

Riskabel förlossningsvård

Doktorsavhandling visar på många brister



Nästan två av tre nyfödda med tecken på syrebrist hade utsatts för bristande vård i samband med förlossningen. Men även för drygt en tredjedel av de friska kontrollerna var handläggningen under förlossningen att betrakta som suboptimal! Det framkommer i en doktorsavhandling från KI.

– Det visar att man inte följer de riktlinjer för fosterövervakning som vi har. Man agerar inte på ett patologiskt CTG. Det verkar som om man drar sig för att göra ett skalpblodprov för att förvissa sig om barnets välbefinnande.

Det säger Sophie Berglund, forskare vid Karolinska institutet och överläkare vid kvinnokliniken på Södersjukhuset. I april disputerade hon på en avhandling om allvarlig syrebrist hos nyfödda som följd av bristande handläggning vid förlossningar.

I en av studierna som ingår i avhandlingen jämfördes handläggningen under förlossningen av 313 nyfödda som uppvisade tecken på syrebrist vid 5 minuters ålder (Apgarpoäng <7) och lika många friska kontroller (Apgarpoäng 10 vid 5 minuters ålder). I båda grupperna föddes alla barnen efter minst 33 fullgångna veckor och hade normalt CTG när de inkom till förlossningskliniken.

I gruppen med låg Apgarpoäng hade suboptimal vård förekommit någon gång under förlossningen i 62 procent av fallen. I kontrollgruppen hade suboptimal vård förekommit i 35 procent av fallen.

Som suboptimal vård räknades bland annat mer än två och en halv timme

mellan CTG-registreringarna, inget skalpblodprov trots onormalt CTG i mer än 45 minuter, ingen uppföljning av skalpblodprov, ingen åtgärd alls trots onormalt CTG i minst 45 minuter och att oxytocin användes på ett oförsiktigt sätt.

I hälften av fallen med låg Apgar och i 12 procent av kontrollerna var CTG onormalt längre än 45 minuter före födelsen. Och när CTG visade tecken som vid syrebrist lät man ändå bli att kontrollera med ett skalpblodprov i 79 procent i båda grupperna!

– Kanske drar man sig för att göra det för att det känns för bökigt, säger



CTG-apparaten ger värdefull information. Men det gäller att tolka kurvan rätt och att sedan agera adekvat utifrån det.

Sophie Berglund och fortsätter:

– En annan orsak kan vara att man har sett så många patologiska CTG-kurvor där allt ändå har slutat bra, så det finns en risk att man inte agerar.

Och hon påpekar att risken för låg Apgarpoäng ökade med sju gånger när CTG varit onormalt mer än 45 minuter och det fanns indikation för skalpblodprov.

– Oavsett om man gjorde det eller inte!

– Sambandet är tydligt: ju längre tid som CTG var patologiskt, desto högre var risken för låg Apgarpoäng.

Oxytocinbehandling utan tecken på värksvaghet förekom i vart femte fall i båda grupperna.

Sophie Berglund säger att för henne, som är tillkallad främst när CTG är avvikande, var det ändå fascinerande att se att så många barn *inte* hade *något* avvikande CTG alls under hela förlossningen.

– Bland dem som hade full Apgar var fosterljudsregistreringen helt perfekt i två tredjedelar av fallen.

Sophie Berglund har utifrån resultaten i studien kommit fram till att om det finns ett samband mellan suboptimal handläggning och låg Apgarpoäng vid 5 minuters ålder så hade 42 procent av skadorna kunnat undvikas med korrekt handläggning under förlossningen.

– Det här är ett kvitto på att CTG inte är så dumt ändå!

Sara Gunnarsdotter

Barnmorskan signalerade problem men läkaren

Enligt Socialstyrelsen är en läkare ansvarig för att personligen undersöka patienten vid ett avvikande CTG-mönster. Det räcker inte att förlita sig på barnmorskans kliniska bedömning. (Soc 41-12893/09)

En förstföderska gravid i vecka 41 inkom till förlossningskliniken vid 14-tiden med värkar. Graviditeten hade förloppet normalt, och CTG vid inskrivningen var utan anmärkning. Kvinnan hade högt BMI. Klockan 16.30 lade en epiduralanestesi (EDA). Klockan 18.00

bedömdes CTG-kurvan som avvikande, och en knapp timme därefter gjordes en amniotomi för att kunna fästa en skalpelektrod.

Barnmorskan registrerade att fostervattnet var färgat av mekonium och rapporterade detta till förlossningsläkaren. Man övervägde laktatprov men avstod eftersom patienten var mycket smärtpåverkad trots EDA:n. Klockan 19.15 var fosterljudsfrekvensen 160 slag per minut. Patienten hade krystkänsla trots att modermunnen inte var helt öp-

pen. Laktatprov som togs vid 22-tiden var normalt. Strax före elva på kvällen kopplades ett Syntocinondropp. Fosterljudsfrekvensen var fortsatt hög under hela förloppet. Runt midnatt förändrades CTG med bred komplicerad deceleration i samband med rygggläge. Syntocinondroppet stängdes av i en kvart. Kvinnan fick flera gånger under kvällen och natten paracetamol på grund av lätt temperaturstegring och EDA-bolusdos på grund av smärta.

Klockan 02.22 började patienten krysta aktivt. CTG-visade komplicerade va-

Passivitet trots alltmer avvikande CTG – barnet föddes med grav syrebrist

CTG-kurvor felbedömdes och personalen kommunicerade illa. Dessutom följdes inte verksamhetsrutiner i en akut situation. Sammantaget fick detta ödesdigra konsekvenser i form av ett hjärnskadat barn. (Soc41-10048/09)

En kvinna gravid i vecka 40 inkom till förlossningskliniken tidigt en morgon efter vattenavgång och värkar sedan några timmar. Kvinnan hade tidigare fött barn vaginalt efter spontant igångsatta förlossningar. Denna graviditet hade förlöpt normalt, och CTG vid inskrivningen var också utan anmärkning. Man visste att det väntade barnet var stort.

