

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Sammenfatning

af

nævnets praksis

vedrørende

**Fødsler (obstetrik)**

2000-2002

**November 2003**

**Fuldmægtig Sofia Anna Freuchen**

**Fuldmægtig Marianne Thobo Køhler**

**Fuldmægtig Berit Schwartz**

# Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Patientklagenævnet har udgivet nedenstående

## Sammenfatninger af nævnets praksis:

- Aktindsigt. 1998-2001. November 2002
- Tandlæger. 1998-2001. November 2002
- Kliniske tandteknikere. 1999-2001. November 2002
- Psykologer. 1998-2002. Januar 2003
- Lægeerklæringer. 1998-2002. Februar 2003
- Identifikation, mærkning og glemte ting. 2000-2001. Februar 2003
- Sundhedspersoners tavshedspligt. 1998-2002. Juli 2003
- Psykiatriske ankesager. 1997-2002. September 2003

Sammenfatningerne findes på nævnets hjemmeside [www.pkn.dk](http://www.pkn.dk) under nyhedsbreve og publikationer

## FORORD

Med denne publikation offentliggør Sundhedsvæsenets Patientklagenævn en systematisk gennemgang af nævnets praksis i klage- og indberetningssager i forbindelse med fødsler (obstetrik).

Det er mit håb, at sammenfatningen ikke blot bliver et nyttigt redskab for nævnets medlemmer, sagkyndige konsulenter og medarbejderne i sekretariatet, men at sammenfatningen også vil blive brugt i sundhedssektoren til forbedring af kvalitet og patientsikkerhed.

Sammenfatningen offentliggøres på nævnets hjemmeside [www.pkn.dk](http://www.pkn.dk) og vil blive ajourført efter behov.

Kommentarer til sammenfatningen er meget velkomne – gerne på e-mail til [pkn@pkn.dk](mailto:pkn@pkn.dk).

Peter Bak Mortensen  
dir.

## INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>1</b>	<b>INDLEDNING.....</b>	<b>6</b>
1.1	Indledning .....	6
1.2	Generelle gennemgående forklaringer .....	7
1.3	Statistik.....	9
<b>2</b>	<b>KLAGER OVER BEHANDLING OG UNDERSØGELSE .....</b>	<b>10</b>
2.1	Lovgrundlaget.....	10
2.2	Klager over manglende erkendelse af svangerskabsforgiftning .....	11
2.3	Klager over overbåren graviditet.....	13
2.4	Klager over forkert fosterskøn eller manglende erkendelse af underkropstilling .....	20
2.5	Klager over medicinsk fremskyndelse af fødslen med S-drop .....	23
2.6	Klager over, at jordemoderen ikke tilkaldte læge tidligt nok i forløbet.....	25
2.7	Klager i forbindelse med kejsersnit .....	35
2.7.1	Klager over, at kejsersnittet ikke blev udført umiddelbart efter ordinationen .....	36
2.7.2	Klager over, at der ikke tidligere i forløbet blev ordineret kejsersnit .....	39
2.7.3	Klager over, at der ikke blev ordineret kejsersnit .....	44
2.7.4	Klager over udførelsen af kejsersnit .....	47
2.8	Klager over selve sugekop-forløsningen .....	53
2.9	Klager over fastsiddende skuldre.....	59
2.10	Klager over bristning af mellemkød under fødsel.....	61
2.10.1	Klager over bristninger, klip og sprængninger.....	62
2.10.2	Klager over syninger.....	63
2.11	Klager over fødselslægers (obstetrikernes) undersøgelse af nyfødte .....	68
2.12	Klager over manglende anti-D sprøjte eller behandling.....	75

<b>3</b>	<b>KLAGER OVER INFORMATION OG SAMTYKKE .....</b>	<b>78</b>
3.1	Lovgrundlaget.....	78
3.2	Klager over manglende information under fødslen og om barnets tilstand .....	79
3.3	Klager over, at kvinden blev steriliseret i forbindelse med akut kejsersnit.....	85
3.4	Klager over, at der <i>blev</i> foretaget kejsersnit .....	88
<b>4</b>	<b>KLAGER OVER JOURNALFØRING .....</b>	<b>90</b>
4.1	Lovgrundlaget.....	90
4.2	Nævnets praksis .....	91
<b>5</b>	<b>LOVGRUNDLAG.....</b>	<b>94</b>
<b>6</b>	<b>SAGSOVERSIGT .....</b>	<b>97</b>

# 1 INDLEDNING

## 1.1 Indledning

Denne sammenfatning af Patientklagenævnets praksis i sager, hvor der er klaget over jordemødre og/eller fødselslæger (obstetriske læger), omfatter afgørelser truffet i perioden fra 1. januar 2000 til 1. januar 2003.

