



Hälsa- och sjukvårdens
ANSVARSNÄMND

BESLUT

Datum
2005-09-20

Beteckning
HSAN 1259/04:A5

ANMÄLARE

X

ANMÄLDA

legitimerade barnmorskorna Siv Bertilsson, Frida Silega och Liz Teike Bennet, legitimerade läkarna Agneta Bergqvist, och Git Ljunggren, överläkarna Margareta Norman och Danuta Gross Witkow samt verksamhetschefen Sven-Eric Olsson, Förlossningskliniken, Danderyds sjukhus AB, 182 88 Stockholm

SAKEN

förlossning

BAKGRUND

X, hade tidigare förlöst med kejsarsnitt. Hennes andra graviditet förlöpte normalt, med beräknad nedkomsten den 7 februari 2004. Denna förmiddag inkom hon till förlossningskliniken vid Danderyds sjukhus på grund av värkar. Fostret låg i huvudläge och yttre modermunnen var öppen fyra centimeter. Siv Bertilsson ombesörjde CTG-registrering som pågick till kl. 12.20 och enligt Danuta Gross Witkow var utan anmärkning. Fosterljuden auskulterades därefter var 10-15 minut. Frida Silega övertog ansvaret kl. 14.15 och då hon gjorde amniotomi kl. 15.05 avgick sparsamt med klart fostervatten. Kl. 16.35 var modermunnen retraherad och fostersvulsten stod nedom spinae. På grund av värksvaghet kontaktades Danuta Gross Witkow, som ordinerade värkstimulerande infusion. Kl. 19 stod fostersvulsten på bäckenbotten och huvudet var slutroterat när Liz Teike Bennet tillkallades. På grund av utebliven progress tillkallades Git Ljunggren, som anlände kl. 19.10. Tio minuter senare inleddes vakuumextraktion med silikonklocka, som lossnade efter tre dragningar. Man bytte till metallklocka och efter ytterligare två dragningar, med yttre press, förlöstes en gosse kl. 19.34. Barnet fick Apgar 1, 1, 1 och i navelsträngsartären uppmättes pH 6,82 och BE 23,4. Barnet avled påföljande dag. X drabbades av en djup ruptur, som suturerades under lokalbedövning av Git Ljunggren med assistens av Agneta Bergqvist.

Händelsen anmäldes enligt den s.k. Lex Maria till Socialstyrelsen som den 25 oktober 2004 beslutade att inte vidta några åtgärder med anledning av det inträffade. Socialstyrelsen hänvisade därvid till att händelsen anmäls av patienten till Hälso-

och sjukvårdens ansvarsnämnd, varför Socialstyrelsen inte har granskat huruvida hälso- och sjukvårdspersonalen har utfört sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Av beslutet framgick i övrigt bl.a. följande.

- - de åtgärder som verksamheten har vidtagit samt de rutiner/PM som Socialstyrelsen har tagit del av är relevanta för arbetet på en förlossningsavdelning ur ett kvalitativt- och patientsäkerhetsperspektiv. Socialstyrelsen anser dock att ett förtydligande om CTG-övervakning bör göras avseende PM om värkstimulerande dropp vid sekundär värvsvaghet. I det aktuella fallet har inte anvisningarna i vårdprogrammet följts och ett barn blev skadat och avled, varför Socialstyrelsen poängterar vikten av att gällande vårdprogram är väl kända av all berörd personal samt att CTG-kunskaperna bland barnmorskor och läkare ständigt underhålls och vidareutvecklas. Hur detta skall ske skall framgå av verksamhetens kvalitetssystem där det även bör framgå hur verksamheten säkerställer att det finns ett väl fungerande stöd till såväl patienter och anhöriga samt inblandad personal vid traumatiska händelser.

ANMÄLAN

X har anmält Siv Bertilsson, Frida Silega, Liz Teike Bennet, Danuta Gross Witkow, Git Ljunggren, Margareta Norman och Sven-Eric Olsson för felbehandling. Hon har uppgett bl.a. följande.

