

Patienten överges av staten vid vårdskadeärenden

I en rättslig process efter vårdskada införskaffar staten de bästa experterna i landet till «sin sida». Målsägaren har stora svårigheter att finna experthjälp att bedöma fallet från «deras» synvinkel. Patienten i centrum – vart tog det vägen?

Jag har varit inkallad som expertvittne vid ett överklagande i ett patientskadeärende i lagmannsrätten i Norge. Vid min bedömning av fallet fanns ett flertal «svikt» i handläggning av förlossningen som jag ansåg borde ge underlag för ersättning från patientskadenämnden. Så fann inte rätten det, ett utslag jag får finna mig i.

Jag har reflekterat mycket över patientens och anhörigas övergivna situation. Vid överklagandet i tingsrätten hade två av Norges mest kända och respekterade professorer i obstetrik på uppdrag av patientskadenämnden avgivit «specialisterklaringer». Målsägaren hade inget juridiskt ombud, sedan advokaten «hoppat av» före den rättsliga processen skulle genomföras. Vid överklagandet till lagmannsrätten tillfrågades jag, som utländsk kollega med stor erfarenhet av förlossningsövervakning både kliniskt och forskningsmässigt, om jag var villig att bedöma fallet. Uppenbarligen fann man ingen med expertis inom området i hemlandet som var villig att åta sig detta. I lagmannsrätten tillkom ytterligare en «specialisterklaring» från statens sida, en norsk kollega.

Enligt mitt förmenande har målsägaren (den skadade flickan och hennes föräldrar) försatts i ett orimligt underläge inför de rättsliga prövningarna. Staten är motpart i dessa processer. Är det inte rimligt att den också garanterar rimliga förutsättningar för patienter som drabbats av vårdskador och vill överklaga patientskadenämndens beslut? Efter tillåtelse från målsägaren ska jag här kort redogöra för fallet och det rättsliga efterspelet.

Patienten. Kvinnan väntade familjens 3:e barn. Hon förlöstes första gången med vacuum medan den andra gången var en prematur vaginal tvillingförlossning med ett levande och ett dött barn.

Vid den aktuella graviditeten var kvinnan överviktig (BMI 32 kg/m²) och hade graviditetsdiabetes, liksom vid de tidigare graviditeterna. Vid 36+6 veckor skattades fostervikten till c: a 20 % över medelvikt för gestationsåldern. Dock sammanfattade läkaren det som en «normal graviditet» och inga ytterligare kontroller planerades.

Vid 39+3 veckor startade förlossningen med vattenavgång och värkar. Kvinnan intogs på en «låggriskenhet» kl 08, en avdelning där hon ej uppfyllde kriterier för att vårdas. Hon var då öppen 2–3 cm. Till kl 14 hade hon öppnat sig till 7 cm, vilket var öppningsgraden fram till kl 23.

Kl 20 överfördes hon till vanlig födeavdelning. När oxytocininfusion påbörjades, kl 22, kopplades också kontinuerlig CTG-registrering. Vid två tillfällen förekom lätt bradycardi under några minuter med frekvens ner mot

«Staten tillåter ett mål gå upp i rätten där motparten inte är biträdd med juridisk hjälp»

100/min. I övrigt var det ett helt invändningsfritt CTG. Med anledning av dessa händelser kopplades foster-EKG (STAN) vid midnatt, som larmade (event). Enligt guidelinen ska ingen åtgärd vidtas om CTG är normalt, vilket också var bedömningen av handläggande obstetriker. Mellan kl 23:00 och kl 00:40 öppnade sig modermunnen från 7 cm till att vara helt öppen. När hon varit fullt vidgad 30–40 minuter beslutades att ta skalp-pH, en åtgärd som inte var indicerad enligt guidelinen. Detta misslyckades. På CTG fanns fortfarande en invändningsfri kurva. Huvudet bedömdes stå nedom spinalplanet i tvärställning och med fostersvulst.

Beslut om vacuumextraktion togs kl 01:20. På tre värkar kunde man förlösa huvudet, men en svår skulderdystoci uppstod. Det tog 8 min innan en medtagen flicka på 4 400 g (+ 20 %) kunde förlösas.

Flickan, som idag är i skolålder, har en svår dyskinetisk cerebral pares-skada, kan gå enstaka steg, hennes tal är obegripligt för alla utom den närmaste familjen och en svalgpares som hon har innebär att hon endast kan äta mosad mat med hjälp. Trots detta uppstår regelbundet aspirationstillfällen.

