

Fullt möjligt ta det medicinska ansvaret för förlossningsverksamheten på Kiruna BB

Den kollega som tar ansvaret för ett nyöppnat Kiruna BB kan följa och styra inriktningen, exempelvis diskutera urvalet av gravida som kan förlösas på Kiruna BB och andelen kejsarsnitt. Ett villkor för en välfungerande förlossningsverksamhet är att barnläkare, gynekologer och narkosläkare kontinuerligt finns tillgängliga dygnet runt hela året, liksom att nuvarande struktur med dygnet runt-verksamhet på operations- och intensivvårdsavdelningarna bevaras.

MATS FÄGERQUIST

specialist i gynekologi och obstetrik, Uddevalla

rosanna.roest@swipnet.se

ULF STÅHLE

specialist i pediatrik, Ängelholm

ulf.stahle@ptj.se

■ Beslutet att öppna förlossningsverksamheten vid Kiruna BB diskuteras i ett nyhetsreportage i Läkartidningen 39/2003 (sidorna 3030-1). Professor Ingvar Karlberg, som anlitats som landstingets BB-utredare, anser att »full medicinsk säkerhet kan inte uppnås«, och ordföranden i Norrbottens läkarförening Roger Hedman har svårt att tänka sig att någon läkare i länet kommer att ta det medicinska ansvaret för BB i Kiruna. Distriktsläkare Carl-Johan Westborg anser att »den medicinska säkerhetsaspekten har nästan helt kommit bort i debatten«.

Läsarna funderar givetvis över hur förlossningsverksamheten tidigare sköttes. Indirekt riktas därmed kritik mot de kolleger som tidigare arbetade vid Kiruna BB. Vi vill gärna gå i svaromål och tror att våra synpunkter kan berika debatten, då vi båda har arbetat på Kiruna BB under närmare 20 år.

Förhållandena i Kiruna

För närvarande tjänstgör veckovis specialistkompetenta gynekologer och barnläkare på Kiruna sjukhus, men numera gäller det inte lördagar och söndagar. Trots stängningen av Kiruna BB har landstinget således fortfarande kvar kostnaderna för dessa läkare. Före stängningen ingick i arbetsuppgifterna också att sköta förlossnings- och eftervården av mammor och barn. Gravida kvinnor utan komplikationer kunde förlösas på Kiruna BB. Vid komplikationer däremot remitterades mammorna till en förlossningsklinik med tillhörande barnklinik, exempelvis Gällivare sjukhus eller regionsjukhuset i Umeå.

Förhållandena i Kiruna och i den nordligaste delen av Sverige är speciella. Här kan geografiska avstånd på 10–15 mil innebära stora svårigheter att ta sig fram under vinterhalvårets oväder. Snabba transporter till sjukhus med jouröppen förlossning är periodvis endast ett teoretiskt begrepp. Det är något man måste beakta när man talar om medicinsk säkerhet. Vi har egna personliga upplevelser av överraskande graviditetsskomplikationer, där akuta ingripanden varit nödvändiga. Alternativet med en tidskrävande ambulanstransport hade inte varit medicinskt acceptabelt.

Den tidigare organisationen

Organisationen vid Kiruna BB var tidigare utformad för att kontinuerligt upprätthålla en kompetent medicinsk förlossnings- och barnavård. De tjänstgörande barnläkarna och gynekologerna var specialistkompetenta med erfarenhet från kliniker med större förlossningsantal än Kiruna BB. Barnmorskorna arbetade periodvis vid andra förlossningsavdelningar för att få ökad medicinsk rutin. Narkosläkare och operations- och intensivvårdsavdelning fanns tillgängliga dygnet runt vid komplikationer.

Socialstyrelsen ansåg också vid en granskning 1994 av Kiruna BB att den medicinska säkerheten var acceptabel. Distriktsläkare Carl-Johan Westborgs oro för den medicinska kompetensen och säkerheten på Kiruna BB verkar obefogad.

Den medicinska kvaliteten

Professor Ingvar Karlberg tror inte att full medicinsk kvalitet kan uppnås. Tyvärr framgår det inte vad som tidigare saknades vid Kiruna BB. Det är lättare att förstå synpunkten att en koncentration till två sjukhus ger en ökad kvalitetsvinst för de nyfödda som behöver kvalificerat omhändertagande. Men den

gruppen av nyfödda fick även då Kiruna BB var öppet tillgång till adekvat vård. Då sjuka eller svaga barn förväntades, remitterades mödrarna redan före förlossningen till Gällivare eller Umeå.

