grad som här kan mycket väl behandlas i öppenvård, och inget har i övrigt framkommit som tyder på att patienten var i behov av kvalificerad psykiatrisk slutenvård. Det saknas även tecken på att hon skulle ha utgjort en fara för någon annan.

Sammanfattningsvis, poängterar Ansvarsnämnden, krävs för överväganden om psykiatrisk tvångsvård betydligt mer genomgripande symtom än de som patienten visade. Distriktsläkaren har således brustit med avseende på de höga krav som måste ställas vid en vårdintygsbedömning. Han får en varning. ■

Ingen suicidriskbedömning gjordes vid utskrivning – patienten tog sitt liv

»Vedertaget vid kliniken« inte lika med korrekt handläggning

Psykiatern skrev ut patienten utan att ha träffat honom och utan att göra en suicidriskbedömning. Han försvarade det med att det är vedertaget vid kliniken. Det innebär dock inte att det är korrekt handlagt och att psykiatern kan frias från ansvaret för den uteblivna bedömningen av patienten, som tog sitt liv. (HSAN 1096/06)

Den 69-årige mannen hade vårdats kortvarigt flera gånger den senaste tiden. Fredagen den 17 februari 2006 sökte han vid ett sjukhus för depression med självmordstankar. I status vid inläggningen beskrevs han som ångestfylld och motoriskt orolig med självmordstankar.

Enligt journalen hade han gjort två självmordsförsök den senaste månaden. Psykiater A var bakjour och föreslog inläggning och att man skulle överväga behandling med litium eller ECT. Nästa dag satte en annan läkare in det antidepressiva Remeron.

Den 20 februari skrevs patienten ut. Psykiater B var ansvarig läkare. Någon ytterligare bedömning gjordes inte före utskrivningen. Diagnosen var ospecificerat ångesttillstånd och ospecificerad depressiv episod. Nästa helg tog patienten sitt liv.

Patientens syster anmälde de ansvariga läkarna vid den psykiatriska kliniken.

Vedertaget arbetssätt

Ansvarsnämnden läste patientens journal och yttranden av A och B, som båda bestred att de gjort fel. A frias, varför vi lämnar hans argument.

B berättade att patienten vid flera tillfällen hade sökt hjälp under helger, då han hade svårt att hantera sin ensamhet och ångest. Under veckorna hade han kontakt med personal från kommunen och psykiatrin.

Efter samråd med en sjuksköterska som träffat patienten kom de fram till att patienten var i sitt normala tillstånd. Det innebar att han kunde ha vissa självmordstankar, men att han inte hade någon uttalad suicidavsikt eller aktiva suicidplaner.

B träffade aldrig patienten själv innan denne åkte hem, vilket är ett vedertaget sätt att arbeta med kända patienter. Patienten hade också under helgen träffat bakjouren, som bedömt att han kunde åka hem till veckan.

Patienten såg fram emot sina normala veckorutiner. Han fick veta att han var välkommen tillbaka till avdelningen om han tycke att han inte klarade sig hemma, berättade B.

Hade ingen suicidmisstanke

Utifrån patientens tidigare beteende och hans sätt att hantera sin ensamhet och ångest, fanns ingen misstanke om att han skulle ta sitt liv under den kommande veckan. Möjligen förväntade de sig att han eventuellt skulle söka akut till nästa helg igen när ensamheten blev för stor.

I den patientkategori som mannen tillhörde finns en ökad risk för suicid. Väl medveten om att patienten tidigare gjort suicidförsök bedömde man ändå att han skulle klara sig hemma med det stöd som fanns, uppgav B.

»Motsvarar inte god klinisk praxis«

Ansvarsnämnden frågade om Socialstyrelsens inställning till den principiellt viktiga frågan om det stred mot vetenskap och beprövad erfarenhet att skriva ut patienten utan att dessförinnan ha träffat honom och utan att ha gjort en suicidbedömning med hänsyn till föreliggande omständigheter – att patienten var känd och att det har uppgetts vara vedertagen praxis.

Socialstyrelsens principiella svar, dvs utan någon bedömning i det enskilda fallet, var att det inte är lämpligt och inte motsvarar god klinisk praxis att en patient som uttryckt självmordsavsikt skrivs ut utan en läkarbedömning i samband med utskrivningen.

B har i ett yttrande över utredningen framhållit att patienten inte tog sitt liv i direkt anslutning till utskrivningen och inte hade gjort något suicidförsök under den sista vistelsen på avdelningen. B såg inte något samband mellan självmordet och det aktuella vårdtillfället.

