den av avsaknad av fosterrörelser och en gravt patologisk CTG-kurva. När patienten återkom på kvällen, visade kurvan ett något annorlunda utseende med i det närmaste upphävd korttidsvariabilitet och sena decelerationer. Först två timmar senare då fostret visade terminal bradykardi gjordes kejsarsnitt.

Enligt Socialstyrelsen är tolkning av avvikelser i CTG-registreringar en avancerad uppgift som ställer stora krav på noggrannhet, kunskap och erfarenhet hos den som svarar för uppgiften Man ansåg att de fel den anmälde läkaren gjort sig skyldig till ej var att anse som ringa, ej heller ursäktliga.

Läkaren menade att han funnit ett svårtolkat sinusoidalt mönster men att undersökning med ultraljud och blodflödesmätning visat normala förhållanden. Han ansåg att förhållningssättet i den aktuella situationen inte var så självklart inom obstetriken, som framstår i det vetenskapliga rådets yttrande. Han motsatte sig dock inte disciplinpåföljd utifrån det faktum att han låtit blodflödesmätning i arteria umbilicalis styra handläggningen i ett fall med patologisk CTG-registrering.

Bedömning och beslut

Nämnden ansåg att övervakningskurvan redan när läkaren övertagit ansvaret för förlossningen visat ett fortsatt patologiskt mönster. Han borde då ha föranstaltat om kejsarsnitt och inte avhänt sig möjligheten att kontrollera patienten genom att låta henne gå hem.

Påföljd: varning

Olika åsikter om agerandet vid en tvillingförlossning

Anmälare: Socialstyrelsen
Anmäld: Förlossningsläkare vid länsdelslasarett
Orsak: Väntade alltför länge vid förlossning av tvilling 2.
HSAN 2807/00

En 36-årig kvinna väntade tvillingar. På grund av proteinuri och hypertoni hade man misstänkt graviditetstoxikos, men utredning på sjukhuset hade inte bekräftat detta. Tolv dagar före beräknad förlossning tillkom huvudvärk och flimmer, och man beslöt att sätta igång förlossningen med amniotomi och Syntocinondropp. Förlossningsarbetet visade god progress, och CTG-registrering för båda tvillingarna var utan anmärkning. Tvilling 1 framföddes fem timmar efter påbörjad induktion. Tvilling 2 hade till att börja med under det fortsatta förlossningsarbetet normal hjärtfrekvens, men efter hand tillkom tilltagande bradykardi och i stort sett upphävd variabilitet. Man övervägde att göra amniotomi på en starkt buktande hinnblåsa, men förlossningsläkaren beslöt att avvakta. Man hade problem med CTG-registreringen, som vid ett tillfälle saknades under sex minuter. Kl 15.30 kunde man via en extern registrering konstatera en hjärtfrekvens på 110–160 slag /minut. Mönstret liknade det som kan ses under utdrivningsskedet.

Läkaren avvaktade med amniotomi till 15.55 och därefter kunde tvilling 2 födas fram efter en dragning med sugklocka. Barnet var vid framfödandet helt slappt och utan spontanandning. Denna kom igång först efter cirka 20 minuter. Navelsträngs-pH visade kraftig acidos (6,63). Barnet visade sig ha omfattande hjärnskador med betydande handikapp som följd.

Socialstyrelsen har inhämtat utlåtande från föredraganden i obstetriska ärenden, överläkare Per Åke Holmgren. Denne har bl a framfört att under den sista halvtimmen av förlossningen förelåg ett helt klart tilltagande patologiskt CTG-mönster samt inträffade en 5–6 minuter lång episod utan säkra hjärtljud. Den mycket uttalade acidosen talar också för en längre asfyxiperiod. Med skalpelektrod och direkt foster-EKG skulle man ha kunnat undvika den förväxling med moderns hjärtfrekvens som sannolikt var vad som monitorerades de sista 25 minuterna av förlossningen. Han bedömde att läkaren väntat alltför länge för att man skall anse att handläggningen av tvilling 2:s förlossning varit acceptabel. Operativ förlossning, vaginal extraktion eller kejsarsnitt borde ha initierats ca 30 minuter tidigare än vad som nu skedde. Med stöd av detta yttrande ansåg Socialstyrelsen att läkaren begått fel i sin yrkesutövning och anmälde fallet till HSAN.