Även efter en normal graviditet och förlossning kan det visa sig att barnet behöver kvalificerat omhändertagande av barnläkare, exempelvis vid infektioner eller syrebrist i slutskedet av förlossningen. Barnläkaren vid Kiruna BB var därför en nyckelperson. I vissa fall krävdes fortsatt övervakning efter den akuta behandlingen, och barnläkaren fick då förbereda transporten till barnklinik.

Verksamheten sedan 1995

Med tanke på Roger Hedmans tvivel angående det medicinska ansvaret kan vi redovisa uppgifter ur den databas som byggdes upp 1995. Förlossningarna, barnens tillstånd och vilka barn som remitterats har således kontinuerligt dokumenterats. Det som chefen på kirurgkliniken tidigare tog ansvar för när det gällde Kiruna BB kan således redovisas i detalj.

En barnmorska, med särskild utbildning, genomförde undersökningarna med ultraljud för att fastställa förväntad dag för förlossning; 98,4 procent av de förlösta mammorna blev undersökta med tidigt rutinultraljud. Barnmorskan undersökte omkring 200 gravida per år, och precisionen för dessa undersökningar kunde följas kontinuerligt.

Under den aktuella perioden 1995–2000 förlöstes 1 356 mammor, alla singelgraviditeter. Tre barn förlöstes i ambulans, och i två fall hann man inte hemifrån förrän förlossningen skedde. Inget barn dog under förlossningen, men fem mammor kom till Kiruna BB med foster som redan dött.

Olika alternativ för smärtlindring erbjöds, som lustgas, bad, sterila kvaddlar, akupunktur, transkutan nervstimulering (TNS), paracervikalblockad (PCB). Av förstföderskorna fick 31 procent ryggbedövning, epiduralblockad (EDA).

Statistik

Normalförlossningar dominerade med 82 procent. Förlossning med sugklocka eller tång skedde i 5 procent av fallen. Akuta kejsarsnitt förekom i 8 procent och elektiva kejsarsnitt i 4 procent av fallen. På grund av en akut blödning tvingades man förlösa ett barn redan i vecka 27 med akut kejsarsnitt, men öv-

riga mammor förlöstes med graviditetstidslängd som var 35 veckor eller mer.

Födelsevikten var endast i 14 fall mindre än 2 500 gram. Barnens tillstånd har värderats med Apgar-poäng vid 1, 5 och 10 minuter. Apgar-poäng vid 5 minuter <7 noterades för 9 barn, men inget fall med <3 poäng. Mätning av pH-värdet i navelsträngens ven efter förlossningen introducerades 1995. Under det första året finns uppgift om pH i 8 procent men för år 2000 i 85 procent av förlossningarna. Totalt noterades 3 fall med pH <7.

Av de 1 356 födda barnen remitterades 87 barn (6 procent) till barnkliniken i Gällivare eller Umeå. Anledning var exempelvis misstänkt höftledsluxation och missbildningar. Trettio av dessa barn (2 procent) remitterades då de var oväntat medtagna efter förlossningen. På Kiruna BB fanns en transportkuvös med övervakningsutrustning som kom till användning när 16 barn skickades med ambulans och när 5 barn transporterades med helikopter till Gällivare. Nio barn hämtades med helikopter för transport till Umeå, och i ett av dessa fall medföljde det särskilda neonatalteamet från Umeå. Ambulanshelikoptern var utrustad med respirator som kunde kopplades till barn i transportkuvösen.

Villkoren för nyöppnat BB

Den kollega som tar ansvaret för ett nyöppnat Kiruna BB kan således följa och styra inriktningen. Man kan exempelvis diskutera urvalet av gravida som kan förlösas på Kiruna BB och andelen kejsarsnitt.

Ett villkor för en väl fungerande förlossningsverksamhet är att barnläkare, gynekologer och narkosläkare kontinuerligt finns tillgängliga dygnet runt hela året. Ytterligare en förutsättning är att den nuvarande strukturen på Kiruna sjukhus bevaras med fortsatt dygnet runt-verksamhet på operations- och intensivvårdsavdelningarna. En sådan organisation överensstämmer med vad Socialstyrelsen tidigare bedömde som acceptabel vad beträffar den medicinska säkerheten. •

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Lättare göra rätt med nya intyget

■ Ingegerd Wahl skriver i Läkartidningen 44/2003 (sidan 3535) att hon inte är entusiastisk till det nya intyget (frågan om en begränsning av sjukskrivningstiden till ett år berörs ej här). Tråkigt! Men vi har annars fått mest positiva reaktioner från kåren.

