

Obstetrikk møter juss. En dom å ta lærdom av

I noen tilfeller havner klager fra pasienter i rettsapparatet, etter først å ha fått avslag i Norsk pasientskadeerstatning (NPE) og klageorganet for helsetjenesten (Pasientskadenemnda). Vi har nylig vært involvert i en slik sak gjennom tre runder i rettsapparatet, henholdsvis som medisinske sakkyndige (Tore Henriksen og Eva Øverland) og som advokat for staten ved Pasientskadenemnda (Therese Skodvin). Vi ønsker å dele konklusjonene fra denne dommen med våre kolleger. Staten ved Pasientskadenemnda ble i den endelige dommen ilagt erstatningsansvar. Sett i lys av det som er anerkjent klinisk praksis ved norske fødeavdelinger (her indikasjoner for keisersnitt) kan dommen fremstå oppsiktsvekkende fra et klinisk ståsted. Dommen er samtidig en viktig påminner om viktigheten av å være presise og tydelige i både kommunikasjon med pasient og i journalføringen. Dommen er tilgjengelig på Lovdata med henvisning LB-2021-160265.



Eva Øverland

Overlege og PhD,
Akershus universitets-
sykehus



Tore Henriksen

Professor emeritus,
fødselshjelp og
kvinnesykdommer



Therese Skodvin

Advokat i Nasjonalt
klageorgan for
helsetjenesten

Saken gjaldt krav om erstatning etter en pasientskade i form av en permanent plexus brachialisskade etter skulderdystoci. Barnets foreldre hevdet at svikt ved helsehjelpen hadde påført barnet varig skade. Det ble blant annet hevdet at det skulle ha vært utført keisersnitt, og at håndteringen av skulderdystocien var avvikende.

Det sentrale temaet i lagmannsrettens dom ble om det var grunnlag for keisersnitt. Tvisten dreide seg i stor utstrekning om hvilken betydning et poliklinisk journalnotat om «lav terskel for keisersnitt» fikk da mor uttrykte ønske om keisersnitt under aktiv fødsel. Dette reiser spørsmål om hvordan fødselsplaner skal forstås og hvordan mors rett til medvirkning skal ivaretas og vektlegges under aktiv fødsel.

Sykehistorien

Mor var andregangsfødende. Hun hadde i svangerskapet blitt henvist til fødepoliklinikken ved lokalsykehuset til samtale fordi hun opplevde første fødsel som traumatisk. I første fødsel ble hun vakuumbeføret grunnet langsom fremgang. Vakuumbeføringen ble utført med ett drag og ble betegnet som ukomplisert. Det ble da født et friskt barn med fødselsvekt ca. 3600 gram. Det forelå ingen skulderdystoci første gang.