Läkaren har i sitt yttrande till HSAN hävdat att han under den kritiska perioden visuellt följt fostrets hjärtfrekvens med abdominellt ultraljud och kunnat konstatera normalt frekvensområde. Han hänvisar dessutom till ett utlåtande av Läkarförbundets konsultationsläkare, Ove Axelsson, professor i obstetrik och gynekologi. Denne har bl a menat att läkaren i allt väsentligt agerat på ett acceptabelt sätt. Att kategoriskt påstå att förlossningen skulle ha avslutats i samband med bradykardiepisoden synes honom mindre väl underbyggt och mer vara ett uttryck för att handläggningen bedömts med facit (det tragiska utfallet) i hand.

Bägge experterna har sedan återkommit med ytterligare bedömningar. Socialstyrelsen har vidhållit sitt tidigare yrkande.

Bedömning och beslut

Nämnden anslöt sig till Socialstyrelsens bedömning att läkaren varit alltför passiv och att förlossningen borde ha avslutats tidigare med tanke på den långvariga bradykardi som registrerades.

Påföljd: varning

I ytterligare ett fall av tvillingförlossning (HSAN 151/01) drabbades tvilling 2 av allvarlig asfyxiskada. Förloppet var mycket likt ovanstående och presenteras därför ej här. Även i detta fall ålades ansvarig läkare en varning.

Riskförlossning efter tidigare kejsarsnitt

Anmälare: Patienten
Anmälda: Två förlossningsläkare och en barnmorska vid ett länssjukhus
Orsak: Sugklockan släppte 12 gånger
HSAN 2850/00

En 38-årig patient hade tidigare fött två barn, varav det första med akut kejsarsnitt på grund av fosterpåverkan. Hon inkom nu till sjukhuset tio dagar före beräknad förlossning. På grund av dålig progress stimulerade barnmorskan från kl 11.35 med Syntocinon-dropp, som successivt ökades. Kl 12.10 uppträdde decelerationer på övervakningskurvan och kl 12.35 kunde man inte längre registrera fosterljuden. Man applicerade skalpelektrod och fann att hjärtfrekvensen var 60 slag per minut. Kl 13.37 drogs med sugklocka fram ett kraftigt asfyktiskt barn med Apgarpoäng 1.2.3. Prov på navelsträngsblod visade ett pH 6,57. Barnet avled.

Patienten har i sin anmälan uppgett att barnmorskan övervakat bristfälligt under förlossningens gång. När barnet började bli dåligt hade patienten bett att få avsluta förlossningen med snitt. Först efter 25 minuter tillkallades läkare. När den första läkaren kom agerade hon inte alls, verkade inte veta vad hon skulle göra.

Patienten bad återigen att få bli snittad, men i stället kallades bakjouren, som beslöt att göra vakuumextraktion. Trots att sugklockan släppte 12 gånger fortsatte läkaren att »dra i tomma luften«.

Två personer hängde på patientens mage. Sedan snedklipp gjorts kunde man använda en större sugklocka. Även denna släppte 4–5 gånger, innan patienten blev förlöst. Barnmorskan har upp-

gett att sedan Syntocinondroppet kopplats hade hon varit närvarande på förlossningsrummet hela tiden. Sedan det uppstått problem med yttre CTG-registrering, hade hon bedömt att förlossningen snart skulle vara avslutad och hon försökte övertyga patienten att det var meningsfullt att fortsätta.

Underläkaren fann direkt när hon anlände till rummet att fosterljuden var dåliga och beslöt, eftersom modermunnen var öppen och fosterhuvudet stod ett par tvärfingrar ovan bäckenbotten, att avsluta förlossningen med sugklocka. För att få hjälp med detta kallade hon på bakjouren, som tog över innan hon hunnit applicera sugklockan.

Överläkaren har uppgivit att hon hade bedömt att det snabbaste sättet att förlösa denna patient var att göra en vakuumextraktion.

Bedömning och beslut

Barnmorskan borde kontinuerligt övervakat förlossningsförloppet, eftersom patienten var en riskpatient (tidigare sektio). Hon hade ökat Syntocinondroppet över den rekommenderade maxdosen, trots att patienten tidigare förlösts med kejsarsnitt och trots att fostret var påverkat. Värkarbetet blev därför överstimulerat.

Överläkarens initiala beslut att försöka förlösa snabbt med sugklocka var rätt, men att sedan underlåta att konvertera till kejsarsnitt, när sugklockan släppt flera gånger, strider mot obstetrisk praxis.

Nämnden ansåg att barnmorskan och överläkaren inte fullgjort sina skyldigheter. Underläkaren, däremot, hade konsulterat överläkaren och det fanns därför inte anledning till kritik mot henne.