Låste sig vid ensamhetsproblematik

Ansvarsnämnden konstaterar att patienten hade haft omfattande kontakt med psykiatrin och att han hade pension sedan många år. Det verkar som om han blev ännu sämre den sista tiden, i form av en depression. Han levde ensamt och isolerat och var säkerligen dåligt rustad att möta den psykiska försämringen.

Vården förefaller dock helt ha låst sig vid att hans symtom främst berodde på ensamhetsproblematik. Han sökte för inläggning fem gånger och vårdades mycket kortvarigt under fyra tillfällen. Därutöver vårdades han på en vårdcentral vid ett tillfälle.

Han hade självmordstankar och han gjorde två suicidförsök under denna period. Det var helt rätt av psykiater A att lägga in honom den 17 februari. A frias.

Ingen bedömning av suicidrisken

B skrev ut patienten utan att ha träffat honom och utan att göra en suicidriskbedömning. Han gjorde inte ens en anteckning i journalen.

Han försvarar sitt handlande med att det är vedertaget vid kliniken. Det innebär dock inte att fallet är korrekt handlagt, och det innebär inte att B kan frias från ansvaret för den uteblivna bedömningen av patienten.

Socialstyrelsens principiella inställning, utan en bedömning i det enskilda fallet, är att det inte är lämpligt och inte motsvarar god klinisk praxis att en patient som uttryckt självmordsavsikt skrivs ut utan en läkarbedömning i samband med utskrivningen.

Ansvarsnämnden delar den uppfattningen och tilldelar B en varning. ■

Inte tillräckligt förlita sig enbart på skrivna journaler

Symtomen och en noggrann anamnes borde lett till misstanke om lungemboli

Det är knappast tillräckligt att enbart förlita sig på skrivna journaler. Kirurgen borde ha bildat sig en egen uppfattning av patientens besvär, något som borde ha fått honom att överväga lungemboli. (HSAN 49/07)

Den 67-årige mannen hade den 3 oktober 2006 fått en höftprotes inopererad. Han insjuknade akut i början av december med smärta på vänster sida vid andning. Han sökte akut vid primärvårdens jourverksamhet den 6 december.

En AT-läkare fann att han var öm invid höger revbensbåge med smärta upp mot höger axel samt lätt förhöjd kroppstemperatur och röda blodkroppar i urinen. På misstanke om kirurgisk sjukdom remitterades han därefter akut till kirurgiska kliniken vid ett universitetssjukhus.

Lungembolier konstaterades

En lungröntgenundersökning dagen efter var normal, men visade enligt röntgensvaret vätska i vänster lungsäck. Han bedömdes därefter av kirurgen, som konstaterade att patienten hade en förhöjd snabbsänka men i övrigt var opåverkad. Kirurgen skickade hem honom under diagnosen buksmärta.

Under de närmaste dagarna blev patienten sämre och den 15 december konstaterades att han hade lungembolier.

Patienten anmälde AT-läkaren och kirurgen, som bestred att de gjort fel. AT-läkaren frias, så vi lämnar hennes argument.

Kirurgen berättade att patienten kom till akutmottagningen kl 01.47 och undersöktes av den jourhavande kirurgen, som bedömde att han kunde lida av en lätt kolecystit alternativt pleuropneumoni och lades in för observation.

Kirurgen själv träffade patienten på morgonen på intagningsavdelningen i samband med ronden, då var patienten helt smärtfri. Uppgifter saknades om att patienten genomgått en höftledsoperation den 3 oktober.

Ultraljud av gallblåsa och gallgångar visade inget patologiskt, ingen hydronefros av höger njure kunde ses. Lungröntgen visade enligt preliminärt svar »Lätt avrundad pleurasinus ... som vid minimal vätska alternativt pleuritrest«. Laboratoriemässigt var blodstatus utan anmärkning förutom en lätt leukocytos.

Amylas, kreatinin och leverprov var normala, men CRP var förhöjt till 73. Med anledning av att patientens anamnes och status hade gett misstanke om bukåkomma, men att han vid undersökning av kirurgen var helt besvärsfri samt att det i journalanteckningarna inte framkom att patienten var opererad drygt två månader tidigare, fanns det inga skäl att driva diagnostiken längre. Inte heller att remittera patienten till medicinklinik för akut bedömning, hävdade kirurgen.

»Det är dock knappast tillräckligt att enbart förlita sig på skrivna journaler utan han borde ha bildat sig en egen uppfattning av patientens besvär.«

Viktig differentialdiagnos

Ansvarsnämnden konstaterar att patienten insjuknat med typiska symtom på retning av lungsäcken, som borde ha ingett misstanke om lunginflammation eller lungemboli.

