

För långsam handläggning vid förlossning ger en erinran

»En expektans på sex timmar hos en omföderska från det att cervix är retraherad är inte förenlig med god obstetrisk vård.« Det skriver Ansvarsnämnden i beslutet som rör en långdragen förlossning där barnet till slut dog, endast ett och ett halvt dygn gammalt. (Socialstyrelsen 7998/08, HSAN 3044/08)

En 35-årig kvinna var gravid med sitt andra barn. Den första förlossningen hade varit både smärtsam och utdragen fick avslutas med sugklocka. Kvinnan var mycket orolig att denna förlossning skulle bli likadan, men hade efter samtal med barnmorska beslutat att föda vaginalt med löfte att få smärtlindring i ett så tidigt skede som möjligt.

Förlossningen startade med värkar efter fullgången graviditet. Kvinnan kom in till förlossningsavdelningen vid lunchtid. Epiduralbedövning gavs som planerat och hade god effekt. Vid halv fem på eftermiddagen, då cervix öppnat sig nästan 9 centimeter, gjordes amniotomi och fostervattnet var klart. Lite senare sattes värkstimulerande dropp och cirka klockan 18 var cervix helt retraherad men fosterhuvudet palperades ovanför spinalplanet. Inte förrän fyra timmar senare hade huvudet trängt ner till spinalutskotten. CTG-registreringen var normal men påverkades negativt om kvinnan reste sig upp eller låg på rygg varför hon mestadels låg på sidan. Förlossningsläkaren och barnmorska A konstaterade att förlossningen gick framåt även om det gick långsamt.

Vid 22-tiden gick barnmorska B på sitt pass. Det var samma barnmorska

som patienten gått hos för att samtala om sin förlossningsrädsla. Omkring 22.40 kallade hon på förlossningsläkaren eftersom förlossningen inte gick framåt trots att oxytocindroppet hade ökat successivt till 85 ml/timmen. En dryg halvtimme senare noterades sena decelerationer på CTG-registreringen och förlossningsläkaren tog ett skalplaktatprov. Värdet låg på gränsen mellan normalt och patologiskt och läkaren beslöt att ta ett nytt prov om en halvtimme. Strax efter provet försämrades dock CTG-kurvan drastiskt och läkaren beslöt att patienten måste förlösas omgående. I förstone valdes sugklocka eftersom huvudet nu trängt nedom spinalplanet, men efter tre dragningar beslöt förlossningsläkaren att konvertera till urakut kejsarsnitt.

Nedsövningen fördröjdes något av att en ny perifer venkateter måste sättas. När patienten väl var sövd kom förlossningsläkaren snabbt in i bukhålan och konstaterade nästan genast en vertikal uterusruptur på 10–15 centimeter. Barnet, som kunde tas ut genom bristningen, var slapt och hade förlångsammad hjärtfrekvens, Apgar 2-2-4. Barnet togs genast om hand av barnläkare och narkosläkare. Prov på navelsträngsblod visade mycket svår syrebrist med pH 6,6. Efter någon timme transporterades barnet i ambulans till universitetssjukhus cirka sex mil bort. EKG-övervakningen på neonatalavdelningen visade på isoelektriskt EKG och barnet dog vid cirka 36 timmars ålder.

Händelsen har anmälts till Socialstyrelsen enligt Lex Maria. Socialstyrelsen konstaterade att handläggningen har

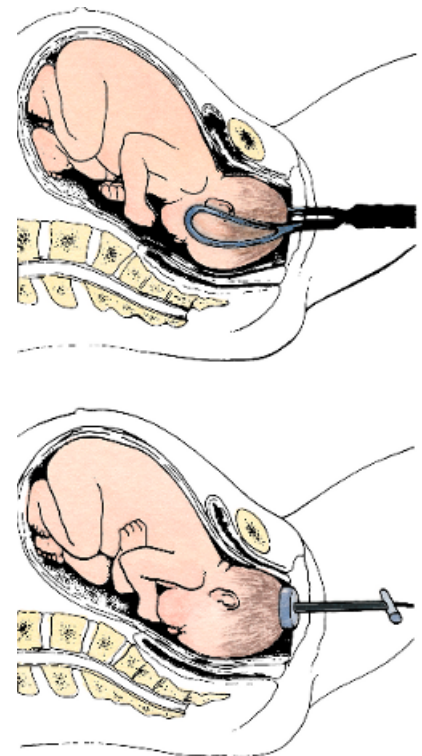


Illustration: Nationalencyklopedin/Typoform

skett i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

(Utredningen framkom att klinikens CTG-apparater inte visar korrekt tid på registreringarna, något som måste justeras.)

