

## Led av akne – fick medicin mot depression

**Patienten led av akne. Läkaren skrev ut medicin mot depression. (HSAN 688/04)**

II Den 22-åriga kvinnan sökte läkaren i juni 2003 på grund av akne. Hon fick recept på Tetralysal i några månader.

Hon blev bättre men fick tillbaka hudbesvären i februari 2004. Per telefon kontaktade hon samma läkare, som utfärdade recept på Tryptizol (medel mot depression). Kvinnan upptäckte felet och fick efter ny kontakt med läkaren recept på Tetralysal.

Kvinnan anmälde läkaren för fel receptförskrivning.

Ansvarsnämnden läste patientens journal och hämtade in yttrande av läkaren. Hon uppgav bland annat att förskrivningen var ett misstag, som berodde på att Tetralysal och Tryptizol står in till varandra i datorns medicinlista.

### Bedömning och beslut

Genom att utfärda recept på Tryptizol i stället för Tetralysal har läkaren av oakt-samhet inte fullgjort sina skyldigheter, konstaterar Ansvarsnämnden och ger henne en erinran. •

## »Tecken på cauda equina-syndrom ska inte utredas i primärvården«

**Cauda equina-syndrom ger mycket väl kända tecken på en allvarlig nervpåverkan. En patient med dessa symtom skall remitteras akut till specialist för diagnostisering och inte utredas i primärvården. (HSAN 1069/03)**

II En 36-årig man sökte den 26 februari en familjeläkarmottagning för ryggvärk och besvär med domningar och miktionsproblem. Han undersöktes av en familjeläkare, som fann tecken på att patienten hade viss nervpåverkan.

Läkaren remitterade patienten för magnetkameraundersökning och sjukskrev honom. Den 11 mars förklarade patienten i telefon för läkaren att han hade fortsatta besvär och att han hade kallats till magnetkameraundersökning i slutet av mars. Läkaren beslutade att avvakta den och förlängde sjukskrivningen. Den 19 mars förlängdes sjukskrivningen per telefon.

Den 8 april sökte patienten mottagningen akut och undersöktes av en annan läkare, som fann att han hade en uttalad nervpåverkan. Patienten upplyste läkaren om att han en vecka tidigare hade genomgått en magnetkameraun-

dersökning. Läkaren fick påföljande dag kontakt med röntgenkliniken och upplystes om att undersökningen visade ett stort diskbräck LV-SI med uttalad kompression av durasäcken och rotpåverkan. Patienten remitterades akut till ortopedkliniken. Han opererades den 19 april, men hade efter operationen kvarstående men. Mannen anmälde familjeläkaren för felaktig diagnostisering och behandling.

Ansvarsnämnden har tagit del av mannens journal från familjeläkarmottagningen och från ortopedkliniken. Familjeläkaren valde att inte yttra sig.

### Bedömning och beslut

Vid undersökningen den 26 februari framkom tecken på cauda equina-syndrom. Detta är mycket väl kända tecken på en allvarlig nervpåverkan och en patient med dessa symtom skall remitteras akut till specialist för diagnostisering, säger Ansvarsnämnden.

Utreds dessa symtom inom primärvården finns det risk att diagnosen försenas, vilket i sin tur medför en större risk för permanent nervpåverkan. Först den 8 april, när patienten undersöktes av annan läkare, vidtogs adekvata åtgärder. Familjeläkarens fel ger en varning. •

## Alltför »fyrkantig« tillämpning av den psykiatriska tvångslagstiftningen är inte alltid självklart av godo

**I Läkartidningen 36/2004 skrev vi om psykiatrer fällda för fel vid tvångsvård. Biträdande chefsöverläkare Ulf Brettstam reagerade och resonerar här kring en del av LPT, Lagen om psykiatrisk tvångsvård. Han skriver:**

Det är min bestämda uppfattning att lagtextens formulering i § 6b LPT samt Socialstyrelsens och HSANs uppfattning i frågan, om att intagningsbeslut skall fattas så skyndsamt som möjligt efter patients ankomst till vårdinrättningen oavsett om patienten är lugn eller inte, är klart olycklig av följande skäl:

1. Rättssäkerheten. Majoriteten av de patienter som kommer till den psykiatriska inrättningen behöver inte omgående och akut medicineras eller bältesläggas, vilket då kräver så kallat behandlingsbeslut. Optimalt från rättsäkerhetssynpunkt är i stället att använda den sti-

pulerade tiden om 24 timmar till att ge patienten möjlighet att komma i bästa möjliga balans, bland annat genom god och omsorgsfull basal omvårdnad med mat och dryck, beroende på tidpunkt på dygnet, möjlighet till ostörd nattsömn, vid behov erbjudande om milt insomningsmedel för att säkerställa sömnen, omplåstring och sårvård med mera när behov av detta föreligger.

Vidare kan tiden utnyttjas för kompletterande anamnesupptagning och informationsinsamling från anhöriga, eventuellt andra vårdinrättningar som till exempel primärvård, socialtjänst.

Syftet med en dylik handläggning är att skapa bästa möjliga förutsättningar inför den undersökning och bedömning psykiatern har att göra när beslut om intagning skall fattas. En patient som fått möjligheter att få sina basala behov tillgodosedda, tid att reflektera över sin situation och sitt tillstånd löper mindre risk att miss-/felbedömas vid den avgö-

rande undersökningen för intagningsbeslut. Detta måste, menar jag, gagna rätts-säkerheten.

2. Kvaliteten i den psykiatriska bedömningen. Av det ovan anförda följer naturligt slutsatsen att kvaliteten i bedömning inför ett eventuellt intagsbeslut uppenbart profiterar på, en kanske mindre motinställd patient, bästa möjliga faktaunderlag, tid för eftertanke för såväl patient som läkare.

3. Att vårdtillfälle jämlikt LPT totalt sett kanske kan minska, framför allt, de vårdtillfällen av kortare varaktighet (nägra dagar till en vecka).

En alltför »fyrkantig« praktisk och klinisk tillämpning av tvångslagstiftningen är inte i alla situationer självklart av godo, anser

**Ulf Brettstam**

biträdande chefsöverläkare, psykiatriska kliniken, Höglandssjukhuset, Eskjö