Det kan ifrågasättas om den intagningskurva som Siv Bertilsson ombesörjde var normal. Eftersom fosterljuden var markant påverkade kl. 11.35 och fluktuerade från kl. 11.50 borde övervakningen inte ha avslutats. Trots den värkstimulerande infusionen gjorde Frida Silega endast intermittenta fosterljudskontroller, vilka likväl visade fosterljudpåverkan vid flera tillfällen. Frida Silega vidtog likväl inga åtgärder. Danuta Gross Witkow ordinerade den värkstimulerande infusionen enligt Frida Silegas önskemål och uppgift om att allt var normalt. Hon borde, enligt gängse rutin, inte ha lämnat ordinationen utan föregående granskning av CTG-registrering. Inte heller Liz Teike Bennet ombesörjde sådan registrering. Hon utförde dessutom yttre press, vilket var olämpligt eftersom hon tidigare förlösts med kejsarsnitt. Även Git Ljunggren underlät att göra CTG-registrering och då hon med assistens av Agneta Bergqvist suturerade den ruptur som uppstått var anestesi bristfällig, hon borde ha erhållit bäckenbottenbedövning i stället för endast lokalbedövning. Hon skrek av smärta. Margareta Norman och Sven-Eric Olsson är ytterst ansvariga för att rutiner finns och efterlevs. Det förefaller osannolikt att personalen spontant underlåtit att ombesörja CTG-övervakning. Orsaken är troligen i stället att gängse rutiner negligerats under en längre tid, vilket organisationen accepterat. Margareta Norman har inte kunnat svara på om fosterljudsövervakningen skett på liknande sätt under andra förlossningar, vilket indikerar bristfällig kontroll av befintliga rutiners efterlevnad. Margareta Norman har senare uppgett att hon inte anser att något fel har begåtts, utan att man endast feltolkat fosterljuden. Hon har också ansett det vara korrekt att ordinera värkstimulerande infusion endast mot bakgrund av barnmorskans bedömning. Sven-Eric Olssons bedömning med anledning av anmälan till Socialstyrelsen, att det är ringa risk för upprepnin g av händelser, framstår mot denna bakgrund som tveksam.

UTREDNING

Ansvarsnämnden har tagit del av X patientjournal och hämtat in yttrande av Siv Bertilsson, Frida Silega, Liz Teike Bennet, Agneta Bergqvist, Danuta Gross Witkow, Git Ljunggren, Margareta Norman och Sven-Eric Olsson. De har bestritt att de handlat felaktigt och uppgett bl.a. följande.

Siv Bertilsson

När - - - X kom till förlossningsavdelningen - - - den 7 februari 2004, kopplades en sk intagningskurva. Jag bedömde denna som normal. Till att börja med satt patienten i sängen, men ville cirka kl. 11.35 prova att stå upp och luta sig mot förlossningssängen. Kurvan fick fortgå efter lägesändringen och den korta nedgången av hjärtljuden i ytterligare 40 minuter. Hjärtljuden bedömde jag som fortsatt normala, eftersom variabiliteten - - - och basalfrekvensen - - - var bra, och ett flertal accelerationer - - - kunde noteras. Jag tog bort CTG-registret cirka kl. 12.15, när X blev kissnödig. Hon gick till toaletten men kunde inte kissa och fick därför akupunktur i avslappnande syfte. Patienten försökte därefter kissa igen men lyckades ej, varför hon tappades på 350 ml urin. Därefter utförde jag en vaginalundersökning och noterade att modermunnen var öppen 6 cm, samt att fosterhuvudet stod i spinalplanet. Därpå avlyssnade jag fosterljuden, som var 140 slag/min, varefter jag gick för att rapportera till eftermiddagspersonalen.

