

Ansvarsärenden i korthet

Bedömning av suicidrisk

Vid ett sammanträde i Ansvarsnämnden i maj i år bedömdes bland annat några fall där anhöriga till patienter som begått suicid riktat kritik mot hur vård och övervakning bedrivits.

"Kunde vänta tills i morgon"

**Anmälare: Patientens syster
Anmald: Överläkare vid psykiatrisk klinik
Orsak: Gav patienten för lång permission
HSAN 2435/99**

En 24-årig kvinna sköttes på psykiatrisk klinik sedan tre år för en allvarlig, psykotisk sjukdom av schizoaffektiv karaktär. Hon hade två år tidigare gjort ett självmordsförsök. Efter att ha vårdats under tre månader i slutenvård fick hon permission och man planerade öppenvård med läkar- och psykologkontakt. Tolv dagar senare tog hon sitt liv genom hängning.

Systemen har anmält vårdansvarig överläkare för att han gett patienten en lång permission i samband med att ny medicin satts in. Patienten hade varit mycket dålig med svängande humör. Hon hade börjat komma till insikt om sin sjukdom och jämförde sin situation med faderns, som sedan lång tid vårdats för schizofreni. Dagen efter utskrivningen påbörjades behandlingen med ny medicin, litium. När man kontaktat sjukhuset med anledning av patientens försämring fick man svaret av en sjuksköterska: »Har hon varit ledsen i 14 dagar kan hon vänta tills i morgon.» Samma kväll hittade man henne död i sin lägenhet.

Överläkaren har uppgett att han väl kände patienten och att suicidbedömning gjorts fortlöpande vid det aktuella vårdtillfället. Hon hade inför utskrivningen fått tillfälle till nattpermission, vilket fungerat väl. Hennes psykiska tillstånd hade påtagligt förbättrats. Inledning av litiumbehandling är ingenting som kräver slutenvård. Fortsatta kontroller skulle ske på litium-mottag-

ningen och förutom psykologkontakt hade hon återbesökstid hos läkaren.

Nämnden riktade ingen kritik mot att läkaren bedömt att patienten var i sitt vanliga tillstånd och att ingen suicidrisk förelåg, när han gav henne permission. Man ansåg inte heller att det fanns tillräckliga skäl att anse att läkaren handlat felaktigt genom att inte följa upp hennes tillstånd. Anmälan medförde ingen disciplinpåföljd.

Polishandreckning begärdes för sent

**Anmälare: Patientens moder
Anmald: Två läkare vid psykiatrisk klinik
Orsak: De ansvarigas passivitet
HSAN 2473/99**

En 27-årig kvinna hade sedan sju år haft kontakt med psykiatrisk klinik på grund av psykogena krampor och personlighetsstörning med emotionell instabilitet. Hon hade vid tre tillfällen försökt begå självmord. Hon intogs på sjukhus med stöd av vårdintyg. En vecka senare hävdades beslutet om tvångsvård och efter ytterligare en vecka fick patienten permission för att besöka sin lägenhet. Hon skulle vara tillbaka på sjukhuset kl 20. Vid 21-tiden ringde en broder till patienten och meddelade att han inte lyckats få kontakt med systemen i lägenheten. Jourhavande läkare kontaktade polisen med begäran att man skulle åka till lägenheten och ringa på, dock utan att bryta sig in. Nästa morgon, när man inte lyckats få kontakt med patienten, begärdes hos polisen handreckning. Polisen fann patienten död i våningen. Dödsorsak var förgiftning till följd av ett stort intag av Nozinantabletter.

Modern har anmält två läkare vid kliniken dels för att man låtit henne ensam besöka lägenheten, dels för att man inte agerat när hon ej återkommit.

Överläkare A har uppgett att patienten initialt hade varit orolig och bekymrad över sitt förhållande till pojkvännen, men aldrig akut allvarligt självdestruktiv. Sedan man tillsammans med psykolog och två kontaktpersoner gjort upp en behandlingsplan hade patienten

blivit lugnare och hyst hopp om framtiden. Hon hade nu vårdgrad 3 och hade rätt till permissioner. Patienten erbjöds att bli skjutsad till hemmet, men hon valde att åka själv med tåg. Återresa planerades i detalj.

