

»Omedelbart kejsarsnitt hade kunnat öka barnets möjlighet att överleva«

Minst 30 minuters fördröjning vid klart patologisk CTG-kurva

När ST-läkaren fann att CTG-kurvan var klart patologisk borde hon ha beslutat om ett omedelbart kejsarsnitt. Då hade barnet kunnat förlösas minst 30 minuter tidigare än vad som blev fallet och därmed, trots den prematura förlossningen, ha haft en större möjlighet att överleva. (HSAN 2460/05)

Den 33-åriga kvinnan skulle föda sitt andra barn och gick på kontroll. Under graviditeten hade hon haft blödningar, och fick den 24 februari en vattenavgång i vecka 25+2. Hon remitterades därför till kvinnokliniken vid ett universitetssjukhus.

Behandling med Betapred gavs för att mogna barnets lungor. En cervixodling var negativ. Under vården fortsatte det att läcka blodtillblandat fostervatten. De dagliga CTG var dock normala, varför man avvaktade.

Kl 23.15 den 6 mars kallades primärjouren, ST-läkaren, till avdelningen då patienten haft sammandragningar. De hade sedan två timmar kommit 2-3 ggr/10 minuter. Kvinnan kände också ett tryck nedåt.

ST-läkaren fann som tidigare slemmig blödning, bibehållen cervix, slutet yttre modernmun och normal hjärtaktivitet. Barnmorskan på avdelningen upplyste om att hon registrerat en takykardi runt 180-200 slag/minut, varför de beslutade om CTG-registrering.

ST-läkaren tillkallades på nytt strax efter midnatt då personalen bad att få överföra patienten till förlossningsavdelningen. De hade inte tid med en adekvat övervakning.

Grav fosterbradykardi

ST-läkaren såg en avvikande CTG-registrering. Hon kontaktade bakjouren och de beslutade om kejsarsnitt. När hon återvände till patienten fann hon en grav fosterbradykardi. Hon kontaktade kl 00.20 åter bakjouren, och de beslutade om omedelbart kejsarsnitt. Bakjouren kom till operationsavdelningen några minuter före patienten.

Barnet förlöstes kl 00.59 den 7 mars. Han vägde 900 gram och fick Apgar 1,3 och 5. Vid kejsarsnittet fann man en avlossning av moderkakan. Barnet avled nästa dag på grund av allmän organsvikt.

Kvinnan anmälde båda läkarna.

Båda bestred att de gjort fel

Ansvarsnämnden läste journalen och ett Lex Maria-beslut från Socialstyrelsen. Båda läkarna bestred att de gjort fel. ST-läkaren berättade att hon var väl informerad om patienten då hon tidigare hade tjänstgjort på avdelningen. Det var planerat för vaginal förlossning.

Vid 23-tiden den 6 mars blev ST-läkaren kontaktad av barnmorska på avdelningen, då patienten haft sammandragningar i ca 1 timme. Hon

gjorde en gynekologisk undersökning med spekulum. Hon fann en opåverkad livmoderhals och inga tecken till blödning. Patienten var mjuk i buken mellan sammandragningarna. Hon gjorde ett abdominellt ultraljud, fostret var i huvud-

ändläge. Hjärtaktiviteten var normal.

ST-läkaren bedömde att sammandragningarna inte haft någon effekt på livmoderhalsen och att de skulle avvakta. När hon skulle gå från avdelningen uppgav barnmorskan att hon hört snabba fosterhjärtljud tidigare vid avlyssning. ST-läkaren ordinerade ett CTG och lämnade avdelningen.

Beslutade att göra kejsarsnitt

Efter 45 minuter blev hon åter kontaktad från avdelningen. Hon ombads att föra patienten till förlossningen eftersom barnmorskan på avdelningen inte hann vara hos patienten hela tiden, vilket krävs för en fullgod CTG-registrering.

ST-läkaren gick till avdelningen och upptäckte ett CTG med dålig registrering av fosterhjärtljud. Men av och till noterades takykardi. När hon kom dit registrerades på CTG två variabla decelerationer (kring 90-100 slag/minut) i samband med sammandragningarna.

