



## Ett fall ur Ansvarsnämndens arkiv

Redaktör: Lennart Hartler

Denna vecka:  
obstetrik och  
gynekologi

HSAN 189/97:A1

# Förstföderska fick men för livet när underläkaren ville klara allt själv

Läkaren: »Jag bedömde att det fanns risk för barnets liv»

**En kvinna, född den 18 april 1958, väntade sitt första barn. Hon medicinerade med Levaxin mot hypotyreos. Den 14 december 1995 kom hon in till kvinnokliniken vid ett nordsvenskt sjukhus. Hon var i fullgången tid och hade spontana värkar.**

Förlossningen fortskred normalt. Hon fick ryggbedövning och värförstärkande dropp. Då livmoderhalsen var i stort sett öppen fick hon drygt 39 graders feber.

Fosterljuden var snabba, men övervakningskurvan i övrigt normal. Fosterhuvudet stod strax nedanför spinalplanet och var inte riktigt slutroterat. Dr A tillkallades. Han beslöt att lägga en sugklocka. Den släppte vid tre tillfällen men på fjärde försöket lyckades han förlösa henne.

Barnaföderskan fick en ful ruptur av ändtarmsmuskeln och även en ruptur i slidan. Bakjouren, överläkaren dr B, tillkallades och åtgärdade skadorna. Patienten blödde sammanlagt ungefär 1 700 ml och fick i efterförloppet blodtransfusion. Hon fick också begynnande fistelbildning och opererades sedermera ännu en gång.

### ANMÄLAN

Kvinnan har yrkat att dr A åläggs disciplinpåföljd för att han inte tillkallat sin bakjour. Hon har i anmälan och sedan hon tagit del av dr A:s yttrande uppgett bl a följande.

Barnmorskan ville tillkalla dr B men dr A ville klara förlossningen själv. När han skulle börja sy ihop hennes underliv sökte barnmorskan på eget bevåg efter dr B. Dr B sydde henne under narkos i en och en halv timme med hjälp av en annan överläkare. Hennes Hb var 68 g/l och dagen därpå fick hon tre påsar blod. Komplikationer tillstötte och den totala tiden på BB blev tre veckor. Om hon vill ha fler barn måste hon enligt en överläkare på kirurgiska kliniken förlösas med kejsarsnitt.

Det kan inte uteslutas att utgången av förlossningen blivit en annan och mindre dramatisk om dr B hade tillkallats i ett tidigare skede. Dr A borde såsom underläkare genast ha tillkallat hjälp från en mer erfaren kollega när han kom till förlossningsrummet och bedömde situationen: en mamma med komplicerad hypotyreos som under förlossningen fått plötsligt tillstötande hög feber och följaktligen ett barn som då också hade feber. En feber som resulterade i att den sista rotationen av barnets

huvud uteblev och därmed också mammas krystvärkar.

### UTREDNING

Ansvarsnämnden har tagit del av kvinnans patientjournal och hämtat in yttrande av dr A. På kvinnans begäran har nämnden vidare inhämtat yttranden av dr B och legitimerade barnmorskorna C och D.

**Dr A har bestritt** att han handlat felaktigt och uppgett bl a följande.

Jag kan utifrån mitt perspektiv inte se att det fanns utrymme att handla på något annat sätt än det jag gjorde.

---

Det var heller inte min önskan att överläkaren inte skulle komma, utan det måste bero på ett missförstånd om någon tror motsatsen.

Jag blev inkopplad av barnmorskan för att barnet hade stigande hjärtljud, förlossningen var i sitt sista skede. När jag kom in i förlossningsrummet var patienten mycket spänd och orolig, hon skrek efter hjälp (starkare än patienter jag tidigare mött) och förlossningsvärkarna kom tät. Personalen försökte lugna ner henne, jag såg att barnets hjärtljud fortsatte att stiga. Mitt beslut efter samråd med barnmorska var att hjälpa barnet med sugklocka för att påskynda

förlossningen, jag bedömde att det fanns en risk för barnets liv med de stigande hjärtslagen. Jag berättade för patienten om mina avsikter med sugklockan.

Sugklockan släppte från barnets huvud och jag gjorde ett nytt försök, det

*”... var patienten mycket spänd och orolig, hon skrek efter hjälp...”*

gick några dragningar sedan släppte sugklockan igen.

I detta läge bad jag undersköterskan att gå och ringa bakjournen, men hon kom strax åter och sa att hon inte fick kontakt med bakjournen.

Jag förlöste barnet med hjälp av sugklockan och det uppstod en ruptur.---

Vi ringde bakjournen åter direkt efter förlossningen och fick den här gången kontakt, hon skulle komma. I väntan på bakjournen ville jag försöka ta fram de brustna musklerna, allt för att underlätta för bakjournen. Jag kan tänka mig att det är här som missförståndet kan ha uppstått, att jag enligt patientens anmälan skulle sy själv och utan att söva patienten.

---

Men jag kan på heder och samvete intyga att jag vid denna förlossning eller vid någon annan förlossning ej haft för avsikt att på eget bevåg sy en muskelbristning med eller utan narkos. Jag har vid samtliga tillfällen konsulterat, oavsett stora eller små bristningar, med bakjour. Tänker man på att denna muskel- och hudbristning också var den största jag upplevt, så styrker det ytterligare mitt påstående.