Min bedömning

Jag har anfört «svikt» avseende bristen på att inse de risker som förelåg inför förlossning; övervikt, graviditetsdiabetes, ingen tidigare normal förlossning, viktskattning vid gränsen för «stor för tiden» samt intag på en låggriskavdelning. Orsak till ökad risk för fetal morbiditet/mortalitet vid dylika enheter har anförts bristen på att inse de riskfaktorer kvinnan har eller utvecklar under förlossning. Det extremt långdragna förloppet, särskilt för en omföderska, ökade riskerna för skulderdystoci betydligt under förlossningens gång.

Att genomföra en medelhög vacuumextraktion med ett fosterhuvud nedom spinae i tvärställning, utan brådskande indikation som misstanke på syrebrist, borde anses som ett högriskprojekt. En betydligt större risk för skulderdystoci förelåg nu jämfört med den som förelåg vid förlossningens början. Ytterligare expektans kan troligen ha inneburit att fostret kunnat tränga ned och slutroterat, vilket varit betydligt mer gynnsamma förutsättningar för en komplikationsfri utgångsextraktion. Alternativet kan också ha varit kejsarsnitt – ett argument jag ej drev i rätten. Flickan vägde 4 400 g, en förväntad vikt utifrån den tidigare genomförda viktskattningen.

Motpartens bedömning av de medicinska förhållanden som ovan beskrivits överensstämmer i väsentliga drag med min egen. Två av de tre vittnade experterna instämmer i att det ej fanns tecken på syrebrist och att behov av brådskande förlossning ej förelåg. Dock ansåg man inte att någon restriktion/kontraindikation mot vacuum förelåg vid den aktuella tidpunkten.

Den rättsliga processen

De två professorer som utsetts av staten beskrev förloppet väsentligen som ovan, men konkluderade att det inte var > 50 % sannolikhet att skadan hade kunnat undvikas. Nämnden avslög därför ersättningskravet.

Föräldrarna överklagade till tingsrätten och skaffade egen advokat. Någon «specialisterklaring» hade de inte kunnat få från någon obstetriker. Advokaten avsåg sig sedan fallet strax före de rättsliga förhand-

lingarna. Föräldrarna fick nu själva driva frågan mot stat och professorer. De hävdade – förståeligt nog – att kejsarsnitt borde ha utförts. Man förlorade givetvis i tingsrätten.

Vid överklagande till lagmannsrätten åtog jag mig att uppträda som sakkunnigt vittne för att påtala de «svikt» jag funnit i fallet. Staten införskaffade ytterligare ett expertvittne, även denna talande för att «visst har det gjorts lite fel och så här kan det gå, men det är < 50 % sannolikhet att skadan kunnat undvikas» (min tolkning av resonemanget). Jag har förtroende för att experterna utfört sina bedömningar i oberoende ställning och från professionell synvinkel, men de är utsedda av motparten – staten.

Avslutande reflexion

Samhället bedriver sjukvård som ska vara av hög kvalitet och likvärdig för alla medborgare. Staten inrättar en patientskadenämnd som ska kunna ge ersättning vid

konsekvenser av vårdskador som är betydligt mer omfattande än förväntat eller där det är > 50 % sannolikhet att komplikationen kunnat undvikas. Bra! Men – staten införskaffar de bästa experterna i landet till «sin sida», staten tillåter ett mål gå upp i rätten där motparten inte är biträdd med juridisk hjälp. Målsägaren har stora svårigheter att finna experthjälp att bedöma fallet från «deras» synvinkel.

Patienten i centrum – vart tog det vägen? Är inte detta ett övergrepp på medborgare? Att ha läst in sig på detta mål, att ha tagit del av den rättsliga processen, att ha träffat den svårt handikappade flickan gör mig ledsen. Kan detta vara en rimlig process mot en medborgare?

Lennart Nordström

lennart.nordstrom@karolinska.se

Begge pasientens foreldre har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Lennart Nordström (f. 1950) er dosent og overlege ved Kvinnoklinikken, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm. Han har arbeidet som lege og forsker i Storbritannia og Singapore.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikt: Han var ekspertvittne for saksøker i den omtalte saken i lagmannsretten.

Mottatt 21.5. 2012, første revisjon innsendt 9.7. 2012, godkjent 9.8. 2012. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.