grund av värksvagheten tvingades han extrahera utan värkar. Extraktionstiden blev därför något längre men klocksläpp kunde undvikas.

Barnet var vid födseln slappt och blekt men hade också hudblödningar över hela hudkostymen.

Borde tagit skalpblodprov

Ansvarsnämnden pekar på att det av journalen framgår att CTG-kurvan uppvisade klart nedsatt variabilitet från kl 22. Redan kl 22.50 visades diskreta fosterljudsnedgångar samtidigt med värk.

Den dåliga variabiliteten kvarstod sedan och från kl 01.30 sågs åter decelerationer i samband med värk. STAN-övervakningen signalerade också vid ett par tillfällen.

CTG-kurvan blev klart patologisk med djupa decelerationer från kl 07.15 och från kl 8 var den gravt patologisk. STAN signalerade dessutom vid sammanlagt sex tillfällen mellan kl 03.26 och 09.13.

De klara avvikelser i fosterövervakningen som fanns under natten borde ha lett till blodprovtagning från fosterskalpen.

Barnmorska A borde under natten ha kontaktat ansvarig läkare eftersom variabiliteten var fortsatt inskränkt. När barnmorska B övertog ansvaret för förlossningen kl 06.50 var CTG-kurvan patologisk. Hon borde därför ha tillkallat läkare senast kl 07.10. Om då ingen åtgärd ordinerats borde hon i vart fall ånyo ha tillkallat läkare kl 07.40. A och B får var sin varning.



ST-läkaren signerade CTG-kurvan kl 08.35. Eftersom kurvan då var gravt patologisk var det fel av henne att godkänna den. Hon borde i stället omgående sett till att förlossningen avslutades.

Emellertid visade hon kurvan för sin bakjour, som kl 08.40 bedömde att man kunde avvaktas ytterligare med förlossningen.

ST-läkaren rådgjorde med en senior kollega och följde det råd hon fick. Hennes felbedömning leder därför inte till disciplinpåföljd. Bakjouren får däremot en varning, beslutar Ansvarsnämnden. ■

För många dragningar under för lång tid med sugklocka – borde konverterat till sectio

Barnet utsattes för kraftig belastning

Förlossningsläkaren skulle ha gjort kejsarsnitt alternativt avbrutit den långdragna extraktionen med sugklocka och konverterat till kejsarsnitt. Då hade barnet sluppit utsättas för så kraftig belastning. (HSAN 822/06)

Den 21-åriga kvinnan skulle föda sitt första barn. Efter att ha känt sammandragningar i ett dygn kom hon till förlossningen i vecka 40+1 den 18 april kl 11.55. Livmodern var öppen 3–4 cm med en buktande fosterhinna.

På grund av ett stillsamt CTG tog man hål på fosterhinnorna kl 15.08. Fostervattnet var klart. CTG-mönstret blev därefter bättre. Kontakten var dock dålig, vilket försämrade registreringens kvalitet.

Förlossningen måste avslutas

En timme senare fick kvinnan ryggbedövning och efter ytterligare en timme sattes Syntocinondropp in på grund av avtagande värkar. Trots att fosterhuvudet stod ovan spinalplanet och modermunnen endast var öppen 7 cm, hade hon krystkänsla kl 19.40.

När barnmorska A tog över förlossningen kl 21.20 var kvinnan öppen 8–9 cm och fosterhuvudet hade kommit ned till spinalplanet. Hon kunde inte låta bli att krysta. Kl 22.01, när Syntocinondroppet gick med 150 ml/h, visade CTG-registreringen sena decelerationer. Förlossningsläkaren fick därför se dem.

Kvinnan undersöktes kl 22.16, varvid man fortfarande kunde känna en kant kvar av modermunnen. Kl 22.52 sattes droppet om med dubbel styrka och dropptakt 90 ml/h. Kvinnan började aktivt krysta kl 23.10. En timme senare bedömde förlossningsläkaren att förlossningen måste avslutas. Kvinnan var trött och värkarna ineffektiva.

