

akut och i regel krävs blodtransfusion omgående [2].

Beträffande avlägsnandet av placenta är meningarna delade, men i regel varnas för detta i läroböckerna [2, 3]. I detta fall bedömde vi det som säkrast att avlägsna den, då den redan var delvis avlossad och trasig. Det lyckades utan någon större blodförlust, vilket dock var något hasardartat, då vi ej hade någon blodgivare i det ögonblicket och Hb var mycket lågt.

Blodtransfusion är ofta ett stort problem i u-länder, som Gunnar Isaksson också framhöll i sin artikel [1]. Blodbank finns i regel inte, dels beroende på brist på eller oregelbundna avbrott i elförsörjningen, dels beroende på att det ofta är svårt att få villiga blodgivare. Kvinnorna har ofta kronisk anemi beroende på endemisk malaria, som ger hemolys, och hakmaskinfestation, som ger tarmlösligheter. Infrastrukturen är ofta dåligt utvecklad med dåliga vägar, brist på transportmedel och ingen telefon.

Malaria är vanlig under graviditet och efter förlossning, beroende på att immunförsvaret försvagas i samband med graviditet [4]. »Malariaslide» brukar tas före behandling, men kan vara negativ trots rikligt med parasiter i placentan. I detta fall ordinerades »malariaslide» före behandlingen med klorokin, men blev troligen aldrig utförd.

Puerperiet komplicerades av symptom som visade sig bero på massiv maskinfestation. I detta fall kunde diagnosen ställas genom spontan maskavgång, men i regel erhålls den genom mikroskopisk undersökning av maskägg i feces.

## Referenser

1. Isaksson G. Abdominell graviditet hos kvinna i Kenya. Läkartidningen 1997; 94: 3061-2.
2. Bergström S. Förlossningsvård i u-land. 1988.
3. Symonds E. Essential obstetrics and gynaecology. London: Churchill Livingstone, 1994.
4. Bergström S, Höjer B, Liljestrand J, Tunell R. Perinatal health care with limited resources. London: The MacMillan Press, 1994.

# Moderns önskemål om kejsarsnitt vägde tungt

Anoxiskada ersättningsbar trots att fel ej begåtts

**Ett fall av förlossningsskada har av Patientskadenämnden bedömts berättiga till ersättning trots Patientförsäkringens bedömning att skadan inte kunde anses vara undvikbar och trots Ansvarsnämndens kritiska men friande dom. Modern hade före förlossningen blivit lovad kejsarsnitt »på vida indikationer» på grund av en tidigare, besvärlig förlossning som avslutats med kejsarsnitt. Patientskadenämnden bedömde att skadan hade kunnat undvikas om kejsarsnitt hade gjorts tidigare än när beslutet om vakuumentraktion fattades.**

Av de skador som handläggs vid Patientförsäkringens har de som inträffat på foster i samband med förlossning de allvarligaste konsekvenserna, med höggradig invaliditet som följd. Vid sådana behandlingsskador utbetalas ofta mycket höga ersättningar (flera miljoner kronor per skada). Under 1980-talet ökade antalet sådana skador där ersättning utbetalas, vilket också kom att påverka totalkostnaderna för försäkringen. På senare år har antalet till Patientförsäkringens anmälda förlossningsskador på grund av syrebrist minskat, framför allt de skador där ersättning betalats ut. Detta beror sannolikt främst på att man idag har bättre möjlighet att uttala sig om orsakssambandet mellan handläggningen under förlossningen och barnets tillstånd i neonatalperioden. Vi vet till exempel att det är högst 15–20 procent av fallen av låg Apgar-poäng vid 5 minuter som har att göra med syrebrist under förlossningen. I övriga fall föreligger andra orsaker, som kan vara relaterade till förlossningen men som även kan ha ett ursprung mycket längre tillbaka i graviditeten.

Även när det är uppenbart att skadan uppkommit i samband med förlossningen kan det bli svårt att fastställa om skadan är ersättningsberättigad eller ej. För att ersättning skall kunna betalas ut krävs att skadan varit undvikbar.

