

# Nedläggning av barnkliniker ger sämre vård på länsdelssjukhus

**Den slutna barnsjukvården har försämrats på länsdelssjukhus där barnkliniker lagts ned för att man vill spara pengar. Barn läggs nu in på vuxenavdelningar som saknar skolad barnpersonal, lekterapi och specialiserade rutiner. Det visar en enkät till barn- och ungdomsmottagningar på sjukhus över hela landet som saknar speciella barnplatser. Samtidigt sker en utveckling av dagvården som medför medicinska, psykologiska och sociala fördelar.**

Under det senaste decenniet har antalet platser på svenska barn- och ungdomskliniker skurits ned drastiskt, trots att allt fler barn vårdas där och trots att åldersgränsen för patienterna höjts från 15–16 till 18 år [1-4]. Platsantalet har minskat huvudsakligen på grund av att avdelningar stängts. Många sjukdomar och utredningar som tidigare sköttes inom slutenvården sköts nu i öppna vårdformer. Dagvården har utvecklats och finns nu på de flesta barn- och ungdomskliniker [3-5]. Vårdtiderna i slutenvård har minskat kraftigt och är på en del kliniker kortare än tre dagar [4].

## Fler kliniker i fazonen

Antalet barn- och ungdomskliniker, som för några år sedan var 44, kommer troligen om några år att vara under 40. Det finns en press från huvudmännen att ytterligare minska antalet kliniker. Speciellt utsatta är de mindre kliniker, eftersom de större förväntas ha ekonomiska stordriftsfördelar. Därför är

det värdefullt att studera barnmottagningar på länsdelslasarett utan platser för slutenvård för att få en uppfattning om fördelar och nackdelar med dessa och vilken service de kan ge allmänheten. Vid ytterligare nedläggningar hamnar flera sjukhus i en liknande situation.

Författarna sände hösten 1996 ut en enkät till 18 barn- och ungdomsmottagningar vid sjukhus över hela landet som saknade speciella barnplatser. 16 svarade. En kompletterande enkät sändes ut våren 1997.

Mottagningarnas upptagningsområde varierade från 6 000 till 20 500 barn och ungdomar under 19 år. Avståndet till barnklinik var i medeltal 65 km (25–125 km) med en beräknad restid med bil på i medeltal 50 minuter (20–90 minuter).

Antalet läkarbesök varierade mellan 1 800 och 5 000 med ett medeltal på 2 900. Motsvarande för sjuksköterskor var 330 respektive 1 000 besök med ett medeltal på 540. Antalet barnläkare varierade mellan 1 och 6 och antalet sköterskor mellan 1,5 och 4.

Förlossningsavdelningar fanns på 9 av de 16 med mellan 250 och 1 400 förlossningar (medeltal 700). Sju sjukhus hade inte någon egen förlossningsavdelning.

Separat dagvårdsavdelning för barn fanns endast på två av sjukhusen. Två hade en integrerad dagvård som del i mottagningen, och vid den ena gjordes 150 undersökningar och behandlingar per år. På samtliga mottagningar gjordes undersökningar och behandlingar som tog mer än 1–2 timmar, dvs över gränsen för dagvård. Det innebär att samtliga hade dagvårdsverksamhet även om den inte var formellt organiserad.

Barn lades in på det egna sjukhuset i fall av barnmedicin hos 5 av de 16, öronpatienter hos 4 och kirurgpatienter hos 14. Det gäller huvudsakligen korta vårdtider och observationer.

Många barnläkare anmärkte på att de hade liten insyn i hur dessa barn behandlades och att det fanns svårigheter med journalföringen. I de fall då patienter skickades till annat sjukhus fanns där ofta bristande kunskap om det sjuk-

hus som skickat patienten och om det lokala samhällets förhållanden.

I den öppna vården hade de mellan 5 och 50 procent akuta fall (tidsbetallning samma dag), i medeltal 30 procent. En tredjedel hade egen barnavårdscentral, en tredjedel egen skolverksamhet och en femtedel var konsulter åt distriktsläkarna på vårdcentralerna och drygt 50 procent på BVC.

De flesta skötte habiliteringsbarnen på sin mottagning eller på habiliteringsmottagning men såg dem inte i skolan eller på BVC.

## Stora variationer

Storleken på mottagningarna varierade, vilket man kanske kunde förvänta mot bakgrund av stora variationer i upptagningsområdenas storlek. Flertalet skötte ett stort och varierat patientmaterial i samarbete med barn- och ungdomsklinik och primärvård.

Huvudarbetet låg på de kroniskt sjuka barnen, men akutsjukvård tog stor del liksom en del barnhälsovård på BVC, vårdcentraler och skolor. Denna del var dock mindre än vi hade förväntat oss.

Det var anmärkningsvärt att så många barn lades in på vuxenkliniker för observation och vård. Detta skedde beträffande kirurgi även på de sjukhus som hade nära till barnklinik. Att så sker är förklarligt om det är långa avstånd men bör göras så sällan som möjligt med tanke på de problem av medicinsk, emotionell och ekonomisk natur som kan uppstå i de fallen.

En stor press läggs på länsdelssjukhusens jourhavande, som ofta är läkare under specialistutbildning i kirurgi, medicin eller allmänmedicin. Ett förhållande som kan vara en av orsakerna till att många barn fortfarande inte läggs in på barnklinik. Avsaknaden av lokaler planerade för barn, lekterapi, speciellt skolad barnpersonal och speciella rutiner för barn och ungdomar på sjukhusens vuxenavdelningar är en allvarlig kvalitetsbrist när det gäller slutenvård av dessa barn.