ST-läkaren kontaktade omgående bakjouren. De beslutade att göra kejsar-

snitt och ge patienten en injektion Bricanyl för att minska sammandragningarna.

ST-läkaren berättade att hon ringde narkosläkare, neonataljouren och operationsavdelningen. Hon noterade där efter en fosterbradykardi ner mot 70 slag/minut. Beslut om omedelbart kejsarsnitt fattades. Det utfördes tillsammans med bakjouren, och de fann en moderkaksavlossning. De förlöste ett barn som var slappt och med dålig färg och muskeltonus. Barnet omhändertogs av neonatolog. Det avled ett dygn senare.

ST-läkaren ansåg att hon handlagt fallet helt korrekt. Någon timme efter att sammandragningarna började, blev hon sökt av barnmorska och gjorde en undersökning och fann att patienten inte var i förlossningsarbete och fostret hade normalt fosterhjärtljud.

»Inget onödigt avvaktande«

Dessutom var det planerat för vaginal förlossning, varför hon avvaktade. När hon vid CTG-registreringen såg att fosterhjärtljuden var påverkade beslutade hon att utföra akut kejsarsnitt. Således förelåg inget onödigt avvaktande från hennes sida, hävdade ST-läkaren.

Patienten var gravid i vecka 26, och hade en 10 dagars anamnes på vattenavgång med blödning av och till. Enligt beslut på kliniken ska ST-läkare utföra dessa kejsarsnitt assisterad av bakjour. Detta på grund av den ökade svårighetsgraden dessa kejsarsnitt medför. Hon meddelade därför omedelbart sin bakjour då hon upptäckte påverkade fosterhjärtljud, och beslutet togs att utföra kejsarsnitt.

Bakjouren/förlossningsläkaren berättade att hon kl 00.10 den natten blev uppringd av primärjouren (ST-läkaren), som meddelade att patienten fått sammandragningar, och att hon vid dessa hade variabla decelerationer.

Då detta var i början av ett sannolikt förlossningsförlopp anmälde kvinnan till akut kejsarsnitt.

10 minuter senare blev bakjouren åter uppringd därför att ST-läkaren ansåg att CTG-registreringen försämrats. De bestämde då att förlösa med akut kejsarsnitt. 10-12 minuter senare var bakjouren på operationsavdelningen. Patien-

ten anlände några minuter senare och de förlöste barnet med kejsarsnitt.

ST-läkaren är i slutet av sin specialistutbildning. Rutinmässigt finns dock vid kejsarsnitt på mycket för tidigt födda åtminstone en bakjournskompetent med.

Eftersom det föreligger stora risker för barn som förlöses mycket prematurt fordras inför beslut om förlossning observationstid och övervägande. Bakjouren ansåg att ST-läkaren och hon handlagt fallet korrekt. Barnet förlöstes så snabbt som omständigheterna tillät.

Ansvarsnämnden konstaterar att bakjouren beslutade om akut kejsarsnitt så

snart hon blivit informerad om att CTG blivit alltmer patologiskt. Hon frias.

Förlöstes minst 30 minuter för sent

ST-läkaren borde när hon återkom kring midnatt och fann att CTG-kurvan var klart patologisk beslutat om omedelbart kejsarsnitt. Då borde barnet kunnat bli förlöst åtminstone 30 minuter tidigare. Möjligheten att överleva trots den prematura förlossningen hade då kunnat vara större.

ST-läkaren borde också insett att en adekvat övervakning av en kvinna i 26:e veckan med vattenavgång och samman-

dragningar fordrar förlossningsavdelningens resurser.

Redan kl 23.15 skulle kvinnan ha flyttats till förlossningsavdelningen. Enligt Socialstyrelsens bedömning i Lex Maria-beslutet fanns det brister i rutinerna för överföring av patienter från vårdavdelningen till förlossningen, varför ST-läkaren inte kan lastas för att flytten inte blev av.

Ansvarsnämnden finner sammantaget att ST-läkaren genom sin passiva handläggning av oaktsamhet inte fullgjort sina skyldigheter, varför hon får en erinran.

