

ST-läkare och primärjour när ett barn föds i vecka 22

»Kunskapsbanken» när det gäller situationer där underläkare inte känt det stöd de önskat tror jag är oändligt stor. Allteftersom tiden går grumlas emellertid medvetandet och minnen förvanskas, ibland till den grad att de uppgifter man vågar (orkar) ta fram och ventileras, oftast är sådana där man själv framställs i gynnsam dager – »det där klarade jag av utan hjälp, trots att bakjouren var ointresserad» etc. Ursäkterna är många.

Men hur ofta talar vi om det som uppkommer på grund av icke förväntade händelser eller för att vi inte hade/har mer kunskap eller erfarenhet? Eller för att jag råkar vara jour och alltså befinner mej på »fel» plats med »fel» personer runt kring mej? Kan man vara förberedd på allt eller förväntas man vara det? Är det en rimlig förväntan?

Händelsen

Jag tjänstgjorde i början av ST-utbildningen på en kvinnoklinik och var, när händelsen inträffade, primärjour; var inne på min trettioandra jourtimme på 3 dygn med 24 timmars vila. Jag hade »bara» 10 timmar kvar av hela passet. Jag kände till patienterna som vårdades på avdelningarna, bland dem en kvinna, spiralgravid med prematur vattenavgång i vecka 22 (övergång vecka 23, veckan efter) på den gynekologiska avdelningen. Kontakt med universitetssjukhus skulle etableras för att remittera patienten veckan därpå, detta för att öka säkerheten vid eventuellt för tidig förlossning. Dock visste man inte om patienten skulle accepteras av specialistsjukhuset – det kunde vara för tidigt att skicka henne, vilket också var uppfattningen på hemkliniken. (Hur skulle det se ut om alla med prematur vattenavgång skulle ligga på förlossningen eller BB? Tillsammans med nyförlösta?)

Därför kom händelsen att utspelas på en gynavdelning. Handläggningen var den gängse. Enligt gällande PM blev foster inte barn förrän tidigast i vecka

28. (Vad har man att förlita sej på om inte PM?)

Jag gick och lade mej. Efter en halvtimme ringde personalen från gynavdelningen. Kontakt togs med erfaren bakjour då kvinnan ånyo började få ont. Hon hade under det föregående dygnet haft smärta och man hade då försökt hämma värkarbetet. Underförstått rörde det sig om en prognos pessima, dvs det skulle förmodligen bli en sen abort. En sådan hade jag varit med om vid ett (1) tidigare tillfälle. Kvinnan skulle inte flyttas. Flera kontakter togs med bakjouren mot nattens sena timme.

Aldrig faller det den mer erfarna in att erbjuda sej att komma. Att själv be om detta kan vara ett stort steg. Man själv kan vara aningslös, man har tilltro till kollegerna med större erfarenhet. Man kan inte förutsäga förloppet. Kanske värkarna lugnar ned sej? Det har de gjort tidigare.

Hela natten finns jag vid kvinnans sida. Försöker trösta, lugna men vill inte verka för optimistisk. Erbjuder och ordinerar mediciner. På morgonsidan händer det som inte kan eller ska hända – fostret bestämmer sej för att vara baby och inte riskavfall. Det är omtumlande. Kontakt tas med barnkliniken då barnet inte bara initialt är levande utan bara blir mer och mer aktivt. Så litet och så starkt. Kommer det bara att visa livstecken en kort stund? Min erfarenhet av en sådan här situation är starkt begränsad. Under utbildningen pratade man om 26 veckor som en magisk gräns. Magisk?

Kände mig »blödig»

Jag ringer bakjouren och meddelar att kontakt tagits med barnläkare. Jag fick en känsla av att jag var »blödig» som tillkallat barnläkare, att det här är sådant som händer och nästan alltid hänt på kvinnokliniker (att foster visat livstecken).

Utgången blev tyvärr inte lycklig; barnet avled efter ca 14 dagar i en infektion. Det fanns inget samband mellan omhändertagandet initialt och barnets död (enligt föräldrarna). Jag fick förstås ingen officiell information om utgången.

Massmedia fick klorna i händelsen (på grund av läcka från sjukhusperso-

Jourens eklut. En artikelserie där läkare redovisar tidiga och viktiga erfarenheter av jourarbete. Det första bidraget var infört i nr 22/99.

nal). En hetsjakt uppstod, en slags följetong i de lokala nyheterna. Myndigheter tillkallades för att se över rutiner, de har en sakkunnig, likaledes ansvarig för att endast patienter över viss graviditetsvecka kan remitteras. Från en närliggande klinik höjdes röster för ökade resurser, detta var ett ypperligt tillfälle att se om sitt eget hus. Om detta uttalande man sej gärna massmedialt.