Öppnande av formella dagvårdsenheter torde endast delvis kunna påverka inläggningsbehovet eftersom de flesta av enheterna i praktiken hade dagvård.

## Författare

GUDMUND BERGQVIST

docent, klinikchef, barn- och ungdomskliniken, Örnsköldsviks sjukhus

KRISTINA HEMMINGSSON

överläkare, barn- och ungdomsmottagningen, Härnösands sjukhus.

Inläggningar sker ofta på nätter och helger när dagvården är stängd.

### Lång tids utveckling förlorad

Den slutna vården på länsdelssjukhusen förefaller sammanfattningsvis ha kvalitetsbrister på en rad punkter på grund av sjukhusens avsaknad av barnklinik. Nedläggning av avsides belägna barnkliniker i besparingssyfte medför alltså en rad försämringar. Flera decenniers utveckling har gått förlorad när det gäller omvårdnad och allmänt medicinskt och psykologiskt omhändertagande. Samtidigt är tillgång till pediatrik öppenvård naturligtvis av stort värde för samhället. Vi vill påpeka att detta gäller allmän pediatrik i fråga om relativt vanliga sjukdomar och även behovet av samvård vid vanliga sjukdomar hos barn som annars ligger på kirurg-, ortoped- och öronkliniker etc.

Vid sällsynta sjukdomar och för sådant som kräver särskilt kunnande och speciell teknisk utrustning bör naturligtvis en centralisering ske, vanligtvis till regionnivå.

### Referenser

1. Verksamhetsberättelse för barnmedicin 1991. Stockholm: Spri, 1992.
2. Verksamhetsberättelse för barnmedicin 1994. Stockholm: Spri, 1995.
3. Verksamhetsberättelse för barnmedicin 1995. Stockholm: Spri, 1996.
4. Verksamhetsberättelse för barnmedicin 1996. Stockholm: Spri, 1997.
5. Axelsson L. Dagsjukvård vid svenska barnkliniker. BLF-Nytt 1996; 4: 6-8.

# HELLP en livshotande graviditetskomplikation

## Specifik koagulationsfaktorbehandling nu möjlig

**HELLP-syndromet (hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets) är en ovanlig men potentiellt livshotande hypertoniassocierad graviditetskomplikation. Symtomen är ospecifika och bör uteslutas med hjälp av upprepade provtagningar avseende levervärden och trombocytantal hos alla gravida kvinnor som söker på grund av illamående och smärta över levertrakten. Behandlingen grundar sig på hypertoni kontroll och snabb förlossning. Förutom blödning på grund av trombocytopeni kan bilden ytterligare kompliceras av fullt utvecklad DIC (disseminated intravascular coagulation). De senaste årens utveckling har gjort substitutionsbehandling med specifika koagulationsfaktorer möjlig vid dessa svåra tillstånd.**

HELLP-syndromet (hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets) [1] beskrevs för första gången 1954 [2], men själva akronymen myntades inte förrän 1982 [3]. Det förekommer i en frekvens mellan 0,1 och 0,85 procent av alla graviditeter och kan räknas till de hypertoniassocierade graviditetskomplikationerna. Det anses vara besläktat med preeklampsi, graviditetsassocierat hemolytiskt uremiskt syndrom och akut njursvikt post partum [1]. Det förekommer som komplikation till preeklampsi, men i 20 procent av fallen saknas hypertension och proteinuri. HELLP är förenat med ökad maternell dödlighet (0–24 procent i olika studier) och ökad perinatal dödlighet (7,7–60 procent) [1, 4]. Dessa patienter löper risk att utveckla multipel organsvikt och DIC (disseminerad intravasal koagulation). Tidig diagnos och förlossning är hörnstenarna i behandlingen. Bästa möjliga underhållande behandling och korrektion av de hematologiska avvikelserna är också av största vikt, särskilt i de fall där symtomen uppstår eller förvärras efter förlossning. En presentation av tre

fall gjordes i Läkartidningen 1990 [5]. Med anledning av ett nyligen gemensamt handlagt fall vill vi här göra en uppdatering av behandlingsmöjligheter, särskilt från koagulationssynpunkt.

### FALLBESKRIVNING

Fallet handlar om en tidigare frisk 35-årig kvinna, I-gravida. Hon hade haft normalt blodtryck under hela graviditeten och endast måttlig proteinuri vid mödravårdscentralens kontroll i graviditetsvecka 37. Tio dagar före beräknad partus inkom hon akut till förlossningsavdelningen vid Högländssjukhuset, Eksjö, efter att två timmar tidigare fått plötsligt insättande smärtor i epigastriet, tryckkänsla, andningssvårigheter och kaffesumpliknande kräkning. Vid ankomsten noterades smärtor upptill i abdomen och dyspné. CTG(kardiokografi)-kurvan var normal, blodtrycket marginellt förhöjt, Hb var 170 g/l, och urinsticka visade +2 proteinuri. Hon behandlades med Petidin och

### Författare

EVA ZETTERBERG

underläkare, sektionen för hematologi och koagulation, invärtesmedicinska kliniken sydvästra Skåne, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

CARLO MUCCHIANO

överläkare, anestesikliniken-IVA, Högländssjukhuset, Eksjö

JES WESTERGAARD

överläkare, kvinnokliniken, Högländssjukhuset, Eksjö

STEFAN LETHAGEN

docent, överläkare, koagulationsmottagningen, sektionen för hematologi och koagulation, invärtesmedicinska kliniken sydvästra Skåne, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

ERIK BERNTORP

docent, överläkare, sektionschef, koagulationsmottagningen, sektionen för hematologi och koagulation, invärtesmedicinska kliniken sydvästra Skåne, Universitetssjukhuset MAS, Malmö.