

att straffa den som felar. Det viktiga är alltså att vidta åtgärder för att misstag ej ska upprepas. Andra förklaringsringar kan vara att omsorg om patienten och kliniskens arbete går före eventuell rädsla för påföljder, och att man inte enbart rapporterar egna misstag och därför inte behöver vara rädd för att eventuella påföljder ska drabba en själv.

### Återrapportering viktigt – men svårt

Endast hälften av de svarande har fått kännedom om hur deras egna avvikelserapporter hanterats. En stor grupp tycker sig inte ha fått vare sig muntlig eller skriftlig återrapportering.

Återföring till personalen om hur rapporterade avvikelser hanterats är viktig bl a för att förhindra ett upprepan- de och för att uppmuntra personalen genom att visa att de kan påverka sitt arbete och sin arbetssituation genom att skriva avvikelserapporter. Det är därför nödvändigt att ha ett tydligt system för information till personalen om avvikel- sehantering. Klinikledningen har i medvetande om detta flera gånger intervenerat för att förbättra återrapporteringen.

Ett exempel är att den kvalitets- ansvariga på kliniken varje månad sammanställer inkomna avvikelserapporter och försäkrar sig om att samtliga medarbetare tagit del av sammanställningen. Den som skrivit rapport har också möjlighet att spåra sin rapport och ta del av hur den handlagts.

### Sammanfattning

Vi fann att personalen anser att avvikelserapporteringen är en viktig del av arbetet och att anonymiteten inte tycks vara avgörande för benägenheten att rapportera. Det verkar inte finnas några administrativa hinder, t ex omfattande formulär eller komplicerade procedurer, för avvikelserapportering.

De gånger en inträffad avvikelse inte rapporteras beror det oftast på tidsbrist. Däremot har formerna för återrapportering inte fungerat tillfredsställande.

### Referenser

1. Socialstyrelsen. SOSFS 1996: 23; SOSFS 1996: 24.
2. Westling S, Carlsson C, Melltorp G. Avvikande händelser vid en anestesi- klinik: Kommunikationsproblem och avsteg från rutiner vanligaste fe- len. Läkartidningen 1998; 95:
3. Jayasuriya JP, Anandaciva S. Compliance with an incident report scheme in anaesthesia. Anaesthesia 1995; 50: 846-9.
4. Sanborn KV, Castro J, Koruda M, Thys DM. Detection of intraoperative incidents by electronic scanning of computerized anaesthesia records, comparison with voluntary reporting. Anesthesiology 1996; 85: 977-87.
5. Williamson J. Critical incident reporting in anaesthesia. Anaesth Intensive Care 1988; 16: 101-3

Vid atoni efter förlossning

# Enkel metod stoppar livshotande blödningar

**Mekanisk kompression av livmodern, som bibehålls av några suturer, kan användas vid atoni efter förlossning. Metoden beskrevs internationellt 1997. I motsats till de konventionella kirurgiska metoderna är den tekniskt lätt att utföra och troligen inte förenad med oönskade sideeffekter.**

I utvecklingsländer svarar blödningar efter förlossning för den största delen av mördmortaliteten.

Även i vårt land kan i denna situation livshotande blödningar uppstå. Ibland drar inte livmodern ihop sig sedan moderkakan lossnat efter en förlossning. Denna slapphet, atoni, medför att de maternella kärl som tidigare tömt sig i placentas intervillösa rum nu tömmer sig fritt. Stora mängder blod kan på kort tid tömma sig från livmodern genom vagina. I förlossningssituationen är den exakta blodförlusten dessutom svårt att uppskatta.

### Kan komma helt oväntat

Atoniska blödningar drabbar framför allt kvinnor med uttänjd livmoder som t ex efter flerbörd, stort barn, riklig mängd fostervatten, flerföderskor etc. Risken kan också öka efter en långdragen förlossning med dåliga kontraktioner. Ibland kommer dock atonin helt oväntat.

I tur och ordning vidtas en rad åtgärder för att korrigera detta livshotande tillstånd. Man ger farmaka av olika slag som syftar till att kontrahera livmodern. Massage av livmodern kan ge samma effekt, men vid uteblivet resultat måste

### Författare

FOLKE FLAM

docent, gynekologiska kliniken, S:t Görans sjukhus, Stockholm

MARIA SENNSTRÖM

avdelningsläkare, kvinnokliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

man försäkra sig om att inte bitar av livmoder eller hinnrester finns kvar i kaviteten. Man kan göra detta med fingrarna eller försiktigt med instrument.

