

- F. The genetic disorders of the red cell skeleton. *Nouv Rev Fr Hematol* 1991; 33: 63-70.
7. Palek J, Jarolim P. Clinical expression and laboratory detection of red blood cell membrane protein mutations. *Semin Hematol* 1993; 30: 249-83.
8. Ronquist G, de Verdier CH. Cellmembranets struktur och funktion i ny belysning – kliniska tillämpningsområden. *Läkartidningen* 1986; 83: 112-6.
9. Mohandas N, Chasis JA. Red blood cell deformability, membrane material properties and shape: regulation by transmembrane, skeletal and cytosolic proteins and lipids. *Semin Hematol* 1993; 30: 171-92.
10. Liu SC, Derick LH. Molecular anatomy of the red blood cell membrane skeleton: structure-function relationships. *Semin Hematol* 1992; 29: 231-43.
11. Eber SW, Armbrust R, Schröter W. Variable clinical severity of hereditary spherocytosis: Relation to erythrocytic spectrin concentration, osmotic fragility and autohemolysis. *J Pediatr* 1990; 117: 409-16.
12. Agre P, Asimos A, Casella JF, McMillan C. Inheritance pattern and clinical response to splenectomy as a reflection of erythrocyte spectrin deficiency in hereditary spherocytosis. *N Engl J Med* 1986; 315: 1579-83.

# SVÅRT ATT VÄRDERA HOT OM SJÄLVMORD

Många anmälningar till Patientförsäkringen

**Det är ofta svårt att värdera allvaret i en persons hot om att ta sitt liv. Än svårare kan det vara att värdera suicidrisken hos personer med olika typer av förvirringstillstånd.**

**Att de som möter dessa patienter på olika nivåer i vårdparaten inte alltid riktigt tolkar risken för självdestruktiva handlingar visar många anmälningar som kommer till Patientförsäkringen.**

En 34-årig kvinna hade gått på regelbundna provtagningar vid en psykiatrisk klinik med anledning av litiumbehandling. Hon kom spontant till en psykiatrisk vårdavdelning för att hon inte mådde bra. Hon bad om att bli intagen.

Efter att ha rådfrågat överläkaren uppmanade sjuksköterskan kvinnan att ta ett nytt litiumvärde. Sedan detta gjorts hänvisades hon till öppenvårdsläkare. I väntan på att få tid hos denne blev patienten psykotisk.

Kvinnans pappa vände sig till en psykolog på sjukhuset eftersom han inte fick någon kontakt med dottern. Efter förfrågan hos överläkaren gavs beskedet att man från klinikens sida inte kunde ingripa akut, men man hänvisade till distriktsläkare om det fanns behov av ett akut omhändertagande.

Distriktsläkaren ansåg sig dock inte kunna begära polishandräckning för undersökning enbart på uppgiften att patienten drog sig undan föräldrarna och inte svarade på tilltal.

## Hoppade ut genom fönster

Några dagar efter besöket på psykiatriska kliniken omhändertogs kvinnan av polis efter att ha badat i den isiga och kalla ån och fördes till sjukhusets akut-

## Författare

GUNNAR HOLMBERG  
professor, medicinsk rådgivare vid  
Personskadereglering AB.



## SERIE

De första artiklarna i den här serien var införda i *Läkartidningen* nr 17 1996.

mottagning. Där lämnades hon utan tillsyn, blev rädd, öppnade ett fönster och hoppade ut varvid bägge hälbenen krossades.

En psykolog hade kallats till akutmottagningen (inte en psykiater) men innan han hann dit hade fönsterhoppet skett.

Jourhavande psykiater utfärdade därefter ett vårdintyg och patienten hölls kvar på psykiatriska kliniken, där hon var psykotiskt förvirrad och rädd, ville slita av sig kläderna och avvika.

## Flera brister i omhändertagandet

Omhändertagandet av denna patient hade på flera sätt varit bristfälligt. De symtom som angavs vid det första besöket på psykiatriavdelningen borde ha föranlett undersökning av psykiater och i efterhand beslöt överläkaren att så skulle ske i framtiden.

Vid besöket på akutmottagningen borde man inte ha lämnat patienten ensam då hon var psykotiskt förvirrad och uppskrämd. I akutrummet borde fönstret ha varit säkert och spärrat.

Att en psykolog och inte jourhavande psykiater kontaktades för akutbedömningen syns inte adekvat. Distriktsläkarens negativa attityd förefaller anmärkningsvärd.

Därtill kommer att kontrollen av litiumvärdet inte fungerat utan det hade kort dessförinnan varit så lågt som 0,21

mmol/l och efter preparatbyte fortfarande något lågt. Den sannolika diagnosen var cykloid psykos.

Försäkringsbedömningen blev att en behandlingsskada (brott på bägge hälbena) som förorsakats bl a av bristande tillsyn är ersättningsbar. Kvinnan får ersättning för inkomstbortfall, kostnader för vård och rehabilitering, sveda och värk samt invaliditet.

## Fall 2

En 26-årig kvinna hade sedan 1992 visat paranoidea, psykotiska symtom men vägrat att söka läkare. Symtomen förvärrades allvarligt 1993–94 och hon sade upp sin anställning.

Vid några tillfällen tog hon kontakt med kurator och var i telefonkontakt med läkare vid ett psykiatriskt vårdteam. Föräldrarna försökte genom brev och telefonsamtal förmå psykiatern att föranstalta om tvångsintagning på sjukhus.