16 dragningar under 23 minuter

Det förelåg även CTG-förändringar i form av variabla och sena decelerationer, men med god återhämtning och bra korttidsvariabilitet. Vertex stod då nedom spinalplanet och fostersvulsten 2 cm från bäckenbotten. Fosterhuvudets suturer var svåra att känna.

Förlossningsläkaren kunde dock inte känna några delar av fosterhuvudet från buksidan. Han bedömde därför att huvudet trängt ned så långt i förlossningskanalen att det skulle vara lämpligast med en medelhög sugklocka.

Värkarna var trots Syntocinondroppet korta och ineffektiva. Operationen blev därför långdragen, 23 minuter med 16 dragningar, varav de första gick trögt. Under de fyra sista hjälpte barnmorskan till med yttre press. Barnet föddes kl 00.37. Det var påverkat, Apgarpoäng 2, 5, 7, navelartär-pH 6,99 och base excess –22. Sugklockemärket på barnet satt asymmetriskt, vilket antydde att fosterhuvudet ställt in sig snett i förlossningskanalen.

Kvinnan anmälde barnmorska A och förlossningsläkaren. Då det var en långdragen förlossning borde de ha beslutat att göra ett akut kejsarsnitt i stället för att ta sugklocka. Nu vet man att en nerv hos barnet blev skadad av sugklockan.

»Sugklocka minst traumatiskt«

Ansvarsnämnden tog in kvinnans journal och yttrande från de anmälda, som bestred att de gjort fel. Barnmorskan friias, så vi lämnar hennes argument.

Förlossningsläkaren berättade att eftersom förlossningen gick framåt med fint fostervatten, och eftersom CTG-kurvorna inledningsvis enligt hans bedömning var acceptabla, valde han att fortsätta en spontan vaginal förlossning under kontinuerlig övervakning.

När CTG-kurvorna började försämras bedömde han att en vaginal förlossning med sugklocka skulle vara minst traumatisk, inte kejsarsnitt.

Extraktionen med sugklockan var

tung, men eftersom huvudet följde allt bättre bedömde han att detta fortsatt var den snabbaste metoden att få ut barnet. När huvudet var ute följde kroppen lätt med. Det kom tjockt mekoniumfärgat fostervatten, som inte hade synts till tidigare.

Förlossningsläkaren uppskattade att det totalt blev 10–12 dragningar, vilket i sig är att betrakta som en långdragen extraktion.

Ansvarsnämnden konstaterar att när CTG-kurvan strax efter kl 22 började visa variabla och sena decelerationer tillkallades förlossningsläkaren. Denne bedömde att förlossningen kunde fortsätta, eftersom normal basalfrekvens och god variabilitet förelåg. Successivt blev dock decelerationerna bredare, och sedan droppet höjts ytterligare kl 22.52 minskade även variabiliteten.

»CTG-registreringen talade för att barnet kunde vara kraftigt påverkat av syrebrist; något skalpprov som visade motsatsen hade inte utförts.«

Gravt patologiskt mönster

Åtminstone från kl 23.30 förelåg ett gravt patologiskt mönster och sex kontraktioner/10 minuter registrerades, en tydlig överstimulering. Något beslut om skalpprov eller avslutande av förlossningen togs trots detta inte.

Kl 00.10 bedömdes dock att förlossningen måste avslutas. Man hade att välja mellan kejsarsnitt och sugklocka. För att sugklocka ska få användas krävs att vertex passerat spinalplanet, samt att man inte längre kan känna någon del av fosterhuvudet vid en yttre undersökning. Båda dessa krav var uppfyllda. Normalt går det då fortare att förlösa med sugklocka än med kejsarsnitt, och med mindre skaderisker för modern. Förlossningsläkaren kan därför inte kritiseras för att han valde sugklocka.

När endast själva hjässan på barnet passerat spinalplanet och fostersvulsten står två tvärfingrar från bäckenbotten, betyder det att fosterhuvudets bredaste parti inte passerat spinalplanet, som oftast är det trängsta stället i förlossningskanalen.

