

Därför kan en läkare mista sin legitimation

Efter förra veckans reportage här i Läkartidningen om missbruk bland läkare kom det några frågor om vad som krävs för delegitimering.

Frågeställarna tyckte att läkarna i ett par av fallen som ledde till provotid i stället borde ha mist sina legitimationer.

Det kan de fortfarande göra. För enligt Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) kan till exempel en läkare som ålagts provotid och under provotiden på nytt varit oskicklig eller visat sig olämplig i yrket mista läkarlegitimationen.

Provotid innebär att man under tre år ställs under särskild tillsyn för att ha varit oskicklig eller visat sig olämplig och varning inte framstår som en tillräckligt ingripande åtgärd.

Grundregeln om delegitimering säger att legitimationen skall återkallas om den legitimerade varit grovt oskicklig eller på annat sätt visat sig uppenbart olämplig för yrket.

Det gäller också om någon på grund av sjukdom eller någon liknande omständighet inte kan utöva yrket tillfredsställande.

Den legitimerade kan också själv be om att få legitimationen återkallad.

Om någon bygger sin läkarlegitimation på en auktorisation i något annat land inom EES eller Schweiz och får denna auktorisation återkallad ska även sekundärlegitimationen dras in. Två sådana fall finns i år i Sverige. I ett av dem grundades den svenska läkarlegitimationen på en dansk auktorisation, som i sin tur grundades på en norsk auktorisation. När den norska auktorisationen föll, föll även den danska, vilket i sin tur ledde till indragning av den svenska legitimationen.

Ska läkarundersökas

En ortoped får illustrera ytterligare ett sätt att bli av med sin läkarlegitimation. Han har haft ett mångårigt missbruk av beroendeframkallande tabletter och alkohol. I början av 2007 genomgick han avgiftning och kunde en kort tid avhålla sig från droger, men återföll.

Han har bland annat missbrukat sin förskrivningsrätt genom att skriva ut narkotiska preparat för att underhålla sitt eget missbruk. Ansvarsnämnden har beslutat att ortopedens ska genomgå läkarundersökning. Nämnden har också återkallat läkarens legitimation till dess att frågan om återkallelsen prövas slutligt. ■

Hög sugklocka ska bara läggas i speciella fall

Underläkaren måste kritiseras för beslutet att förlösa med sugklocka, och praxis är att inte lägga hög sugklocka utom i speciella fall. Modern var förstföderska och man visste att fostret var ansträngt. (HSAN 1360/06)

Den 28-åriga förstföderskan kom till förlossningsavdelningen på morgonen den 12 februari i graviditetsvecka 40+1 med värkar och vattenavgång. Under dagen gick förlossningen framåt och hon fick ryggbedövning. På eftermiddagen noterades att fostervattnet var mekoniumfärgat, men CTG var utan anmärkning.

Något senare sattes Syntocinondropp på grund av att progressen uppfattats som dålig. På kvällen, 13 timmar efter ankomst, tillkallades underläkaren på grund av avvikande CTG.

Hon ordinerade, per telefon, genast sänkning av Syntocinondroppet från 90 till 20 ml/timme. När hon inspekterade någon minut senare var värkarna mycket täta, 7–8/10 min.

Droppet stängdes av samtidigt som beslut togs om skalpblodprov kl 22.40. Då provet visade pH 7,09 beslutades om att omedelbart avsluta förlossningen med vakuumentraktion. Fosterhuvudet stod vid spinae med en fostersvulst nedom spinae. Trycksänkningen börjades kl 22.50 och dragning inom en minut. Samtidigt kallades bakjouren in. Droppet gick nu åter då värkarna var ineffektiva.

Klockan släppte

Vid tredje eller fjärde dragningen släppte klockan samtidigt som bakjouren anlände. Det hade då gått ca 10 minuter. Bakjouren uppfattade att endast en dragning var gjord och undersökte modern. Han kände då vertex nedom spinae och lade åter på klockan. När han drog med yttre press följde huvudet med och efter ytterligare några dragningar stod fostersvulsten i genomskärning.

Det hade varit några klocksläpp och värkarna hade varit ineffektiva. Man gjorde ett sista försök med den stora klockan, men huvudet följde inte med och efter 20 minuters extraktion, åtta dragningar och sex klocksläpp konverterade man till ett katastrofsnitt kl 23.10.

Barnet togs ut med lätthet och fick Ap-

garpoäng 4, 5 och 6. pH i navelartär var 6,87 och i ven 6,94. Motsvarande base excess var -17,2 respektive -14,1. I efterförloppet fick barnet kramper som behandlades. EEG och ultraljud av hjärnan visade inga förändringar. Vid kontroll hos läkare efter tio veckor angavs att det såg ut att ha gått bra och att barnet utvecklades fint.

