

Brister i rutinerna, felval av metod, misstolkningar av CTG-kurvor ...

Många risker för barn vid födseln

Brister i rutinerna, felval av metod, misstolkningar av CTG-kurvor, felbedömningar av situationen med mera leder varje år till att flera barn dör eller drabbas av bestående grava skador i samband med födseln.

Detta speglas bland annat i ärenden som hamnar på Socialstyrelsens och Ansvarsnämndens bord.

Här i Läkartidningen har vi med jämna mellanrum uppmärksammat bristerna, se exempel i faksimilet med rubriker från i våras. Fallen är många fler än så, och omfattar inte bara läkare utan även barnmorskor. Några exempel på rubriker i Läkartidningen de senaste åren:

»Tre förlossningsläkare fälls för att de



Rubrikerna är från Patientsäkerhetssidorna i Läkartidningen nr 10 och 11 i år.

inte gjorde kejsarsnitt. Två barn dog, ett tredje skadades svårt».

»Utomordentligt viktigt med väl ut-

formade och fungerande rutiner för introduktion. Urakut sectio tog alltför lång tid efter kommunikationsmissar – barnet dog».

»Stimulering av värkarna ledde till ökad påfrestning på barnet – läkare varnas. Akut kejsarsnitt blev enda möjligheten och skedde i senaste laget».

»Förlossningsläkare använde för starkt extraktionsvård. Skador på halsryggen och asfyxi dödade barn efter misslyckade tångförsök och sectio».

»Borde gjort akut kejsarsnitt – gav i stället värkstimulerande medel».

»Misslyckade försök med sugklocka tog alldeles för lång tid – barnet dog».

På de här sidorna berättar vi om några av de senaste fallen. ■

CTG patologiskt länge – barnet dog

En förlossningsläkare och två barnmorskor varnas

Två barnmorskor kallade inte på läkare i tid. En ST-läkare godkände CTG-kurvan trots att den var patologisk och bakjouren, en förlossningsläkare, bedömde att man kunde vänta ytterligare med förlossningen. (HSAN 3445/05)

En 29-årig förstföderska kom till förlossningen kl 19. Graviditeten var nio dagar över tiden. Hon undersöktes kl 20.35. Fosterljuden var utan anmärkning och cervix öppen tre centimeter.

Sedan barnmorskan A bedömt att CTG-kurvan visade dålig variabilitet, bräcktes hinnorna och kl 00.30 sattes skalpelektrod. Samtidigt kopplades även fosterövervakningssystemet STAN.

Kl 05.50 antecknade A i journalen att STAN larmat ett par gånger och att CTG-kurvan varit avvikande ett par gånger.

Barnet avled

Kl 06.50 tog barnmorskan B över. På grund av dålig progress kopplades kl 07.45 ett värkstimulerande dropp. Kurvan godkändes av ST-läkaren kl 08.35. Fem minuter senare ansåg bakjouren att man kunde avvakta ytterligare med förlossningen. Kl 09.05 förlöstes kvinnan med sugklocka. Barnet fick Apgarpoäng 1, 1, 3 och avled senare.

Kvinnan anmälde flera läkare, inklusive verksamhetschefen, och barnmors-

kor för brister i rutiner och riktlinjer samt för kompetensbrist. Alla anmälda bestred att de gjort fel.

ST-läkaren berättade att han fick en kort rapport av barnmorskan om att kurvan av och till hade varit inskränkt och att det hade förekommit något event, men att det inte hade behövt föranleda någon åtgärd. Kl 08.35 var kurvan patologisk med komplicerade variabla decelerationer men med normal frekvens och variabilitet.

Informerade bakjouren

Han bedömde att kurvan varit patologisk sedan kl 07.40. Det var god kontakt med STAN och det hade inte förekommit några event sedan kl 05.32. I enlighet med de riktlinjer de har för STAN kan man då vänta med åtgärd i form med skalp-pH/VE/sectio i 90 minuter.

Han informerade sin bakjour att kurvan varit patologisk i ca 60 minuter, men att det var normal frekvens och variabilitet. Bakjouren tyckte att de snabbt skulle runda och sedan titta på kurvan.

Då de kom till kvinnan hade det precis varit ett event, varför beslut om sugklocka togs. ST-läkaren började, men bakjouren tog över efter en dragnings och fick ut barnet på två egna dragningar.

Bakjouren framhöll att han fick veta om patienten först kl 08.40 och att han

då endast informerades om det mönster som funnits sedan en timme tillbaka.

Från kl 07.40 förelåg variabla decelerationer i anslutning till varje värk, varav en del komplicerade, således patologiskt CTG. Det var dessa decelerationer han informerades om av ST-läkaren kl 08.40.

Han frågade efter komplicerande faktorer men fick veta att hjärtfrekvens och variabilitet var normala samt att STAN inte signalerat under denna tid. Med detta mönster kan man enligt kliniskens riktlinjer vänta med åtgärd i 90 minuter om inte STAN-event tillkommer, uppgav även han.

Omedelbar vakuummextraktion

Han beslöt att ta ställning till förlossningens avslutande ingrepp senast kl 09.10, men tidigare vid basal hjärtfrekvensförändring, minskad variabilitet eller STAN-event.

Han gick en kort rond, som avslutades strax efter kl 9 då han gick direkt till patienten. Barnmorskan hade några minuter tidigare meddelat en kollega om ett STAN-event. När han med ST-läkaren kom in på rummet bestämde han därför omedelbart om vakuummextraktion.

Ingreppet, en medelhög VE, påbörjades av ST-läkaren, men när han såg en uttalad värksvaghet samt tendens till klocksläpp övertog han extraktionen. På