**Barnmorska C** har uppgett bl a följande.

Kl 18.50 kom dr A in på förlossningsrummet. Syntocinondroppet går med maxfart 300 ml/tim, trots detta är sammandragningarna ej så effektiva som önskvärt. Kl 19.00 beslutade dr A (i samråd med mig) att avsluta förlossningen med hjälp av sugklocka. Enligt min uppfattning var indikationen hotande asfyxi (takykardi, dock ingen fara för barnets liv som dr A beskriver) och humanitär på grund av att mamman upplevde situationen som mycket påfrestande. När beslutet om VE tagits frågade jag dr A om vi skulle söka bakjournen. Han svarade att det behövdes inte, detta kunde han sköta själv. Jag påpekade att det var en halvhög sugklocka, det tog han ingen notis om! I samband med dragningen av sugklockan använde dr A i mina ögon felaktig teknik, jag försökte instruera honom men han lyssnade ej.

När barnet fötts kunde jag genast

konstatera att patienten fått en stor ruptur. Dr A verkade ha för avsikt att själv suturera rupturen. I det läget bad jag min kollega, barnmorska D, söka bakjournen.

---

Avslutningsvis vill jag säga att mycket av det patienten beskriver är helt relevant.

**Barnmorska D** har uppgett i huvudsak följande.

---

Mellanklockan appliceras med visst besvär av dr A och trycket sänks successivt av undersköterskan, som EJ lämnade rummet under förlossningen.

När trycket sänkts och dr A börjar dra, drar han ej i bäckenaxelns riktning, vilket barnmorska C påtalar för honom flera gånger. Dr A tar dock ingen notis om detta.

Patienten har mycket dåliga värkar och klockan släpper tre gånger, varav en gång som patienten beskriver, när dr A far baklänges in i förlossningsbordet så att sakerna däruppå åker i golvet. Han står också med klockan i luften

*”Dr A verkade ha för avsikt att själv suturera rupturen. I det läget bad jag min kollega, barnmorska D, söka bakjournen.”*

och skriker åt undersköterskan att sänka trycket. Stämningen var sådan att ingen av oss kunde lämna rummet i det läget.

Jag utövar yttre press och patienten samarbetar väl, hon försöker att krysta allt hon kan.

När barnet är framfött, en fin flicka med Apgar 9-9, ser vi alla att patienten har en mycket stor bristning. Dr A avser att suturera detta själv, vilket vi anser är helt felaktigt. Barnmorska C ber mig söka bakjournen, dr B, vilket jag gör. Dr A lämnar då förlossningsavdelningen, som jag upplever det i vredesmod, trots att vi har en nyförlöst patient med en stor bristning och där placenta fortfarande sitter.

**Dr B** har uppgett i huvudsak följande.

Som bakjour befann jag mig i bostaden, tillgänglig per telefon. Vid det aktuella tillfället hade Dr A tjänstgjort som vikarierande underläkare 15 månader och hade tidigare erfarenhet av att lägga utgångsklocka. Han hade dock inte lagt klocka vid en högre nivå.

Huruvida dr A planerade att göra sutureringen själv eller ej kan jag inte uttala mig om eftersom jag ej var närvarande. Stämningen var dock mycket agiterad när jag anlände till förloss-

ningsrummet. Patientens sövdes eftersom hon blött relativt ymnigt och placenta fortfarande ej var ute. Rupturen var svårbedömd då sfinktern var svåridentifierad varför jag i det läget även konsulterade en kollega för att få bästa möjliga resultat. I efterförloppet fick patienten en infektion i klippet med fickbildning vilket sannolikt bidrog till det långsamma läkningsförloppet.

Man kan i efterhand säga att CTG-kurvan endast visade en takykardi av kort duration men med ett bibehållet reaktivt mönster. Situationen bedömdes således som mera akut än vad den egentligen var.

Att dr A med sin relativt begränsade erfarenhet bedömde situationen som mera hotfull och akut än den var är förstället. Sannolikt var detta en bidragande orsak till att kommunikationsproblemet uppstod, såväl emellan jourläkaren och barnmorskorna som i jourläkarens förhållande till patienten.

Dr A har yttrat sig över vad dr B, barnmorska C och barnmorska D anfört. Han har vidhållit sin inställning.

#### BEDÖMNING

Dr A har inte specialistkompetens i obstetrik och gynekologi och hade, såvitt utredningen visar, inte lagt en sugklocka av s k medelhög typ tidigare. Att förlösa med en medelhög sugklocka kräver en starkare indikation än att lägga en utgångsklocka, eftersom risken för stora rupturer är betydligt större då. Några sådana indikationer förelåg inte.

Eftersom dr A aldrig utfört ett ingrepp av ifrågavarande slag borde han ha kallat på sin bakjour dr B och även konfererat om nödvändigheten att avsluta förlossningen med en sugklocka vid den tidpunkt som skedde. Genom att inte göra det har han åsidosatt vad som ålegat honom i yrkesutövningen. Felet är allvarligt och skall medföra disciplinpåföljd i form av en varning. Huruvida han avsett att sy rupturen själv

*”Han står också med klockan i luften och skriker åt undersköterskan att sänka trycket.”*

kan inte fastställas och saknar betydelse i sammanhanget då sutureringen faktiskt utfördes av den tillkallade bakjournen.

#### BESLUT

Ansvarsnämnden ålägger – med stöd av 4 § lagen (1994:954) om disciplinpåföljd m m på hälso- och sjukvårdens område – dr A en varning. •