Inte minst med tanke på att han relativt nyligen hade genomgått en större ortopedisk operation borde lungemboli ha varit en viktig differentialdiagnos.

AT-läkarens anamnesupptagning och undersökning måste kritiseras. Hon har inte noterat att patienten nyligen hade genomgått en större ortopedisk operation och oroat sig för lungemboli, och i journalen saknas helt uppgift om hjärtstatus trots att ankomstanledningen anges som buk- och bröstsmärta.

Ringa erfarenhet ursäktar bristerna

Men hon har konsulterat en medicinläkare, som gett henne rådet att remittera patienten till kirurgisk klinik för bedömning. Hon får i och med detta anses ha gjort vad som ankommit på henne och bristerna i handläggningen i övrigt får med hänsyn till hennes ringa erfarenhet anses som ursäktliga. Hon frias.

Kirurgen har försvarat sin handläggning med att det inte framgick av journalen att patienten nyligen hade genomgått en större ortopedisk operation. Det är dock knappast tillräckligt att enbart förlita sig på skrivna journaler utan han borde ha bildat sig en egen uppfattning av patientens besvär.

Symtomen var tydliga och en noggrann anamnes tillsammans med fyndet av vätska i lungsäcken och de förhöjda värdena av vita blodkroppar och CRP borde ha fått honom att överväga lungemboli som differentialdiagnos och ordna en utredning.

I stället missade han en diagnos som obehandlad kan leda till snabb död. Han får en erinran. ■

Ung kvinna fick de inre blygdläpparna bortopererade och klitoris blottlagd

En plastikkirurg varnas sedan han opererat bort de inre blygdläpparna och till hälften blottlagt klitoris på en ung kvinna, som enbart ville ha blygdläpparna förminskade. (HSAN 3371/06)

Den 20-åriga kvinnan sökte hos plastikkirurgen på grund av att hon upplevde besvär av sina inre blygdläppar och ville få dem förminskade.

Ingrepp gjordes den 12 juni 2006. Efteråt hade patienten avsevärda lokala besvär. Den 12 september undersöktes hon på plastikkirurgiska mottagningen vid ett universitetssjukhus. Det konstaterades att hennes inre blygdläppar sak-

nades helt och att klitoris var till hälften blottlagd.

Patienten anmälde plastikkirurgen för felaktig behandling i strid mot vad de muntligt kommit överens om.

»Behandlat enligt avtal«

Ansvarsnämnden läste patientens journaler samt hämtade in yttrande av plastikkirurgen, som bestred att han gjort fel.

Han hänvisade till att patienten hade behandlats enligt ett preoperativt avtal mellan dem. Han hänvisade till journalen samt bilder tagna före och efter ingreppet.

Operationen gjordes enligt beprövad teknik, utan skada på vävnaden omkring klitoris eller urinröret.

Han opererade patientens labia minora, som var missbildade, och exciderade enbart labia minora med en därtill specialutvecklad kniv, Elman (radiofrekvenser). Tekniken gör excision av vävnad motsvarande genitalia så precis som möjligt.

Postoperativt fann han att klitoris och slemhinnan är bevarade. Operationen har inte medfört att klitoris är helt blottlagd och det finns inget samband med stympad/skadad klitoris.

Kan bli mer radikalt än man tänkt sig

Professor emeritus Marc Bygdeman har på Ansvarsnämndens begäran lämnat ett utlåtande.

Han konstaterade att patientens kritik innebar att i stället för att ta bort »hänget« av de inre blygdläpparna har hela blygdläpparna tagits bort och klitoris blottlagts.

Att reducera blygdläpparna är ett känsligt ingrepp, dels därför att de är en viktig erogen zon, dels därför att man får en postoperativ reduktion av kvarvarande del av blygdläpparna så att slutresultatet kan bli mer radikalt än man tänkt sig.

Någon anledning att förlänga excisionen fram till klitoris finns inte.

Av den skriftliga information patienten fått före operationen framgår också att klitorisområdet ligger helt utanför det kirurgiska ingreppet.

Man bör alltid vara restriktiv med att utföra en blygdläppsreduktion, men här har patientens önskan att få ingreppet utfört varit stark, varför man inte kan kritisera att plastikkirurgen utförde det.

En god princip är att göra resektionen mindre omfattande eftersom det vid ingreppet kan vara svårt att bedöma slutresultatet.

Plastikkirurgen måste kritiseras för att inte ha iakttagit denna försiktighet.