## Fallbeskrivning

En 29-årig andragångsföderska hade två år tidigare genomgått en långdragen



## SERIE

Tidigare artiklar i serien återfinns i Läkartidningen nr 17, 18, 22, 25, 26–27, 28–29, 35, 38, 44 och 48 1996, i nr 8, 10, 20, 36 och 43 1997 samt 7 1998.

förlossning som avslutades med kejsarsnitt.

Inför den aktuella förlossningen hade man i samråd med den överläkare som kontrollerat graviditeten beslutat att i första hand försöka förlösa vaginalt men vid behov göra kejsarsnitt »på vida indikationer».

Patienten inkom till länsdelssjukhusets förlossningsavdelning på kl 02.55 dagen för beräknad partus. Värkarna var till att börja med relativt svaga och oregelbundna, och hon fick sova under natten på vårdavdelningen. Nästa dag tilltog hennes värkar, och hon överfördes till förlossningen kl 14.15. En annan överläkare än den som tidigare skött patienten var jour. Han ordinerade smärtlindring i form av petidininjektioner och paracervikalblockad. Kl 16.30 fick patienten epiduralanestesi. I samband med detta sattes på grund av avtagande värkar oxytocindropp som ökades successivt. CTG-registreringen var från början normal, men kl 19.15 tillkom måttliga variabla decelerationer och lätt förhöjd basalfrekvens men med god korttidsvariabilitet. Kl 20.35 till-

## Författare

ULF HANSON

docent, överläkare, kvinnokliniken, Regionsjukhuset i Örebro.

kallades därför förlossningsläkaren från hemmet och kl 21.00 påbörjades vakuumextraktion, »huvudsakligen av humanitära skäl». Med sugklockan kunde man dra ned huvudet till bäckenbotten och med hjälp av ett vänsterklipp och samtidig yttre press förlösa barnet i vidöppet läge. Barnet var slappt (Apgar 2–4–6) och fördes omedelbart till återupplivningsbordet. Anestesiolog startade återupplivning inom 2 minuter, och barnet fördes sedan till länssjukhuset, där förlopp och utredning har visat neurologiska skador förenliga med syrebrist under förlossningen.

Modern uppger i sin anmälan att hon flera gånger vädjat till förlossningsläkaren att »få bli snittad» eftersom hon kände »att det gick åt samma håll som förra gången». Detta framgår inte av journalen men vidimeras av tjänstgörande barnmorska.

### Patientförsäkringens bedömning

Journalerna och CTG-kurvorna har granskats av två sakkunniga, som var ganska eniga om att inga tecken till allvarlig påverkan på fostret förelåg förrän ca kl 20.40 och att man då inom rimlig tid ingripit och förlöst barnet. Patientförsäkringen ansåg därför att symtomen i samband med förlossningen har tolkats på ett sätt som överensstämmer med allmänt vedertagen praxis och att några medicinska indikationer för att förlösa tidigare med kejsarsnitt inte förelåg. Man har följt etablerad praxis, och därmed ansågs skadan inte undvikbar och alltså inte ersättningsbar. Där emot ifrågasattes inte att skadan kunde ha samband med syrebrist under förlossningen. Alla barn reagerar inte med CTG-förändringar som ger skäl till ingripande innan skada skett.

Föräldrarna anmälde fallet till Ansvarsnämnden och överklagade till Patientskadenämnden.

### Ansvarsnämndens bedömning

Ansvarsnämnden bedömde att behandlande läkare – med hänsyn till patientens rädsla och oro och den svårvärderade CTG-kurvan – borde ha valt att antingen göra ett kejsarsnitt eller bestämna pH i blodprov från fostrets skalp om man ville fortsätta att avvakta. Eftersom CTG-mönstret inte gav alldeles klara signaler om att fostret led av syrebrist kunde läkarens underlåtenhet att vidta någon av dessa åtgärder inte anses strida mot vetenskap och beprövad erfarenhet. Han skulle därför inte åläggas disciplinpåföljd.

