

HSAN måste ställa högre krav på sig själv

En förlossning som inleddes normalt men fortsatte med brusten livmoder, kejsarsnitt och ett djupt asfyktiskt barn med svåra neurologiska skador utgör bakgrunden till detta inlägg om Ansvarsnämnden. »Alla läkare har fått lära sig att det man intygar i ett utlåtande måste vara sakligt underbyggt. Det kravet måste också ställas på en myndighet som utövar tillsyn över sjukvården«, skriver artikelförfattaren.



BO LINDBERG
överläkare, Uppsala
Bo.Lindberg@
gamma.telenordia.se

II Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd fyller en viktig funktion. Nämnden ger en möjlighet för patienter och anhöriga att få klagomål mot vården prövade av en oberoende instans. En anmälan till HSAN är en av de få möjligheter som allmänheten har att påverka vårdens kvalitet. Även för sjukvårdspersonalen spelar nämnden en viktig roll i både positiv och negativ bemärkelse. Om en patient är missnöjd kan det vara bra att få kritiken objektivt bedömd. Det negativa är att nämndens utslag kommit att styra vården så att många åtgärder vidtas mera av oro för en HSAN-anmälan än för att de är medicinskt motiverade. Besluten bör vara sakligt motiverade, vilket inte är fallet i nedanstående ärende.

Fallbeskrivning (HSAN 1591/01:B2)

Det gäller en kvinna som skulle föda sitt tredje barn. Det första föddes vaginalt och det andra genom kejsarsnitt på grund av tvärläge. Hon kom till förlossningsavdelningen i fullgången tid med vattenavgång och värkar. Förlossningen gick till en början normalt, men efter några timmar tyckte barnmorskan att

värkarna var svaga varför Syntocinondropp gavs som värkstimulering.

När livmodermunnen var nästan helt öppen och fosterhuvudet kommit långt ner i förlossningskanalen fick mamman plötsligt svåra smärtor i buken, värkarna försvann och fosterljuden gick ner till 60 slag per minut. Samtidigt märkte barnmorskan att barnets huvud åkt upp i bäckenet. Hon ökade då Syntocinondroppet och bad patienten krysta i knästående ställning. Eftersom fosterljuden fortsatte att vara dåliga tillkallades läkare efter 8 minuter. Han anlände efter ytterligare 10 minuter och försökte då lägga en sugklocka. Eftersom värkarna inte återkom och fosterljuden var låga gjordes ett kejsarsnitt 40 minuter efter att de allvarliga symtomen börjat. Det visade sig att ärret i livmodern brustit. Barnet var djupt asfyktiskt och har svåra neurologiska skador.

Patienten anmälde

Patienten anmälde personalen till HSAN, som lämnade anmälan utan åtgärd. I bedömningen deltog inget vetenskapligt råd utan beslutet byggde på vad nämndens sakkunniga anförde. Nämnden skriver att en uterusruptur är en extremt ovanlig komplikation som inte är en förstahandsdiagnos ens för en erfaren specialistläkare. En uterusruptur kan

ibland ge svårtolkade symtom. Här fanns emellertid alla klassiska tecken; akuta buksmärtor, dåliga fosterljud, upphävt värkarbete och att fosterhuvudet åker upp i förlossningskanalen. Då måste all värkstimulering avbrytas och ett urakut kejsarsnitt göras.

HSAN kritiserade inte barnmorskan för att hon ökade Syntocinondroppet trots tydliga tecken på fosterasfyxi, och inte heller att läkaren inte omedelbart tillkallades. Nämnden tycker inte att det hade någon betydelse för barnets skador. I ett annat fall (HSAN 41 2/04) fick en läkare en erinran för att det dröjde 30 minuter innan kejsarsnittet gjordes vid asfyxi. Här tog det 40 minuter.