Allvarligaste kritiken

Den allvarligaste kritiken är dock att enligt utlåtandet från plastikkirurgiska kliniken vid universitetssjukhuset hud ovanför klitoris också exciderats, vilket definitivt inte ingår i ingreppet, hävdade Marc Bygdeman.

»Den allvarligaste kritiken är dock att enligt utlåtandet från plastikkirurgiska kliniken vid universitetssjukhuset hud ovanför klitoris också exciderats, vilket definitivt inte ingår i ingreppet.«

Patienten påpekade i ett nytt yttrande att plastikkirurgen i en anteckning den 8 augusti har uppgett att han inte exciderat slemhinnan intill klitoris utan enbart gjort minskningen av labia minora.

Halva klitoris var helt blottlagd efter ingreppet och hon har ärr av stygn ovanför klitoris. Det var inte överenskommet att klitoris skulle blottläggas.

Plastikkirurgen har avslutningsvis påpekat att han, sedan han läst igenom rapporter gällande det här fallet, har noterat att man har funnit en helt normal läkning.

Patienten hade preoperativt en missbildning som inte framhävts av någon som har bedömt de preoperativa fotona.

Klitoris är, när labia majora dras isär, enbart täckt till 50 procent av det som är kvar från labia minora, då en mindre resektion fram på båda sidor av klitoris var nödvändig eftersom patienten hade en missbildning av labia minora.

Excisionen av labia minora har inte medfört att patienten skaver klitoris, utan denna är fortfarande skyddad av labia majora, hävdade plastikkirurgen.

Borde inte ha utförts

Ansvarsnämnden instämmer i Marc Bygdemans bedömning att det inte finns stöd för att kritisera plastikkirurgen för att han på patientens begäran opererade henne med den överenskomna reduktionen av de inre blygdläpparna.

Det framgår emellertid att han vid ingreppet inte enbart reducerat blygdläpparna utan även förlängt reduktionen till att omfatta huden ovanför klitoris. Detta var inte överenskommet och borde därför inte ha utförts.

Plastikkirurgen har dessutom vid reduktionen av de inre blygdläpparna avlägsnat för mycket av dessa, vilket gett ett icke önskvärt slutresultat.

För sina fel får han en varning, beslutar Ansvarsnämnden. ■

»Ful ovana« att dricka mycket berodde på diabetes insipidus

Att patienten jämt var törstig och drack mycket betecknades av distriktsläkaren som »en ful ovana«. Men patienten hade diabetes insipidus. (HSAN 3269/06)

Den 41-åriga kvinnan hade under en tid haft kontakt med vårdcentralen. Man tog prov för att utreda om hon drabbats av någon sköldkörtelsjukdom och distriktsläkaren informerade per telefon om vad analysen visat. I journalen antecknade hon att »pat är obstinat och inte alls nöjd med det svaret« och att hon »jämt är törstig och dricker mkt, vilket väl lär vara en ful ovana«.

Patienten anmälde distriktsläkaren, som hade avfärdat att besvären hade fysiska orsaker och påstod att den svåra törst hon besvärades av orsakades av att hon sov med öppen mun. Eftersom hon dessutom var mycket matt samt besvärades av svettningar och hjärtklappning, hade man tidigare misstänkt att besvären härrörde från sköldkörteln. Distriktsläkaren ansåg sig, per telefon, kunna bedöma att besvären i stället härrörde från tjocktarmen.

Ansvarsnämnden läste patientens journal. Läkaren valde att inte yttra sig.

Patienten berättade att hon senare på en medicinklinik fått diagnosen diabetes insipidus. Hennes besvär har avklingat med medicinering.

Andra orsaker måste uteslutas

Ansvarsnämnden konstaterar att patienten led av hjärtklappning och svettningar, hade magrat 4 kg samt var törstig, vilket medfört att hon druckit upp mot 6 liter vatten per dygn. Distriktsläkaren uppgav vid telefonkontakt med patienten att analyssvaren var normala.

När patienten framhärdade i att hon led av en oförklarlig törst, uppgav distriktsläkaren att hennes behov att dricka stora mängder närmast var en ful ovana.

Det förekommer att patienter dricker stora mängder vätska utan att ha ett behov av intag av vatten i den omfattningen (psykogen polydipsi och polyuri). Innan en sådan förklaring tillgrips måste dock andra orsaker till ökad törst och stora urinmängder uteslutas.

Provtagning hade visat att patienten inte hade diabetes mellitus. Det återstod att undersöka om hon led av diabetes insipidus. Distriktsläkaren borde ha remitterat henne till en sjukhusmottagning för utredning. Hon får en erinran. ■