

NEKADES ERSÄTTNING FÖR FÖRLOSSNINGSSKADOR

Handläggningen korrekt trots komplikationerna

Två kvinnor har av Patientförsäkringen nekats ersättning för skador de drabbats av när de förlöstes med kejsarsnitt. Orsaken är att sjukvårdspersonalen trots skadorna handlagt bägge fallen korrekt.

För en person som får en allvarlig skada i samband med sjukvård kan det vara svårt att förstå att hon eller han inte alltid kan få ersättning från en patientförsäkring. Man tror att patientförsäkringen fungerar som exempelvis en trafikförsäkring och att den drabbade får ekonomisk hjälp för vårdkostnader eller kompensation för lidande. Det gäller troligen särskilt vid skador som är sällsynta.

En förutsättning för ersättning från Patientförsäkringen är emellertid att det hade varit möjligt att undvika komplikationen, något som kan vara svårt att bedöma för den drabbade. I många fall anser dessutom den som anmält en behandlingsskada att sjukvårdspersonalen begått ett fel eller varit försumlig och att komplikationen därför varit undvikbar.

Fall 1

En kvinna född 1961 hade två år tidigare förlöst med kejsarsnitt på grund av primär värksvaghet. Hon kom nu fullgången till förlossningen. Hon var i aktivt förlossningsarbete och graviditeten hade varit normal.

På grund av värksvaghet startades efter sju timmar ett oxytocindropp, som ökades successivt. Fostret följdes hela tiden med CTG-registrering, vilken var helt utan anmärkning.

Efter fyra timmar uppstod en bradykardi hos fostret och man beslöt att avsluta förlossningen med sugklocka. Ex-

traktionen rubricerades som medelsvår och krävde fyra dragningar.

En ruptur i vagina suturerades efter förlossningen. Efter det konstaterade man att kvinnans blodtryck föll och att hon hade oklara buksmärter.

På misstanke om uterusruptur gjordes en laparotomi. Man fann en 15 cm lång ruptur på vänster sida omedelbart framför kärldrängen. Det var inte möjligt att rekonstruera livmodern varför man gjorde en supravaginal uterusamputation.

Den peroperativa blödningen var mer än 4 000 ml. Postoperativt hade kvinnan blödningsanemi men i övrigt inga somatiska komplikationer.

Barnet var vid födseln i oväntat dåligt skick och vårdades initialt på barnkliniken.

Patienten anmälde skadan till Patientförsäkringen. Där fann man att fallet hade handlagts korrekt och att skadan, hysterektomi, därför inte var ersättningsbar.

Vid tidigare kejsarsnitt är risken för uterusruptur i efterföljande förlossning endast 0,5–1 procent och indicerar inte ett nytt planerat kejsarsnitt.

Fall 2

En 32-årig förstföderska kom i graviditetsvecka 41 till förlossningen. Fostret låg i sätesändläge och kvinnan ville förlösas med kejsarsnitt.

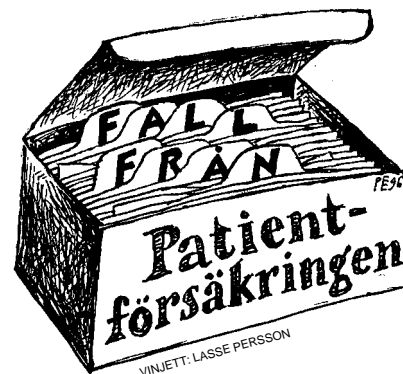
Eftersom förlossningsarbetet progredierade snabbt och en akut pelvimetri tidsmässigt inte ansågs möjlig, beslöt man att utföra en akut sektio på indikationen sätesändläge.

Operationen utfördes utan komplikationer förutom en viss uterusatoni, som dock svarade tillfredsställande på oxytocininjektion.

Peroperativt blödde kvinnan 900 ml. Postoperativt började hon blöda ur vagina och från operationssåret. Hb sjönk till 73 g/l.

Då man inte kunde utesluta en kirurgisk blödning reopererades kvinnan efter cirka två timmar. Man fann en atonisk uterus, som trots upprepade injektioner med Methergin och Prostinfe-nem samt lokal behandling med Tisseel inte kontraherades.

Eftersom uterusatonin inte svarade



SERIE

Tidigare artiklar i serien återfinns i Läkartidningen nr 17, 18, 22, 25, 26–27, 28–29, 35, 38, 44 och 48 1996.

på farmakologisk behandling och den peroperativa blödningen var 3 000 ml gjorde man en subtotal hysterektomi. Kvinnan vårdades postoperativt på IVA ett dygn.

Hon anmälde skadan till Patientförsäkringen. Liksom i Fall 1 fann man där att det här komplicerade fallet hade handlagts korrekt och att skadan, hysterektomi, därför inte heller var ersättningsbar. •

Författare

PATRICK BELFRAGE

med dr, kvinnokliniken, Södersjukhuset, Stockholm, medicinsk rådgivare vid Personskadereglering AB.