Embolisering av tillförande artärer har försöksvis prövats, men metoden förutsätter att radiologisk expertis finns tillgänglig.

Om blödningen fortsätter blir nästa steg att utföra en laparotomi.

Man har nu i princip att välja mellan att ligera de artärer som huvudsakligen försörjer livmodern, A iliaca interna bilateralt, eller utföra en subtotal hysterektomi.

Den senare åtgärden är givetvis den metod som säkrast botar patienten, men det säger sig självt att man först prövar allt annat. Ändock sker detta en eller ett par gånger per år vid alla stora förlossningskliniker. Såväl ligatur av iliaca-kärlen som hysterektomi i nära anslutning till förlossning är ingrepp som kräver lång operativ erfarenhet.

### Mekanisk kompression av livmodern med suturer

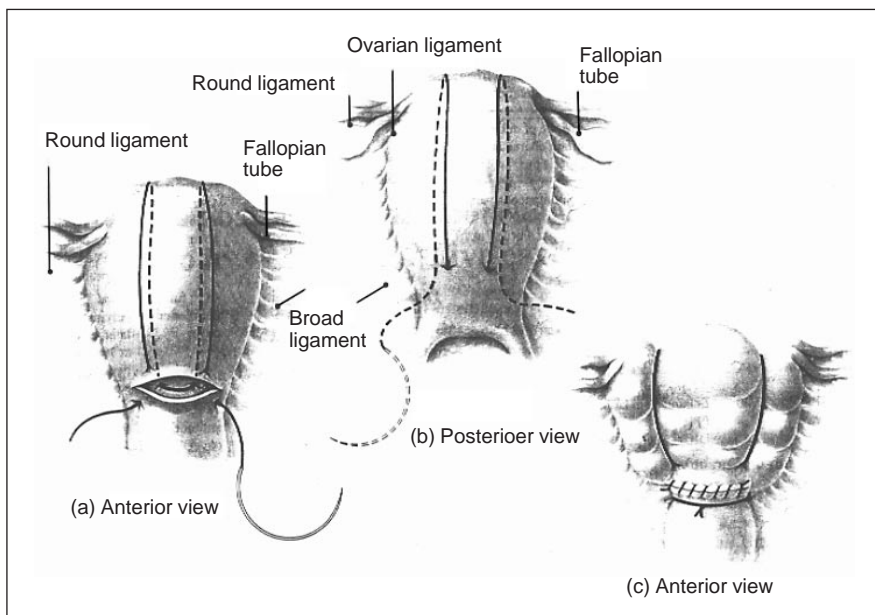
Obstetrikern B-Lynch och medarbetare från England redovisade 1997 fem fall av efterblödningar där mekanisk kompression av livmodern med suturer peroperativt användes med framgång [1].

Principen är enkel: medan en assistent komprimerar livmodern trär operatören en resorberbar sutur från livmoderns framsida, över toppen på livmodern till baksidan och sedan fram igen. Suturen efterdras några gånger och knyts på framsidan (Figur 1 a-c). Med en liten modifiering används denna metod i samband med atoni vid kejsarsnitt.

### Blödde minst tre liter

I fullgången tid inkom den 26-åriga förstföderskan med sammandragningar. Efter ett långdraget förlopp med avstannad progress tillstötte hög hjärtfrekvens hos fostret. Det beslutades att förlösa via kejsarsnitt. Komplikationsfritt förlöstes modern från en välmående pojke som vägde 4 450 g. Moderkaka och hinnor utförskaffades med lätthet.

Livmodern drog inte ihop sig på rutinmässig injektion med 5 IE Syntocinon (oxytocin). Förutom upprepningar



**Figur 1 a-c.** Teckningar från originalartikeln [1]. Suturen påbörjas lateralt till höger i istmushöjd. Den förs in i kaviteten och ut igen. Därefter förs suturen över fundus uteri och på baksidan via kaviteten i istmushöjd över till vänster sida. Suturen förs så över fundus och knyts fram till. Vår modifikation bestod i ytterligare en sutur centralt över fundus. Vid otillräcklig kompression torde det också kunna gå att sätta ett par suturer på tvären över uterus.

av detta medel gavs Methergin (metylergometrin) samt sexdubbla normaldosen av Prostinfenem (PGF2alfa). Effekten var obefintlig. Livmodern masserades kontinuerligt.