Vakuumextraktionen kunde befaras bli långvarig

»Borde i stället ha beslutat om urakut kejsarsnitt«

Omständigheterna vid förlossningen var sådana att vakuumextraktionen kunde befaras bli långvarig. Därför borde förlossningsläkaren i stället ha beslutat om urakut kejsarsnitt. (HSAN 3235/05)

Den 35-åriga kvinnan hade tidigare fött barn med kejsarsnitt och nedkomsten av hennes andra barn beräknades till den 29 september. Under graviditeten kontrollerades hon av barnmorska A, som i slutet av mars ombesörjde läkarundersökning och det tidigare snittet bedömdes då ha gjorts på grund av sätesändläge.

Den 5 oktober hade A noterat avtagande fosterrörelser, men då CTG inte visade något avvikande avtalade man om sedvanlig överburenhetskontroll.

Fyra dagar senare uppsökte kvinnan ett universitetssjukhus på grund av sammandragningar, men barnmorska B bedömde att värkarbetet ännu inte etablerats. Kvinnan fick därför lämna sjukhuset, men återkom senare samma kväll då vattnet gått och värkarna etablerats. Kvinnan lades in och barnmorska C ansvarade för förlossningen, som skedde med kontinuerlig CTG-registrering.

Klockan lossnade

Kl 23.30 ordinerade förlossningsläkaren STAN och kl 02 värkförstärkande infusion.

Då fostrets hjärtfrekvens sjönk en timme senare tillkallades förlossningsläkaren. Modern munnen var fullvidgad och fostrets huvud nådde ner under spinalplanet under värk.

Förlossningsläkaren beslutade om va-

kuumextraktion, men klockan lossnade under den fjärde dragningen då barnets huvud stod på bäckenbotten. Förlossningen avslutades med tång kl 03.30 och barnet, som vägde 3 860 gram, erhöill Apgar 1, 3 och 4. Provtagning visade pH 6,88 och 6,79 i ven- respektive artärblod.

BE uppmättes till -25 och -27,9. Sedan moderkakan lösts manuellt under narkos suturerades en bristning i slidan.

»Fick bestående men«

Kvinnan anmälde de tre barnmorskorna och förlossningsläkaren. Hon ansåg att förlossningsläkaren borde ha gjort kejsarsnitt, men önskemålet negligerades. Fostret drabbades av en allvarlig syrebrist, vilket medfört bestående men.

Ansvarsnämnden läste patientjournalen och yttranden från de anmälda, som alla bestred att de gjort fel. Alla tre barnmorskorna frias varför vi lämnar dem.

Förlossningsläkaren framhöll att enligt tidigare journalanteckningar var det inte planerat för något annat än en vaginal förlossning. Under pågående förlossning förelåg det ett tidsmässigt normalt öppningsskede, och det fanns inte några medicinska indikationer för att utföra kejsarsnitt.

Hon blev tillkallad för ställningstagande när livmoderhalsen var fullvidgad och huvudet stod strax ovan spinalplanet. Hon bedömde att det förelåg goda möjligheter att kunna förlösa barnet på ett

normalt sätt. Samtidigt noterades att värkarna blev något kortare, varför hon ordinerade Syntocinondropp i värkförstärkande syfte.

Under den korta vistelsen i förlossningsrummet kunde hon inte erinra sig att de diskuterade en förändring av förlossningsplanen.

Varken patienten eller hennes make talade svenska. En släkting till patienten som tolkade informerade patienten om förlossningsskedet och förlossningsläkarens inställning.

En kort stund efter att Syntocinondroppet kopplats blev hon tillkallad igen på grund av att fosterljuden gick ner till 80 slag per minut och inte återhämtade sig helt. Vid vaginalundersökning var livmoderhalsen fortfarande helt öppen, huvudet stod vid spinalplanet men under värk strax nedom det.

I det läget bedömde förlossningsläkaren att det snabbaste sättet att förlösa

barnet var med sugklocka. För att kunna utföra detta under optimala förhållanden ifall det skulle uppstå några problem fördes patienten direkt till operationssal samtidigt som narkospersonal och barnläkare tillkallades.