Frida Silega

- - - Jag övertog patienten klockan 14.15. Patienten hade då täta värkar, hon andades lustgas och hade fått akupunktur 12.57. Då patienten önskade att förlossningen framskred fort¹ och då hon hade haft täta värkar sedan klockan 04 föreslog jag att ta håll på fosterhinnorna i samråd med patienten.² Fostervattnet var klart, men sparsamt. Jag avlyssnade i samband med detta fosterljuden, vilka var 135-145 slag/minut. 18 kom värkarna glesare, var korta, och inte så kraftiga. Jag kontaktar därför läkaren Danuta Gross Witkow, hon ordinerar Syntocinondropp. Syntocinon startades initialt med 6 ml/timme, detta med anledning av att patienten tidigare förlöst med kejsarsnitt. Fosterljuden avlyssnades före, under och efter värk³ till 120-140 slag per minut. Patienten kände sig kissnödig, men då hon blivit tappad - - - och ej druckit nämnvärt, svettats mycket, avvaktade jag en ny tappning på grund av infektionsrisk. Efter förlossningen tappades patienten på 200 ml uppmätt urin. 18.15 började patienten att krysta 19.00 Jag tillkallade sektionssedare och barnmorskan Liz Teike Bennet när förlossningen var nära förestående för hjälp och råd om vidare handläggning av förlossningen. 19.05 Patienten krystade aktivt i gynläge med stöd av barnmorskor. Patienten var mycket värksvag. Jouren tillkallades för hjälp med utgångsklocka. Fosterljud 140-150 slag per minut mellan varje värk. 19.18 påbörjades sugklocka och barnläkare tillkallades. Det var ett tungt arbete och fem dragningar gjordes. Sugklockan lossnade vid ett tillfälle. Huvudet kom ut men barnets axlar fastnade. 19.34 föddes en pojke med hjälp av sugklocka och kraftig yttre press. I samband med att barnets huvud föds fram kommer en

¹ Lögn. Jag trodde allt var normalt och visste inte att förlossningen gick långsamt.

² Samråd? FS sade bara "det är dags att skynda på det hela lite så barnet kommer ut någongång, för det vill du väl?" Snabba förlossningar är säkert bra men det är viktigare att man tar hänsyn till hur barnet mår så det kommer ut levande.

³ Nej. Avlyssnar man före, under och efter värk hade CTG-kurvan varit kontinuerlig, vilket den inte var.

relativt mörk blödning, vilken kunde tolkas som en avlossningsblödning. Inget synligt fostervatten sågs vid födelsen. Barnet var slappt och avnvlades omedelbart. Apgar 1-1-1. - - - Övervakningen av barnets hjärtfrekvens har skett med hjälp av intermittent avlyssning med ultraljud cirka var 15: e min - - -. Då jag var inne hos patienten större delen av förlossningen⁴ och då mor hade en upprätt ställning, där hon stod upp eller satt på en förlossningspall, valde jag att inte koppla ctg. Hjärtljuden avlyssnades intermittent med ultraljud, vid dessa har jag endast uppfattat normala nedgångar av hjärtljuden⁵. - - - Jag tog kontakt med läkaren Danuta Gross Witkow angående ordination av Syntocinondropp på indikation värksvaghet då förlossningen ej framskred normalt. Jag kallade in sektionsledare Liz Teike Bennet klockan 19.00 när förlossningen var nära förestående för hjälp och råd om vidare handläggning av förlossningen. Jag tog vidare kontakt med läkaren Git Ljunggren klockan 19.05 för att avsluta förlossningen.

Jag kopplade inte apparaturen för CTG-registrering utan avlyssnade istället kontinuerligt hjärtljuden med ultraljud. Det har inte under förlossningen funnits några tecken på att barnet har mått dåligt,⁶ utan de nedgångar av hjärtljuden som skett, har enligt min bedömning varit normala nedgångar. Några skriftliga rutiner om handläggning gällande förlossning av tidigare kejsarsnitt finns ej på kvinnokliniken.