Överläkare B blev i egenskap av bakjour kontaktad av primärjouren, som berättade att patienten inte återkommit efter permission. B hade inte varit behandlingsansvarig men »relativt väl förtrogen med hennes sjukhistoria». Eftersom patientens tidigare suicidförsök enligt hans bedömning inte verkade ha varit riktigt allvarligt menade och hon nu tycktes vara i stabilt skick, bedömde han det som tillräckligt att polisen försökte få kontakt. Patienten hade tidigare blivit mycket kränkt, när polis tagit sig in i lägenheten, och att nu upprepa detta skulle kunna äventyra framtida samarbete med patienten.

Nämnden ansåg att A:s bedömning att låta patienten gå på permission var rimlig, men att hon borde ha gett personalen anvisningar hur de skulle ha handlat, om patienten inte kom tillbaka. Detta fel kunde dock inte leda till disciplinpåföljd.

I valet mellan att undvika att kränka en patient och se till säkerheten för henne, måste säkerheten gå först. B var inte behandlingsansvarig för patienten och borde därför ha varit extra försiktig vid sin bedömning av självmordsbenägenheten. Han borde, när det inte gick att få kontakt med patienten, ha begärt handreckning av polis.

Disciplinpåföljden blev en erinran.

Grad av tillsyn borde angivits i journalen

**Anmälare: Patientens föräldrar och Socialstyrelsen
Anmald: Personal på vårdavdelning
Orsak: Patienten lämnades utan tillsyn
HSAN 2391/99**

En 29-årig man hade sedan ett halvt år varit deprimerad. Vid ett tillfälle hade han försökt skada sig själv genom att skära sig i handleden. Han hade behandlats med antidepressiva mediciner men sedan en månad avbrutit denna behand-

ling. Han kom nu tillsammans med polis till sjukhuset, efter att av distriktsläkare rekommenderats inläggning. Han lades in på en »vanlig» psykiatrisk avdelning.

Nästa dag lämnade han avdelningen för att köpa tandborste på sjukhusapoteket. På väg tillbaka till avdelningen hoppade han ut genom ett fönster och avled omedelbart.

Föräldrarna har anmält chefsöverläkaren, jourhavande läkare och en sjuksköterska på vårdavdelningen för bristande vård av sonen. Anmälan har även gjorts enligt Lex Maria.

Jourhavande läkaren har framhållit att i samband med inläggningen hade hon meddelat att patienten var depressiv och att risk för suicid förelåg. Eftersom patienten inte motsatte sig inläggning skrevs han in enligt HSL. Hon bedömde att han skulle må sämre av att läggas in på den låsta avdelningen med där rådande vårdmiljö och lade därför in honom på en vanligen öppen avdelning för att han skulle få mer lugn och ro. Hon hade också rådgjort med bakjouren angående inläggningen.

Den sjuksköterska som vid det aktuella tillfället ansvarade för patientens omvårdnad har framhållit att dörren till avdelningen med undantag av enstaka dagar sedan flera månader varit låst. Hon hade fört ett resonemang med patienten att avvakta med besöket på apoteket till ett senare tillfälle, men medgav att hon inte mer aktivt hindrat honom från att gå ifrån avdelningen.

Chefsöverläkaren har framhållit att hon delegerar medicinska ledningsuppgifter till kliniken överläkare och att hon själv inte kan följa varje ärende och inte heller varje medarbetare avseende handläggning och rutiner. Personalen har ett eget medicinskt ansvar för sin yrkesutövning som ligger i deras legitimation.

Personalen har dagliga medicinska rapporter och dessutom möjlighet att rådgöra med annan personal och läkare angående handläggning av ett patientärende. Man hade på avdelningen haft som målsättning att inte låsa dörren slentrianmässigt, och det hade diskuterats bland personalen tillsammans med enhetschefen.

Socialstyrelsen hade ansett att sjuksköterskan inte borde ha släppt iväg patienten utan sällskap så snabbt efter inläggningen, men att här funnits ursäktliga omständigheter genom bristande

information och dokumentation av gällande rutiner. Socialstyrelsen hade dock funnit att åtgärderna mot sjuksköterskan och chefsöverläkaren kunde stanna vid kritik.