En sugklocka anlades utan svårigheter. Trycket sänktes successivt och hon ordinerade ökad Syntocinondroppstakt, men den intravenösa nålen fungerade inte. Hon ökade undertrycket till sugklockan successivt medan

»Eftersom extraktionen under dessa omständigheter kunde befaras bli långvarig borde hon i stället ha beslutat om urakut kejsarsnitt.«

narkospersonalen försökte hitta ett annat blodkärl utan att lyckas. Patienten kunde alltså inte sövas.

Sugklockan släppte

Förlossningsläkaren berättade vidare att hon ökade undertrycket under sammanlagt 6 minuter och därefter började den värksynkrona extraktionen. Hon utnyttjade de korta värkarna så optimalt som möjligt och fick hjälp med samtidig yttre press. På den fjärde dragningen kom huvudet ner till bäckenbotten och därefter släppte sugklockan.

Under denna tid lyckades man sätta en nål i en annan ven, men eftersom huvudet redan stod på bäckenbotten bestämde hon sig för att lägga en utgångstång. Tången applicerades utan svårigheter.

Huvudet kom ut i samband med det första extraktionsförsöket och kroppen förlöstes utan svårigheter. Barnet var slappt och medtaget och överlämnades direkt till barnläkare.

Hon bedömde omständigheterna i slutskedet av förlossningen som svåra och att hon under dessa förhållanden handlade förlossningen på ett så bra sätt som möjligt.

Borde beslutat om urakut kejsarsnitt

Ansvarsnämnden konstaterar att när förlossningsläkaren tillkallades kl 02 visade CTG-registreringen avvikande fosterljud. Enligt partogrammet stod fostersvulsten under bäckeningången och den yttre modernunnen var fullvidgad, men eftersom kvinnan inte tidigare fött

vaginalt kunde förlossningen inte förväntas ske snart. Trots detta och utan att dessförinnan ombesörja blodprovstagning från fostret ordinerade förlossningsläkaren värkstimulerande infusion, vilket var fel.

Hon har också underlåtit att dokumentera vilka fynd och bedömningar som motiverade ordinationen.

När hon kl 03 beslutade att avsluta förlossningen med vakuumentraktion var fosterljuden patologiska och fostrets huvud hade just passerat spinae.

Eftersom extraktionen under dessa omständigheter kunde befaras bli långvarig, borde hon i stället ha beslutat om urakut kejsarsnitt. Förlossningsläkaren får en varning, bestämmer Ansvarsnämnden.

Behandlingen dröjde en vecka – ung kvinna utsattes för fara

Inte uteslutet att kolektomin kunnat undvikas om medicinen satts in i tid

Gastroenterologens felbedömning utsatte den 19-åriga kvinnan för fara. Det går inte att utesluta att den totala kolektomin hade kunnat undvikas om kortikosteroider satts in vid hennes första besök på lasarettet i stället för först en vecka senare. (HSAN 2384/05)

Kvinnan fick under sommaren bukbesvär med bubbel och körningar i magen. Den 23 juni rektoskoperades hon vid en vårdcentral. Den 10 augusti sökte hon akut vid lasarettet på grund av feber och ständiga diarréer med blodtillblandning.

Hon fick remiss till magspecialist och recept på Colazid. Vid ett nytt akutbesök på lasarettet den 17 augusti fann man en allvarlig ulcerös kolit. Då sattes även steroider in. Hon genomgick den 2 september en stor operation med borttagning av tjocktarmen och ileostomi.

Kvinnans mor anmälde två läkare. Ansvarsnämnden tog in patientens journaler, yttranden av en AT-läkare, gastroenterologen samt Socialstyrelsen.

AT-läkaren frias (»... har rådgjort med gastroenterologen och hennes handläggning kan därför inte kritiseras») varför vi lämnar henne.

Gastroenterologen berättade att han den 10 augusti blev uppringd av AT-läkaren, som var primärjour på kirurgkliniken. AT-läkaren uppgav att patienten sedan knappt två månader besvärades av lös avföring och hade minskat i vikt. Patienten var opåverkad och inte smärtpåverkad. Buken var mjuk och oöm.

Gastroenterologen rekommenderade i första hand en rektoskopi på akutmottagningen samt sedvanliga avföringsodlingar för att utesluta infektiös orsak.

