

*Kapacitets- och kompetensfrågan.* Om samhällsmedicinens resurser skall engageras för behandlingsinsatser inom vården behövs många fler enheter än idag. För att inte bli en enhet som enbart administrerar patienter och remitterar dem åt olika håll måste patientmottagningen ha en avsevärd kompetens och resurs för diagnostik, utredning och behandling. Det kan inte vara försvarligt att bygga upp ytterligare enheter för detta då de redan finns inom vården.

Patientverksamheten kräver också en klinisk fortbildning jämsides med den samhällsmedicinska. Det motsäger inte att personer inom samhällsmedicinen med vårdutbildning (läkare, sjuksköterskor, psykologer, kuratorer, sjukgymnaster, arbetsterapeuter m fl) ägnar sig åt en viss klinisk verksamhet för att bibehålla sin vårdkompetens, följa utvecklingen i vården och få impulser till viktiga samhällsmedicinska frågor att analysera. Detta bör dock ske inom respektive kliniska grundspecialiteter.

### Organisatorisk placering

Frågan om den organisatoriska placeringen av samhällsmedicinen måste naturligtvis lösas i förhållande till landstingens organisation i övrigt. Arbetsuppgifternas övergripande karaktär gör det naturligt att arbetet sker nära den funktion som ansvarar för landstingets strategiska planering.

Redan för tio år sedan varnade man för att decentralisera och tunna ut de små resurserna istället för att skapa en sammanhållen enhet med tillräcklig bredd och kritisk storlek [8]. Den bedömningen håller fortfarande.

Folkhälsoarbetet drivs däremot vid ett stort antal spridda mötesplatser för människor, både offentliga och civila.

### Referenser

1. Landstingens folkhälsoansvar. Stockholm: Socialstyrelsen, 1994. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, 1994:6.
2. Hela folkets hälsa. En nationell strategi. Stockholm: Folkhälsogruppen, 1991:8.
3. Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. New York: Aldine de Gruyter, 1994.
4. Wilkinson RG. Unhealthy societies – the afflictions of inequality. London: Routledge, 1996.
5. Friedman MJ, Charney DS, Deutch AY, eds. Neurobiological and clinical consequences of stress. From normal adaption to post-traumatic stress disorder. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1995.
6. WHO-Euro. Health for all targets – the health policy for Europe. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1993.
7. Agenda 21. Förenta nationernas konferens om miljö och utveckling. Stockholm: Miljö- och naturresursdepartementet, 1992.
8. Landstingsförbundet. Samhällsmedicin i utveckling. Stockholm: Landstingsförbundet, 1988.

# LOKALANESTESI AV VÄRDE VID KEJSARSNITT

**Ett ovanligt kejsarsnitt i lokalanestesi gjordes på en kvinna med kondrodystrofi och nackproblem. Ingreppet gjordes i halvsittande ställning. Fallet demonstrerar ett fortsatt värde av lokalanestesi och vad som är möjligt att göra med en positiv inställning från patienten och flexibilitet från vårdpersonalen.**

Att utföra ett kejsarsnitt i lokalanestesi är väl beskrivet i litteraturen [1-3]. Att operationen dessutom måste utföras med patienten i halvsittande ställning tillhör sällsyntheterna och finns inte tidigare beskrivet. Kvinnan kan inte ligga på rygg eller sidan på grund av nackproblem. Hon kan inte på grund av bäckenträngsel föda barn vaginalt, ett vanligt problem vid kondrodystrofi.

### FALLBESKRIVNING

En 28-årig kvinna, 3 gravida, 2 para, med kondrodystrofi. Patienten är 128 cm lång och vägde vid operationstillfället 80 kg.

### Komplikationer vid tidigare kejsarsnitt

Det första kejsarsnittet 1987, på grund av absolut bäckenträngsel, gjordes i epiduralanestesi. Tyvärr fungerade denna bedövningsform dåligt, förmodligen beroende på patientens kondrodystrofi. Vid nästa kejsarsnitt 1993 valde man därför intubationsnarkos. Denna komplicerades med att patienten postoperativt fick synfältsbortfall, besvär med att det svartnade för ögonen och rotatorisk yrsel vid rygg- och sidolägen. Patienten fick därefter också en känsla av att hon ville falla omkull och förlora medvetandet. Detta har medfört att patienten bara kan sova i framstupa sidoläge.

Utredningen har visat att det är trångt i foramen magnum med en midja i ryggmärgen på övergången mellan medulla oblongata och medulla spinalis. Neurologiskt har man bedömt att besvären kan bero på en benign paroxysmal lägesyrsl, men man kan inte utesluta att det hela beror på trängseln i foramen magnum. Problemen för patienten är uttalade, speciellt vid lägesändringar.

sluta att det hela beror på trängseln i foramen magnum. Problemen för patienten är uttalade, speciellt vid lägesändringar.

### Infiltrationsanestesi och halvsittande patient

Så var situationen inför det tredje kejsarsnittet. Efter diskussion mellan patient, operatör och narkosläkare kom man fram till att kejsarsnittet skulle utföras i infiltrationsanestesi och att patienten i det närmaste skulle stå under ingreppet. Det hela komplicerades ytterligare av att patienten fick för tidiga värkar, och man fick avsluta graviditeten vid 34 fullgångna veckor. Barnet låg dessutom i tvärläge, vilket gjorde ingreppet tekniskt svårare.

Ingreppet utfördes på följande sätt: Patienten placerades på en tippbräda som tippades till närmast vertikal position. På tippbrädans fotstöd placerade man en pall, där patienten kunde halvsitta under operationen. Ett operationsassistentbord utgjorde narkosbåge och dessutom armstöd för patienten. Operatören och assistenten måste därför sitta på varsin låg pall med en höjd av 10 cm rakt framför patienten.

