

Klartecken missuppfattades vid kejsarsnitt »Kravet på snabbhet gör det ursäktligt att snittet lades innan kvinnan var bedövad«

Kejsarsnittet lades innan kvinnan var bedövad. Orsaken var en kommunikationsmiss – operatören missförstod ett klartecken från narkosläkaren. Misstaget bedöms av Ansvarsnämnden som ursäktligt och ingen fälls. (HSAN 2766/02)

II Den 38-åriga kvinnan väntade sitt fjärde barn. Förlossningen startade normalt, men klockan 06.30 då modermunnen var öppen enbart tre centimeter gick fosterhjärtfrekvensen ner till 65 slag per minut.

Förlossningsläkaren beslutade om ett urakut kejsarsnitt, vilket inleddes klockan 06.39. Barnet, en pojke, förlöstes. Han mådde bra och det postoperativa förloppet var okomplicerat. Vid genomgång av förlossningen visade det sig att ingreppet hade påbörjats innan mamman var sövd.

»Vrålade av smärta«

Kvinnan anmälde förlossningsläkaren. Hon berättade att sedan man hade bestämt att kejsarsnitt skulle utföras, gav narkosläkaren tecken att det var klart att lägga narkos.

Detta tecken uppfattades av operationsläkaren som att det var klart att lägga snittet. Han lade därför snittet utan narkos, vilket gjorde fruktansvärt ont. Hon vrålade av smärta. Hon hörde narkosläkaren ropa »stopp, stopp«, uppgav kvinnan.

Till följd av det inträffade drabbades

hon av bland annat sjukhusskräck och mardrömmar.

Ansvarsnämnden tog in hennes journal och yttrande från förlossningsläkaren.

Denne berättade att klockan 06.30 föll fosterljuden från normala 140/minut till 65/minut och de visade inga tecken på att återkomma till normalfrekvens. Då omedelbar vaginal förlossning inte var möjlig i detta skede beslöt han om urakut kejsarsnitt på indikationen hotande fosterasfyxi.

I operationsrummet samlades då skyndsamt narkospersonal, operationspersonal och personal för att ta hand om barnet. Patienten blev snabbt preparerad och klar för ingreppet, mask över näsa och mun, och narkosläkaren yttrade »klart«.

Ett 5 cm långt medellinjessnitt gjordes då i skinnet under naveln men avslutades omedelbart då patienten reagerade med smärta.

Klarsignalen var för narkosköterskan

»Klarsignalen« visade sig vara ämnad för narkosköterskan, men förlossningsläkaren uppfattade detta som ett klartecken till honom att påbörja operationen, berättade han.

Efter kompletterande anestesi fullföljdes operationen okomplicerat och ett piggt gossebarn förlöstes med Apgarpoäng 9, 10, 10.

Patientens omedelbara postoperativa period föreföll åtminstone fysiskt sett att ha avlöst komplikationsfritt.

Förlossningsläkaren förklarade senare för kvinnan att den smärtsamma incisionen hade gjorts i missförstånd mellan läkarna i oro för hennes barns välbefinnande och att det inte inträffade på grund av oaksamhet eller brist på medkänsla och ansvarstagande.

Han beklagade att hans olyckliga »missförstånd« orsakade patienten smärta och lidande, sa förlossningsläkaren.

II Bedömning och beslut

Det framgår av utredningen att hjärtfrekvensen hos fostret under förlossningen sjönk till 65 slag per minut utan att visa tendens till normalisering. Vid sådana förhållanden i det aktuella skedet av förlossningen var ett kejsarsnitt den enda möjligheten för att barnet skulle överleva, bedömer Ansvarsnämnden.

Det var avgörande för barnets tillstånd att ingreppet skedde snabbt. Narkos är vid ett sådant akut kejsarsnitt den vanliga bedövningsmetoden.

Utredningen visar att förlossningsläkaren uppfattade klartecknet från narkosläkaren till anestesisköterskan att inleda narkosen som ett tecken på att han fick börja att operera. Detta ledde till att han lade snittet i huden på kvinnan innan hon var bedövad.