Högst fem dragningar och 15 minuter

När sugklocka läggs på denna nivå, medelhög klocka, är operationen att betrakta som ett sugklockeförsök och ska avbrytas om fosterhuvudet inte följer vid dragning. Helst ska en sugklockeförlossning kunna avslutas med upp till fem dragningar och bör vara åtminstone nära förestående inom 15 minuter. Förlossningsläkaren drog minst 10–12 gånger, möjligen fler, under 23 minuter.

Det fanns en tidig krystkänsla, som kunde ha givit misstankar om att huvudet inte stod optimalt inställt, och det bekräftades efteråt av att sugklockemärket satt på sidan av huvudet.

Vid en sådan asynklitisk inställning är fosterhuvudet från början snett inställt och får svårare att tränga ned. En sådan inställning är vanligare när ingångsmåttet mellan blygdbenet och sista ländkotan är i underkant.

Operationen försvårades också av att värkarna var korta och ineffektiva.

Borde konverterat till kejsarsnitt

Valet att avbryta sugklockeförlossningen och föra patienten till operationsavdelningen för kejsarsnitt kan vara ett svårt beslut. Då förlossningen framskred fortare på slutet är det dock klart att ett antal dragningar i början av operationen utfördes med mycket ringa progress.

CTG-registreringen talade för att barnet kunde vara kraftigt påverkat av syrebrist; något skalpprov som visade motsatsen hade inte utförts.

Visserligen hade kanske tidsvinsten inte blivit så stor om man konverterat till kejsarsnitt, men barnet hade då under tiden inte blivit utsatt för så kraftig belastning av de täta Syntocinonstimulerade värkarna och de många dragningarna. Förlossningsläkaren borde därför i detta tidiga skede ha avbrutit den långdragna extraktionen och utfört ett kejsarsnitt. Han får en erinran. ■

Hotande fosterasfyxi, dåliga värkar och misstänkt patologisk bjudning

Fel att förlösa med sugklocka

Förlossningsläkaren valde att genomföra förlossningen med sugklocka trots att kvinnan var förstföderska med hotande fosterasfyxi, dåliga värkar och en misstänkt patologisk bjudning. Han borde ha gjort kejsarsnitt. (HSAN 3785/06)

Den 33-åriga kvinnan kom in med spontana värkar kl 10.30 den 16 oktober, en vecka efter beräknat förlossningsdatum. Livmoderhalsen var öppen 5 cm, fosterljuden normala.

Vid hinnbräckning kl 11.50 fann man mekoniumfärgat fostervatten. Från klockan 13 visade CTG-kurvan att fosterljuden gick ned under värk. Kl 14.35 misstänkte barnmorskan vid palpation att hon kände ögonhålan och att fosterhuvudet kom vidöppet mot pannbjudning. Fosterhuvudet var inte slutroterat.

Barnmorskan kallade på förlossningsläkaren, som noterade att CTG visade värksynkrona decelerationer och att kvinnan hade glesa värkar. Han ordinerade värkstimulerande dropp. Övervakningskurvan blev sämre. Förlossningsläkaren tog ett skalpblodprov, som visade ett patologiskt laktatvärde på 5,7.

Han beslutade att genomföra förlossningen med sugklocka. Sugklockan var mycket tung och släppte två gånger.

Skadades av klockan

Barnet fick Apgarpoäng 5, 7, 9 och hade fått ett märke över höger öga av sugklockan. På grund av bland annat kramper överfördes barnet till neonatalavdelningen på regionsjukhuset.

Kvinnan anmälde förlossningsläkaren. Barnet hade dokumenterade skador i form av inre blödningar i huvudet samt yttre skador på huvud och öga. Skadorna kunde ha undvikits med kejsarsnitt.

Ansvarsnämnden tog in patientens journal och yttrande från läkaren, som uppgav att han fick rapport om kvinnan kl 12.30. Kl 14.35 utfördes en ny palpation och förlossningen hade fortskridit, cervix var öppen 10 cm och huvudet stod nedom spinae.