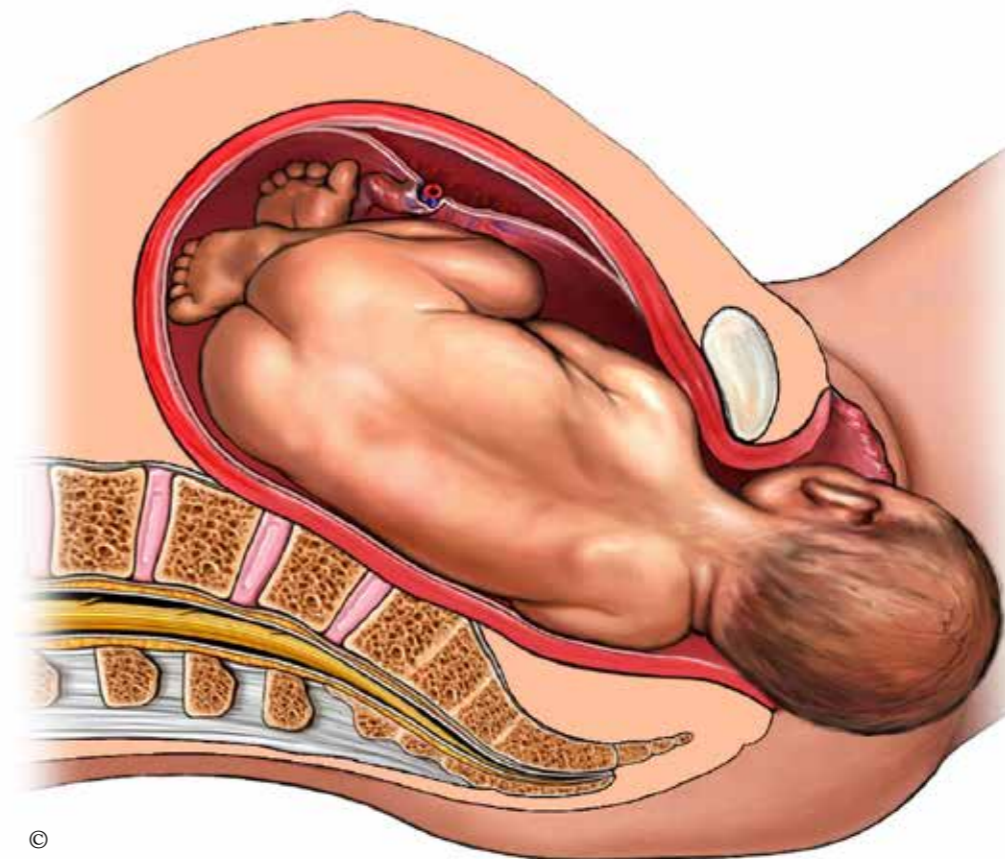
Mor var forøvrig frisk, men hadde en pregestasjonell BMI på 32. Det forelå en normal glukosebelastningstest. Det var flere konsultasjoner ved fødepoliklinikken i løpet av andre svangerskapet hvor man hadde samtaler rundt den kommende fødselen og hvor det ble gjennomført tilvekstmålinger. Disse ga mistanke om makrosom utvikling av fosteret. Mor uttrykte at hun var engstelig for fødsel, men var innstilt på å føde vaginalt.

Tre dager før termin estimeres fostervekten til å være 4930 gram.

Man besluttet induksjon. Følgende sitat er hentet fra journal: «Man skal imidlertid ha lav terskel for å forløse pasienten med keisersnitt, hvis ikke fødselen går fremover som forventet. Pasienten informeres om dette og er innstilt på å forsøke å føde. Hun er imidlertid glad for at man skal være påpasselig og ev. gå over til keisersnitt hvis fødselen ikke går fremover som man forventer.»

Fødselen startet spontant før induksjon ble iverksatt. Ved 5 cm åpning og hodet i bekkeninngangen blir det startet et oksytocindrypp som ble økt suksessivt. Pasienten fikk smertelindring i form av EDA (epiduralanalgesi). Det forelå et normalt CTG- mønster gjennom hele forløpet. Etter 7 timer var det 9 cm åpning og hodet hadde passert bekkeninngangen. Oksytocindosen var da 160ml/t.

«Lav terskel for keisersnitt» er et uttrykk som vi selv har benyttet og som vi tror også er hyppig brukt av kolleger. Et slikt uttrykk er upresist og ikke tydelig definert.



©

Jordmor kontaktet lege grunnet krysset aksjonslinje. Beskjed fra lege var å øke dryppet ytterligere og begynne å trykke. Ut fra journalnotat har vi tolket det dithen at beskjed fra lege ble gitt via telefon eller muntlig uten at vedkommende lege tilså eller undersøkte pasienten selv. Ifølge pasienten og vitner ba pasienten på dette tidspunktet om at keisersnitt måtte bli utført. Oksytocindryppet ble økt ytterligere. Etter 40 minutter var hodet under spina og mormunnen var fullåpen. Det ble startet med aktiv trykking. Maksimal oksytocindose i trykkesiden var 250 ml/t. Det var fortsatt et normalt CTG- mønster. Etter vel 30 minutters trykking var hodet født. Det tilkom en skulderdystoci. Det er noe uklart hvor lang tid det tok før hele barnet var født, men vi har tolket det dithen at det dreide seg om et par minutter. Jordmor skriver i fødejournal at skuldrene sitter hardt, man forsøker å rotere skulder fremover, bytter håndgrep og roterer skulder bakover. Jordmor lykkes med å rotere barnet slik at skuldrene forløses i tverrvidde.» Barnets Apgar skår var 8-8-9. Vekt 4670 gram. Blodgassanalyser viste normale verdier uten tegn til oksygenmangel. Barnet fikk ved barnelegeundersøkelse konstatert plexus brachialisskade. Denne viste seg å være permanent, og barnet følges tett og har gjennomgått flere operasjoner.