Kejsarsnitt vid uterusruptur

Nämnden skriver att en av förutsättningarna för att rädda ett barn utan men vid en uterusruptur är att modern ligger på operationsbordet när komplikationen inträffar. Någon referens som stöder detta ges av naturliga skäl inte, eftersom det är fel. Barnet kan nämligen klara sig utan skador även vid uterusruptur. Avgörande för utgången är hur tidigt i förloppet ett kejsarsnitt görs. Leung och medarbetare [1] visade att om barnet föddes inom 17 minuter fanns det ingen signifikant sjuklighet om fosterljuden tidigare varit normala. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer för akutsjukvård [2] bör de urakuta snitten utföras inom 15 minuter efter beslut. Även om operationen inte hade hunnit göras inom 17 minuter är det sannolikt att barnets skador blivit avsevärt mindre om denna livshotande komplikationen behandlats korrekt.

Jag delar inte nämndens uppfattning att kritik inte kan riktas mot handläggningen. Det som emellertid är mest upp-

seendeväckande i nämndens utlåtande är att uterusruptur skulle vara så extremt ovanligt att en barnmorska eller läkare inte behöver tänka på den möjligheten hos en tidigare kejsarsnitt kvinna som uppvisar alla klassiska symtom. Snitt i livmoderkroppen är förenade med en hög risk för ruptur, men redan på 1970-talet påpekades att även låga tvärsnitt innebär risk för ruptur [3]. På grund av det ökande antalet kejsarsnitt finns det nu en stor erfarenhet av vaginala förlossningar efter kejsarsnitt.

Uppgifterna om hur vanlig uterusruptur är varierar. American College of Obstetricians and Gynecologists [4] anger en frekvens av 0,2-1,5 procent (1 fall på 67-500 kvinnor som föder vaginalt efter tidigare kejsarsnitt). Gregory och medarbetare [5] fann en rupturfrekvens på 1,15 procent i en studie av 536 785 kvinnor. Om då en uterusruptur ska anses vara så extremt ovanlig som HSAN skriver beror på vad man menar med extremt ovanlig. Som en jämförelse kan nämnas att risken att ett barn ska dö perinatalt i Sverige är under 0,7 procent.

Nämndens och de sakkunnigas ansvar

Nämndens ledamöter har i allmänhet ingen medicinsk kompetens utan är beroende av bedömningar som görs av nämndens egna föredragande eller av vetenskapliga råd utsedda av Socialstyrelsen när sådana tillfrågas. Min kritik riktas därför i första hand mot de föredragande. Det finns emellertid också anledning att kritisera nämnden. Man behöver inte vara expert för att begripa att de sakkunniga måste motivera åsikten att en komplikation är så extremt ovanlig att den inte behöver vara känd av personalen. Det är ju enkelt att be att få en uppgift om hur ofta en ruptur inträffar. Om nämnden inte kräver att få det vetenskapliga underlaget blir ledamöterna helt beroende av de sakkunnigas tyckanden.

Utsatta patienter

Patienter som drabbats av komplikationer i vården är mycket utsatta. Ofta tycker de att de inte får förståelse för sina synpunkter [6]. Förtroendet för HSAN bygger på att besluten är sakligt motiverade. Läkare har goda möjligheter att överklaga beslut som de upplever som felaktiga, medan patienter och anhöriga sällan har den kunskap som behövs för att kunna ifrågasätta expertutlåtanden.

Förtroendet för HSAN kommer att undermineras om inte nämnden ställer högre krav på sig själv och sina rådgivare än i det här fallet. Alla läkare har fått lära sig att det man intygar i ett utlåtande måste vara sakligt underbyggt. Det kravet måste också ställas på en myndighet som utövar tillsyn över sjukvården.

En förklaring till att det kan gå till så här är att HSANs sakkunniga har så många andra uppgifter att bestyra att de inte hinner ägna tillbörlig tid åt ärendena. I så fall måste nämnden rekrytera sakkunniga som prioriterar uppdraget. Om det är för dåligt arvoderat för att locka personer med kompetens bör ersättningen höjas. Ledamöterna måste också vara aktiva och kräva bevis för vad som är evidensbaserat och skicka tillbaka alla ärenden som bygger på löst tyckande.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Författaren har varit konsultationsläkare inom Läkarförbundet och därefter chefläkare med bland annat

uppgift att göra anmälningar enligt Lex Maria.