Danuta Gross Witkow

- - - X kom till förlossningsavdelningen vid 11-tiden och barnmorskan rapporterade till mig att patienten hade ett etablerat värkarbete, samt att modermunnen var öppen 4 cm. Barnmorskan hade enligt våra sedvanliga rutiner kört ett sk "inkomst-CTG" och detta var helt invändningsfritt. Under dagen fortskred förlossningsförloppet enligt barnmorskan helt normalt och jag kontaktades inte igen förrän strax före kl. 18. Barnmorskan rapporterade då till mig att patientens modermun var retraherad och föregående fosterdel - - - stod ovan bäckenbotten. Patienten hade börjat krysta, dock hade värkarna blivit glesare och svagare, och barnmorskan önskade därför sätta ett Syntocinondropp. Jag ordinerade Syntocinondropp, men påpekade att detta skulle höjas försiktigt pga att patienten tidigare var förlöst med kejsarsnitt. Kl. 18 rapporterade jag till pågående jour, dr Git Ljunggren att enligt barnmorskans redogörelse till mig framskred X förlossningsförlopp helt normalt och patienten hade börjat krysta. Efter rapporten avslutade jag mitt jourpass och gick hem. Barnmorskan har behörighet att tolka CTG och vi har som regel att CTG måste vara kopplat innan man sätter ett värkstimulerande dropp. Jag fick rapport från barnmorskan att allt var normalt, vilket gjorde att jag förutsatte att CTG var normalt.⁷ - - -

Liz Teike Bennet

Jag tillkallades till rummet då förlossningsförloppet ej framskridit. Jag reflekterade då att det ej pågick någon fosterövervakningsregistrering men

⁴ Närvaron i sig har ingen betydelse. Man hör inte barnets hjärtljud genom att vistas i rummet.

⁵ Avlyssningarna kl 18.18 och kl 18.32 var längre än de tidigare och efterföljande och FS såg tveksam ut. Avlyssningarna avbröts när hennes långa hår som inte var uppsatt föll fram i ansiktet.

⁶ Felix signalerade med hjärtljuden och mina värkar blev extremt täta så tecken fanns men ignorerades.

⁷ Läkaren har ansvaret för riskpatienter och skall själv regelbundet bedöma sina patienter enligt beslut från Socialstyrelsen, 41-5632/02 Regionala tillsynsenheten i Gbg. Jfr även med andra HSAN-ärenden som finns under fliken HSAN.

tänkte att den var bortkopplad pga att patienten ändrat läge och skalpelektroden på barnets huvud lossnat eller att en yttre övervakningskurva bortkopplas tillfälligt. Jag visste att patienten tidigare gjort kejsarsnitt så jag pressade lätt med ena handen som stöd över övre delen av livmodern när patienten krystade. Efter 3 gånger och ingenting hände beslutade vi att tillkalla jourhavande gynekolog - - -. Under denna tid avlyssnades fosterljuden med en ultraljudsdosa efter och mellan värkarna.⁸ Vi sade då att vänta med skalpelektrod på barnets huvud pga att den skulle sitta ivägen⁹ för sugklockans anläggande. Som sektionsledare är min uppgift bland annat att leda och fördela arbetet. - - - Sektionsledaren är den som svarar mest i telefon och har kontroll över vilka patienter som är på ingående, behjälplig på rummen vid sugklockor och finns till hands för frågor rörande fosterövervakning smärtlindring och andra rutiner¹⁰ - - -. Varje barnmorska ansvarar själv för sina patienter och det är omöjligt att veta och kontrollera om man kopplar fosterövervakning eller inte, men det finns kriterier för när man skall koppla detta och det lär man sig även under sin utbildning. Andra tillfället då jag pressade var då barnets huvud kommit ut och då pressade jag med stor kraft då jag ansåg att det ej fanns något val, det var trögt och barnet måste komma ut.

Git Ljunggren

Jag påbörjade mitt arbetspass klockan - - -. Jag och bakjouren fick i en snabb rapport veta att patienten var kejsarsnittad tidigare, att förlossningen framskridit normalt och att barnmorskan nu höll på att förlösa. Ansvarig barnmorska fanns således inte med vid ronden för en mer detaljerad rapport.