Vi vil advare mot upresise fraser som «lav terskel for sectio» og andre uklare eller bastante uttrykk i nedskrevne fødselsplaner.

Saksgangen

Foreldrene sendte på vegne av barnet skademelding til NPE. Sakkyndig konkluderte med at fødselshjelpen var innenfor rammene av gjeldende retningslinjer og praksis. NPE avslo søknad om erstatning. Etter klage kom Pasientskadenemnda til samme konklusjon.

Foreldrene tok ut stevning mot staten ved Pasientskadenemnda. Saksgangen i rettsapparatet har vært lang. Saken ble først behandlet i tingretten. Tingretten kom til at barnet hadde krav på erstatning. Denne første dommen ble av staten v/ Pasientskadenemnda anket til lagmannsretten, som frikjente staten. Barnet v/ foreldrene anket deretter dommen til Høyesterett, som opphevet lagmannsrettens dom på grunn av mangler ved begrunnelsen. Ny rettsrunde i lagmannsretten ga medhold til barnet v/ foreldrene. Staten, ved Pasientskadenemnda har besluttet å ikke anke til Høyesterett på nytt. Det er følgelig endelig avgjort at barnet har krav på erstatning ettersom plexusskaden skyldtes svikt i helsehjelpen.

Dommen

Det er denne siste rettskraftige dommen i lagmannsretten vi ønsker å formidle og kommentere.

I lagmannsrettens dom ble det avgjørende spørsmålet hvorvidt det var sannsynlig at keisersnitt ville ha blitt utført hvis legen hadde kommet til fødestuen. Herunder var betydningen av pasientens rett til medvirkning et sentralt tema. Journalnotatet to dager før fødselen om at det skulle være «lav terskel» for sectio hvis ikke fødselen gikk frem som forventet, ble helt sentralt for lagmannsrettens vurdering. Som nevnt rådførte jordmor seg med legen bare per telefon da fødselen gikk tregere enn forventet (kryssset aksjonslinjen). Begge parter var enige i at det var en svikt at legen ikke vurderte pasienten direkte og snakket med pasienten da fødselen gikk tregt. Den fødende uttrykte overfor jordmor ønske om keisersnitt og viste i retten til journalnotatet om «lav terskel». Staten v/Pasientskadenemnda hevdet at det på dette tidspunktet ikke forelå medisinsk indikasjon for keisersnitt og at legen høyst sannsynlig ikke ville ha besluttet keisersnitt hvis vedkommende hadde foretatt en vurdering på fødestuen.

Lagmannsretten kom til at keisersnitt mest sannsynlig ville blitt utført. Sitat: «Lagmannsretten presiserer at det mor hadde krav på var en forsvarlig medisinsk undersøkelse med sikte på å få vurdert om keisersnitt burde besluttes, hvor det også ble tatt hensyn til mors rett til informasjon og medvirkning i samsvar med loven og basert på det hun med rimelighet kunne forvente, sett i lys av den planen som var lagt». Retten legger stor vekt på journalnotatet om at det skulle være lav terskel for keisersnitt ved langsom fremgang. Den understreker at dette gir en særlig tyngde til pasientmedvirkningen og at et slikt journalnotat styrker retten til medvirkning.

Gitt at det forelå to adekvate forløsningsmetoder, keisersnitt eller vaginal fødsel, mente lagmannsretten tilsynelatende at pasientens rett til medvirkning, og særlig i lys av journalnotatet om «lav terskel», skulle vært avgjørende. Problemet er at det ikke er grunnlag for et premiss om at keisersnitt og vaginal forløsning var å anse som likeverdige tiltak, sett i lys av gjeldende retningslinjer og anerkjent norsk obstetrisk praksis. Lagmannsretten anser både keisersnitt og vaginal fødsel som adekvate forløsningsmetoder, men drøfter i liten grad de medisinske aspektene ved de to alternative forløsningsmetodene opp mot hverandre. Dette er en klar svakhet ved det avgjørende punktet i dommen.

