

# Suicidrisk togs inte på tillräckligt allvar

**Trots att patientens depression förvärrades och hon uttryckte självmordstankar, valde distriktsläkaren att inte koppla in någon psykiater. Två dagar efter det sista läkarbesöket tog patienten sitt liv. (HSAN 1023/08)**

En kvinna i trettioårsåldern hade under en längre tid haft kontakt med distriktsläkaren på vårdcentralen på grund av utmattningsdepression. Trots kontakter med en psykoterapeut och läkemedelsbehandling – bådadera på vårdcentralen – blev depressionen tidvis djupare.

I oktober 2007 blev patienten sämre och uttryckte suicidtankar. Vid ett möte med distriktsläkaren den 5 november uttalade hon ånyo tankar på självmord. Läkaren bedömde dock inte att suicidrisken hade ökat och vidtog inga ytterligare åtgärder utöver vad som tidigare var planerat. Två dagar senare tog patienten sitt liv.

**Den avlidna kvinnans far** anmälde distriktsläkaren till Ansvarsnämnden för bland annat felbedömning av suicidrisk. Han framhåller att hans dotter tog sitt liv två dagar efter ett läkarbesök där hon återigen uttalat tankar och planer på suicid, men att läkaren inte tolkat dessa som allvarliga. Han skriver också att depressionsbehandlingen med förändringar i medicineringen var bristfälligt kontrollerad och att inga psykiaterkonsultationer gjordes.

Distriktsläkaren bestrider i sitt yttrande att hon handlat felaktigt. Patienten sökte första gången 2003 med nedstämdhet och sedan i november 2005 med utmattningssymtom. Från augusti 2006 fick hon kontakt med en psykolog på vårdcentralen och efter en akut försämring i december samma år även behandling med fluoxetin.

Då fluoxetinbehandlingen endast hade måttlig effekt, byttes läkemedel till duloxetin i april 2007. Den 23 oktober 2007 höjdes dosen duloxetin, med uppföljning planerad till ett samtal med psykologen några veckor senare.

**Under hösten 2007** gick patienten också en utmattningsdepressionskurs på en verksamhet för psykiatrisk gruppbehandling. I samband med avslutningsmötet den 5 november hade distriktsläkaren ett samtal med patienten. Enligt läkaren uttryckte patienten då besvikelse över att självmordstankarna var kvar, men läkaren bedömde inte att suicidrisken hade ökat. Patienten fick tele-



Anhörigföreningen för självmordsoffer genomför en ljusmanifestation på Mynttorget i Stockholm.

Foto: Janerik Henriksson/Scanpix

fonnummer till olika vårdinstanser, och ett möte med psykologen var bokat tio dagar senare.

Distriktsläkaren skriver att patienter med utmattningsdepression generellt ska behandlas i primärvården. Hos denna patient förelåg kronisk suicidrisk under en längre period och i olika intensitet, men den 5 november 2007 fanns det enligt läkaren inga tecken i suicidriskbedömningen som skulle föranleda inläggning på sjukhus för observation eller tvångsvård.

Ansvarsnämnden anser dock att distriktsläkaren borde ha tagit kontakt med en psykiater för att få hjälp med bedömningen av suicidrisken och djupet av depressionen när patienten blev sämre. Detta borde framför allt ha skett i november 2007. Läkaren borde också ha upprättat en tätare kontakt med patienten.

Distriktsläkaren har av oaktamhet inte fullgjort sina skyldigheter, och felet är varken ringa eller ursäktligt. Ansvarsnämnden beslöt därför att hon får en varning. ■

## Gastroenterit eller hjärtinfarkt?

**Läkaren på vårdcentralen ställde diagnosen gastroenterit och dyspepsi. Senare samma dag uppsökte den kvinnliga patienten sjukhusakuten. Det visade sig då att hon hade en hjärtinfarkt. (HSAN 1879/07)**

En 69-årig kvinna sökte hjälp på vårdcentralen och undersöktes av en allmänmedicinare. Dagen innan hade hon plötsligt upplevt en påtaglig matthet, trötthet, en klump under hakan, och en brännande känsla i halsen men inget tryck. Läkaren bedömde att hon hade gastroenterit och dyspepsi och skrev ut omeprazol.

Senare samma dag sökte kvinnan vård på sjukhusakuten. Det framkom då att hon upplevt oregelbunden hjärtrytm, andfäddhet vid fysisk ansträngning, och att hon försämrats under dagen. Det visade sig att hon hade en subendokardiell hjärtinfarkt.

**Patienten** anmälde allmänmedicinaren till Ansvarsnämnden för bristande undersökning och felaktig diagnos.

Allmänmedicinaren bestrider i sitt yttrande att han handlat felaktigt. Han skri-

ver att han övervägde om symtomen kunde härröra från hjärtat, men eftersom bröstsmärtan var brännande och inte tryckande fann han det mer sannolikt att magsyra läckte upp i matstrupen. Övriga fynd vid undersökningen försvagade ytterligare tanken på hjärtsymtom, hävdar han. På de allra flesta patienter som inkommer med bröstsmärta till vårdcentralen tas EKG rutinmässigt, men det gjordes dessvärre inte i detta fall.

