

# Patienten begick självmord – läkaren varnas

**Trots att kvinnan tidigare gjort allvarliga självmordsförsök och trots att medicineringen mot depression, psykiska symtom och ångest endast pågått i 12 dagar gjordes ingen strukturerad suicidriskbedömning när patienten ville skrivas ut från sin frivilliga sjukhusvård. Det är inte förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet, enligt HSN. (HSAN 3227/08)**

En 65-årig kvinna med tidigare diagnostiserad MS blev deprimerad i samband med att hon också fick en allvarlig och progredierande ögonsjukdom.

Hon hade kontakt med den psykiatriska öppenvården men ville inte medicinera med antidepressiva läkemedel då hon var orolig för att det skulle påverka det intraokulära trycket negativt. Depressionen tilltog och hon gjorde ett självmordsförsök. Några veckor därefter sökte hon akut vid sjukhusets psykiatriska klinik. Antidepressiv, antipsykotisk samt ångestdämpande medicinering sattes in.

Efter knappt två veckor skrevs hon ut på egen begäran. Psykiatern bedömde då att hon dittills svarat bra på insatt behandling. Ett par dagar senare tog hon sitt liv.

**Patientens son har** anmält psykiatern och verksamhetschefen vid den psykiatriska kliniken för felbehandling. Sonen har synpunkter på att modern fick träffa läkare endast vid tre tillfällen under de 12 dagar hon låg inne en gång vid inskrivningen, en gång vid utskrivningen och en gång däremellan. Sonen är också

kritisk till att ingen strukturerad bedömning av risken för suicid gjordes.

**Psykiatern har yttrat sig** och bestrider att han handlat felaktigt. Han skriver att under veckan som gick från den mellanliggande läkarbedömningen till utskrivningsbedömningen förelåg kontinuerlig kommunikation med omvårdnadsansvarig sjuksköterska samt övrig omvårdnadspersonal. Eftersom patienten dessutom förbättrades under vårdtiden fanns ingen påkallad anledning till mer frekventa läkarbedömningar. Han medger att ingen strukturerad suicidbedömning gjordes under vårdtiden men skriver att det är välkänt att det föreligger förhöjd risk för suicid under samtidig kronisk sjukdom som till exempel MS. Psykiatern skriver också att det i samband med utskrivningen fanns etablerad öppenvårdkontakt och att överrapportering till öppenvårdsbehandlare skedde enligt sedvanliga rutiner.

**Fallet har också** anmälts enligt Lex Maria. Socialstyrelsen skriver i sitt beslut att med tanke på att patienten uppvisade en depression av melankolisk art borde hon ha bedömts något oftare av läkare för ställningstagande till om behandlingen var optimal. Socialstyrelsen konstaterar också att någon strukturerad bedömning av patientens självmordsrisk inte förekommit samt att det av utredningen inte framkommer att vården har beaktat patientens somatiska samsjuklighet som en riskfaktor för suicid.

Hälsö- och sjukvårdens ansvars-

nämnad skriver i sitt beslut att detta handlade om en högriskpatient med tidigare allvarliga självmordsförsök samt allvarlig kronisk och progredierande sjukdom. Ansvarsnämnden finner det osannolikt att patientens djupa depression med psykosinslag redan efter den korta vårdtiden skulle vara så pass förbättrad att hon kunde skrivas ut. Psykiatern borde, enligt Ansvarsnämnden, ha ifrågasatt förbättringen och gjort en omfattande suicidriskbedömning. Dessutom borde psykiatern föranstaltat om ineliggande vård trots att hon vårdades frivilligt på sjukhuset. Ansvarsnämnden ger psykiatern en varning. ■

## Suicidriskbedömningar

I mer än en tredjedel av alla Lex Maria-anmälningar som gjordes mellan februari 2006 och mars 2007 med anledning av självmord hade ingen suicidriskbedömning gjorts eller var inte journalförd. Inom psykiatri gjordes suicidriskbedömningar i 78 procent av de anmälda fallen.

Enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom (en preliminär version finns redan tillgänglig men den definitiva versionen kommer i slutet av året) är en strukturerad suicidriskbedömning prioritet 1 när patienter med självmordsnära tillstånd tas om hand. Enligt Märten Gerle, medicinskt sakkunnig på Socialstyrelsen, betyder det i första hand patienter som utfört eller hotat utföra självskadebeteenden eller -försök. ■

farkt framför allt hos kvinnor kan vara otydliga och det därför kan vara lätt att missa diagnosen. Läkaren borde enligt HSN ha utrett patientens trötthet närmare och han borde ha tagit ett EKG för att försäkra sig om att symtomen verkligen inte var hjärtrelaterade. HSN gav allmänläkaren en erinran. Allmänläkaren, som bestred att han handlat felaktigt, överklagade HSN:s beslut till länsrätten.

Länsrätten bygger sitt beslut på ett

yttrande från Socialstyrelsens vetenskapliga råd Birgitta Hovelius, professor och specialist i allmänmedicin. Hon skriver att subendokardiell infarkt kan förväxlas med besvär från övre delen av buken, och att infarkt också kan förekomma samtidigt med reflux. Birgitta Hovelius anser också att det verkar befogat att behandla patienten för reflux utifrån vad allmänläkaren har noterat i journalen. Inte heller håller hon med HSN om det rimliga i att ta ett EKG då

den preliminära bedömningen är bukbesvär.

**Det vetenskapliga rådets** bedömning är att patientens hjärtbesvär blivit mer uttalade under dagen och att ett EKG på vårdcentralen inte skulle varit till någon hjälp i diagnostiken. Länsrätten anser sammanfattningsvis att allmänläkaren inte varit oaktsam och att det därför inte finns anledning för någon disciplinär påföljd. ■