

de 3,2 promille. Patienten behövde alltså såväl psykiatrisk som medicinsk vård.

Enligt gängse rutiner

Han insåg då att indikationen för vårdintyg enligt LPT förelåg och utfärdade ett sådant intyg. Han informerade sin primärjour om detta och lämnade vårdintyget till personal på akutmottagningen för vidarebefordran till psykiatriska kliniken enligt gängse rutiner.

Vilka kontakter som sedan primärjourerna haft med varandra visste han inte. Patienten fördes till MAVA.

Han ansåg att när det gällde den alltför långa bälteslägningstiden på patienten måste ansvaret falla på psykiatriska kliniken då det var psykiatrijouren som beslutade om bälteslägning samt personal från psykiatriska kliniken som övervakat patienten. Hans egen roll inskränkte sig alltså till att utfärda ett vårdintyg, vilket han gjort, vilket senare bekräftades av psykiatriens överläkare.

När det gällde journalföringen och de kontakter som varit med psykiatriska kliniken hänvisade han till primärjouren.

AT-läkaren uppgav att hon bett sin bakjour, psykiatern, komma in för att bedöma patienten. Hon fick till svar att medicinjouren själv kunde skriva vårdintyget.

Bakjouren hade föreslagit att man skulle skicka extrapersonal från psykiatrikliniken och bälteslägga patienten. Så hon tog med sig extravaket och en bältesäng till medicinakuten. Hon deltog inte själv i någon bälteslägning.

Trodde det löst sig på annat sätt

Psykiatern berättade att han kontaktades av sin primärjour kl 02.00. Medicinakuten ville, såvitt psykiatern kunde komma ihåg (anteckningar saknades i deras journal), ha hjälp med bälteslägning. Han informerade primärjouren om att gången är att ett vårdintyg utfärdas av medicinkliniken och tillställs psykiatri för godkännande innan ett beslut om bälteslägning tas.

Han hörde aldrig något mer av sin primärjour, varför han utgick från att något vårdintyg inte utfärdats och att man löst det på ett annat sätt.

På morgonmötet fick han rapport av pågående bakjour att patienten legat bäldad en stor del av natten på MAVA. Han visste inte hur eller vem som beslutat om bälteslägning eller hur bältesäng och bälte skickats till MAVA.

Ansvarsnämnden konstaterar att en patient, sedan ett vårdintyg utfärdats, får hållas kvar på vårdinrättningen genom ett kvarhållningsbeslut enligt 6 § LPT. Om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan får patienten kortvarigt spännas fast med bälte, 19 §.

Om intagningsbeslut ännu inte är fattat får i sådana fall som anges i 19 § LPT patienten spännas fast i bälte, 6 a § LPT. Detta beslut kan fattas av legitimerad läkare i allmän tjänst. Det förutsätts att intagningsbeslut snarast härefter fattas av chefsöverläkare eller av denne delegerad specialist.

Högst fyra timmar

Högst fyra timmar

Enligt förarbetena till LPT får bälteslägning pågå högst fyra timmar, varefter ny bedömning av specialist ska göras.

Ansvarsnämnden påpekar att internmedicinaren utfärdade vårdintyget. Legitimerad läkare, oavsett specialitet, ska veta hur ett vårdintyg ut-

färdas och omhändertas.

Internmedicinaren hade därför skyldighet att se till att vårdintyget och relevant information snarast kom psykiatri tillhanda för prövning i frågan om intagning för tvångsvård (5 § tredje stycket LPT). Detta gjordes inte.

Han borde också ha dokumenterat förfarandet i patientens journal, vilket inte gjorts. Han får en erinran.

Borde inställt sig för en bedömning

AT-läkaren frias. Det var inte rimligt att hon, som oerfaren inom psykiatri, skulle ifrågasätta beskedet från sin bakjour.

Psykiatern kontaktades som bakjour av sin primärjour AT-läkaren, som förklarade situationen. Mot bakgrund av de krav som AT-läkaren beskrev för att patienten skulle kunna omhändertas på medicinska kliniken, framstod det klart att tvångsåtgärder var aktuella.

Kortare tids bälteslägning sedan ett kvarhållningsbeslut har fattats kan endast ordinerar av en legitimerad läkare, inte av en AT-läkare.

En längre tids bälteslägning får inte ordinerar av annan än specialistkompetent läkare och först efter att ett intagningsbeslut är fattat. Att dessa förutsättningar inte förelåg borde psykiatern ha kunnat bedöma av de uppgifter han fått.

I detta läge borde han i egenskap av specialist ha agerat och inställt sig för att göra en bedömning av situationen.

Han får en varning. ■

Radiolog borde sett acetabularfraktur hos äldre man som fallit

Radiologen missade att den 78-åriga mannen som fallit hade en acetabularfraktur. (HSAN 1885/07)

Mannen hittades den 11 februari liggande på golvet i sin stuga, där han legat i fyra dagar. Han fördes i ambulans till ett lasarett och lades in på IVA.

Han undersöktes med anledning av smärta i bäckenregionen. Röntgen av bäcken, höfter, lårben och knän beställdes och utfördes den 12 februari. Röntgenbilderna bedömdes av radiologen.

Patienten hade snabb hjärtrytm och EKG visade att han hade förmaksflimmer. Han motsatte sig till en början behandling mot den höga hjärtfrekvensen och vägrade ta smärtstillande medicin.

Efter några dygns vård gick han med på att behandlas med Emconcor och Ketogan. Han fick vätska intravenöst och blev bättre. En skiktröntgen av huvudet visade en blödning i nackloben på vänstra sida.

Mannens dotter anmälde två ansvariga läkare för att de låtit pappan gångträna trots att han hade en höft- och bäckenfraktur. Hon anmälde även radiologen för hans utlåtande den 13 februari.

Radiologen uppgav att han vid sin granskning av bildmaterialet på bäcken, höftlederna, lårbenen, knälederna samt lungorna missat en högersidig acetabularfraktur och i svaret skrivit »ingen skellettskada«. Orsaken till missen var sannolikt hög arbetstakt i en stressad miljö, menade han.

Två frias, en fälls

Ansvarsnämnden pekar på att två av de anmälda läkarna fick beskedet att röntgenundersökningen inte visat något tecken på fraktur. Vid eftergranskning av bilderna framgick att patienten fått en fraktur i bäckenet på höger sida i anslutning till leddskålen. Någon gångträning har inte skett under vistelsen på sjukhuset. Patienten har suttit i rullstol, vilket skulle ha varit en korrekt åtgärd även om läkarna känt till frakturen i bäckenet.

Inget tyder på att frakturen förvärrats under tiden på sjukhuset. Läkarna frias.

Av röntgenbilderna framgår att radiologens utlåtande var felaktigt. På bilderna syns en högersidig acetabularfraktur med en medial intryckning av acetabulumväggen. Frakturen är dock inte helt enkel att se på röntgenbilderna, men är ändå så pass tydlig att den bör kunna ses av en specialistkompetent radiolog. Radiologen får en erinran. ■