

också att höja dosen till 40 mg/dag för att få maximal effekt.

Patienten bedömdes inte ha någon hög självmordsrisk. Det ansågs därför rimligt att han kunde fortsätta sin kontakt på vårdcentralen och att man därifrån fick ta ställning till eventuellt byte av antidepressiv medicinering. Patienten hänvisades därför dit.

AT-läkaren uppgav att han diskuterade fallet med sin bakjour, en specialist i psykiatri. Ur ett biopsykosocialt helhetsperspektiv lades tyngdpunkten på suicidriskbedömning. De ansåg att mannen inte var suicidal.

## II Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden konstaterar att mannen tidigare i livet haft depressioner och tagit antidepressiva läkemedel. Under våren i fjol blev han på nytt nedstämd och drabbades av oro, ångest och sömnsvårigheter med tidiga uppvaknanden. Då han träffade ST-läkaren på allmänpsykiatriska kliniken hade han haft dödstankar och vissa nätter även dödsönskningar. Han förnekade dock självmordstankar och självmordsplaner.

ST-läkaren sjukskrev honom i två

veckor, justerade den medicinering han ordinerats på vårdcentralen och rekommenderade uppföljning på vårdcentralen.

Det hade med hänsyn till patientens anamnes varit lämpligt att besluta om uppföljning inom psykiatri. ST-läkarens underlåtenhet i detta avseende motiverar dock inte disciplinpåföljd, anser Ansvarsnämnden.

När underläkaren träffade patienten konsulterade hon, såvitt framgår, sin bakjour. Denne föreslog att man skulle fortsätta med Cipramil och även höja dosen. Suicidrisken bedömdes som låg och uppföljning skulle ske på vårdcentralen.

Det finns, med hänsyn till att underläkaren konsulterade sin bakjour och följde dennes råd, inte skäl att kritisera hennes handläggning, säger Ansvarsnämnden.

Vid besök på vårdcentralen den 2 maj byte läkare ut patientens medicinering med Cipramil mot Efexor depot.

Dagen därpå uppsökte patienten på grund av ökad oro åter jourmottagningen vid allmänpsykiatriska kliniken. Patienten var kraftigt hjälpsökande och AT-läkaren bedömde honom som lätt ång-

estladad. Det framkom att han under den senaste veckan haft dödstankar och självmordstankar, men han förnekade suicidplaner.

AT-läkaren rådgjorde med sin bakjour. De bedömde att patienten hade goda möjligheter att klara den närmaste tiden med fortsatt Efexor-medicinering och han hänvisades åter till vårdcentralen för uppföljning. Patienten informerades också om att han kunde återkomma vid behov.

Eftersom även AT-läkaren konsulterade sin bakjour finns det inte skäl att kritisera hans handläggning, anser Ansvarsnämnden.

Det framgår av Socialstyrelsens bedömning att både vårdcentralen och psykiatriska kliniken hade brister i sina system som äventyrar patientsäkerheten. Socialstyrelsen har därför ställt krav på åtgärder, vilka skall följas upp inom ett år.

Det saknas även mot den bakgrunden skäl att klandra den anmälda personalen för att omhändertagandet av patienten inte blev optimalt.

Anmälan kan inte leda till disciplinpåföljd, beslutar Ansvarsnämnden. •

# Klinikens rutiner följdes inte – ung man tog sitt liv

**Bakjouren vid den psykiatriska kliniken gav inte den oerfarna primärjouren tillräckligt stöd och förvissade sig inte om att hon följde klinikens rutiner angående suicidriskbedömning på en 21-årig man. Bakjouren borde själv ha bedömt patienten, anser Ansvarsnämnden och tilldelar honom en erinran. Samtidigt kritiserar en enhetschef. (HSAN 122/03)**

II Den 21-årige mannen kom den 11 mars till akutmottagningen vid ett sjukhus. Han hade föregående natt intagit ett stort antal tabletter av sömnmedlet Stilnoct. Han remitterades till psykiatriska kliniken, där han fick träffa jourhavande läkare, en AT-läkare. Denna kontaktade i sin tur bakjouren, en överläkare.

De bedömde att patienten drabbats av en depression och han ordinerades antidepressiv medicinering. Han fick sedan åka hem. Uppföljning bedömdes kunna ske genom kontakt med en psykiatrisk öppenvårdsmottagning.

Nästa dag kontaktade patientens mor den psykiatriska öppenvårdsmottagningen och uttryckte sin oro för sonen.

