

sade de symtom som beskrivits i vårdintyget, bestämde A sig för att komplettera anamnesen med en anhörigintervju, vilket patienten samtyckte till.

Vid ett telefonsamtal bekräftade patientens sambo samma anamnes som A fått av patienten. A framförde då patientens önskemål om att få komma hem, vilket sambon ställde sig positiv till. Sambon fick telefonnummer till en annan klinik och löfte om hembesök senare på kvällen av behandlare därifrån.

Indikationerna inte uppfyllda

A informerade patienten om att vårdintyget skulle avskrivas och att hon skulle få skjuts hem. Hon skulle få med sig 4 st Lergigan 25 mg för att ta 1–2 till natten, samma medicin som hon sovit på natten innan. Patienten informerades även om den fortsatta kontakten med psykiatrin.

Den symtombild som patienten visade när A träffade henne stämde inte med den som angavs i vårdintyget utan mer med den symtombild som specialistläkaren beskrivit kvällen innan.

Patienten var inte intresserad av att vårdas på den andra kliniken och indikationer för tvångsvård var inte uppfyllda, varför patienten blev utskriven med fortsatt vård i hemmet.

Den suicidriskbedömning A gjorde baserades dels på de frågor han ställde till patienten om självmordstankar/-planer, dels på tillgängliga journaluppgifter som inte visade någon ökad risk för suicid.

Patienten inte suicidal

B ansåg vid första mötet inte att patienten var suicidal. Detta trots att han bedömde hennes tillstånd som post partum-depression med gränspsykotiska/psykotiska symtom. Slutsatsen drog B utifrån en totalbedömning av sjukdomsförloppet; tvångsvården avskrevs endast två dagar tidigare, patienten visade klar motivation för behandling och uppföljning. Hon var upptagen av barnet, sin hälsa och framtiden, hon hade stadigt någon av sina närmaste anhöriga i hemmet.

Vidare var progressionen i patientens tillstånd positiv. Hon förbättrades, vilket visades av bättre sömn, bättre sjukdomsinsikt, mindre ångest och oro samt av att hennes psykotiska och gränspsykotiska symtom gick i regress, menade B.

Den 30 mars fick han detta mera bekräftat då patienten hade blivit klart bättre. Konklusionen var att suicidrisk inte längre var något aktuellt tema och

därmed tog han inte upp det. Samtalet fokuserades på långsiktig behandling.

Ansvarsnämnden understryker att en depression med psykotiska inslag alltid måste tas på allvar med tanke på en ökad suicidrisk, varför all informationsinsamling måste vara grundlig inför den fortsatta vården. A skaffade sig inte en grundlig anamnes vid kontakten med patienten den 12 mars. De näraliggande journaluppgifterna finns inte kommenterade och inte heller en kartläggning av tidigare kontakt med psykiatrin.

Det framgår inte heller att A närmare penetrerade misstanken om post partumpsykos. En uppfattning att ljudet från ett kardborreband skulle ha kunnat skada barnets hörsel kan knappast avfärdas som helt normal och borde ha inneburit ett mer omfattande samtal, vilket hade kunnat ge ett grepp om djupet av en suspekt vanföreställning.

Borde bedömts som högriskpatient

B var patientens behandlande läkare i den psykiatriska öppenvården. Han grundade sin bedömning av henne på de journalanteckningar som A upprättade den 12 mars. B borde ha gjort en mer självständig bedömning av patienten.

»Grundat på sina egna misstankar borde han ha bedömt henne som en högriskpatient och vidtagit åtgärder utifrån det.«

Dokumentationen visar inte på en mer ingående analys av patientens psykiska status eller på diagnostiska resonemang. B noterade att hon hade tankeinhåll av »gränspsykotisk/psykotisk karaktär, vanföreställningar?«.

Han ansåg att det högst sannolikt rörde sig om en post partum-depression med tendens till psykotiska symtom. Mot bakgrund av den misstanken och de risker som är förenade med denna diagnos, borde han ha fördjupat samtalet kring patientens tankar. Han borde även ha tagit del av hennes tidigare psykiatriska historia. Grundat på sina egna misstankar borde han ha bedömt henne som en högriskpatient och vidtagit åtgärder utifrån det.

Blev djupt oroad

På kliniken bestämdes vid en behandlingskonferens att anmäla patienten till socialtjänsten. I journalen finns dokumenterat att hon blev djupt oroad av detta besked. B var huvudansvarig och borde särskilt ha beaktat de risker som var förbundna med den uppkomna situationen. I grunden fanns patientens tankar av psykosvalör och hennes rädsla för att barnet skulle komma till skada.

B borde, om inte tidigare, då ha försökt ordna slutenvård för en mer riktad handläggning av situationen.

Både A och B får en varning. ■

Kvinna bälteslagd flera timmar för länge

Internmedicinare och psykiater fällt

Patienten lades i bälte och där blev hon liggande flera timmar längre än lagen tillåter. (HSAN 1809/06)

Den 45-åriga kvinnan lider av en personlighetsstörning. Natten till den 18 maj togs hon in på en medicinsk klinik efter ett planerat suicidförsök genom intoxikation. På medicinkliniken utfärdades ett vårdintyg och hon blev lagd i bälte.

En remiss skrevs till vuxenpsykiatrin, där konsulterade läkare konstaterade att patienten legat i bälte mer än tio timmar. Ett kvarhållningsbeslut fattades enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och hon blev uppläst från bältesläget, varefter hon fick fortsatt vård på medicinkliniken.

Patienten anmälde en internmedicinare som var mellanjour samt en AT-läkare och en psykiater, primärjour re-

spektive bakjour på psykiatriska kliniken. Hon påpekade bland annat att hon legat bältd flera timmar för länge enligt LPT.

Ansvarsnämnden tog in patientjournalen och yttranden från de anmälda, som bestred att de gjort fel.

Ansvar låg på psykiatrin

Internmedicinaren berättade bland annat att han blivit kontaktad av sin primärjour sedan denne haft kontakt med primärjouren på psykiatriska kliniken, som rekommenderat att ett vårdintyg skulle skrivas för att patienten skulle kunna bältesläggas och observeras.

Han undersökte patienten, som var vaken och mycket aggressiv och agiterad. Labprov visade kraftigt förhöjd paracetamolkoncentration, 722 mikromol per liter, samt en osmolalitet motsvaran-

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 bältesläggningsstiden på patienten måste ansvaret falla på psykiatriska kliniken då det var psykiatrijouren som beslutade om bältesläggning 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 bältesläggning.

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 bältesläggning. Han informerade primärjouren om att gången är att ett vårdintyg utfärdas av medicinkliniken och tillställs psykiatri för godkännande innan ett beslut om bältesläggning 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 bältesläggning 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

Enligt förarbetena till LPT får bältesläggning 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 bältesläggning sedan ett kvarhållningsbeslut har fattats kan endast ordinerar av en legitimerad läkare, inte av en AT-läkare.

En längre tids bältesläggning 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-årige 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. ■