Referenser

1. Leung AS, Leung EK, Paul RH. Uterine rupture after previous cesarean delivery: Maternal and fetal consequences. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:945-50.
2. Socialstyrelsen. Akut omhändertagande – Ett underlag för kompetensutveckling vid omhändertagande av akut sjuka och skadade. Stockholm: Socialstyrelsen; 1994. MARS Rapport nr 6.
3. Nilsson BA. Förlossning efter tidigare kejsarsnitt. Föredrag vid efterutbildningskurs i Uppsala 1978.
4. ACOG practice bulletin. Vaginal birth after previous cesarean delivery. No. 5. Washington DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 1999.
5. Gregory KD, Korst LM, Cane P, Platt LD, Kahn K. Vaginal birth after cesarean and uterine rupture rates in California. *Obstet Gynecol* 1999;94:985-9.
6. Lindberg B, Killander A, Wedenbergh K. Mycket starka känslor bakom anmälan till HSAN. *Läkartidningen* 1996;93:41:73-6.

Läkarstudenternas kliniska handledning måste förbättras

Under de senaste åren har antalet utbildningsplatser på läkarutbildningen ökat kraftigt. Samtidigt har patientunderlaget i slutenvården minskat. MSFs handledningsenkät förra året visar att det skett en del förbättringar av handledningen inom medicin- och kirurgikurserna, men fortfarande finns många brister. Med större årskullar studenter finns risken att problemen ökar igen.



HANNA ÅHSBERG
föbundsstyrelseledamot, Medicine studerandes förbund; läkarstuderande termin 7, Umeå universitet
hanna.ahsberg@slf.se

Under 1990-talet minskade antalet utbildningsplatser på läkarutbildningen på de flesta studieorter, men från och med år 2000 har antalet utökats kraftigt. Samtidigt har antalet slutenvårdsplatser minskat på grund av strukturförändringarna i sjukvården där fler patienter behandlas polikliniskt och slutenvårdspatienterna vårdas kortare tid före hemgång.

De fulla konsekvenserna av detta för utbildningens del har vi inte sett ännu, eftersom det är först nu som de stora årskullarna läkarstudenter börjar komma ut på de kliniska terminerna. MSF befarar att problemen i den kliniska utbildningen kommer att öka inom de närmaste åren eftersom det helt enkelt finns för många studenter i förhållande till antalet patienter och handledare. Högskoleverket har föreslagit (Rapport 2004: 31) en utökning av antalet utbildningsplatser med ytterligare 320 per år. MSF

anser att det, med dagens utbildnings- och sjukvårdssystem, inte vore förenligt med en god klinisk utbildning.

AT-läkare med sämre kliniska kunskaper

När studenterna tagit examen och kommer ut på sin allmäntjänstgöring (AT) finns risken att de inte behärskar vissa kliniska moment som de förväntas kunna. Många studenter idag vikarierar som underläkare under slutet av utbildningen eller efter examen innan de påbörjar sin AT. Detta ger dem ytterligare klinisk träning, vilket i vissa fall kanske är »räddningen« för de medicinska fakulteterna. Att vikariera som underläkare är förstås en bra erfarenhet, men ska inte vara nödvändigt för att klara av sin AT.

Dyrt tjänstgöra på annat håll

Från universitetens sida har man försökt lösa problemet genom att låta studenterna göra delar av sin kliniska tjänstgöring på andra sjukhus än universitetssjukhuset. I framtiden kommer vi troligtvis att få se ännu fler sådana utlokaliseringar. Det innebär en ökad kostnad både för den medicinska fakulteten och för den enskilda studenten i form av resor och