Följaktligen visades heller inga CTG-kurvor.¹¹ Strax efter 19.00-tiden ombads jag av sektionsledaren att komma in och förlösa barnet med sugklocka på grund av dålig progress. Eftersom jag var upptagen i samtal med annan barnmorska just då frågade jag, och fick veta att CTG var normalt. Cirka klockan 19.10 gick jag in på förlossningsrummet. Ingen CTG-registrering pågick vilket jag reagerade på då patienten hade ett värkstimulerande dropp och hade krystat en bra stund. Jag ifrågasatte inte detta inne på salen¹² och tog för givet att tidigare CTG-regi-streringar fanns i patientens journal. Jag fick veta av barnmorskan att det varit fina fosterljud hela tiden. Jag bad henne avlyssna fosterljuden med CTG och kunde se att dessa låg runt 140-160 slag/min. Man kunde skymta och tydligt känna barnets huvud mot bäckenbotten. Jag beslöt att lägga en mjuk silikonklocka då jag förväntade mig en ganska lätt utgångsextraktion. I detta skede är det ingen ide att sätta skalpelektrod för CTG-registrering, då den i allmänhet är i vägen för sugklockan. Efter tre dragningar släppte denna och föregående fosterdel stod då i begynnande genomskärning. Jag påtalade flera gånger för barnmorskan att hon skulle avlyssna fosterljuden. Dessa registrerades med yttre CTG och låg kring 160—170 slag/min mellan värkarna. Ett snabbt försök att tappa urinblåsan gjordes, trots att detta enligt barnmorskan utförts

⁸ Efter och mellan blir samma sak när värkarna är täta. Fosterljuden lyssnades inte av efter varje värk.

⁹ Man kan istället fästa en dosa på mammans mage för kontinuerlig CTG, svårare än så är det inte. Även en dosa på magen ansågs tydligen vara ivägen för sugklockan i det här fallet.

¹⁰ Trots att Liz har jobbat på D S sedan 1978 missade hon rutinen om kontinuerlig CTG-övervakning vid värkstimulering. Hon var närvarande i förlossningsrummet cirka 40 min, d v s merparten av tiden då värkstimulering pågick. Liz höjde infusionstakten på värkstimuleringen från 36 ml/h till 60 ml/h.

¹¹ Läkaren valde då att hålla sig ovetande istället för att själv ta del av CTG-kurvor och journal.

¹² Märklig prioritering: Läkaren väljer att inte genera barnmorskan och påtala felet istället för att ta reda på hur barnet mår innan hon driver på med värkstimulerande dropp. Hon höjde infusionstakten från 60 ml/h till 120 ml/h.

någon timme tidigare,¹³ men det gick inte att komma åt urinröret i detta läge.¹⁴ Jag lade härefter en metallklocka och barnet följde lätt. I samband med huvudets framfödande kom en ordentlig skjuts mörkt blod. Barnets axlar fastnade men kunde relativt snabbt lösas med hjälp av flexion i mammans höftleder. Efter manipulation av främre skuldran kunde sedan barnets arm dras fram. Sektionsledaren bistod med lätt yttre press och ett mycket taget barn kom ut och omhändertogs av barnläkare. Min uppgift vid återupplivningen var begränsad då både barnläkare och två narkosläkare snabbt fanns på plats. Bristningen som uppstått i slidväggen var ganska djup men inte speciellt lång. Jag övervägde att sy denna på operationsavdelningen med tanke på att detta innebär bättre operationsförhållanden. Beslutet att sy på förlossningsrummet togs med hänsyn till att patienten snabbare skulle kunna återförenas med barnet ifall transport till KS skulle bli aktuell. Jag sprutade generöst med lokalbedövning för att se om detta var tillräckligt för suturering.¹⁵ Bäckebottenbedövning - - - gör i sig ont att få och därför ville jag först se om infiltration räckte. Jag tillkallade också bakjouren, överläkare Agneta Bergqvist, för hjälp och assistans. Min bestämda uppfattning var att en fullgod bedövning uppnåddes.¹⁶ Patienten var hela tiden lugn¹⁷ och sutureringen var helt okomplicerad. - - -