Påföljd: varning (barnmorskan), erinran (överläkaren)

Barnet borde ha undersökts med ögonspegling

Anmälare: Modern
Anmäld: Läkare vid barnsjukhus
Orsak: Försenad diagnos av katarakt
HSAN 2836/00

En nyfödd flicka överfördes dagen efter partus till neonatalavdelning på regionsjukhus på grund av andningsstörning.

Där observerades att flickan även hade neurologiska symtom, bl a en ovilja att öppna ögonen och att hon hade avvikande ögonrörelser. Man inriktade sig dock i första hand på att flickan hade mediastinalt emfysem och vänstersidig pneumotorax. Detta behandlades konservativt. Efter några dygns vård överfördes hon till nyföddhetsavdelningen på barnmedicinska kliniken, då hon inte längre behövde intensivvård och man dessutom hade platsbrist.

Man konstaterade där en muskulär hypotoni, avvikelser i hennes nyföddhetsreflexer och som tidigare en ovilja att öppna ögonen. Datorundersökning av hjärnan, EEG och laboratorieprov var utan anmärkning. Barnneurolog undersökte flickan och han fann diskreta avvikelser i muskelspänning. Hon utskrevs till hemmet efter sammanlagt tolv dagars vård.

Vid 8 veckors ålder visade det sig att flickan hade grå starr på höger öga. Utredning har visat att hon inte kommer att få någon syn på ögat, på sin höjd kunna skilja på ljus och mörker.

Modern har anmält ansvariga läkare vid barnsjukhuset för att flickan inte ögonundersökts under vårdtiden.

HSAN har inhämtat yttrande från läkare som ansvarat för vården av flickan.

De två läkare som skött patienten under tiden på neonatalavdelningen har uppgett att det inte är praxis vid sjukhuset att göra ögonundersökning vid första barnstatus. Under de första 1–2 dygnen krävs ofta att man tvingar upp ögonlocken för att kunna ögonspegla. Man hade väntat att denna undersökning skulle göras vid utskrivning från nyföddhetsavdelningen.

Den ST-läkare som i första hand ansvarat för vården av flickan på nyföddhetsavdelningen har uppgett att han undersökt flickan upprepade gånger och att hon hade en komplex symtobild med en rad tänkbara bakomliggande orsaker. Ett av symtomen var flickans ovilja att öppna ögonen, vilket noterats i journalen. Hon hade vid upprepade tillfällen diskuterats bland annat vad gäller ögonbesvären i teamet med mycket erfarna läkare. Själv hade han ingen praktisk erfarenhet av nyföddhetsvård.

Ansvarig överläkare har konstaterat vad gäller ögonundersökning av nyfödda:

Denna undersökning utförs vid mycket olika tidpunkter på kvinno- och barnkliniker i Sverige. Nu existerande rutiner visar sig variera från att alla nyfödda undersöks på BB eller vid utskrivning från neonatalavdelning eller att undersökningen sker på BVC eller i vissa fall ej alls.

En utredning pågår i Barnläkarföreningen om när och hur ögonundersökning bör utföras på nyfödda för att man skall få ett optimalt resultat för patienten. Den väntas vara klar under år 2001. På sjukhuset hade man som rutin att undersöka med oftalmoskop i genomfallande ljus vid undersökning på BB. Detta var även rutin på neonatalavdelningen, men i detta fall fördes patienten över till annan avdelning, vilket kan förklara varför undersökningen ej blev gjord. Man avser att strama upp rutinerna på kliniken och se till att alla barn som lämnar BB och neonatalavdelningen blir undersökta med ögonspegling.

Bedömning och beslut

Det är viktigt att nyfödda barn synundersöks, eftersom bl a en fördröjd diagnos av katarakt menligt kan påverka synutvecklingen. Några fasta riktlinjer för när och hur undersökning skall gå till fanns dock inte 1999. En utredning visade att man på sjukhuset brukar undersöka barn i samband med utskrivning från BB-avdelning. Om barnet överförs till neonatalavdelning, görs undersökningen av neonatolog i samband med utskrivningen därifrån. Flickan överfördes emellertid sedan till spädbarnsavdelning, vilket kan förklara att undersökningen ej blev gjord. Nämnden ansåg därför att anmälan inte skulle leda till påföljd.

Nämnden konstaterade slutligen att man vid sjukhuset beslutat att förbättra rutinerna så att alla barn som lämnar BB- eller neonatalavdelning blir undersökta med ögonspegling.

Anmälan lämnades utan åtgärd