Några minuter före kl 15 tillkallades han av barnmorskan för att bedöma förloppet, CTG-kurvan och barnets presentation då misstanke om vidöppen bjudning nämnts. CTG-kurvan visade värksynkrona variabla okomplicerade decelerationer, normal variabilitet och normalt mönster mellan värkarna.

Han bedömde att cervix var retraherad och huvudet låg 2 cm ovan bäckenbotten i framstupa bjudning med sutura sagittalis i snedvidd. På grund av utglesning av värkar ordinerade han stimulering med Syntocinondropp.

Kl 15.22 tog han, på grund av minskad variablitet, avsaknad av accelerationer

och upprepade komplicerade värksynkrona decelerationer, ett laktatprov från fosterskalpen, som var förhöjt till 5,7 och talade för hotande fosterasfyxi.

Måste födas fram snabbt

Således måste barnet födas fram så fort som möjligt. Han bestämde sig för att lägga en sugklocka – det var den snabbaste vägen att ta ut barnet.

När han lade klockan var positionen i stort sett oförändrad, huvudet var inte slutroterat med sutura sagittalis i snedvidd och låg 2 cm ovan bäckenbotten, och han bedömde fortfarande som framstupa. Han placerade klockan vid vad han trodde var lilla fontanellen.

Extraktionen var tung. Den gjordes med hjälp av yttre press, värkarna var korta och ineffektiva, sju dragningar utfördes med två klocksläpp och lateral vänstersidig perineotomi lades. När huvudet var ute märkte han att klockan satt på pannan nära höger orbita och att ett hematom hade bildats. Klockan avlägsnades och barnet föddes vid nästa värk och togs direkt till akutbord.

Förlossningsläkaren bestred att han gjort fel. När han konstaterade att det fanns en hotande fosterasfyxi och att barnet måste födas fram omgående, var den snabbaste vägen extraktion med sugklocka, inte kejsarsnitt.

Diskussionen om det misstänkta vidöppna läget var ingen kontraindikation till vare sig vaginalförlossning eller användning av sugklocka, menade han.

Måste vara säker på läge och bjudning

Ansvarsnämnden konstaterar att barnmorskan misstänkte vidöppen bjudning mot pannbjudning och att fosterhuvudet stod i snedvidd.

Sedan droppet hade startats blev CTG-kurvan sämre, vilket inte är ovanligt om CTG har visat patologi. Det var riktigt att ta ett blodprov på barnet för att få veta om det var påverkat, vilket det var. Beslutet att då förlösa var riktigt.

Den som lägger en sugklocka måste vara säker på fosterhuvudets läge och bjudning samt på att fosterhuvudet helst är slutroterat. Det är inte alltid enkelt, men barnmorskan hade fattat klar misstanke om vidöppen pannbjudning.

Enligt förlossningsläkaren stod en fostersvulst 2 cm ovan bäckenbotten, vilket talade för att fosterhuvudet inte hade kommit ned till bäckenbotten.

Borde ha valt kejsarsnitt

Med hänsyn till att kvinnan var förstföderska med hotande fosterasfyxi, dåliga värkar och med en misstänkt patologisk bjudning, där fosterhuvudet inte hade passerat spinalplanet med sitt bredaste omfång, borde förlossningsläkaren ha beslutat om att förlösa med sectio.

Möjligheten fanns också att, när sugklockan visade sig vara extremt tung med två klocksläpp och en »ful« övervakningskurva, konvertera till sectio.

Att ändå genomföra förlossningen med sugklocka var fel. Förlossningsläkaren får en erinran. ■

Oacceptabelt att avvakta efter en timmes patologiskt CTG med omogen livmoderhals

CTG-kurvan hade varit patologisk i över en timme. Livmoderhalsen var omogen. Ändå avvaktade ST-läkaren med att förlösa kvinnan för att ytterligare värdera det kliniska läget. (HSAN 4073/06)

En 20-årig kvinna väntade sitt första barn med beräknad förlossning den 8 april. Den 2 april kom hon till förlossningen med misstanke om vattenavgång. Kl 13.54 kopplades CTG för intagningstest. Kl 14.18 antecknade en barnmorska att livmoderhalsen var 1 cm lång och öppen och att CTG inte var normalt.