Nämnden ansåg att jourhavande läkare inte kunde kritiseras för sitt ställningstagande vid inläggningen. Man fann dessutom att reglerna på avdelningen för vård av nyinlagda patienter i allt väsentligt var adekvata, men att det borde höras till rutinerna att i patientjournalen tydligt ange vilken grad av tillsyn patienten behövde.

Ansvar för detta åvilade chefsöverläkaren, men bristen ansågs som ringa fel. Sjuksköterskan borde ha rådgjort med läkare när patienten bad att få lämna avdelningen, men med tanke på att det inte stod klart, vilken grad av tillsyn som krävdes i detta fall och att dörrarna till avdelningen för första gången på flera månader låsts upp, skulle hennes fel inte leda till disciplinär påföljd.

Medicinens effekt borde kontrollerats

Anmälare: Patientens sambo
Anmälare: Läkare vid psykiatrisk mottagning
Orsak: Bristfällig kontakt med patienten
HSAN 2763/99

En 53-årig kvinna remitterades till psykiatrisk mottagning vid sjukhus på grund av depressiva symtom. Läkaren bedömde att det var fråga om en »egentlig depression utan suicidtankar». Patienten ordinerades Cipramil 10 mg dagligen i fem dagar, därefter 15 mg. Dessutom ordinerades som lugnande Xanor 0,5 mg x 1–2 vid behov.

Vid återbesök en månad senare hade patienten inte förbättrats, utan var fortfarande mycket ångestfull och orolig. Cipramil-dosen höjdes till 30 mg dagligen och dessutom fick hon Inderal för handtremor. Hon skulle återkomma efter ytterligare en månad, men en vecka efter besöket tog patienten tog sitt liv genom hängning.

Enligt kvinnans sambo hade hon uppgivit för läkaren vid första besöket att hon ville begå självmord. Sedan medicindosen höjts hade hon försämrats med skakningar och smärta, tryck över ögonen samt nedsatt koncentrations- och koordinationsförmåga. Hon borde ha lagts in på sjukhus

Läkaren säger i sin inläga att patienten vid besöken haft mycket stark ångest samt handtremor. Hon uttryckte dessutom stor rädsla för att dö. Han hade försökt övertala patienten att läggas in på sjukhus för att kunna ge en adekvat ångestlindring. Hon avböjde detta och hon var »givetvis ej LPT-mässig». Väntetid för återbesök var det snabbaste som gick att erbjuda under rådande omständigheter. Patienten informerades om möjligheter att ta kontakt med jourmottagningar, jourläkare och nattpatrull. Läkaren menar att det hade funnits goda möjligheter för patienten att få kontakt med psykiatrin om tillståndet förvärrats.

Nämnden ansåg att eftersom patienten insjuknat i depression för första gången och inte tidigare var känd vid sjukhusets psykiatriska sektor, borde läkaren, efter det första besöket, sett till att få kontakt med henne inom en snar framtid för att få möjlighet att ordentligt testa den rätta läkemedelsdoseringen. Han borde sedan ha sett till att kontakterna fortsatte regelbundet. Patientens sjukdom blev nu inte tillräckligt behandlad. Att i ett fall som detta överlåta åt patienten att ta kontakt vid försämring, ansåg nämnden inte vara acceptabelt. Läkaren borde också ha gjort en ordentlig suicidriskundersökning. Han ålades en varning. •

Kommentar

Av anmälningar till HSAN som gäller psykiatrisk vård är orsaken till anmälan i en tredjedel av fallen att psykotiska eller deprimerade patienter i samband med behandling gjort suicid eller försök till suicid. Kritik från anhöriga har då bl a gällt att patienten inte tagits in på avdelning för tvångsvård, att övervakningen på avdelningen varit bristfällig, att medicineringen varit felaktig, att patienten alltför tidigt fått permission eller att kontrollen efter utskrivning varit otillräcklig. Att det dock ofta varit fråga om svåra bedömningar, vad gäller risk för suicid, framgår av nämndens prövning av fallen. Av 44 fall som bedömts under drygt två år, »friades» läkaren i 29 fall (66 procent) och i endast sex fall påföljden varning, i nio fall erinran. Vad som nämnden då kritiserat har ofta varit att suicidbedömningen inte gjorts på rätt kompetensnivå, att resultatet av behandlingen inte följts upp eller att säkerhetsrutinerna på avdelningen varit otillräckliga.

Lars Räf
professor, Mellösa