**Ansvarsnämnden konstaterar** att symtom på hjärtinfarkt, framför allt hos kvinnor, kan vara otydliga och att det därför kan vara lätt att missa diagnosen. I det här fallet var symtomen inte entydiga, men inte heller typiska för de diagnoser allmänmedicinaren kom fram till.

Läkaren borde ha utrett närmare om patientens trötthet uppkom även i samband med ansträngning, och om hon då också fått besvär med andfäddhet. Han borde också ha tagit ett EKG för att försäkra sig om att hennes symtom inte kunde vara hjärtrelaterade. Felet är varken ringa eller ursäktligt, och läkaren får en erinran. ■

## Magkatarr eller hjärtinfarkt?

**Läkaren på akutmottagningen ställde diagnosen gastrit och skickade hem patienten, som kommit dit i ambulans. En vecka senare fick patienten en stor hjärtinfarkt. (HSAN 4188/07)**

En 44-årig man kom med ambulans till sjukhusets akutmottagning, sedan han fått svåra besvär med smärta och tryck i övre delen av bröstkorgen. EKG togs i ambulansen, och ännu ett EKG togs på sjukhuset – det senare var normalt. Patienten undersöktes av en ST-läkare, som tolkade besvären som akut gastrit. Läkaren skickade hem patienten med recept på omeprazol och uppmanade honom att återkomma för gastroskopi om besvären inte gick över.

**Efter stor tvekan** reste patienten en vecka senare på en planerad weekendresa till Holland. Där fick han en stor framväggsinfarkt.

Patienten anmälde ST-läkaren till Ansvarsnämnden. Han hävdar att läkaren inte gjorde de undersökningar hon borde ha gjort och att hennes misstag direkt orsakat hjärtinfarkten. I tro att det rörde sig om magkatarr ställde han inte in resan till

Holland, och när han där blev sämre igen väntade han alltför länge med att åka till akuten. Patienten uppger också, att ambulanspersonalen berättat för honom att det första EKG:t inte var normalt.

**ST-läkaren säger** i sitt yttrande att hon inte hade tillgång till EKG från ambulansen under patientens besök, utan bara det normala EKG som togs på sjukhuset. Ambulans-EKG:t var patologiskt, och om hon haft tillgång till det hade hon handlagt situationen annorlunda. Med den information hon hade, bedömde hon patientens besvär som ännu en episod av refluxbesvär som han tidigare haft.

Ansvarsnämnden fastslår att ST-läkaren tog upp en otillräcklig smärtanamnes. Hon tog fasta på hans tidigare gastritbesvär trots att smärtan denna gång skilde sig markant. Ett normalt EKG vid det akuta insjuknandet utesluter inte ischemisk hjärtsjukdom. Det EKG som togs i ambulansen inger stark misstanke om ischemisk hjärtsjukdom, och läkaren borde ha inväntat detta EKG innan hon sände hem patienten. Felet är varken ringa eller ursäktligt, och läkaren får en erinran. ■

## Läkaren borde ha misstänkt ventrombos

**När en ung kvinna som börjat med p-piller får plötslig svullnad i ena underbenet och inte har anamnes på trauma, bör hon remitteras för bedömningar om det föreligger en ventrombos. (HSAN 0448/08)**

En 17-årig kvinna sökte hjälp på vårdcentralen den 21 augusti 2007 på grund av svullnad, ömhet och rodnad på höger underben och ankel. Hon hade nyligen börjat med p-piller och var orolig för att detta kunde vara en blodpropp. Distriktsläkaren som undersökte henne bedömde att djup ventrombos kunde uteslutas som orsak och misstänkte i stället stukning. Någon anamnes på skada framkom dock inte.

**Fyra veckor senare** insjuknade den unga kvinnan hastigt på grund av lungemboli. Hon fick upprepade hjärtstillstånd och vårdades sedan på sjukhus en längre period.

Patienten anmälde distriktsläkaren till Ansvarsnämnden. Hon hävdar där att läkaren nonchalant avfärdade hennes farhågor om blodpropp efter en mindre undersökning av benet och skickade hem henne utan vidare undersökning eller behandling. Patienten insjuknade kort därpå i en livshotande sjukdom, som enligt anmälan har gett henne både psykiska och fysiska men för livet.



Den 17-åriga kvinnan hade nyligen börjat med p-piller.

**Distriktsläkaren**, som är specialist i allmänmedicin, bekräftar i sitt yttrande att hon kände till att patienten nyligen börjat med p-piller. Vid undersökning av patientens ben fann hon inte någon ömhet längs djupa venen eller vadsvullnad och uteslöt därför djup ventrombos som orsak till symtomen.

Ansvarsnämnden understryker, att när en ung kvinna som börjat med p-piller får plötslig svullnad i ena underbenet och inte har anamnes på trauma, så bör hon remitteras för bedömning om det föreligger en ventrombos. Distriktsläkaren ställde inte en rimlig diagnos, med tanke på att det inte framkom någon skademekanism, och remiterade inte heller för bedömning av ventrombos.

Distriktsläkaren utsatte därmed patienten för fara. Felet är varken ringa eller ursäktligt, och Ansvarsnämnden beslöt att ge läkaren en varning. ■