At tiltakene ikke var likeverdige, gjenspeiler seg i at bare én av i alt fire sakkyndige mente at det skulle ha vært gjort keisersnitt. Vi som sakkyndige mente derfor at det ikke var sannsynlig (eller mindre enn 50% sannsynlighet for, slik det brukes i jussen) at keisersnitt hadde blitt utført om legen hadde kommet til fødestuen for vurdering. Med andre ord er det ikke sannsynlig at manglende undersøkelse fra legen stod i årsakssammenheng med plexus brachialisskaden (gitt at plexusskaden kunne vært unngått ved keisersnitt).

Umiddelbart kan lagmannsrettens konklusjon fremstå skremmende fra en klinikers ståsted fordi bredt anerkjente kliniske indikasjoner for keisersnitt synes å ha vært satt til side. Likevel, når dommen leses i detalj, fremkommer noen andre momenter. Disse momentene gjør at når anerkjent praksis følges og dokumentasjonen er grundig, er det ingen grunn til å bli skremt vekk fra faget. Noen av dem gir oss viktige påminnelser i vår daglige praksis. Det dreier seg om kommunikasjon med den fødende og tilstedeværelse.

Det vil gi mer trygghet for den fødende, gi bedre forståelse for de avgjørelser som tas og gjøre det mindre sannsynlig at den fødende velger å gå igjennom belastende prosesserer i NPE, Pasientskadenemnda og rettsapparatet.

I sum fremstår dommen som et resultat av en samlet vurdering av mange momenter. Ettersom lagmannsretten mener det var adekvat å fortsette vaginal fødsel, forstår vi dommen som at helsehjelpen i dette tilfellet ville vært adekvat dersom legen hadde vært til stede og besluttet å fortsette vaginal fødsel, kommunisert begrunnelsen tydelig til den fødende samt dokumentert vurderingene.

Dommens implikasjoner

Det viktigste læringspunktet her er at vi er presise i både ordlyden vi bruker i journalen, og i kommunikasjonen til pasient. «Lav terskel for keisersnitt» er et uttrykk som vi selv har benyttet og som vi tror også er hyppig brukt av kolleger. Et slikt uttrykk er upresist og ikke tydelig definert. Hva vi og hva den fødende opplever som «lav terskel» er nok ofte ikke i samsvar med hverandre. Det er bra med fødselsforbedrende samtaler som kan trygge pasienten. Men når vi lager fødselsplaner i forbindelse med slike samtaler må vi bruke en tydelig terminologi og sikre at vi og pasienten forstår hva planen og evt. avtaler innebærer.

En ordlyd som «lav terskel for keisersnitt» kan tolkes som en forsterkning av medvirkningsretten. I dette tilfellet fant lagmannsretten at ansvarlig lege i lys av journalnotatet om «lav terskel» hadde «plikt til å legge særlig vekt på pasientens syn på om en burde gå over til keisersnitt».

Det er viktig at kommunikasjon med pasient og journalføringen er i samsvar med den praktiske realiteten. Pasienten bør ikke gis forventninger om at hennes ønske kan overstyre de medisinskfaglige vurderingene. Det kan være problematisk i situasjoner som for eksempel langkommet fødsel hvor pasienten uttrykker ønske om sectio, mens vi som obstetrikere ikke vurderer sectio og vaginal fødsel som likeverdige alternativer og heller vil å gå for vaginal fødsel.

Hvilken betydning pasientens medvirkningsrett og ønske har i behandlingssituasjonen vil avhenge av en rekke faktorer. Det fremgår av gjennomgangen av rettskildene av dommen, og følgende vurdering fra lagmannsretten:

Lagmannsretten finner likevel grunn til å understreke at helsepersonellet med dette fortsatt måtte opptre innenfor rammen av hva som var medisinsk forsvarlig, og at det fortsatt måtte foreligge indikasjon for at keisersnitt skulle kunne besluttes. Helsepersonellet er dessuten ofte nødt til å treffe et valg under tidspress og under stort ansvar. Hvor stor plass pasientens rett til medvirkning kan få i et konkret hendelsesforløp, må avhenge blant annet av hvor akutt situasjonen er og pasientens tilstand.

Betydningen av pasientens medvirkningsrett vil nok bli tema i en rekke pasientskadesaker for domstolene også fremover. Saker om både keisersnitt og skulderdystoci prøves jevnlig for domstolene. Dommer fra lagmannsretten kan få en viss betydning i senere sammenlignbare saker. Det gjelder likevel i langt mindre grad enn for dommer fra Høyesterett.