Agneta Bergqvist

Jag var den aktuella natten mellanjour/gynjour men blev kallad - - - av - - - Git Ljunggren för att assistera henne vid suturering - - -. Dessutom hade den personal som normalt assisterar läkaren vid suturering av förlossningsskador lämnat henne. En assistent är nödvändig för att ta fram material allteftersom det behövs. - - - Lokalbedövning hade lagts och även om jag minns att patienten hade ont så uppfattade jag det inte såsom något anmärkningsvärt eftersom en lokalbedövning i princip aldrig leder till fullständig smärtfrihet.¹⁸ Jag ifrågasatte aldrig Git Ljunggrens kompetens att som specialistläkare bedöma behovet av analgesi. Jag deltog inte i sutureringen. Sedan ingreppet avslutats återgick jag till akutmottagningen. - - -

Margareta Norman

- - - Jag - - - är i egenskap av obstetrisk sektionschef medicinskt ansvarig för verksamheten på förlossningsavdelningen. På förlossningsavdelningen finns dels skriftliga PM, som rör den medicinska handläggningen, dels såväl muntliga som skriftliga omvårdnadsrutiner. - - - Enligt gällande rutiner görs en CTG-registrering som intagningstest på alla patienter som kommer in för förlossning. När det gäller helt normala, friska kvinnor med okomplicerad graviditet, som startat sitt värkarbete i fullgången tid och har en normal intagningstest, kan fosterljuden sedan under öppningsskedet övervakas intermittent var 15:e minut,¹⁹ så länge som förlossningsförloppet är helt normalt och fosterljuden utan anmärkning. Under utdrivningsskedet skall fosterljuden avlyssnas efter varje värk, alternativt CTG-kurva kopplas. Avviker

¹³ Kl 16.45 tappades jag på urin. Här var klockan cirka 19.25. Vid kl 18.30 bad jag om att bli tappad på urin men FS ansåg att jag inte var kissnödig.

¹⁴ Hon kom inte åt urinröret för värkarna kom så tätt.

¹⁵ En läkare som jag gått hos efteråt har sagt att jag har haft otur som råkat ut för en inkompetent läkare för lokalbedövning är otillräckligt.

¹⁶ Hon missade således mina skrik av smärta.

¹⁷ Lugn? Snarare utlämnad, ensam, skräckslagen och chockad.

¹⁸ Hon visste att bedövningen var otillräcklig men ändå lät hon Git hållas. Vid ett tillfälle sade hon till Git att bedöva lite mer.

¹⁹ Varannan timme skall en längre kontinuerlig CTG-registrering göras enligt riktlinjer från SoS.

förloppet från det normala skall CTG-registrering utföras. Riskpatienter, dit patienter som tidigare genomgått kejsarsnitt räknas, skall övervakas med CTG. Vid stimulering med Syntocinon®dropp skall alltid CTG-registrering ske. Jag anser att det finns klara rutiner på kliniken för övervakning av fostret under förlossningen²⁰ - - -.

Sven-Eric Olsson

Jag har personligen aldrig träffat patienten i fråga. Ovanstående har i överenskommelse med gällande rutiner anmälts enligt Lex Maria²¹ från kvinnokliniken, Danderyds sjukhus.

Sven-Eric Olsson har gett in kopia av anmälan till Socialstyrelsen enligt Lex Maria, inklusive tillämpliga omvårdnadsprogram vid normal förlossning och sekundär värksvaghets samt klinikmeddelanden angående värförstärkande syntocinondropp under förlossning och CTG-bedömning av barnmorska.