Kl 15.00 var CTG-kurvan patologisk med sena grunda decelerationer, nedsatt variabilitet och kvinnan hade sammandragningar med 2–3 minuters intervall. CTG-kurvan var också patologisk i vänster sidoläge.

ST-läkaren informerades och signerade CTG-kurvan. Hon undersökte kvinnan och ordinerade fortsatt övervakning med CTG via skalpelektrod efter hinnsprängning. Kl 15.20 antecknade barnmorskan att fostervattnet var rikligt, tjockt och kraftigt mekoniumfärgat. CTG-kurvan beskrevs som gravt patologisk.

ST-läkaren informerades och kl 16.00 beslöt hon att kejsarsnitt skulle utföras inom 15 minuter. Kl 16.09 togs kvinnan till operation och hon förlöstes kl 16.29. Fostervattnet var kraftigt mekoniumfärgat. Barnet fick Apgar 2, 3 och 5 med födelsevikt 2 400 gram.

Kvinnan anmälde bland annat ST-läkaren för att ha väntat så länge med kejsarsnittet.

ST-läkaren bestred att hon gjort fel. Hon fick veta att CTG-registreringen var patologisk strax efter kl 15. CTG visade en basalfrekvens runt 135 slag/min med grunda decelerationer samt nedsatt korttidsvariabilitet. Man såg inga accelerationer. Man såg sammandragningar som inte var regelbundna. Patienten kände inte alls av de registrerade sammandragningarna. Förlossningsläkaren spekulumundersökte henne men kunde inte verifiera vattenavgång.

»Inte akut asfyxi«

De beslutade att ta hål på fosterhinnorna och få en bättre bild. Förlossningsläkaren ansåg att det inte var frågan om akut asfyxi. Hon skrev en kort journal kl 15.20 och informerade mellanjouren om patienten och att de skulle göra amniotomi.

Hon gick därefter in på förlossningsrummet, där en skalpelektrod var satt. Man såg tjockt mekoniumfärgat fostervatten. CTG-registreringen var också mer patologisk med så gott som helt utslätad korttidsvariabilitet, och dessutom hade patienten fått sammandragningar av vattenavgången.

Kl 15.50 belutade hon i samråd med patienten att utföra ett akut kejsarsnitt, vilket skulle ske inom 15 minuter i narkos.

Av logistiska skäl kom de inte till operationsavdelningen förrän kl 16.06, operationen började kl 16.24 och barnet föddes kl 16.29. Ingreppet var helt okomplicerat. Barnet hade nedsatt tonus. Det hade aspirerat mekonium och fick Apgar 2, 3, 5, navelsträngs-pH 7,03, base excess –13,3. Mikroskopisk undersökning visade senare att moderkakan var klart liten för graviditetslängden, omogen samt med mekoniuminlagring i hinnorna.

Den tid hon haft mellan kl 15.00 och 15.50 ansåg hon vara rimlig för att sammanfatta och värdera den kliniska situationen. Detta hade dessutom skett i närvaro av en mellanjour, specialist i obstetrik/gynekologi, uppgav ST-läkaren.

Kunde inte ske på flera timmar

Ansvarsnämnden påpekar att kvinnan hade vistats på sjukhuset i drygt två och en halv timme innan hon förlöstes. Efter 20 minuter noterade barnmorskan att CTG-kurvan inte var normal.

ST-läkaren undersökte patienten och bedömde CTG-kurvan en dryg timme efter ankomsten. Hon uppmärksammade de sena decelerationerna men bedömde felaktigt variabiliteten som normal. Kvinnan hade regelbundna sammandragningar, men livmoderhalsen var öppen endast 1–2 cm. En vaginal förlossning skulle således inte kunna ske förrän efter flera timmar.

Att efter mer än en timmes patologiskt CTG med omogen livmoderhals avvakta för att ytterligare värdera den kliniska situationen är inte acceptabelt. ST-läkarens uppgift om att hon informerat »mellanjouren« framgår inte av journalanteckningen. Hon får en varning. ■