En stund senare blev han åter uppringd av AT-läkaren, som uppgav att patienten inte kunde tänka sig

en endoskopisk undersökning på akuten. Då patienten enligt uppgift var opåverkad och buken mjuk enades de om provtagning enligt ovan samt att ändå, på misstanke om inflammatorisk tarmsjukdom, sätta in Colazid i dosen 750 mg 3x3.

Gastroenterologen uppmade AT-läkaren att skicka en remiss för snar skopi på mag-tarmmottagningen. Han såg också till att tid ordnades för den

veckan efter, den 18 augusti.

Misstanken om inflammatorisk tarmsjukdom baserades på det långdragna förloppet samt att det fanns laboratorie-

värden som talade för inflammation, CRP 91. Även viss blodbrist förelåg vid undersökning på akuten.

Sammantaget ansåg gastroenterologen att handläggningen överensstämde med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Socialstyrelsen tillfrågades och bedömde att gastroenterologens åtgärder att sätta in inflammationsdämpande medicinering och föranstalta om en snar endoskopisk undersökning (en vecka senare) för att fastställa den preliminära diagnosen under rådande omständigheter inte kunde kritiseras.

Sjukhistorien tydde på ulcerös kolit

Ansvarsnämnden konstaterar bland annat att patienten till AT-läkaren uppgett att hon sedan sex till sju veckor haft diarré dagtid cirka en gång per timme och nattetid cirka fyra till fem gånger. Avföringen var slemmig med aningen inslag av blod och de sista två veckorna hade besvären tilltagit med knipsmärta i buken och sämre aptit.

Hon hade magrat cirka 10 kg på två månader.

Vid undersökningen hade hon 38 graders feber och provtagning visade CRP-förhöjning till 91 mg/l, mikrocytär anemi 110 g/l, trombocytförhöjning till 464, medan salter i blodet var normala. Albumin var inte uppmätt.

Sjukhistorien tydde på ulcerös kolit, och provsvaren visade att det förelåg en

»Det går inte att utesluta att operationen med borttagning av tjocktarmen hade kunnat undvikas om behandling med kortikosteroider satts in den 10 augusti i stället för först en vecka senare.«

påtaglig inflammatorisk reaktion, förenlig med inflammatorisk tarmsjukdom.

Det går inte att utifrån sjukhistorien, status och provsvaren avgöra om det skulle kunna röra sig om en mild form av ulcerös kolit, lokaliserad till ändtarmen, eller om det var en allvarlig form av ulcerös kolit omfattande hela tjocktarmen.

Sjukhistorien och provsvaren gav dock vid handen att ett engagemang av en större del av tjocktarmen rimligen förelåg.

Satte sig inte in i sjukhistorien

Att gastroenterologen i sitt yttrande gett en beskedlig bild av tillståndet tyder på att han inte satt sig in i sjukhistorien.

Om han på ett noggrant sätt beaktat sjukhistorien som AT-läkaren tagit upp den, borde han ha insett att patienten

borde undersökas och bedömas av en mer erfaren läkare.

Gastroenterologen borde ha rått AT-läkaren att tillkalla bakjour, alternativt föreslagit henne att lägga in patienten för observation och bedömning av en överordnad läkare.

Mot vetenskap och beprövad erfarenhet

Att sätta in inflammationsdämpande mediciner utan föregående undersökning måste också anses strida mot vetenskap och beprövad erfarenhet mot bakgrund av de informationer om patientens tillstånd som gastroenterologen ändå fick.

Även om Socialstyrelsen har funnit att hans åtgärder inte kan kritiseras mot bakgrund av omständigheterna, finner Ansvarsnämnden inte några särskilda

förhållanden som skulle ha hindrat honom att ge de angivna adekvata råden.

Patienten återkom den 17 augusti och då fastställdes att hon hade ulcerös kolit, som omfattade hela tjocktarmen. Så var med stor sannolikhet fallet redan den 10 augusti.

Ytterligare några veckor senare i förloppet av sjukdomen blev det nödvändigt att avlägsna hela tjocktarmen.