BEDÖMNING²²

Fosterövervakningen var otillfredsställande under X förlossning, vilket medförde att man inte upptäckte den grava fosterasfyxi som orsakade barnets död. Eftersom X tidigare förlöst med kejsarsnitt var hon en riskpatient. Man borde därför ha ombesörjt kontinuerlig CTG-registrering åtminstone då sekundär värksvaghets uppstått och senast vid den värförstärkande ordinationen. Handläggningen utformades i stället i enlighet med gällande rutiner för normalförlossning. Siv Bertilsson, som ansvarade för handläggningen under förlossningens första tre timmar, ombesörjde CTG-registrering i totalt 80 minuter. Danuta Gross Witkow signerade kurvan, men man ombesörjde inte fortsatt fosterljudsregistrering. Eftersom X förlossning startat med spontant värkarbete var det emellertid inte felaktigt att i detta skede avstå från kontinuerlig CTG-registrering, även om sådan varit lämplig. Mot denna bakgrund finner ansvarsnämnden att denna brist²³ inte kan leda till disciplinpåföljd.

Frida Silega ombesörjde därefter fosterljudsövervakning med ultraljud, vilket förefaller vara den övervakningsmetod som hon förutsatte hade bestämts. Eftersom det vid amniotomin tömdes klart fostervatten är det förståeligt att hon inte övervägde att intensifiera övervakningen med skalpelektrod och kontinuerlig CTG-registrering redan i detta skede. Sedan sekundär värksvaghets uppstått och X dessutom ordinerats värförstärkande infusion borde hon emellertid ovillkorligen ha ombesörjt sådan övervakning. Enligt gällande rutiner borde också de djupa decelerationer, ca 70 slag/minut från basalfrekvensen 140 slag/minut, som visades vid den intermittenta CTG-registreringen kl. 18.20 – 18.30 ha föranlett kontinuerlig CTG-registrering. Frida Silega har av oaktsamhet inte fullgjort sina skyldigheter. Felet är varken ringa eller ursäktligt och bör medföra disciplinpåföljd i form av en varning.

Danuta Gross Witkow ordinerade värförstärkande infusion utan föregående undersökning, vilket är adekvat handläggning i slutskedet av en normalförlossning.

²⁰ Socialstyrelsen ansåg att en rutin behövde förtydligas.

²¹ D S rutiner stämmer inte överens med lagstiftningen för anmälningsfristen är 2 månader.

²² Jfr med andra HSAN-ärenden som finns sist under fliken HSAN.

²³ En av alla ursäktliga brister.

Hon har emellertid uppgett att hon känt till att X tidigare förlöst med kejsarsnitt, dvs. var en riskpatient. Med hänsyn till detta borde ordinationen inte ha lämnats utan föregående undersökning.

Denna kritik är emellertid inte sådan att den kan leda till disciplinpåföljd.²⁴

Liz Teike Bennet tillkallades i förlossningens slutskede, då CTG-registrering borde ha gjorts. Med hänsyn till den mycket korta tid²⁵ hon deltagit i handläggningen och till att hon utan dröjsmål tillkallade läkare kan hon emellertid inte göras ansvarig för den bristfälliga övervakningen. Eftersom X tidigare förlöst med kejsarsnitt kan lämpligheten i den yttre press²⁶ som Liz Teike Bennet utförde under utdrivningsskedet ifrågasättas, men med hänsyn till den akuta situationen och till att pressen utfördes vid en värk får detta accepteras. Anmälan mot Liz Teike Bennet skall därför lämnas utan åtgärd.

Git Ljunggren tillkallades på grund av sekundär värksvaghet. Det är under sådana omständigheter vedertaget²⁷ att avsluta förlossningen med vakuumentraktion, såsom skedde. Eftersom den ruptur som uppstått inte omfattade sfinktermuskulaturen kan hon inte heller kritiseras för att skadan åtgärdades under lokalanestesi. Det är naturligtvis beklagligt att varken Git Ljunggren eller Agneta Bergqvist uppfattade²⁸ att bedövningen varit otillräcklig. Utredningen ger emellertid inte stöd²⁹ för annat än att Git Ljunggren och Agneta Bergqvist fullgjort sina skyldigheter i yrkesutövningen. Anmälan mot dem skall lämnas utan åtgärd.

