

Transparent teamarbete krävs för säker förlossningsvård

Revirtänkande och låg kompetens gav vårdskandal i Storbritannien



LENA MARIONS, docent, överläkare, VO kvinnosjukvård/förlossning, Södersjukhuset
lena.marions@ki.se



STEFAN JOHANSSON, med dr, överläkare, Sachsska barn- och ungdomssjukhuset, Södersjukhuset; båda Stockholm; båda medicinska redaktörer, Läkartidningen

Storbritannien har nyligen skakats av en vårdskandal, som illustrerar hur oförmåga att organisera, utvärdera och utveckla sin egen verksamhet kan få allvarliga konsekvenser. Under 2004–2013 avled 16 barn och 3 mammor i samband med förlossning, troligen till följd av stora brister vid förlossningsenheten vid Furness General Hospital i Cumbria [1].

Problemen vid kliniken uppmärksammades redan 2004. Då avled ett barn under förlossningen till följd av syrebrist. Den händelseanalys som gjordes drog slutsatsen att fosterövervakningen varit bristfällig, men i analysen identifierades inte de strukturerproblemen som också fanns.

Under de följande åren inträffade flera allvarliga händelser. Som exempel kan nämnas den kvinna som avled av preeklampsi då man inte kontrollerade hennes blodtryck, trots symtom. Ett barn fött efter 3 dygns vattenavgång avled för att man missat att beakta barnets ökade risk att drabbas av infektion. Barnets låga kroppstemperatur, ett viktigt varningstecken på neonatal sepsis, behandlades på BB med »värme«, och någon barnläkare konsulterades inte.

Ett barn som visade sig väga över 5 kilo avled i samband med en lång och komplicerad vaginal förlossning. Mammor bad vid upprepade tillfällen om kejsarsnitt men blev aldrig bedömd av läkare. Enligt journalen var det svårt att registrera barnets fosterljud under senare delen av förlossningen, och barnet var vid framfödandet livlöst.

Trots att såväl patienter som enstaka

anställda hade försökt uppmärksamma ledningen på uppenbara brister, var det först 2013 som en utredning kom till stånd. Den visade då att verksamheten var gravt dysfunktionell. Förlossningsavdelningen brast i sin riskvärdering, riktlinjer saknades för komplicerade situationer och det saknades fungerande system för utvärdering.

Rapportens författare sammanfattade att ett annat omhändertagande av förlossningar skulle ha kunnat förhindra minst 1 kvinnas och 11 barns död och att felaktigt omhändertagande sannolikt hade bidragit till att ytterligare 2 kvinnor och 5 barn avlidit [2].

Vad var det då som gick så galet? Rapporten vittnar visserligen om bristande kompetens rent generellt, men framför allt saknades fungerande samarbete mellan barnmorskor, obstetriker och barnläkare. Barnmorskorna i fråga beskrivs som en sammansvetsad grupp som inte önskade inblandning av obstetriker, eftersom deras mål var att ge de födande kvinnorna en »naturlig förlossning« till varje pris, även om uppenbara riskfaktorer förekom. Obstetrikerna var medvetna om detta men intog en passiv hållning och bidrog därmed till den låga standarden.

Neonatalavdelningen var inte utrustad för att ta hand om för tidigt födda barn, och barnläkarna kritiserades i rapporten för att hålla kvar sjuka barn för länge innan de transporterades till nödvändig intensivvård.

Det framkom också att obstetriker och barnläkare i flera fall av hotande förtidsbörd inte var överens om när transport skulle ske; före eller efter förlossningen.

Även om det förekommer prestigefrågor även i svensk förlossningsvård, tror vi inte att en liknande vårdskandal skulle kunna upprepas här. Visserligen visade en svensk kartläggning av barn med låg Apgarpoäng att 62 procent av förlossningarna hade handlagts på ett suboptimalt sätt, tex att CTG-övervakningskurvor inte hade tolkats korrekt eller

att man kunde ha agerat snabbare vid tecken på asfyxi [3].

Det nationella projektet »Säker förlossningsvård«, initierat av Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF), har dock engagerat landets samtliga förlossningskliniker och genomförts med det direkta syftet att förbättra patient-säkerheten [4].

I projektet fick klinikerna utvärdera sin verksamhet, föreslå förbättringsåtgärder och därefter genomföra dem. Ett interaktivt utbildningsprogram för tolkning av CTG-övervakningskurvor skapades också med målsättning att alla barnmorskor och läkare som arbetar med förlossningar ska ha genomgått utbildningen.

Den sannolikt viktigaste förutsättningen för patientsäker förlossnings- och neonatalvård är gott tvärprofessionellt samarbete mellan barnmorskor, förlossningsläkare och barnläkare. Alla behövs och måste samarbeta. Därför kan ingen förlossningsklinik sakna något av dessa led i vårdkedjan.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Wise J. Substandard care at »dysfunctional« Morecambe Bay maternity unit led to unnecessary deaths. *BMJ*. 2015;350:h1221.
2. Kirkup B. Morecambe Bay investigation: Report. Mars 2015. <https://www.gov.uk/government/publications/morecambe-bay-investigation-report>
3. Berglund S, Pettersson H, Cnattingius S, et al. How often is low Apgar score a result of substandard care during labour? *BJOG*. 2010;117:968-78.
4. Grunewald C, Håkansson S, Högberg U, et al. Svensk förlossningsvård säkras i ett rikstäckande projekt. Tvärprofessionell samverkan en grundpelare i »Säker förlossningsvård«. *Läkartidningen*. 2012;109:956-9.

■ SAMMANFATTAT

Allvarliga brister i förlossningsvården vid en brittisk klinik bidrog till kraftigt ökad mortalitet bland både mödrar och barn.

Låg kompetens och revirtänkande i kombination med avsaknad av riktlinjer och utvärderingssystem medförde att misstag kunde upprepas.

Tvärprofessionellt samarbete mellan barnmorskor, förlossningsläkare och barnläkare är en förutsättning för säker förlossningsvård.