Blödningen uppskattades i detta skede till minst 3 liter, och blodersättning hade börjat ges.

Med Vikrylsutur nr 1 på stor nål applicerades sutur ad modum B-Lynch. Vi fann att suturering enligt Figur 1 medförde att livmodern »toppade» sig, dvs centralt i fundus slappade livmodern.

Sedan en extra sutur applicerats från fram- till baksidan och sedan fram igen över livmoderns mitt och dragits åt motsvarade livmodern nu i storlek en större grapefrukt.

Vi avvaktade 15 minuter och kunde konstatera att den vaginala blödningen upphörde. Antibiotika gavs peroperativt och sex dagar postoperativt. Inga komplikationer tillstötte under den sex dagar långa BB-vårdtiden eller de närmaste månaderna därefter.

### Metoden är logisk, tilltalande ...

Den beskrivna metoden är logisk och tilltalande. Den tar cirka 10 minuter i anspråk.

Den kan utföras av en jourhavande utan större operationsvana. Det är väsentligt att assistenten med sina händer komprimerar livmodern medan suturerna sätts, och det är nödvändigt att efterdra suturen för att bibehålla kompressionen.

Den tycks inte medföra någon stor risk för komplikationer. Om åtgärden inte fungerar kan bakjouren inkallas för konventionell kirurgisk åtgärd.

Metoden fungerar, enligt innovatören, även vid blödningar orsakade av placenta accreta (= växt in i muskelvägen).

Varken akuta komplikationer eller

sena dylika inträffade hos de fem fall som B-Lynch redogjorde för.

Två kvinnor blev ånyo gravida och fullföljde normala graviditeter och förlossningar.

### ... och borde spridas

Enligt vår uppfattning borde den beskrivna metoden spridas så att erfarenhet samlas. Om ytterligare data styrker metodens värde så kommer den framför allt att betyda mycket för obstetrik i utland men även bespara ett antal kvinnor i vårt land hysterektomi.

*Tillägg:* Ytterligare ett fall har handlagts med framgång enligt denna metod vid kvinnokliniken på Karolinska sjukhuset sedan artikeln författades.

### Referens

1. B-Lynch C, Coker A, Lawal A, Abu J, Cowen M. The B-Lynch surgical technique for the control of massive postpartum haemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five cases reported. Br J Obstet Gynaecol 1997; 104: 372-5.

## LITTERÄRA LÄKARE

En bok om

FRANÇOIS RABELAIS  
TOBIAS SMOLLETT  
JEAN PAUL MARAT  
EMIL AARESTRUP  
ARTHUR CONAN DOYLE  
ANTON TJECHOV  
WILLIAM SOMERSET  
MAUGHAM  
ALFRED DÖBLIN  
GOTTFRIED BENN  
MICHAEL BULGAKOV  
LOUIS-FERDINAND CÉLINE  
WALKER PERCY  
GERHARD VESCOVI  
RICHARD SELZER  
NAWAL EL SAADAWI  
OLIVER SACKS  
CLAES ANDERSSON  
PAAL-HELGE HAUGEN  
EVA STRÖM

LARS-ERIK BÖTTIGER har under många år intresserat sig för läkare vars litterära insatser gjort dem kända i vida kretsar. Ett resultat av detta är de uppskattade författarporträtt han skrivit i Läkartidningen och som nu – inklusive en utförlig översikt över den svenska läkarparnassen – finns samlade i en rikt illustrerad bok på 176 sidor. Han vill med den visa att det i alla tider funnits läkare som sett helheten – och haft förmåga att uttrycka den i ord.

LITTERÄRA LÄKARE kostar 160 kronor och kan beställas med kupongen nedan.

Beställer härmed

..... ex Litterära Läkare

.....  
Namn

.....  
Adress

.....  
Postnummer/Postadress

Insändes till Läkartidningen,  
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet  
”Litterära Läkare”

Beställning per fax:  
08-20 76 19