

Opplæring i kliniske ferdigheter - hvem gjør hva når det står om liv?

Helsepersonell må fortløpende gjennomgå både praktisk trening og andre tiltak som bidrar til å opprettholde og videreutvikle den faglige kompetansen. Leger som er under spesialisering trenger særlig å skaffe seg kompetanse og erfaring ved å gjennomføre praktiske prosedyrer sammen med en erfaren kollega. Leger som har ansvar for å gi slik opplæring, må løpende sørge for at helsehjelpen som gis også er forsvarlig under opplæringen, og ta hensyn til hvor kritisk en situasjon er.

Helseforetaket må ha retningslinjer og praksis for når og i hvilke situasjoner en overordnet og erfaren lege skal overta for mer uerfarne leger. Å følge opp at retningslinjene blir fulgt, inngår som en del av ledelsesansvaret i et helseforetak.

Et eksempel på opplæring ved kritisk situasjon

En frisk kvinne ventet sitt første barn. Hun ble innlagt en uke før termin med vannavgang. Det viste seg at barnet lå i sete-fotleie, dobbel fot (betegnelse når fosteret sitter på huk). Pasienten ønsket ikke at barnet skulle utsettes for unødig risiko, og var derfor engstelig for å føde vaginalt. Men undersøkelser før fødselen viste at det lå til rette for vaginal fødsel, og helsepersonellet anbefalte dette.

Livmorhalsen var umoden, og det ble gitt prostaglandin for å modne denne. Samme kveld utviklet kvinnen feber, og hun fikk Paracet og senere også antibiotika intravenøst.

Fosteret ble først overvåket med kardiokografi (CTG), som gir informasjon om fosterets hjertefrekvens og rienes hyppighet, og senere i forløpet også med EKG-analyse (STAN). Metoden skal fange opp om fosteret utsettes for oksygenmangel i sentrale organer. Fosteret hadde periodevis noe høy hjertefrekvens. Mot slutten av fødselen viste CTG et unormalt (patologisk) mønster, som forverret seg ytterligere (preterminalt mønster) da kvinnen begynte å trykke. Det preterminale mønsteret ved CTG viste at fosteret var utsatt for alvorlig oksygenmangel.

En underordnet lege i spesialisering (LIS) og en mer erfaren overlege var begge til stede under fødselsforløpet. Da barnets sete sto utenfor skjedeåpningen, forsøkte LIS en anerkjent forløsningsmetode (Løfseths metode), uten at dette lyktes. Overlegen overtok, og kjente samtidig at livmorhalsen ikke hadde full åpning. Det lyktes ham å få barnets armer ut. Deretter overlot han igjen den videre forløsning til LIS, men LIS lyktes ikke med dette. Overlegen måtte igjen overta, og etter noen vanskeligheter ble barnet født, 18 minutter etter at det ble registrert alvorlig oksygenmangel hos fosteret. Barnet døde samme dag som følge av oksygenmangelen under fødselen.

Skal ikke oppstå forsinkelser

Nasjonale retningslinjer anbefaler at det er en legespesialist som skal foreta vurderinger og forløse ved vaginal setefødsel. Alternativt kan legespesialist veilede yngre kollega under forløsning.

I eksempelet var det flere risikofaktorer som tilsa et komplisert fødselsforløp. Situasjonen var

meget kritisk da CTG viste et preterminalt mønster. På dette tidspunktet var det grunn til å handle raskt for å redde barnet. I slike situasjoner må det ikke oppstå unødvendige forsinkelser i forløsningsprosessen.

I dette tilfellet gjorde overlegen ingen selvstendig vurdering av mormunnens åpningsgrad da den aktive fremhjelpen av barnet skulle starte. Vurderingen av mormunnens åpningsgrad var avgjørende for riktig valg av forløsningsmetode. Dessuten overlot han forløsningen til LIS, selv om barnets tilstand var ytterst kritisk. Leger i spesialisering har vanligvis ikke de samme praktiske ferdighetene som mer erfarne overordnede kollegaer. I dette tilfellet ble både livmorhalsens åpningsgrad vurdert feil, og det tilkom en forsinkelse i forløsningen som følge av et komplisert fødselsforløp. Ytterligere forsinkelse oppsto da LIS skulle få praktisk trening i å håndtere setefødsel.

Statens helsetilsyn vurderte at helsehjelpen som ble gitt var uforsvarlig. Det er helseforetaket som skal sikre at det er klare retningslinjer for når og i hvilke situasjoner den overordnede legen skal overta undersøkelser og forløsning. Opplæring i operative ferdigheter kan derfor ikke overlates til uerfarne leger når pasientens liv står i fare. Dette eksempelet gjaldt en fødsel, men liknende situasjoner kan inntreffe for eksempel under kirurgiske inngrep, dersom ikke mer erfaren lege overtar ansvaret i særlig krevende situasjoner.