Utsattes för fara

Det går inte att utesluta att operationen med borttagning av tjocktarmen hade kunnat undvikas om behandling med kortikosteroider satts in den 10 augusti i stället för först en vecka senare.

Genom gastroenterologens felbedömning av tillståndet utsattes patienten för fara. Han får en erinran.

Oavsett hur rutinerna ser ut på kliniken:

»Varje remitterande läkare har ett eget ansvar för att provsvar lämnas så snart som möjligt«

Oavsett om en del av dröjsmålet kan förklaras av de då gällande rutinerna för provsvar har varje remitterande läkare ett eget ansvar för att svar lämnas till patienten så snart det är möjligt. (HSAN 1119/06)

En knappt 4-årig pojke kissade på sig under dagtid och därför kontaktade hans mor vårdcentralen där man den 6 mars i år gjorde en urinodling. Den 24 mars meddelade distriktsläkaren familjen att pojken hade tillväxt av bakterier i urinen. Han fick behandling.

Modern anmälde distriktsläkaren. Hon ansåg att svaret borde ha varit klart på tre dagar, inte arton. Ansvarsnämnden läste pojkens journal och tog in yttrande från distriktsläkaren.

Instämde i kritiken

Hon instämde i anmälarens kritik om att det tog för lång tid innan patienten fick besked om det positiva odlingssvaret. Hon pekade på olika orsaker till dröjsmålet.

Rutinerna för bakteriella odlingar från laboratoriet till vårdcentralen var då att svaren skickades per post till vårdcentralen, vilket medförde att de inte säkert kunde ha odlingssvar förrän en vecka efter det att provet lämnats. (Tiden har nyligen kortats till 3–4 dagar tack vare dataöverförda svar).

Hennes avsikt var att erbjuda telefon-

tid för svar under vecka 11 (13–17 mars). Hon bokar som regel telefonuppföljningar själv i sin tidbok. Men denna fanns inte inlagd, varför hon skrev till undersköterskan för att få hjälp. Tyvärr skrev hon både till undersköterskan och i journalanteckning vecka 12, vilket föranledde telefontid först den 24 mars.

»Orolig och stressande arbetsmiljö«

Eftersom distriktsläkaren visste att en snar telefonuppföljning var planerad, sökte hon inte dessförinnan efter odlingssvaret, uppgav hon.

Om telefonuppföljning skett som avsett den vecka odlingssvaret kunde väntas, hade föräldrarna blivit uppringda 7–11 dagar tidigare, hävdade distriktsläkaren.

Orsaken att hon uppgav en vecka senare till undersköterskan kunde hon inte hitta i något annat än en kraftig tidspress på vårdcentralen, som saknar drygt 3 av 8 specialister i allmänmedicin och där vakanserna fylls med icke distriktsläkarbehöriga vikarier och täta läkarbyten av hyrläkare.

Situationen ger en orolig och stressande arbetsmiljö som kan förklara fel av den här typen, framhöll distriktsläkaren.

Den 7 april pratade hon med pojkens

mor, som berättade att sonen var symptomfri. Han visade inte några tecken på komplikationer efter sin urinvägsinfektion.

Distriktsläkaren tillstod att tiden mellan provsvar och att föräldrarna informerades blev 7–11 dagar för lång på grund av en av misstag senarelagd telefonuppföljning. Hon hoppades att felet kunde anses som ringa eftersom »någon patientenskada inte synes ha skett«.

»Inte acceptabel«

Ansvarsnämnden konstaterar att resultatet av den gjorda undersökningen meddelades arton dagar efter det att urinodlingen hade gjorts. Hanteringen av provsvaret kan inte bedömas vara acceptabel. Inkommande provsvar bör ses igenom dagligen. De kan inte ligga utan bedömning, även om en telefontid är inplanerad efter en vecka.

Oavsett om en del av dröjsmålet kan förklaras av de då gällande rutinerna för provsvar, har varje remitterande läkare ett eget ansvar för att svar lämnas så snart det är möjligt.

Distriktsläkaren kritiserar för sin handläggning, men bristen är inte tillräcklig grund för disciplinpåföljd, anser Ansvarsnämnden.