Modern har anmält barnmorskan B och förlossningsläkaren till Ansvarsnämnden. Nämnden konstaterar att barnmorskan B fullgjort sina plikter och lämnar anmälan mot henne utan åtgärd. Förlossningsläkaren har däremot varit alltför expektativ i sin handläggning med hänsyn till patientens anamnes på tidigare långdragen förlossning och till den mycket uttalade sekundära värksvagheten. Ansvarsnämnden skriver att en expektans på sex timmar hos en omföderska från det att cervix är retraherad är inte förenlig med god obstetrisk vård. Förlossningsläkaren får en erinran. ■

Kvarstående placentadel orsakade störtblödning

Vid misstanke om kvarstående placentadel var det tidigare vedertaget med omgående undersökning under narkos. Detta anses inte längre nödvändigt, men uppföljningen av sådan misstanke ska ändå vara noggrann. (HSAN 3115/08)

En drygt 30-årig kvinna inkom till förlossningsavdelningen efter fullgången förlossning på grund av vattenavgång. Förlossningen avlöpte normalt och placenta kom spontant utan dragning. Vid inspektion misstänkte dock barnmor-

skan att det kunde fattas en bit av moderkakan varför hon kallade på läkaren. Läkaren såg att placantan var komplett förutom möjligtvis i kanten där en kvadratcentimeterstor defekt kunde anas. Läkaren bedömde att det skulle vara mycket besvärligt att hitta en så liten bit vid undersökning av livmodern med instrument under narkos, varför patienten i stället fick metylergometrin. När patienten skrevs ut från sjukhuset i normal tid var livmodern enligt journalen väl kontraherad nedom navelplanet och

avslaget var normalt. Patienten informerades om att vara uppmärksam på omfattande blödningar och feber.

Efter cirka en vecka drabbades patienten av en störtblödning och fördes med ambulans till sjukhus. Där visade en ultraljudsundersökning att det verkliga fanns en liten del av placenta kvar och man gjorde en skrapning under narkos.

Patienten har anmält läkaren till Ansvarsnämnden för felbehandling.

Försök med tångförlossning ger en varning

Vid en långdragen förlossning gör läkaren ett försök med tång trots att cervix inte är fullvidgad och huvudet inte har slutroterat helt. HSN varnar läkaren. (HSAN 1558/08)

En drygt trettioårig förstföderska hade en utdragen början på förlossningen. Under första dygnet kontrollerades hon på förlossningsavdelning vid ett par tillfällen men fick åka hem för att vänta ytterligare. När hon inkom till förlossningsavdelningen en tredje gång var hon öppen cirka 6 centimeter och värkarbetet bedömdes som etablerat. Värkarna avtog emellertid under de närmaste timmarna och man beslöt att sätta värkstimulerande dropp. Trots det gick förlossningen mycket långsamt framåt. Efter ungefär 12 timmar på förlossningsavdelningen och med successivt ökad dos av värkstimulerande dropp var patienten i stort sett fullvidgad och barnets huvud stod vid spinaluskotten. Stora fontaneln palperades »klockan 11«. Förlossningsläkaren förde undan en liten kant av livmoderhalsen så att den var i stort sett retraherad och avvaktade en stund för att huvudet skulle få sjunka ytterligare något.

En dryg timme senare beslutade förlossningsläkaren att förlösa med sugklocka. Motivet var den långdragna förlossningen. CTG var helt normalt under hela förloppet.

Efter provdragningar under tre korta värkar beslutade förlossningsläkaren att ge upp försöket eftersom sugklockan hela tiden var på väg att släppa. I stället anlade förlossningsläkaren en tång. Två gånger drog förlossningsläkaren med tången

Läkaren bestrider att han handlat felaktigt. Bland annat skriver han att frågan om att undersöka livmodern för att leta efter misstänkta små bitar till sist alltid blir en fråga om erfarenhet och omdöme.

I det aktuella fallet bedömde läkaren att det inte låg i patientens intresse att efter nästan 1 liters blödning bli utsatt för narkos och skrapning och därmed skild från barnet.