Patienten tränade pistolskytte och hade hotat två namngivna personer till livet och hotat att ta sitt eget liv.

Psykiatern gav beskedet att det inte fanns tillräckligt skäl till tvångsintagning. Han rådgjorde med chefsöverläkare och andra och kom därefter till samma resultat:

»Ett tvångsngripande skulle sannolikt inte nå sitt syfte utan att mera skada relationen till patienten».

## Sköt sig

En distriktsläkare skulle besöka patienten i hemmet, men detta avstyrades av föräldrarna då dottern förbättrats. Detsamma inträffade också då psykiatern i maj 1994 lyckades få ett telefonsamtal med henne. Två månader senare tog kvinnan sitt liv genom att skjuta sig genom huvudet.

Socialstyrelsen har efter anmälan inte funnit någon åtgärd påkallad men riktar viss kritik mot att psykiatern inte mer aktivt försökt få till stånd ett personligt sammanträffande med patienten.

## Mest motiverade åtgärden avstyrades

I en situation som denna syns det angeläget att på föräldrarnas enträgna och välmotiverade begäran kunna åstadkomma en läkarundersökning och psykiatrisk behandling. Av allt att döma hade dock en psykiater vid en personlig undersökning inte kunnat få mer graverande sjukdomsuppgifter av patienten.

Någon konkret händelse som uppenbart visade risk för henne själv eller annan förelåg inte. Då det inte syntes möjligt att få patienten att medge sjukdomssymtom och då föräldrarna avstyrde besöket av distriktsläkare – den mest mo-

## Suicidrisk kan motverkas

### Det finns några enkla riktlinjer för hur suicidrisk kan motverkas.

1. Läkarundersökning snarast när depression iakttagits.
2. Specifik diagnos, som underlättas av befintliga symtomskalar.
3. Aktiv utforskning och bedömning av suicidrisk där man särskilt ger akt på tidigare suicidförsök, hotelser, uttryck för hopplöshet eller livsleda. Samarbete med anhöriga.
4. Skapande av förtroendeförhållande, professionellt auktoritativt omhändertagande av en passiv patient.
5. Behövlig tillsyn, vård och tekniska skyddsanordningar i riskfall.
6. Snabbt insättande av, och tillräckligt långvarig behandling med, adekvata doser av antidepressiva medel, vid behov tillägg av anxiolytikum.
7. Om det trots medicinering kvarstår svår depression övervägs elektrokonvulsiv behandling.
8. En fortsättning där psykologiska och sociala faktorer tillgodoses, uppföljning med observation av en eventuell recidivtendens.

tiverade åtgärden – kom ingen åtgärd att företas.

Av handlingarna i ärendet framgår att man tolkade resultatet av telefonkontakten i maj 1994 på ett rimligt sätt och att det då inte fanns någon anledning till tvångsomhändertagande. Något fel eller försummelse från vårdcentralens sida ansågs inte heller ha förelagat. Någon ersättning från försäkringen kan därför inte lämnas.

## Fall 3

En 80-årig kvinna hade överflyttats till sjukhem från en psykiatrisk universitetsklinik där hon utretts för förvirringstillstånd och suicidtankar. Hennes ångest och oro hade inte kunnat påverkas trots olika försök med medicinering och riktade omvårdnadsåtgärder. Hennes demens av Alzheimerstyp fortskred snabbt.

Före intagningen på psykiatriska kliniken hade hon velat kasta sig från balkongen. På kliniken försökte hon ta sig ut från avdelningen, varför ytterdörren låstes. På sjukhemmet fortsatte demensprocessen och patienten blev allt mer svårskött. Utbrott av förvirring och aggressivitet förekom.

Vid ett tillfälle med ökad oro försökte man i första hand avleda hennes oro och hon fick dessutom 10 mg Sobril. Enligt yttrande prövade man också att fönster och dörrar var låsta.

Sjuksköterskan gick sedan in i läkemedelsrummet för att hämta ordinerad

medicin, Nozinan 5 mg. Patienten befann sig då ungefär fem meter från läkemedelsrummet utanför köket. Hon ryckte upp köksdörren, som var försedd med kodlås, och hoppade ut genom köksfönstret. Fönstret var försett med skyddsnät men var olåst.

Efter en månad avled kvinnan av skadorna hon ådrog sig vid hoppet, främst en skallskada.

## Normal åtgärd

Att överföra en allt mer dement patient till ett förhållandevis välbemannat sjukhem är numera en normal åtgärd, särskilt med hänsyn till platssituationen inom psykiatri.

Patienten hade vårdats två och en halv månad på den psykiatriska kliniken, där inget direkt oroväckande hade inträffat. Vården och behandlingen skedde enligt allmänt vedertagna regler, och övervakningen på sjukhemmet sköttes på ett riktigt sätt.

Fönsterhoppet möjliggjordes genom ett par ofullkomliga tekniska säkerhetsdetaljer, något som man i efterhand beslutat rätta till. Man har även planer på bättre differentiering av patienterna.

## Fick ersättning för begravningskostnader

Det inträffade betraktades som en oförutsägbar olyckshändelse och skadan ansågs därför inte ersättningsberättigad. När tidningen Expressen tog upp fallet lovade Personskadereglering AB att ompröva ärendet. En utredning visade att köksdörren kanske inte var stängd. Patientens barn fick ersättning för begravningskostnader.