»Dramatiken kunde ha undvikits«

Modern anmälde underläkaren. Hon hävdade att kommunikationen mellan personalen var dålig under förlossningens slutskede. De kunde inte apparaten som visade barnets hjärtslag. De använde sugklockan för länge, vilket skadade hennes son. Hon kom till förlossningsavdelningen kl. 09.20 den 12 februari och kl 23.26 samma dag föddes barnet med akut kejsarsnitt.

Den dramatiska upplevelsen kunde ha undvikits om läkaren hade lyssnat på henne och agerat lite tidigare. Hon och barnet fick stanna kvar på sjukhuset till den 23 februari.

Ansvarsnämnden tog in journalen och ett yttrande av underläkaren, som bestred att hon gjort fel.

Hon berättade att CTG-kurvan var utan anmärkning fram till kl 22.30 då hon blev akut kallad till förlossningen av barnmorskan, som misstänkte att CTG-kurvan var avvikande.

Kurvan var avvikande

Kurvan var avvikande och underläkaren beslutade att stänga av Syntocinondroppet och utföra en vaginal undersökning. Cervix var fullöppen och barnets huvud stod vid spinae.

Trots att kurvan förbättrades efter undersökningen bestämde hon sig för att ta ett pH (ett blodprov från barnets huvud). pH var 7,09 vid kl 22.45.

Beslut fattades att förlösa mamman omgående med i första hand sugklocka. Extraktionen startades av underläkaren omkring kl 22.50. Då var bakjouren på väg till förlossningen. Efter försök i ca 10 minuter med 3–4 dragningar (sista dragningen släppte) tog bakjouren över och försökte ytterligare ca 10 minuter. Under dessa misslyckade försök med sugklocka var fosterljudet 100–160 slag per minut.

Förlossningen avslutades med ett urakut snitt, kl 23.26.

Medan bakjouren fortsatte med operationen lämnade underläkaren salen för att ta emot ett annat akutfall. Således var bakjouren huvudoperatör och blev enligt överenskommelse mellan dem ansvarig läkare för mamman.

Några timmar efter förlossningen krampade barnet. Därför blev det inlagt på neonatalavdelningen en längre tid för observation och utredning. Vid kontroll efter två månader mätte mamman och barnet fysiskt bra.

Underläkaren ansåg att hon har bemött paret och kommunicerat med personalen på ett vänligt sätt, som det brukar vara. Mamman har fått vård samt lämpliga åtgärder i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. CTG-apparaten kunde registrera hjärtslag kontinuerligt – och tolkades enligt riktlinjerna.

Extraktion med sugklocka varade ca 20 minuter, vilket är en rimlig tid. Varken extraktion med sugklocka eller snitt är helt komplikationsfritt.

Mamman sökte förlossningsavdel-

ningen kl 09.20 och blev förlöst kl 23.26 samma dag. Underläkarens jourtid började kl 16.30 samma dag och hon hade inte träffat mamman förrän kl 22.30 då hon blev akut kallad till förlossningen.

Man kunde inte undvika det urakuta snittet eftersom kurvan var utan anmärkning före kl 22.30 och mamman mätte bra. Alltså fanns det ingen medicinsk indikation för ett snitt innan dess, ansåg underläkaren.

Ansvarsnämnden konstaterar att när underläkaren fick information om avvikande CTG bedömde hon omedelbart registreringen och tog ett skalpblodprov. Detta var helt korrekt. Det var även korrekt att på grund av det erhållna värdet besluta om att modern omedelbart skulle förlösas.

Underläkaren måste däremot kritiseras för beslutet att förlösa med sugklocka. Hon bedömde att vertex stod i spinalplanet, halvvägs ned i förlossningskanalen. Detta innebar att fosterhuvudets bredaste del stod i bäckeningången och sannolikt inte hade passerat trängsta stället. Det var därmed lätt-

åtkomligt för ett kejsarsnitt, vilket också beskrevs i operationsberättelsen.

När en sugklocka anbringas från denna nivå rubriceras den som hög vakuumextraktion. Praxis är att inte lägga hög sugklocka utom i speciella fall. Här var modern förstföderska. Man hade alltså ingen uppfattning om förlossningskanalens kapacitet, och man kunde förvänta sig ett relativt långdraget förlopp. Man visste också att fostret var ansträngt.

Dålig kommunikation

När bakjouren anlände hade fosterhuvudet dragits ned så att vertex stod nedom spinae. Bakjouren trodde att framjouren endast gjort ett försök och bedömde därför att de kunde försätta extraktionen.

Underläkaren hade alltså inte heller på ett tydligt sätt klargjort för bakjouren att klockförsöket redan pågått ca tio minuter. För detta kritiseras hon. Uppgiften om tidsåtgång har stor betydelse för hur den fortsatta handläggningen ska planeras. Det fortsatta förloppet blev därför alltför långdraget.

Underläkaren får en erinran. ■