

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 extraktionsvåld. 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 bakjuren, 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 bakjuren 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 behövts föranleda någon åtgärd. Kl 08.35 var kurvan patologisk med komplicerade variabla decelerationer men med normal frekvens och variabilitet.

### Informerade bakjuren

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. Bakjuren 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 bakjuren tog över efter en dragnings och fick ut barnet på två egna dragningar.

Bakjuren 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 vakuumentraktion

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 vakuumentraktion.

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

grund av värksvagheten tvingades han extrahera utan värkar. Extraktionstiden blev därför något längre men klocksläpp kunde undvikas.

Barnet var vid födseln slapt och blekt men hade också hudblödningar över hela hudkostymen.

### Borde tagit skalpblodprov

Ansvarsnämnden pekar på att det av journalen framgår att CTG-kurvan uppvisade klart nedsatt variabilitet från kl 22. Redan kl 22.50 visades diskreta fosterljudsnedgångar samtidigt med värk.

Den dåliga variabiliteten kvarstod sedan och från kl 01.30 sågs åter decelerationer i samband med värk. STAN-övervakningen signalerade också vid ett par tillfällen.

CTG-kurvan blev klart patologisk med djupa decelerationer från kl 07.15 och från kl 8 var den gravt patologisk. STAN signalerade dessutom vid sammanlagt sex tillfällen mellan kl 03.26 och 09.13.

De klara avvikelser i fosterövervak-

ningen som fanns under natten borde ha lett till blodprovtagning från fosterkalpen.

Barnmorska A borde under natten ha kontaktat ansvarig läkare eftersom variabiliteten var fortsatt inskränkt. När barnmorska B övertog ansvaret för förlossningen kl 06.50 var CTG-kurvan patologisk. Hon borde därför ha tillkallat läkare senast kl 07.10. Om då ingen åtgärd ordinerats borde hon i vart fall ånyo ha tillkallat läkare kl 07.40. A och B får var sin varning.

ST-läkaren signerade CTG-kurvan kl



följd. Bakjouren får däremot en varning, beslutar Ansvarsnämnden. ■

08.35. Eftersom kurvan då var gravt patologisk var det fel av henne att godkänna den. Hon borde i stället omgående sett till att förlossningen avslutades.

Emellertid visade hon kurvan för sin bakjour, som kl 08.40 bedömde att man kunde avvaktas ytterligare med förlossningen.

ST-läkaren rådgjorde med en senior kollega och följde det råd hon fick. Hennes felbedömning leder därför inte till disciplinpå-

För många dragningar under för lång tid med sugklocka – borde konverterat till sectio

## Barnet utsattes för kraftig belastning

**Förlossningsläkaren skulle ha gjort kejsarsnitt alternativt avbrutit den långdragna extraktionen med sugklocka och konverterat till kejsarsnitt. Då hade barnet sluppit utsättas för så kraftig belastning. (HSAN 822/06)**

Den 21-åriga kvinnan skulle föda sitt första barn. Efter att ha känt sammandragningar i ett dygn kom hon till förlossningen i vecka 40+1 den 18 april kl 11.55. Livmodern var öppen 3–4 cm med en buktande fosterhinna.

På grund av ett stillsamt CTG tog man hål på fosterhinnorna kl 15.08. Fostervattnet var klart. CTG-mönstret blev därefter bättre. Kontakten var dock dålig, vilket försämrade registreringens kvalitet.

### Förlossningen måste avslutas

En timme senare fick kvinnan ryggbedövning och efter ytterligare en timme sattes Syntocinondropp in på grund av avtagande värkar. Trots att fosterhuvudet stod ovan spinalplanet och modernnen endast var öppen 7 cm, hade hon krystkänsla kl 19.40.

När barnmorska A tog över förlossningen kl 21.20 var kvinnan öppen 8–9 cm och fosterhuvudet hade kommit ned till spinalplanet. Hon kunde inte låta bli

att krysta. Kl 22.01, när Syntocinondroppet gick med 150 ml/h, visade CTG-registreringen sena decelerationer. Förlossningsläkaren fick därför se dem.

Kvinnan undersöktes kl 22.16, varvid man fortfarande kunde känna en kant kvar av modernnen. Kl 22.52 sattes droppet om med dubbel styrka och dropptakt 90 ml/h. Kvinnan började aktivt krysta kl 23.10. En timme senare bedömde förlossningsläkaren att förlossningen måste avslutas. Kvinnan var trött och värkarna ineffektiva.

### 16 dragningar under 23 minuter

Det förelåg även CTG-förändringar i form av variabla och sena decelerationer, men med god återhämtning och bra korttidsvariabilitet. Vertex stod då nedom spinalplanet och fostersvulsten 2 cm från bäckenbotten. Fosterhuvudets suturer var svåra att känna.

Förlossningsläkaren kunde dock inte känna några delar av fosterhuvudet från buksidan. Han bedömde därför att huvudet trängt ned så långt i förlossningskanalen att det skulle vara lämpligast med en medelhög sugklocka.

Värkarna var trots Syntocinondroppet korta och ineffektiva. Operationen blev därför långdragen, 23 minuter med 16 dragningar, varav de första gick trögt.

Under de fyra sista hjälpte barnmorskan till med yttre press. Barnet föddes kl 00.37. Det var påverkat, Apgarpoäng 2, 5, 7, navelartär-pH 6,99 och base excess –22. Sugklockemärket på barnet satt asymmetriskt, vilket antydde att fosterhuvudet ställt in sig snett i förlossningskanalen.

Kvinnan anmälde barnmorska A och förlossningsläkaren. Då det var en långdragen förlossning borde de ha beslutat att göra ett akut kejsarsnitt i stället för att ta sugklocka. Nu vet man att en nerv hos barnet blev skadad av sugklockan.

### »Sugklocka minst traumatiskt«

Ansvarsnämnden tog in kvinnans journal och yttrande från de anmälda, som bestred att de gjort fel. Barnmorskan frias, så vi lämnar hennes argument.

Förlossningsläkaren berättade att eftersom förlossningen gick framåt med fint fostervatten, och eftersom CTG-kurvorna inledningsvis enligt hans bedömning var acceptabla, valde han att fortsätta en spontan vaginal förlossning under kontinuerlig övervakning.

När CTG-kurvorna började försämrats bedömde han att en vaginal förlossning med sugklocka skulle vara minst traumatisk, inte kejsarsnitt.

Extraktionen med sugklockan var