Huden infiltrerades, därefter lades ett sedvanligt nedre medellinjessnitt i bukväggen och uterus öppnades med ett lågt tvärsnitt. Infiltrationsanestesi lades i lager efter lager allteftersom operationen fortskred. Totalt användes 215 ml 0,25-procentig Xylocain med adrenalin under 60 minuter.

Under operationen fick patienten syre via näsgrimpa och monitorerades med EKG, pulsoximeter och arteriellt blodtryck.

### Nöjd mor

Barnet utförskaffades lätt och vägde 2 850 g och fick Apgar 7, 8, 8 efter 1, 5

### Författare

ODDVAR BAKOS  
tf överläkare, kvinnokliniken

PER ELOWSSON  
överläkare, anestesi-kliniken; båda på Akademiska sjukhuset, Uppsala. ▶

**ANNONS**

respektive 10 minuter. Efter utförskaffandet av barnet fick mamman små doser Fentanyl, totalt 0,75 mg. På grund av närheten till golvet fick patienten också antibiotikaproylax. I beredskap fanns också hela tiden en van öronläkare för fiberoptisk intubation, en nackkrage var utprovad inför denna eventualitet. Patienten klagade något över tryckkänsla i buken under operationen, i övrigt överstod patienten ingreppet väl och var mycket nöjd efteråt.

## DISKUSSION

Kejsarsnitt i lokalanestesi har av många ansetts ha flera fördelar. Det går att göra ingreppet med en bra smärtlindring, och vi använde en stegvis infiltration i olika lager som tidigare beskrivits av Ranney, 1975 [1]. Patienten klagade heller inte över att ingreppet hade varit smärtsamt. Lokalanestesi ger knappast någon risk för påverkan av barnet. I detta fall fanns det inte annat att välja på då intubation inte var möjlig på grund av risk för försämring av nackskadan, och spinalanestesi var inte någon attraktiv bedövningsform på grund av patientens kondrodystrofi. Att vi dessutom fick göra ingreppet med patienten i närmast stående ställning gjorde det hela speciellt, och något motsvarande fall är vad vi vet inte tidigare beskrivet.

## Speciella omständigheter för moder och operatör

Nackdelar med ingreppet var självklart svårigheten med att göra ett aseptiskt ingrepp, operationsområdet var ca 40 cm ovan golvet, och en inkomfortabel situation för både mamma och operatör. Dessa speciella omständigheter resulterade i en lång operationstid (65 minuter). Ingreppet tog också längre tid då operatören inte var van att göra kejsarsnitt i lokalanestesi. För att säker-

ställa patientens välbefinnande under dessa omständigheter kommunicerade hon under hela ingreppet med narkosläkaren. Hon kunde hela tiden ge till känna om hon blev för besvärad. Med lokalanestesi hade hon kvar sina autonoma reflexer, och denna anestesiform ger ringa hemodynamisk påverkan.

Infiltrationsanestesi kan kombineras med paracervikalblockad [Martin Hson Holmdahl, pers medd, 1996]. Detta ger en förbättrad bedövning vid hantering av uterus och vid uttagande av barnet. Någon paracervikalblockad var emellertid inte möjligt att lägga då patienten inte kunde ligga på rygg.

## KONKLUSION

Denna fallbeskrivning visar att man med en positiv attityd från patienten och en flexibel hållning från vårdpersonalen kan göra ett säkert och i det närmas- te smärtfritt kejsarsnitt, i en till synes svår och ovanlig situation som denna. Lokalanestesi är fortfarande ett alternativ också i länder med tillgång till annan och mera avancerad anestesi.

## Referenser

1. Ranney B, Stanage WF. Advantages of local anesthesia for cesarean section. *Obstet Gynecol* 1975; 45: 163-7.
2. Cooper MG, Feeney EM, Joseph M, McGuinness JJ. Local anaesthetic infiltration for caesarean section. *Anaesth Intensive Care* 1989; 17: 198-212.
3. Gordh T. Infiltration anaesthesia for caesarian section. In: Eriksson E, Döberl A, eds. *Illustrated handbook in local anaesthesia*. Copenhagen: Munksgaard, 1969.

## Om tidningen inte kommer

Om Läkartidningen inte kommit som den skall på onsdag, fundera på om skälet till den uteblivna tidningen kan vara något av följande:

Är prenumerationen betald?

Är definitiv flyttning anmäld?

Postens tillfälliga eftersändning gäller sex månader, sedan går feladresserade tidningar i retur.

Men om dessa orsaker inte kan vara de rätta: Ring Läkartidningens marknadsavdelning, telefon 08-790 33 00.

Om prenumerationen inte betalats i tid och läsaren därför missar några nummer kan vi inte skicka dessa automatiskt, utan de får köpas som lösnummer om exemplar finns kvar.



Särtryck av serien om

# VÅLD och AGGRESSIVITET

Många människor uppfattar våldet som en av de största hälsoriskerna. Våldet möter läkare från olika specialiteter på skilda nivåer inom vården. Det kan också drabba dem själva.

Under 1994-95 publicerade Läkartidningen 26 artiklar som tillsammans gav ett brett medicinskt perspektiv på ämnet våld och aggressivitet. De har nu samlats i ett 84-sidigt häfte som kan beställas med kupongen nedan.

Pris 95 kronor. Vid 11-50 ex 95 kronor, vid högre upplagor 80 kronor/exemplar.

Beställer härmed

..... ex Våld

Namn

Adress

Postnummer/Postadress

Insändes till Läkartidningen,  
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet »Våld»

Telefax 08-20 76 19