Föräldrarna anmälde inte till ansvarsnämnden. Det gjorde myndigheterna. Dess representanter förklarade att om händelsen utspelats för några år sedan hade det överhuvudtaget inte tagits någon notis om den alls (citata). Men eftersom det hände nu kunde det vara intressant att diskutera frågan utifrån ett ansvarsärende.

Detta uttalande har fått mej att fundera över om den medicinska etiken följer den tekniska utvecklingen? Finns det en teknisk etik? Eller snarare, borde vi inte oftare diskutera etiska aspekter på medicintekniskt svåra situationer?

Efterförloppet

Tillsammans med en kurator hade jag föräldrarna i terapi i cirka ett år, utan handledning. Själv erhöll jag kristerapi vid ett antal tillfällen, ej hos kollega (som jag helst önskat) utan hos kurator. Det var svårt att fånga mina uppkomna känslor kring händelsen. Hur förmedlar man känslan att inte längre kunna höra

de lokala nyheternas signaturlmelodi utan att börja må illa? Exempelvis till någon som förmodligen aldrig behöver uttala sej i ett ansvarsärende? Att man känner att man inte kan vara ifrån arbetet, för då orkar man aldrig komma tillbaka? Kommentarer från kolleger kunde vara: »Nu för tiden skall man gå i kristerapi, på min tid fick man sitta upp i sadeln igen», etc.

Raskt infördes nya rutiner, nya PM skrevs. Möten ordnades mellan kliniker som inte träffats på 20 år. Att vara den som tar bort den lilla stenen så att alla stenar börja rulla och dessutom få hela stenblocket över sej. Att vara med vid förändring och känna den utveckling som leder till att alla växer av själva situationen – det är enormt och stort. Till skillnad från händelser som denna, som medför att tilliten till överordnade nagas rejält i kanten.

Kände ett enormt stöd

Att jag sedan av andra (även kolleger, övrig personal och närstående) hade ett enormt stöd, det glömmar jag förstås aldrig. Samt att jag läste Lotti Hellströms artikel, »Ibland förbannar jag Gud att jag valde detta yrke»; hur många gånger ville jag inte skriva och tacka henne för alla tänkvärda aspekter i artikeln.

Vad var det för märkvärdigt med denna händelse då? Inget, utom för de inblandade individerna. Det fanns inga rutiner, ingen beredskap, vilket man som underordnad kan få stå till svars för.

Jag hade förstås mitt medicinska ansvar, men på många frågor ges inga svar i litteraturen. Man måste stödja sej på erfarenheten – om man har någon. Jag kunde intagit den vedertagna professionella hållningen – ordinerat, gått till sängs och överlåtit engagemanget för patienten på övrig personal (inte ovanligt, enligt vad jag senare fick höra).

Jag blev anmäld, med allt vad det innebär. I efterhand upptäcktes att mina redogörelser i ansvarsärendet delgivits media innan de var offentliga. Detta påpekades av en kollega och efter några år även av ledningen. Att huka sej inför massmedia och att överleva dess spel är inte lätt.

Här kommer också arbetsgivarens ansvar in. Hur länge har man råd att utbilda personal som efter en sådan här händelse kanske inte fungerar optimalt på ett antal år? Balintgrupper, nätverk, kollegialt/lojalt stöd etc är ju på frammarsch. Men hur är det med arbetsgivaren och dennes övergripande ansvar för arbetsmiljön?

Visst tror jag att man i skrivbords-situationer och i efterhand kan få fram fina förslag till lösningar på svåra situa-

tioner av den här karaktären. Jag är dock av den bestämda uppfattningen att vi måste tränas in, tvingas ventilera saker som rör oss själva och vara ärliga och avdramatisera även situationer där vi inte gjorde allt eller tänkte på allt.

Börja redan under utbildningen

Och att detta måste göras tillsammans med överordnade med liknande erfarenheter som de aldrig fått bearbeta och som gör att de har en ökad ångestnivå i vissa situationer. Därför orkar/kan de inte ta ansvaret fullt ut och de känner inte grunderna för att ge ett balsalt terapeutiskt stöd.

Vi måste alltså börja med oss själva, förmodligen redan under utbildningen. Emotionell kompetens är ju idag något som efterfrågas inom databranschen, tror vi att den kompetensen finns automatiskt inom vården? Som jämförelse vill jag nämna att jag nyligen deltog i en stor fingerad försvarsövning. Det var helt fantastiskt att upptäcka vilken kompetens i personalvård som cheferna hade. De var direkt efter en traumatisk upplevelse inriktade på »debriefing» och att ge sina underordnade det stöd de behövde. Det var inbyggt i systemet, även för cheferna. Jag insåg att vi i vården här har mycket att lära.