Med hänsyn till den brådska som rådde och vikten av ett snabbt insatt kejsarsnitt får förlossningsläkarens misstag anses som ursäktligt och medför därför ingen disciplinpåföljd, bestämmer Ansvarsnämnden. •

Läkaren borde ha kunnat avgöra om fostret och placentan var med i abortutbytet

Tio dagar efter abortoperationen upptäcktes att det döda fostret fanns kvar i kvinnans livmoder. Eftersom kvinnan var i vecka nio borde läkaren som utförde ingreppet ha kunnat avgöra om fostret och placentan var med i utbytet, menar Ansvarsnämnden och fäller henne. (HSAN 73/03)

II Den 26-åriga kvinnan kom till kvinnokliniken för abort den 10 september. Hon var i graviditetsvecka nio och hade fått Mifegyne-behandling två dagar tidigare. Ingreppet utfördes med vakuumaspiration av underläkaren.

Vid en gynekologisk undersökning tio dagar senare konstaterades att fostret fanns kvar i livmodern, men att det var dött. Den 23 september utfördes därför en ny abortoperation på kvinnokliniken.

Patienten återkom därefter på grund av buksmärter till kliniken den 27 september. Det hade tillstött endometrit och hon fick behandling med antibiotika.

Patienten anmälde underläkaren och hennes överordnade på kvinnokliniken.

Två dagar före abortingreppet hade hon fått Mifegyne och då upplysts om att hon därefter absolut inte kunde ångra sig.

Trots detta frågade underläkaren före

ingreppet om hon »var säker på att detta var vad hon ville«.

Underläkaren antecknade i patientjournalen att hon vid ingreppet fått ut »normalt utbyte«. En och en halv vecka efter ingreppet uppsökte hon läkare akut på grund av buksmärter. Det konstaterades att fostret var dött, men kvar i livmodern.

Det inträffade orsakade henne såväl fysiskt som psykiskt lidande och medförde besök hos läkare och psykolog.

Underläkarens överordnade läkare borde ha förvärvat sig om att underläkaren hade tillräckliga kunskaper för att utföra ingreppet på egen hand och borde

ha granskat utbytet efter ingreppet, ansåg kvinnan.

Ansvarsnämnden läste kvinnans journal och tog in yttranden av underläkaren och verksamhetschefen.

Underläkaren menade att hon utförde aborten enligt den metodik som hon hade lärt sig. Hennes bedömning under ingreppet och vid kontroll efteråt var att detta var komplett.

Enligt klinikens rutiner frågade hon om patienten var säker i sin önskan att fullfölja ingreppet. Det är möjligt att hon kunde ha valt en bättre formulering, sa underläkaren.

Verksamhetschefen uppgav att han bedömde att underläkaren hade tillräckliga kunskaper för att utföra ingreppet på egen hand. När hon väl hade utfört aborten själv, kunde inte en överordnad förväntas granska utbytet.

Patienten kom in med en ny skrivelse där hon bland annat menade att hennes

infektion måste ha orsakats av att osterila instrument/händer hade införts vid ingreppet, följt av att hon fick gå med ett dövt foster i livmodern i två veckor.

II Bedömning och beslut

Kvinnan genomgick den 10 september en abortoperation på kvinno-kliniken. Ingreppet utfördes av underläkaren, som erhöll legitimation som läkare två månader senare. Eftersom patienten hade fått Mifegyne-behandling var det onödigt att före ingreppet fråga om hon var säker på att hon ville fullfölja detta. Att läkaren ändå frågade om detta motiverar dock inte disciplinpåföljd, menar Ansvarsnämnden.

Underläkaren utförde, såvitt framgår av operationsberättelsen, vakuumaspirationen på sedvanligt sätt. Det är välkänt att vakuumaspiration kan misslyckas även om ingreppet utförts på ett adekvat sätt och graviditeten fortsätter i un-

gefär en procent av fallen, konstaterar Ansvarsnämnden.

Underläkaren granskade utbytet och bedömde att det var fullständigt. Eftersom patienten var i graviditetsvecka nio borde läkaren vid granskningen av utbytet ha kunnat avgöra om fostret och placentan var med. Läkarens felbedömning medför disciplinpåföljd i form av en erinran, säger Ansvarsnämnden.

Underläkaren kan inte lastas för att kvinnan senare drabbades av endometrit. Det finns alltid bakterier i underlivsregionen och det är inte möjligt att undvika att sådana förs in i livmodern vid ingreppet. I ett mindre antal fall orsakar det en infektion.