### Patientskadenämndens bedömning

Vid nämndens prövning av fallet tillkom ytterligare ett sakkunnigutlåtande

(av författaren), som i huvudsak delade tidigare bedömning av ärendet. Dessutom hade föräldrarna möjlighet att personligen redogöra för sin uppfattning av händelseförloppet. Nämnden konstaterade att det var övervägande sannolikt att barnet drabbats av hjärnskada på grund av syrebrist i samband med förlossningen och att denna skada hade kunnat undvikas om barnet förlöst tidigare via kejsarsnitt. Det är också klart att modern vid ett flertal tillfällen under förlossningens gång påtalat den behandlingsplan, med möjlighet till kejsarsnitt på vida indikationer, som överenskommit på mödravårdscentralen. Med hänsyn främst till den uppfattning Ansvarsnämnden gett uttryck för angående hur förlossningsläkaren borde ha handlat, ansåg nämnden att läkaren borde ha avslutat förlossningen med ett kejsarsnitt och att detta borde ha utförts i ett tidigare skede än när man beslöt att använda sugklocka. Om så skett är det övervägande sannolikt att ingen hjärnskada uppstått, dvs att skadan varit undvikbar. Nämnden ansåg därför att det förelåg en ersättningsbar behandlingsskada.

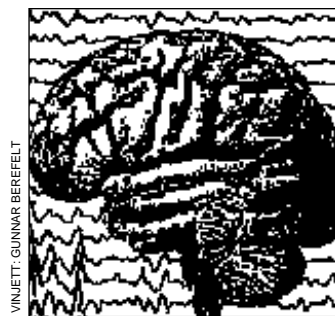
### Kommentar

Detta är principiellt mycket intressant. Barnet uppvisade i neonatalperioden symtom på skador som är väl förenliga med syrebrist under förlossningen. Tyvärr finns inte alltid möjlighet att upptäcka detta, och toleransen för syrebrist varierar hos olika barn. Samtliga experter som uttalat sig i ärendet är i stort sett överens om att det inte förelåg någon medicinsk indikation för ett tidigare avslutande av förlossningen. Mot den bakgrunden kan skadan inte betraktas som undvikbar. Å andra sidan är det möjligt att skadan hade kunnat undvikas om man hade gjort kejsarsnitt tidigt under förlossningen. Patientskadenämndens bedömning grundades på att patienten var lovd kejsarsnitt på vida indikationer samt på den kritik som Ansvarsnämnden framfört.

Det är utomordentligt viktigt att skilja på Patientskadenämndens och Ansvarsnämndens bedömning. Patientförsäkringen är ingen disciplinstans och har därför vidare ramar för sin bedömning än Ansvarsnämnden. Den senare nämnden skall tolka vetenskap och beprövad erfarenhet. En disciplinpåföljd, motiverad med att patienten önskat kejsarsnitt under förlossningen, hade då fått orimliga konsekvenser.

Patientskadenämndens bedömning i detta ärende kan, men behöver inte, leda till att en skada på grund av syrgasbrist hos barnet är ersättningsbar om patienten under förlossningen uttryckt önskemål om kejsarsnitt. Utvecklingen blir intressant att följa. •

## EPILEPSI



### Särtryck av en serie i Läkartidningen 1996–1997

Epilepsi är en av de största grupperna av neurologiska sjukdomar. Omkring 60 000 personer i Sverige har aktiv epilepsi, och man räknar med att ca 10 procent av befolkningen någon gång får ett epileptiskt anfall.

De senaste årens utveckling har inneburit väsentliga förändringar i diagnostiken och behandlingen av epilepsi. Farmakologisk terapi gör relativt snabbt en dominerande andel patienter anfallsfria, och prognosen på längre sikt är inte heller ogynnsam.

Förändringarna i diagnostiken och tillkomsten av flera nya medel motiverar den uppdatering som Läkartidningens serie om epilepsi syftade till. Seriens artiklar har nu samlats i ett särtryck, som utöver farmakoterapi och kirurgisk behandling belyser epidemiologisk differentialdiagnostik, utredning samt rehabilitering. Även de särskilda problemen vid epilepsi och graviditet analyseras.

Häftet omfattar 9 artiklar på sammanlagt 40 sidor + omslag. Priset är 45 kronor, vid köp av 11–50 ex 40 kronor och vid större upplagor 35 kronor/ex.

Beställer härmed

..... ex Epilepsi

.....  
Namn

.....  
Adress

.....  
Postnummer/Postadress

Insändes till Läkartidningen,  
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet »Epilepsi»

Telefax: 08-20 76 19