F d ST-läkare

Kommentar:

I gränslandet mellan sent missfall och för tidig födsel

Artikeln »ST-läkare och primärjour när ett barn föds i vecka 22» äger en giltighet för läkare i allmänhet och gynekologer i synnerhet. Den handlar om professionell utsatthet och ensamhet, om att hamna i ett gränsland där förutsättningarna är otydliga. Vad kan vara svårare för jourhavande gynekolog än denna upplevelse? När blir ett foster ett barn? Missfall eller födelse? Hur ska man stödja kvinnan och mannen i en stund som de kommer att bära med sig för resten av livet? Tänk om det är ett barn som kan leva och där den första stunden, som beror på doktors beslut, kan vara avgörande?

Ensamheten som jourhavande, utan

Författare

ULF HÖGBERG

överläkare, kvinnokliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå.

stöd för det man känner är det rätta förhållningssättet inför kvinnan och det liv som ännu är en del av kvinnans kropp.

Sedan händer ändå det som ändå inte skulle ske. I skymundan efter en lång natt, i en vårdssäng på avdelningen, blir fostret ett barn vid liv, barnläkare tillkallas och springer iväg med barnet. Doktorn blir kvar, ensam på salen med den nyblivna modern. Tröttheten som kommer över en när man ska diktera.

De andra i personalen lämnas också ensamma med sina upplevelser – och i upprördheten bryter någon sjukvårdssekretessen. Doktorn hamnar i ett massmedialt gatlopp, och ska samtidigt fortsätta att vara ett stöd för det sörjande paret.

Vad gick fel? Vad hade man kunnat göra annorlunda?

Hur kan omsorgen och medkänslan med kvinnan under den långa journalten lämna doktorn så ensam? Hur kan vi

vara varliga med varandra? Det handlar om det dagliga samtalet, om det kollegiala, respektfulla, ömsinta kamratskapet på arbetsplatsen. Det finns inga regler att falla tillbaka på, bara ett öppet lyssnande kan ge styrkan.

Visst är det sedan så att undantaget, det sällsynta, ofta blir utgångspunkten för nyorientering och förändring. Men samtidigt är det i vardagen som mentorskapet behövs. »Debriefing» blir sedan det oundgängliga stödet vid det extraordinära, men inte bara vid katastrofer, utan också vid det som för andra inte ter sig så allvarligt. Vi är alla olika och det som en person upplever som okomplicerat och odramatiskt kan för en annan vara mycket svårt.

Endast med en förtroendefull öppenhet kan vi bearbeta våra professionella upplevelser och komma vidare i vår omsorg om patienterna.

Vilka medicinska frågor ställs här på sin spets? Kan man ha regler om sena

missfall och prematur födsel? Kan vi i detta gränsländ veta vilka ofödda barn som har en chans att leva? Möjligheterna till liv är individuella och oförutsägbara, och även med optimal ultraljudsdatering är felmarginalen $\pm 6-10$ dagar. Den jourhavande doktorn, obstetrikern, och pediatrikern kan inte avgöra men väl söka bedöma utsikterna, likaväl som Socialstyrelsen söker avgöra icke-viabilitet vid ansökan om sen legal abort. Av alla födda under åren 1995–1996 var 0,05 procent födda i vecka 22–23. Av alla legala aborter 1995–1996 utfördes 0,02 procent vid en graviditetslängd över 20 veckor.

Perinatalvården har förändrats sedan »25-veckorsregeln» blev normgivande [1]. En studie av barn med födelsevikt <1 000 gr födda 1990–1992 visar på god överlevnad, men med morbiditet och mortalitet korrelerade till graviditetsvecka, samt att överlevnad definitivt hör samman med vårdnivå och spets-teknologi [2]. Gränsen för ett mer aktivt perinatal förhållningssätt har nu i Sverige börjat förskjutats till vecka 23–24 [3], där två sjukvårdsregioner (Umeå och Uppsala) framträder med mer aktiv initial handläggning, med 48 procent sectio, varav en tredjedel på fetal indikation, med en överlevnad till utskrivning som uppgår till 36 procent i vecka 23, 56 procent i vecka 24 och 72 procent i vecka 25 [4]. I Sverige 1995–1996 var det ett barn av 13 levande födda i vecka 22, sju av 32 levande födda i vecka 23 samt 22 av 51 levande födda i vecka 24 som överlevde sin ettårsdag [5].