Patientens livmoder uppfattades av barnmorskan vid hemgång som väl

utan att huvudet följde med nämnvärt. Klinikens förlossningsöverläkare drog ytterligare två gånger med samma klena resultat. Därefter togs beslut om akut kejsarsnitt. Barnet låg i vidöppen bjudning och man kunde se att tången hade orsakat en kraftig svullnad över vänster del av pannan och vänster öga.

Modern har anmält förlossningsläkaren för felaktig behandling. Hon skriver att han är utsatt henne och barnet för skador och stora risker genom att i onödan försöka genomföra förlossningen med tång. En del av barnets skador är enligt modern bestående.

Förlossningsläkaren bestrider att han handlat felaktigt. Han skriver att han är mycket väl bevandrad i att anlägga tång och att han under sina tio år på kliniken lagt ca 70 av de 300 tänger som lagts på kliniken. Han menar vidare att tången har justerats efter huvudets läge och påpekar att vidöppen bjudning inte kontraindicerar tång.

Ansvarsnämnden skriver emellertid i sin bedömning att för att anlägga tång ska cervix vara fullvidgad och fosterhuvudet slutroterat på bäckenbotten, kriterier som enligt nämnden inte var uppfyllda i det aktuella fallet. Dessutom noterar nämnden att det inte framgår av operationsberättelsen att yttre palpation av huvudets läge i bäckenet gjordes inför anläggandet av tången. Förlossningsläkaren borde ha konverterat till sectio direkt efter försöket med sugklocka, som Ansvarsnämnden betecknar som acceptabelt. Förlossningsläkaren får en varning av Ansvarsnämnden. ■

kontraherad. Läkaren skriver att i det läget har kliniken ingen rutin för någon ytterligare undersökning med ultraljud eller andra kontroller inför hemgång.

Ansvarsnämnden skriver att ordinationen av metylergometrin var korrekt med anledning av misstanke om kvarstående placentadel, men noterar att inga åtgärder i övrigt vidtogs.

Ansvarsnämnden skriver vidare i sitt beslut att det tidigare var vedertaget att

Tolv dragningar och tre klocksläpp ger en varning

Om försök att förlösa med sugklocka inte kan avslutas inom rimlig tid och CTG-registreringen är gravt patologisk bör barnet förlösas med kejsarsnitt. (HSAN 1839/08)

En 31-årig förstföderska inkom till förlossningsavdelningen vid midnatt med vattenavgång och värkar efter fullgången graviditet. Inget värkarbete kunde påvisas men hon lades in. Förlossningen fortskred inte, varför värkstimulerande dropps sattes på eftermiddagen dag två. Förlossningen gick nu långsamt framåt och cirka 12 timmar senare påbörjade förlossningsläkaren vakuumentraktion trots att huvudet inte passerat spinaluskotten. Nästan en timme senare, efter tolv dragningar och tre klocksläpp, föds barnet mycket medtaget med Apgar 1. Barnet överlever.

Modern har anmält förlossningsläkaren till Ansvarsnämnden för felaktig behandling. Hon skriver att hon aldrig kommer att förstå varför förlossningsläkaren inte avbröt försöken med sugklocka och i stället gjorde ett kejsarsnitt.

Förlossningsläkaren bestrider att han handlat felaktigt men medger att hennes handläggning ändå går stick i stäv med klinikens PM avseende vakuumentraktion. Läkaren påpekar också att hon övervägde sectio men bedömde att förlossningen kunde avslutas i rimlig tid med tanke på CTG-registreringens utseende (det framgår inte av beslutet hur CTG-registreringen såg ut). Läkaren skriver också att en urakut situation pågick samtidigt på en annan sal.

Ansvarsnämnden skriver att läkaren kunde ha gjort ett försök med sugklocka vid den aktuella förlossningen. Men därefter borde hon konverterat till kejsarsnitt eftersom CTG-registreringen var gravt patologisk under extraktionen och eftersom extraktionen inte kunde avslutas inom 15–20 minuter, något som nämnden betecknar som »rimlig tid«. Ansvarsnämnden ger läkaren en varning. ■

omgående ombesörja undersökning under narkos vid misstanke om kvarstående placentadel.

Detta anses inte längre nödvändigt men det ändå är betydelsefullt med noggrann uppföljning av sådan misstanke, skriver nämnden, som påpekar att några sådana åtgärder inte vidtogs.

Ansvarsnämnden riktar kritik mot brister i läkarens handläggning men anser inte att de bör leda till disciplinåtgärder.

Läkaren frias alltså. ■