Vid undersökning efter cirka tre och en halv timme var cervix öppen cirka 3 centimeter, och den föregående fosterdelen befann sig ovanför spinae. Fortfarande efter lunch var cervix öppen endast 5 centimeter. Vid 17-tiden kopplades ett Syntocinondropp, men efter ytterligare två timmar hade cervix ändå inte öppnat sig mer än 6 centimeter och huvudet stod fortfarande ovanför spinae. Strax efter åtta på kvällen sattes en skalpelektrod eftersom CTG visade ett avvikande mönster.

Cervix var nu öppen mellan 8 och 9 centimeter, men huvudet stod fortfarande ovanför spinae.

Strax efter klockan 21 var CTG patologiskt med variabla decelerationer, och Syntocinondroppet togs bort. Därefter minskade variabiliteten utan accelerationer.

Kvinnan var kraftigt smärtpåverkad

och fick 21.35 epiduralanestesi.

Klockan elva på kvällen togs ett laktatprov som var normalt.

Man beslutade att ta ett nytt laktatprov om CTG-kurvan inte förbättrades, men förlossningsläkaren var upptagen med en annan patient den närmaste timmen, varför inget nytt prov togs.

CTG-kurvans variabilitet fortsatte att vara nedsatt samtidigt som basalfrekvensen steg och komplicerade variabla decelerationer kunde avläsas. I journalen har dock barnmorskan angivit *accelerationer*.

Kvinnan hade täta sammandragningar, men värkarbetet var hypertont.

Vid midnatt tog jourhavande obstetiker beslut om kejsarsnitt. Då hade kvinnan egna förlossningsvärkar, men läkaren tänkte inte på att avbryta dessa med terbutalin.

Kvinnan transporterades till operationsavdelningen, och i samband med det kopplades CTG-apparaten bort och lämnades på förlossningsavdelningen. Fosterljuden som avlyssnades intermitter, låg mellan 50 och 170 slag per minut.

På operationsavdelningen drogs EDA-katetern ut trots att förlossningsläkaren hade meddelat att den skulle användas under snittet. Det råder oenighet om vem som beslutade om vilket. I 20 minuter gjordes sedan upprepade försök att lägga spinalbedövning för fortsatt smärtlindring. Under tiden tilltog krystvärkarna så pass att man efter undersökning beslutade att förlösa kvinnan vaginalt. Tjugo minuter senare

föddes ett mycket stort barn med svår syrebrist. Efteråt har man konstaterat allvarliga hjärnskador, sannolikt beroende på syrebristen.

Händelsen anmäldes till Socialstyrelsen enligt lex Maria.

Socialstyrelsen skriver att det var rätt att kontrollera laktat vid den tidpunkt detta gjordes, men man borde sedan varit mer aktiv i den fortsatta övervakningen av barnets metabola status eftersom CTG-mönster tydde på en tilltagande patologi. Socialstyrelsen anser att ansvaret för detta vilar både på barnmorskan och på förlossningsläkaren. Socialstyrelsen noterar också att CTG flera gånger missbedömdes av barnmorskan. Enligt Socialstyrelsens, blev tiden mellan beslutet om kejsarsnittet och förlossningen för lång på grund av bristande kommunikation mellan personalen. Enligt verksamhetens rutiner ska förlossningsläkaren besluta om fosterljud ska avlyssnas eller om CTG ska registreras fram tills operationen startar. Det är också förlossningsläkaren som har ansvar för vad som ska göras, hur bråttom det är och var operationen ska utföras. Dessa rutiner följdes inte. Socialstyrelsen anser att handläggningen av förlossningen präglats av passivitet och brist på samverkan mellan personalkategorier och verksamhetsområden och utesluter inte att detta bidragit till den olyckliga utvecklingen av den allvarliga syrebristen.

Sara Gunnarsdotter

agerade inte – CTG pekade tydligt på asfyxi

riabla decelerationer samt takykardi. En knapp halvtimme senare kontaktades jourhavande läkare på grund av långsamt krystningsförlopp. Läkaren ordinerade obegränsad höjning av Syntocinondroppet. Klockan 03.30 beslutade läkaren att avsluta förlossningen med sugklocka. Under förberedelserna inför detta föddes emellertid barnet fram med hjälp av yttre press. Barnet var livlöst och återupplivningsförsöken resultatlösa.

Händelsen anmäldes till Socialstyrelsen enligt lex Maria. Socialstyrelsen har tagit in ett yttrande från ett vetenskap-

ligt råd som skriver att CTG visade en klassisk utveckling mot asfyxi såsom takykardi, utslätad variabilitet och decelerationer.

Socialstyrelsen anser att det funnits brister och otidighet i kommunikation, samarbete och ansvarsfördelning mellan personalen. Enligt Socialstyrelsen har patientsäkerheten åsidosatts på en rad områden. Bland annat kontaktade barnmorskan jourhavande läkare vid ett flertal tillfällen, men vederbörande valde ändå att inte skaffa sig en egen

uppfattning av de problemen förrän mot slutet av förloppet. Socialstyrelsen skriver att vid avvikande CTG är det läkares ansvar att personligen undersöka patienten fysikaliskt och verifiera status och tidigare undersökningsfynd.

Socialstyrelsen noterar också att vid den händelseanalys som kliniken gjorde med anledning av händelsen var inte barnmorskan delaktig i processen. En komplett händelseanalys kräver enligt Socialstyrelsen att all inblandad personal lämnar personliga redogörelser.

Sara Gunnarsdotter