Ärendet diskuterades därefter vid en behandlingskonferens och mannen fick en besökstid på öppenvårdsmottagningen en tid senare.

Han tog emellertid sitt liv den 23 mars, innan han hunnit besöka mottagningen.

## Fick otillräckligt stöd

Mannens mor anmälde bland annat bakjouren och enhetschefen.

Hon berättade bland annat att sonen 10 månader tidigare hade råkat ut för en traumatisk händelse. I ett bråk blev han knivskuren i halsen, ljumsken och vaden.

Han transporterades till sjukhus med ambulans. Han lappades ihop och förpassades hem utan vidare åtgärder, ca 10 timmar efter att ha utsatts för ett livshotande knivhugg, uppgav mamman..

Efter denna händelse hamnade sonen i en mycket djup depression parad med manisk aktivitet.

I början av februari hotade han för första gången att ta sitt liv.

Mamman menade bland annat att AT-läkaren vid sonens besök fick otillräckligt med stöd och anvisningar av bakjouren. Denne förvissade sig inte om

att klinikens riktlinjer följdes, inkluderande checklista för suicidbedömning. Hon kritiserade också att behandlingskonferensen inte dokumenterades och att sonen inte erbjöds något uppföljande besök på avdelningen inom en vecka, vilket är klinikens riktlinje.

Hon var dessutom mycket kritisk mot hur kliniken hade skött kontakterna med henne och andra anhöriga.

## Kritik från Socialstyrelsen

Mamman anmälde fallet även till Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen fann att överläkaren inte hade förvissat sig om att primärjouren följde klinikens riktlinjer inkluderande checklista för suicidbedömning och anhörigkontakt.

Socialstyrelsen fann också att tid på öppenvårdsmottagningen erbjöds först flera veckor efter en behandlingskonferens, som ej dokumenterats, trots att det tydligt framgår av klinikens riktlinjer att uppföljande besök skall äga rum inom en vecka.

För dessa fel riktade Socialstyrelsen kritik mot bakjouren respektive enhetschefen.

Ansvarsnämnden läste patientens

journal och hämtade in yttranden av bakjournen och enhetschefen.

Bakjournen berättade att han delade AT-läkarens bedömning utifrån den presentation hon gjorde och föreslog fortsatt handläggning.

I efterhand kom det dock fram att AT-läkaren inte följde den checklista och de rutiner som finns vid suicidal bedömning. Det var riktigt att han inte förvissade sig om att AT-läkaren följde dessa rutiner, vilket han beklagade, men förmodligen hade detta inte förändrat förloppet och den tragiska utgången, menade bakjournen.

Han motsatte sig den kritik som riktades mot honom i anmälan.

## Hade svårt att ta till sig kritiken

Enhetschefen hade svårt att ta till sig kritiken för att patienten erbjöds tid två veckor efter behandlingskonferensen, och att därmed klinikens riktlinjer inte följdes. Han uppfattade att behandlingsprioritering är ett medicinskt ställningstagande, vilket han inte ansvarade för.

Vad beträffar den bristande dokumentationen, så har varje medarbetare en dokumentationsskyldighet som är känd av alla. Enhetschefen menade att detta måste falla under den enskilde medarbetarens ansvar.

Om dock ansvaret, rent juridiskt, föll under hans ansvar som närmaste arbetsledare, fick han acceptera kritiken.

## II Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden konstaterar att patienten kom till psykiatriska kliniken den 11 mars och blev undersökt av primärjournen, en AT-läkare. Han hade under föregående natt intoxikerat sig med sömnmedlet Stilnoct och var, enligt primärjournens journalanteckning, vid undersökningen lätt Stilnoct-påverkad.

I journalanteckningen angavs också att han var »tilltagande nedstämd«, »haft svårt att finna mening med livet«, »upplevde att »livet känns meningslöst«, »känner att han inte riktigt orkar reda ut sin livssituation«, »fått tilltagande problem att klara av vardagslivet« och hade »mycket svårt att hitta något positivt och att själv kunna motivera sig till det dagliga livet«.

Dessa alarmerande beskrivningar följdes inte upp på ett adekvat sätt. Av journalanteckningen framgår att primärjournens psykiatriska undersökning var ofullständig och den bedömning av suicidrisken som gjordes var ytlig och otillräcklig. Klinikens rutiner för bedömning av suicidnära patienter följdes inte, konstaterar Ansvarsnämnden.