Vår ambition har varit att göra det lättare att göra rätt. Det faktum att det nu kommer ytterligare ett nytt intyg är naturligtvis i sig besvärligt för alla som ska hantera det. Men detta, och att införandet kommer snabbt, är inget som Riksförsäkringsverket kan påverka. Det bygger på, säkerligen för Ingegerd välkända, politiska beslut.

Vi har varit en väl sammansatt grupp av såväl tjänstemän som läkare som sedan propositionen 02/03:89 lades i mars arbetat med utformningen. I gruppen har följande läkare ingått: undertecknad, Gert Lindenger, Försäkringskassan Väst-

ra Götaland, Eva Nilsson Bågenholm, förste vice ordförande, Sveriges läkarförbund, Claes Tollin, medicinalråd, Socialstyrelsen samt Thomas Jacobsson, försäkringsöverläkare, FK Stockholm.

Enligt nämnda proposition krävs särskilda motiveringar till varför hel sjukskrivning är nödvändig. Vi hade kunnat lösa detta genom fritext. Men kryssfrågorna gör det lättare för oss läkare att följa lagstiftarens intentioner. Min personliga uppfattning, som psykiater, är att jag dessutom har god hjälp av att frågorna finns, när dessa ska ställas till mina patienter.

Göran Blennow

*försäkringsöverläkare,
specialist i allmän psykiatri,
avdelningen för sjukförmäner,
Riksförsäkringsverket
goran.blennow@rfv.sfa.se*

För och emot cyankalium i »Doktor Glas«

■ Jag vill först på författarnas vägnar tacka professor Lars Erik Böttiger för den välvilliga och sakkunniga recensionen av boken »Viljans frihet och mordets frestelse – Iakttagelser angående Doktor Glas« i Läkartidningen 38/2003 (sidorna 2958-60).

Böttiger betvivlar med anledning av min ena artikel trovärdigheten av cyankalium som gift i Hjalmar Söderbergs roman. Två litterära kemister har bedömt giftpillrens fräschör. Gustaf Mattsson ansåg att det var »ganska säkert att doktor Glas gamla cyankalium-piller i själva verket voro förlegade och att pastor Gregorius fick en sats pottaska«. Ebbe Linde, filosofie licentiat i kemi och lärare i elektrokemi vid Chalmers, förutsatte däremot »att pillerna var dragerade och sådana kan utan vidare hålla sig i årtal«. Båda förhöll sig legärt till Hjalmar Söderbergs text.

Jag analyserar vad texten egentligen säger om pillrens ålder, skydd och förvaring och hamnar närmare Lindes uppfattning än Mattssons. Texten utesluter nämligen inte så kort förvaringstid som 2-3 år, men antyder dragering och utsägar fuktskyddande inmjölning samt förvaring i slutna doser. Jag ger också ett eget exempel på att cyankalium kan vara ganska hållbart. Här vill jag korrigera Böttiger. Burken var en liten apoteksburk av brunt glas med bakelitartat skruvlock.

Nu hävdar Böttiger att även romanens skildring av pastorns död skulle tala mot cyankaliumförgiftning. Den

kortfattade texten medger knappast den slutsatsen. Enligt sina dagboksanteckningar iakttar Glas inte den förgiftade och beskriver inte heller dennes döds-kamp. Han har mentalt distanserat sig från mordandet. Romanen skildrar endast det som han vill anförtro sin dagbok. »Doktor Glas« tillhör inte detektivromanens genre med dess krav på dokumentär exakthet och realism och ger ingen naturalistisk skildring av förgiftningen; textens naturalism är i stället psykologisk och framhäver den aggressionshämmade mördarens ambivalens och alienation inför handlingen.

Tidsramen för händelserna i vattenbutiken kan för övrigt mycket väl ha uppgått till drygt 20 minuter, vilket täcker de 10-15 minuter som Böttiger anger som snittintervall mellan giftintag och död i fallet med självmordssekten. Hjalmar Söderberg har själv medgivit att han inte gjorde några medicinska studier inför romanen och konsulterade därför knappast farmaceutisk, kemisk eller toxikologisk litteratur. I stället glider han i sin text skickligt förbi sådana avsnitt, där en riktig deckarförfattare skulle varit precis.

En utförligare replik finns på Läkartidningens hemsida (www.lakartidningen.se).

Nils O Sjöstrand

*ordförande i Söderbergsällskapet,
professor emeritus i fysiologi
vid Karolinska institutet
Nils.Sjostrand@fyfa.ki.se*