när patienten lades in den 3 mars. Han vidtog inga åtgärder när patienten den 8 mars berättade att hon fått nya neurologiska symtom från armen. Han följde inte uppmaningen att utföra en somatisk undersökning den 11 mars.

Eftersom A tjänstgjorde som AT-läkare med behov av och rätt till handledning föranledde kritiken emellertid inte någon disciplinpåföljd.

Ansvarsnämnden ansåg att det var anmärkningsvärt att A, under utbildning och utan handledning, fått uppdraget att bedriva stödjande och jag stärkande samtal med en patient. Det gällde särskilt med tanke på att diagnosen konversionshysteri är mycket ovanlig och att behandlingen av den kräver hög psykiatrisk och psykologisk kompetens.

Borde ifrågasatt diagnos och rapporter

Psykiatern hade enligt journalen bara samtalat med patienten vid två tillfällen, den 4 och 15 mars.

Han borde ha ifrågasatt dels sin egen preliminära diagnos och dels rapporterna han fick om kvinnans tillstånd. Framför allt borde han ha samtalat med patienten fler gånger, ansåg Ansvarsnämnden, som också delade Socialstyrelsens uppfattning att psykiatern brustit i sin ledningsfunktion.

Psykiatern tilldelades en varning. •