Bor de observerat patienten Omständigheten att de anhöriga inte fick tillräckligt tillfälle att bidra med information är synnerligen beklaglig. Det är osäkert exakt vilken diskussion som fördes om eventuell inläggning av patienten på kliniken.

Med hänsyn till att han bara några timmar före undersökningen hade gjort ett suicidförsök och fortfarande var påverkad av intoxicationsmedlet, hade det emellertid varit lämpligt att observera patienten på kliniken åtminstone något dygn, i stället för att låta honom gå hem. Uppföljning bedömdes kunna ske inom

öppenvården, men någon journalkopia eller remiss tycks man inte ha skickat dit.

Eftersom primärjournen kontaktade sin bakjour, överläkaren, övertog denne det medicinska ansvaret för handläggningen.

## Bakjournen gav inte tillräckligt stöd

Han har inte gett primärjournen tillräckligt stöd och förvissat sig om att hon följt klinikens rutiner angående suicidriskbedömning.

Bakjournen borde ha begett sig till akutmottagningen och själv bedömt patienten, eftersom det var uppenbart att primärjournen var alltför oerfaren för att göra detta på egen hand. Bakjournen har av oaktamhet inte fullgjort sina skyldigheter. Han tilldelas en erinran av Ansvarsnämnden.

## Enhetschefen kritiseras

Nästa dag kontaktade patientens mor den psykiatriska öppenvårdsmottagningen och uttryckte oro. Det fortsatta omhändertagandet av patienten diskuterades på en behandlingskonferens, som dock inte dokumenterades i journalen.

Enligt klinikens rutiner borde han ha erbjudits en besöksstid inom en vecka. Men han fick en tid först vid ett senare tillfälle.

Även om enhetschefen inte personligen hade beslutat om besöksstid för patienten eller hade till uppgift att dokumentera behandlingskonferensen, hade han som enhetschef ett övergripande ansvar för gällande rutiner. Han kritiseras av Ansvarsnämnden men får ingen disciplinpåföljd. •

# Inga brister i rutiner eller organisation bakom fel – barnläkare varnas

**Barnmedicinaren borde ha begärt skiktröntgen av en 17-årig pojkes huvud. Mot bakgrund av Socialstyrelsens bedömning att det inte fanns brister i rutiner eller organisation kan händelsen inte anses ursäktlig. Felet medför därför en varning, fastslår Ansvarsnämnden. (HSAN 2712/02)**

II Pojken lider av en CP-skada och har sedan späda ålder en shunt inopererad vid hjärnans stora hålrum. Den 30 januari i fjol sökte han med förälder vid ett barnsjukhus på grund av kräkningar sedan två dygn.

Han blev undersökt av barnmedicinaren, som beställde röntgenundersökning enbart av shuntsystemet.

Denna undersökning utföll normalt och pojken bedömdes ha mag-tarmin-

fektion samt fick åka hem igen. Nästa morgon fick han ett krampanfall och blev medvetlös.

Han fördes tillbaka till sjukhuset och en skiktröntgenundersökning av huvudet visade att shunten inte fungerade. Han opererades akut vid ett universitetssjukhus och fick en ny shunt.

## Dubbla anmälningar

Fallet anmäldes av chefläkaren till Socialstyrelsen enligt lex Maria.

Pojkens mor anmälde barnmedicinaren för att ha underlåtit att diagnostisera shunt dysfunktionen.

Ansvarsnämnden tog del av pojkens journal. Barnmedicinaren ombads yttra sig, men gjorde inte det.

Socialstyrelsen beslutade i november i fjol att inte utreda om barnmedicinaren åsidosatt sina skyldigheter i yrkesutöv-

ningen med hänvisning till att pojkens mamma anmält händelsen till Ansvarsnämnden. Av styrelsens utredning framgår att händelsen inte orsakats av bristande rutiner eller andra organisatoriska omständigheter.

## II Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden bedömer att barnläkaren borde ha begärt undersökning av pojkens huvud med skiktröntgen. Han har av oaktamhet inte fullgjort sina skyldigheter.

Hans underlåtenhet måste bedömas som ett inte ringa fel. Mot bakgrund av Socialstyrelsens bedömning att det inte fanns några brister i rutiner eller organisation kan händelsen inte heller anses som ursäktlig. Felet medför därför disciplinpåföljd i form av en varning, slår Ansvarsnämnden fast. •