

ling. Han kom nu tillsammans med polis till sjukhuset, efter att av distriktsläkare rekommenderats inläggning. Han lades in på en »vanlig» psykiatrisk avdelning.

Nästa dag lämnade han avdelningen för att köpa tandborste på sjukhusapoteket. På väg tillbaka till avdelningen hoppade han ut genom ett fönster och avled omedelbart.

Föräldrarna har anmält chefsöverläkaren, jourhavande läkare och en sjuksköterska på vårdavdelningen för bristande vård av sonen. Anmälan har även gjorts enligt Lex Maria.

Jourhavande läkaren har framhållit att i samband med inläggningen hade hon meddelat att patienten var depressiv och att risk för suicid förelåg. Eftersom patienten inte motsatte sig inläggning skrevs han in enligt HSL. Hon bedömde att han skulle må sämre av att läggas in på den låsta avdelningen med där rådande vårdmiljö och lade därför in honom på en vanligen öppen avdelning för att han skulle få mer lugn och ro. Hon hade också rådgjort med bakjouren angående inläggningen.

Den sjuksköterska som vid det aktuella tillfället ansvarade för patientens omvårdnad har framhållit att dörren till avdelningen med undantag av enstaka dagar sedan flera månader varit låst. Hon hade fört ett resonemang med patienten att avvakta med besöket på apoteket till ett senare tillfälle, men medgav att hon inte mer aktivt hindrat honom från att gå ifrån avdelningen.

Chefsöverläkaren har framhållit att hon delegerar medicinska ledningsuppgifter till kliniken överläkare och att hon själv inte kan följa varje ärende och inte heller varje medarbetare avseende handläggning och rutiner. Personalen har ett eget medicinskt ansvar för sin yrkesutövning som ligger i deras legitimation.

Personalen har dagliga medicinska rapporter och dessutom möjlighet att rådgöra med annan personal och läkare angående handläggning av ett patientärende. Man hade på avdelningen haft som målsättning att inte låsa dörren slentrianmässigt, och det hade diskuterats bland personalen tillsammans med enhetschefen.

Socialstyrelsen hade ansett att sjuksköterskan inte borde ha släppt iväg patienten utan sällskap så snabbt efter inläggningen, men att här funnits ursäktliga omständigheter genom bristande

information och dokumentation av gällande rutiner. Socialstyrelsen hade dock funnit att åtgärderna mot sjuksköterskan och chefsöverläkaren kunde stanna vid kritik.

Nämnden ansåg att jourhavande läkare inte kunde kritiseras för sitt ställningstagande vid inläggningen. Man fann dessutom att reglerna på avdelningen för vård av nyinlagda patienter i allt väsentligt var adekvata, men att det borde höras till rutinerna att i patientjournalen tydligt ange vilken grad av tillsyn patienten behövde.

Ansvar för detta åvilade chefsöverläkaren, men bristen ansågs som ringa fel. Sjuksköterskan borde ha rådgjort med läkare när patienten bad att få lämna avdelningen, men med tanke på att det inte stod klart, vilken grad av tillsyn som krävdes i detta fall och att dörrarna till avdelningen för första gången på flera månader låsts upp, skulle hennes fel inte leda till disciplinär påföljd.

Medicinens effekt borde kontrollerats

Anmälare: Patientens sambo
Anmäld: Läkare vid psykiatrisk mottagning
Orsak: Bristfällig kontakt med patienten
HSAN 2763/99

En 53-årig kvinna remitterades till psykiatrisk mottagning vid sjukhus på grund av depressiva symtom. Läkaren bedömde att det var fråga om en »egentlig depression utan suicidtankar». Patienten ordinerades Cipramil 10 mg dagligen i fem dagar, därefter 15 mg. Dessutom ordinerades som lugnande Xanor 0,5 mg x 1–2 vid behov.

Vid återbesök en månad senare hade patienten inte förbättrats, utan var fortfarande mycket ångestfull och orolig. Cipramil-dosen höjdes till 30 mg dagligen och dessutom fick hon Inderal för handtremor. Hon skulle återkomma efter ytterligare en månad, men en vecka efter besöket tog patienten tog sitt liv genom hängning.

Enligt kvinnans sambo hade hon uppgivit för läkaren vid första besöket att hon ville begå självmord. Sedan medicindosen höjts hade hon försämrats med skakningar och smärta, tryck över ögonen samt nedsatt koncentrations- och koordinationsförmåga. Hon borde ha lagts in på sjukhus

Läkaren säger i sin inlägga att patienten vid besöken haft mycket stark ångest samt handtremor. Hon uttryckte dessutom stor rädsla för att dö. Han hade försökt övertala patienten att läggas in på sjukhus för att kunna ge en adekvat ångestlindring. Hon avböjde detta och hon var »givetvis ej LPT-mässig». Väntetid för återbesök var det snabbaste som gick att erbjuda under rådande omständigheter. Patientens informerades om möjligheter att ta kontakt med jourmottagningar, jourläkare och nattpatrull. Läkaren menar att det hade funnits goda möjligheter för patienten att få kontakt med psykiatrin om tillståndet förvärrats.

Nämnden ansåg att eftersom patienten insjuknat i depression för första gången och inte tidigare var känd vid sjukhusets psykiatriska sektor, borde läkaren, efter det första besöket, sett till att få kontakt med henne inom en snar framtid för att få möjlighet att ordentligt testa den rätta läkemedelsdoseringen. Han borde sedan ha sett till att kontakterna fortsatte regelbundet. Patientens sjukdom blev nu inte tillräckligt behandlad. Att i ett fall som detta överlåta åt patienten att ta kontakt vid försämring, ansåg nämnden inte vara acceptabelt. Läkaren borde också ha gjort en ordentlig suicidriskundersökning. Han ålades en varning. •

Kommentar

Av anmälningar till HSAN som gäller psykiatrisk vård är orsaken till anmälan i en tredjedel av fallen att psykotiska eller deprimerade patienter i samband med behandling gjort suicid eller försök till suicid. Kritik från anhöriga har då bl a gällt att patienten inte tagits in på avdelning för tvångsvård, att övervakningen på avdelningen varit bristfällig, att medicineringen varit felaktig, att patienten alltför tidigt fått permission eller att kontrollen efter utskrivning varit otillräcklig. Att det dock ofta varit fråga om svåra bedömningar, vad gäller risk för suicid, framgår av nämndens prövning av fallen. Av 44 fall som bedömts under drygt två år, »friades» läkaren i 29 fall (66 procent) och i endast sex fall blev påföljden varning, i nio fall erinran. Vad som nämnden då kritiserat har ofta varit att suicidbedömningen inte gjorts på rätt kompetensnivå, att resultatet av behandlingen inte följts upp eller att säkerhetsrutinerna på avdelningen varit otillräckliga.

Lars Räf
professor, Mellösa