De kanadensiska riktlinjerna för handläggning av underburenhet har nyligen refererats i Läkartidningen. Man framhåller att kejsarsnitt i vecka 22 endast bör utföras på maternell indikation och att endast i undantagsfall – om föräldrarna så kräver – mer aktiva åtgärder ska sättas in. För veckorna 23–24 framhåller man att kejsarsnitt inte rekommenderas på fetal indikation, och att

graden av aktivitet bör diskuteras och beslutas i samråd med föräldrarna [6]. Dock förefaller överlevnaden av de extremt underburna höra samman med graden av aktivt förhållningssätt vid hotande förtidsbörd och under förlösningen [7], samt med benägenheten att utföra kejsarsnitt på fetal indikation vid vikt <1 000 gr [8] respektive vikt 500–749 gr [9].

Omsorg och respekt

Inget kan vara svårare för obstetrikern och neonatologen än handläggning av hotande förlösning i gränsländet till överlevnad. Tyvärr kan inga regler eller förutsägelser underlätta. De sällsynta fallen handlar om individuell handläggning, där kvinnan behöver största omsorg och det ofödda barnet behöver ges optimala möjligheter för överlevnad.

Oavsett om det gäller sent missfall eller för tidig födsel rör det omsorg och respekt för kvinnan, mannen och det ofödda barnet. En öppenhet inför de svårigheter som föreligger i utövat av omvårdnad och professionell kompetens i gränsländet mellan sent missfall och för tidig födsel underlättar. Det handlar också ytterst om vårt omhändertagande av oss själva i vår yrkesroll.

Referenser

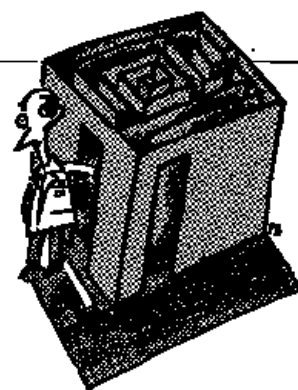
1. Socialstyrelsen. 5200-406/89.
2. Finnström O, Otterblad-Olausson P, Sedin G, Serenius F, Svenningsen N, Thiringer K et al. Stor studie indikerar god prognos för barn med extremt låg födelsevikt. Läkartidningen 1999; 96: 1560-7.
3. Tunell R. Aktivare insatser för att rädda barn med 24 veckors graviditetslängd. Läkartidningen 1999; 96: 1568-9.
4. Serenius F, Engberg S, Ewald U, Håkansson S, Norsted T, Sedin G. Short term outcome of infants born at limit of viability in two Swedish tertiary centres. *Pediatr Res* 1997; 41: 176 (abstract 1043).
5. Medicinska födelseregistret 1995–1996. Stockholm: Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen, 1997.
6. Lagercrantz H. Vårt ansvar för de allra minsta. Läkartidningen 1999; 96: 1540-2.
7. Lee S, Chan K, Ohlsson A, Synnes A, Pelowski A, Koravangatu S. Variations in treatment decisions and outcomes of infants <25 weeks gestation: evidence from Canada. *Pediatric Academic Societies, Annual Meeting May 1–4, 1999* (abstract).
8. Bottoms SF, Paul RH, James JD, Mercer BM et al. Obstetric determinants of neonatal survival: influence of willingness to perform Caesarean delivery on survival of extremely low-birth-weight infants. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176: 961-6.
9. Jonas HA, Khalid N, Schwartz SM. The relationship between Caesarean section and neonatal morbidity in very low birthweight infants born in Washington State, USA. *Pediatric and Perinatal Epidemiology* 1999; 13: 170-89.

Skriv om "Jourens eklut"!

Till serien om jourens eklut önskas fler bidrag från läsekreten! De första »fallen» kan stå som exempel på inriktningen.

Bidragen publiceras anonymt om så önskas (men upphovspersonen ska vara känd av redaktionen) och kommenteras av en eller ett par kolleger.

Om det är något du vill diskutera inför skrivandet av ett bidrag, kontakta Yngve Karlsson eller Ingvar Krakau (enheten för allmänmedicin vid Karolinska sjukhuset) i Läkartidningens medicinska redaktion.



**enligt
min
erfarenhet**

Läkartidningens serie 1990–1992 i särtryck

När konsensus saknas om hur läkaren bör behandla, spelar den beprövade erfarenheten stor roll. Det 48-sidiga häftet innehåller 32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag och vänder sig till alla kliniskt verksamma läkare. Förutom diagnostik med terapi speglas goda exempel på prevention, ledningsfrågor och administration.

Pris 55 kr. Vid 11–50 ex 50 kr, vid högre upplagor 47 kr/ex.

Beställ här:

..... exemplar av
Enligt min erfarenhet

Namn

Adress.....

Sändes till Läkartidningen,
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet med
»Enligt min erfarenhet»

Beställning per fax:
08-20 76 19