I likhet med Socialstyrelsen finner ansvarsnämnden att gällande rutiner/PM vid kliniken är relevanta för arbetet på en förlossningsavdelning ur ett kvalitativt- och patientsäkerhetsperspektiv. Det finns därmed inte skäl att kritisera gällande rutiner vid kliniken, enligt vilka bl.a. kontinuerlig CTG-registrering skall ske vid värkstimulerande infusion, dvs sekundär värksvaghet. Margareta Norman och Sven-Eric Olsson kan således inte kritiseras för att bristfälliga rutiner förelegat. De kan heller inte lastas för att rutinerna inte har följts.

BESLUT

Ansvarsnämnden ålägger - med stöd av 5 kap. 3 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område – Frida Silega en varning.³⁰

Ansvarsnämnden lämnar anmälan i övrigt utan åtgärd.

²⁴ Läkare har m a o inget ansvar för sina bedömningar och ordinationer. Se avvikande mening s 10. Hur hade utgången blivit om DGW istället hade orkat göra en egen undersökning och ett akut kejsarsnitt? Jag skriver orkat. I det här fallet handlar det om slapphet och nonchalans för det var en lugn dag så tid fanns. Det var kanske viktigare att avsluta sitt arbetspass än att själv ta del av fakta innan man hasplar ur sig en ordination.

²⁵ 40 minuter i ett kritiskt skede av förlossningen är i det här fallet kort tid.

²⁶ Varför utförs yttre press överhuvudtaget på en tidigare snittad kvinna när risken är stor att livmodern spricker?

²⁷ Är det även vedertaget att man driver på med värkstimulering utan hänsyn till hur barnet mår när värkarna är extremt täta?

²⁸ Om båda är hörselskadade så de inte hör patientens skrik är det olämpligt att de jobbar ihop.

²⁹ Två läkare mot en ensam patient. Läkarna vinner.

³⁰ Innebär inga som helst personliga konsekvenser utan man kan jobba kvar som vanligt.

Detta beslut har fattats av Annika Marcus, ordförande, förvaltningschefen Gerd Fridh (avvikande mening, se bilaga 1), ombudsmannen Annica Jansson, överläkaren Johan Elfström (avvikande mening, se bilaga 1), legitimerade barnmorskan Ingrid Cordesius, distriktssköterskan Kerstin Sjöström, ledamoten i landstingsfullmäktige Marie Nyberg samt f.d. riksdagsledamoten Ingrid Näslund (avvikande mening, se bilaga 1). Föredragande har varit professor em. Marc Bygdeman, sakkunnig hos ansvarsnämnden i ärenden rörande obstetrik och gynekologi. I ärendets beredning har även deltagit legitimerade barnmorskan Birgitta Wredfelt, sakkunnig hos ansvarsnämnden i ärenden rörande barnmorskor.

Hur man överklagar, se bilaga 2.

Annika Marcus

Marc Bygdeman

Kopia till:

X

Legitimerade barnmorskan Frida Silega
Legitimerade barnmorskan Liz Teike Bennet
Legitimerade barnmorskan Siv Bertilsson
Överläkaren Danuta Gross Witkow
Legitimerade läkaren Git Ljunggren
Överläkaren Margareta Norman
Legitimerade läkaren Agneta Bergqvist
Verksamhetschefen Sven-Eric Olsson
Chefläkaren, Danderyds sjukhus (Dnr 200405-122)
Socialstyrelsen, 106 30 Stockholm

Bilaga 1

Avvikande mening:

Gerd Fridh, Johan Elfström och Ingrid Näslund anmäler avvikande mening och anser att

såväl Frida Silega som Danuta Gross Witkow har begått sådana fel som inte kan anses ringa eller ursäktliga och skall därmed tilldelas samma påföljd.