Det er etter vårt syn helt sentralt at nedskrevne fødselsplaner må bidra til å styrke samarbeidet og kommunikasjon, ikke gjøre arbeidet vårt i kritiske situasjoner mer utfordrende. Vi vil advare

mot upresise fraser som «lav terskel for sectio» og andre uklare eller bastante uttrykk i nedskrevne fødselsplaner.

I tillegg til dommen som omhandler pasientens medvirkningsrett ved fødselsplaner og inngåtte avtaler, var det en rekke diskusjoner gjennom de ulike rettsrundene som illustrerer flere viktige læringspunkter for oss som fødselshjelpere:

- Vi vil særlig understreke viktigheten av å dokumentere undersøkelser, planer og tiltak underveis i fødsel. Det er alltid nyttig å angi rasjonale for de beslutninger vi tar. Ved alvorlige komplikasjoner som skulderdystoci er det nødvendig å journalføre også selvfølgeligheter som McRoberts manøver, symfysetrykk og selvsagt tidsangivelser.
- Legenes tilstedeværelse på fødestuen. Det er alltid en fordel hvis legen snakker med og foretar en undersøkelse av den fødende selv, dersom behovet for legevurdering oppstår. Det sikrer at vi og jordmor oppnår felles situasjonsforståelse, lager felles planer og trygger pasienten.
- Prosedyrer og veiledere. NGFs Veileder i Fødselshjelp samt lokale prosedyrer må være nøye med ordlyd og terminologi. Ordlyden her brukes aktivt i tilsynssaker og i rettsapparatet. Vi må unngå for snevre og absolutte formuleringer som binder oss uten at dette er i samsvar med medisinsk faglig forsvarlige vurderinger som gjøres i ulike kliniske situasjoner. Eksempelvis formulering som «lav terskel» eller absolutte maksimale doseringer (f.eks. 180ml/t oksytocin)
- Nødvendigheten av kontinuerlig simuleringstrening på obstetriske akutsituasjoner. Under rettssaken kom det opp spørsmål om hvordan leger og jordmødre får tilstrekkelig erfaring i å håndtere for eksempel skulderdystoci. Som sakkyndige kunne vi vitne om at norske fødselshjelpere kontinuerlig øver på slike situasjoner. Denne saken understreker hvor viktig det er med kontinuerlig øving på akutte prosedyrer. Det redder liv og reduserer risikoen for komplikasjoner.

Oppsummert kan dette møtet mellom juss og obstetrik illustrere gode læringspunkter som vil gi en tryggere opplevelse på fødestuen både for den fødende og for fødselshjelpere.

Når har pasienter krav på erstatning?

For at det skal foreligge krav på erstatning etter pasientskadeloven, må det for det første foreligge et ansvarsgrunnlag.

I denne saken var det aktuelle ansvarsgrunnlaget «svikt ved helsehjelp», jf. pasientskadeloven § 2 første ledd bokstav a.

«Svikt ved helsehjelp» innebærer at det må ha skjedd noe irregulært ved behandlingen. Hva som utgjør en «svikt», må vurderes med utgangspunkt i vanlig god praksis i vedkommende yrkesgruppe, i dette tilfellet jordmødre og fødselsleger. Det må tas utgangspunkt i den fagkunnskap som var tilgjengelig på det aktuelle tidspunktet.

Videre må en eventuell svikt ved helsehjelpen ha medført en pasientskade.

Det er som utgangspunkt pasienten som må sannsynliggjøre at det foreligger svikt, og at denne har medført en skade. Dersom journalen er mangelfull eller uforståelig, går tvilsrisikoen over på staten.

Hva ligger i begrepet «God medisinsk praksis»?

Begrepet «god medisinsk praksis» brukes rutinemessig i forvaltningen og rettsapparatet. Begrepet er ikke helt entydig, men vårt kliniske arbeid vil oppfattes i tråd med god praksis hvis anbefalte prinsipper og retningslinjer er fulgt, eller det kan gis en rimelig begrunnelse på hvorfor de er avveket. Der det ikke foreligger retningslinjer vil det å handle i tråd med det som er alminnelig anerkjent/faktisk praksis vanligvis oppfattes god medisinsk praksis.