Det finns inte skäl att kritisera verksamhetschefen för att han lät läkaren utföra aborten på egen hand. Det fanns inte heller anledning för överordnad läkare att granska utbytet efter ingreppet, anser Ansvarsnämnden. •

»Hög arbetsbelastning friar inte från yrkesansvar«

CTG-registreringen visade patologiska förhållanden och barnmorskan borde ha kontaktat läkare långt tidigare än hon gjorde. Att hon hade »en nästan omänsklig arbetssituation med knöckfullt av patienter« befriar inte från ansvar. Hon varnas. (HSAN 436/03)

II Den 25-åriga förstföderskan kom klockan 2.30 till sjukhuset med värkar. På grund av dålig progress kontaktade den ansvariga barnmorskan kl 5.53 jourhavande läkare, som beslutade att avsluta förlossningen med sugklocka.

Barnet föddes klockan 6.13 med Apgar-poäng 4, 5, 8. Det hämtade sig, men fick efter sex timmar en cyanosattack och därefter även kramper. Barnet överfördes till ett universitetssjukhus.

Feltolkning av CTG

Socialstyrelsen anmälde barnmorskan för feltolkning av CTG-registreringen vid förlossningen. Som stöd åberopade styrelsen ett utlåtande av docent Ulf Hansson.

Han framhöll att det CTG som förelåg från kl 04.00–04.30 fram till förlossningen var gravt patologiskt och kunde vara förenligt med syrebrist. Kl 04.45 kopplades värförstärkande dropp trots avvikande CTG-registrering.

Det värkstimulerande droppet kan ytterligare ha förvärrat situationen genom att barnet fick mindre tid att återhämta sig mellan värkarna om de kom tätare.

Barnmorskan missbedömde CTG.

Hon borde ha tillkallat läkare redan vid cirka 04.30-tiden på grund av avvikande CTG. Hennes handläggning kan inte undgå allvarlig kritik, menade Hansson.

Läkaren beslutade omedelbart när han tillkallades att förlösa med sugklocka. Det var en korrekt handläggning, bedömde Hansson. Han ansåg att barnets kramper sannolikt hade med syrebrist från förlossningsperioden att göra.

Socialstyrelsen delade Ulf Hanssons bedömning.

Verksamheten saknade riktlinjer för CTG-övervakning och ordination enligt generella direktiv, vilket kan ha påverkat barnmorskans handläggning av förlossningen.

Socialstyrelsen ansåg dock att hon åsidosatte sina skyldigheter när hon lät bli att tillkalla läkaren trots den patologiska CTG-kurvan, tillförde patienten värkstimulerande dropp utan att först kontakta läkaren och försummade att dokumentera doseringen av Syntocinon.

»Nästan omänsklig arbetssituation«

Ansvarsnämnden läste Socialstyrelsens utredning samt hämtade in CTG-registreringen och yttrande av barnmorskan. Hon motsatte sig disciplinpåföljd.

Med facit i hand insåg hon att hon skulle ha tillkallat läkaren tidigare. Att så inte skedde berodde inte på att hon var försumlig och av oaktsamhet åsidosatte vad som ålåg henne, utan att hon hade en alltför hög arbetsbelastning den aktuella natten.

Efter att ha redogjort för bemanning

och patientläge konstaterade hon:

»Det var knöckfullt, och vi som arbetar inom förlossningsvården i Stockholms län vet ju hur beläggningen är under somrarna.«

Hon underlät att agera beroende på att hon inte hade uppmärksammat CTG-kurvan. Förmodligen var hon upptagen med andra patienter och då fanns det ingen möjlighet att se den.

Hon hävdade att deras övervakningsutrustning (CTG) stundtals var helt otillförlitlig. Felet var påtalat sedan länge, ny upphandling på väg sägs det. Fortfarande hade inget skett, sa barnmorskan.

Det fanns inga PM om Syntocinon, utan de arbetade enligt gängse praxis.

Socialstyrelsen vidhöll sin anmälan.

Enligt Socialstyrelsens uppfattning befriade den höga arbetsbelastningen inte barnmorskan från hennes yrkesansvar. I det ingick bland annat att kontrollera och vidta adekvata åtgärder med anledning av CTG-övervakningen och att dokumentera vidtagna åtgärder i journalen.

II Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden delar Socialstyrelsens bedömning. CTG-registreringen visade patologiska förhållanden och barnmorskan borde senast kl 4.30 ha kontaktat läkare.

Dessutom borde hon inte ha ordinerat värkstimulerande dropp. När ordinationen ändå skedde borde hon ha antecknat den i journalen.

För sina fel tilldelas barnmorskan en varning. •