

dast en ny CTG-registrering under förmiddagen. När hon lämnade förlossningsrummet pågick en registrering, som hon uppfattade utan anmärkning.

Socialstyrelsen ansåg att förlossningsläkaren, tillika verksamhetschef, brustit i ansvar och bedömning beträffande behovet av kontinuerlig fosterövervakning i det enskilda fallet genom otillräcklig eller ottydlig ordination, och också generellt eftersom rutiner för kontinuerlig CTG-registrering saknades vid enheten.

Avbröt registreringarna

Barnmorska A bedömde vid två tillfällen under förmiddagen, kl 08.40–09.15 och 11.18–11.28, att CTG-registreringarna var avvikande/patologiska. Trots detta avbröt hon registreringarna efter kort tid. Någon kontakt med läkaren togs inte förrän i samband med avfärd till operationsavdelningen (tidpunkten oklar), då fosterljud inte kunde uppfattas.

Även i brist på tydligare ordination och bristande rutiner angående kontinuerlig registrering borde barnmorska A utifrån sitt yrkesansvar ha följt fostrets tillstånd under förmiddagen och fram

till transporten till operationsavdelningen på ett mera tillfredsställande sätt samt kontaktat läkaren vid avvikande registreringar, ansåg Socialstyrelsen.

»Respekterade anestesiläkarens oro«

Ansvarsnämnden läste Socialstyrelsens utredning och tog in yttranden av de anmälda. Förlossningsläkaren påpekade att hon gick med på att avvakta ett par timmar med kejsarsnittet, inte i brist på kommunikation med narkosläkaren utan med hänsyn till risken för komplikationer för kvinnan.

CTG-registreringen kl 10 indicerade enligt hennes bedömning inte omedelbar operation. Hon valde därför att respektera narkosläkarens oro för riskerna med en misslyckad spinalanestesi eller komplicerad generell anestesi.

Hon ordinerade en ny CTG-registrering för att bedöma fosterljuden. Hon var med under 10–15 minuters registrering och kunde se och höra fosterljuden, som låg på normal nivå.

Hon gick ut ur rummet i väntan på operationen men lämnade tyvärr inte

»När CTG-registreringen återupptogs kl 8.39 var kurvan gravt patologisk, med ett tyst mönster och fosterljuds-nedgångar. Även vid 12-tiden var kurvan patologisk, och det var då oförsvarligt att avsluta CTG-övervakningen.«

någon klar ordination om kontinuerlig CTG-registrering. Hon utgick dock från att CTG-registreringen skulle pågå ett tag till, hävdade förlossningsläkaren.

Barnmorskan godtog Socialstyrelsens kritik i stort. När CTG-registreringen stängdes av kl 11.28 var dock förlossningsläkaren närvarande och således medveten om åtgärden, hävdade hon.

Ökad risk

Ansvarsnämnden slår fast att patienten löpte en ökad risk vid en operation på grund av två tidigare operationer i nedre delen av buken. Vidare var hon överviktig, vilket ökar risken för komplikationer vid kirurgiska ingrepp. Hon borde därför i ett tidigt skede ha ordinerats fasta.

När CTG-registreringen återupptogs kl 8.39 var kurvan gravt patologisk, med ett tyst mönster och fosterljuds-nedgångar.

Även vid 12-tiden var kurvan patologisk, och det var då oförsvarligt att avsluta CTG-övervakningen.

Genom sin passiva handläggning av förlossningen har förlossningsläkaren av oaktsamhet inte fullgjort sina skyldigheter. Felet är varken ringa eller ursäktligt och ger henne en varning.

Även om läkare inte ordinerat det borde barnmorskan – mot bakgrund av den patologiska CTG-registreringen – ha övervakat fostret kontinuerligt. Hon får en erinran. ■

Ortoped opererade patient med spinal stenosis på fel nivå

Ortopeden gjorde ingreppet på fel nivå. Det innebar att patienten med spinal stenosis tvingades till omoperation. (HSAN 1548/07)

Den 59-åriga kvinnan opererades den 29 mars 2007 för spinal stenosis vid ett universitetssjukhus. Operationen avsåg nivå L IV–L V men ortopedén gjorde ingreppet på nivå L III–L IV. Kvinnan fick därför opereras om den 1 april. Hon anmälde ortopedén.

Ansvarsnämnden tog in patientens journal och ett yttrande från ortopedén, som medgav att han opererat på fel nivå men bestred bifall till anmälan.

»Inga svårigheter peroperativt«

Han berättade att patienten skulle opereras för dynamisk spinal stenosis på nivå L IV–L V. Patienten hade preoperativt utretts med datortomografi samt

MR. Även slätröntgen av ländryggen hade gjorts. Röntgenfynd och patientens klinik bedömdes stämma överens. Hon sattes upp för planerad åtgärd med fusion samt fixation på nivåerna L IV–L V.

Peroperativt fanns inga svårigheter. I genomlysning kontrollerades läge på sedvanligt sätt med att sätta första skruven, vilket bedömdes vara i L V:s pedikel. Därefter sattes fyra skruvar på vanligt sätt.

»Vidtog alla åtgärder«

På röntgenkontrollen postoperativt sågs att de opererade nivåerna var L III–L IV.

Patienten reopererades med bakre fusion och omsättning av skruvar samt dekompression. Postoperativt var förloppet komplikationsfritt. Patienten har återhämtat sig väl.

Givetvis är det mycket olyckligt att hon opererades på fel nivå, menade orto-

peden men ansåg att han vidtagit alla de åtgärder som finns med genomlysning peroperativt. Trots det hade skruvarna hamnat på fel nivå. Han såg inte att han hade kunnat göra ingreppet på något annat sätt, hävdade ortopedén.

Bilderna felmärkta

Ansvarsnämnden påpekar att i journalen varnades för att de MR-bilder som tagits var felmärkta. Ortopeden borde därför ha varit extra uppmärksam innan han opererade patienten.

Han använde röntgenomlysning för att hitta rätt nivå och har uppgett att han inte kunde göra mer.

Det gäller dock som operatör att även kunna tyda röntgenbilderna på skärmen och hitta rätt nivå, speciellt som det inte tycks ha funnits några anatomiska svårigheter eller avvikelser.

Ortopeden får en varning. ■