Sammenfatningen består af 4 kapitler. I kapitel 1 beskrives nævnets praksis i sager, hvor der er klaget over behandling og undersøgelse. I kapitel 2 beskrives nævnets praksis i sager, hvor der er klaget over information og samtykke i fødselssager, og i kapitel 3 beskrives nævnets praksis i sager, hvor der er klaget over journalføringen i forbindelse med en fødsel.

I hvert kapitel beskrives retsreglerne, og der er resumeer af et antal afgørelser, der belyser nævnets praksis på det pågældende område.

Selve afgørelserne er i anonymiseret form offentliggjort på nævnets hjemmeside [www.pkn.dk](http://www.pkn.dk), og der er i den elektroniske udgave af sammenfatningen links til de anonymiserede afgørelser. Det er således muligt at læse afgørelserne i hele deres længde.

Det karakteristiske for fødselssager er, at flere forskellige typer af sundhedspersoner med forskellige specialer ofte er indklaget i samme sag. Der er således ofte både klaget over fødselslæger (obstetriske læger) og jordemødre, men der kan også være sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og børnelæger (pædiatere). Sagerne er derfor ofte ret omfangsrige. I de enkelte kapitler er der kun refereret den del af sagen, som er relevant for det pågældende emne.

Et andet karakteristisk træk er, at sagerne kan være et led i en sorgbearbejdelse i de tilfælde, hvor fødslen af den ene eller anden grund har været traumatisk for forældrene. For de fleste menneskers vedkommende er det et meget stort øjeblik i livet at blive indlagt på en fødeafdeling og føde sit barn. Forventningerne til opholdet er også store. Man forventer ikke noget dårligt ved et sådant ophold.

I stort set alle fødselssager indgår som en del af journalen såkaldte CTG strimler (se mere herom i kapitel 1.2). Det har ikke været praktisk muligt at kopiere disse og vedlægge dem som bilag til nærværende materialesamling.

Det er ikke alle fødselssager fra den anførte periode, som er refereret i denne sammenfatning. Vi har udvalgt illustrerende eksempler til de enkelte kapitler. Nogle sager er benyttet under flere forskellige kapitler i sammenfatningen. I sådanne tilfælde vil der være en henvisning til de andre steder.

I øvrigt har vi i samtlige sager valgt at kalde den fødende for ”kvinden” og ikke patienten, idet en fødende kvinde ikke er en patient i traditionel forstand, idet hun ikke er syg eller skal helbredes, men skal have hjælp til at få føde sit barn.

## **1.2 Generelle gennemgående forklaringer**

I løbet af de sidste par år har nævnet indarbejdet en fast opbygning af de obstetriske afgørelser. Et af kendetegnene er, at alle hændelsesforløb indledes med oplysning om kvindens alder, hvilken gang kvinden er gravid og/eller fødende, samt hvilken graviditetsuge kvinden er i ved den påklagede hændelse. Baggrunden for denne praksis er, at det specielt ved behandlingen af fødende har stor betydning for sundhedspersonernes behandling, hvor gammel kvinden er, hvor mange gange hun har født tidligere, og i hvilken uge graviditeten er.

Et andet kendetegn er, at nævnet løbende arbejder for at forklare afgørelserne så godt som muligt. I næsten alle obstetriske klagesager bliver der foretaget overvågning med CTG. En forklaring på, hvad CTG er, optræder derfor i næsten alle sagerne. Det samme gør sig gældende med Apgar Score. Forklaringer på grønt fostervand og navlesnors pH-værdi optræder også ofte i nævnets afgørelser. I denne praksissammenfatning har vi valgt at tage alle disse meget generelle og gennemgående forklaringer her i indledningen, så der ikke kommer utallige gentagelser i resumeerne af sagerne.

Nedenfor refereres de mest almindelige forklaringer.

### **Overvågning med CTG**

CTG står for kardiokograf, som er et apparat, der kan måle fosterets hjertefrekvenser og moderens veer. Overvågning med CTG foregår på den måde, at barnets puls registreres med et lille ultralydsapparat på moderens mave eller en lille elektrode på barnets hoved (caput-elektrode). Veeerne registreres med en vemåler på moderens mave. Apparatet udskriver kurven over barnets puls og veerne.

Basislinien på et fostrets pulskurve fra CTG målingen er den linie, som løber igennem kurven, når man ser bort fra de større udsving. Basisliniens niveau udtrykker den gennemsnitlige fosterhjerterefrekvens eller med andre ord fostrets puls. Den normale pulskurve ligger mellem 110 og 150.

Ligger pulskurven under 110 taler man om "bradycardi" og ligger pulskurven over 150 taler man om "tachycardi". Årsagen til begge dele kan være akut indsættende iltmangel hos fostret (asfyxi).

Decelerationer er dyk i fosterets puls. Man skelner mellem tidlige decelerationer (kommer før eller samtidig med en ve), og sene decelerationer (kommer efter en ve). Acceralationer er små stigninger i fostrets puls, hvilket er normalt. Variabilitet i kurven vil sige, om der hele tiden er små udsving. Kurven må ikke være flad. Nedsat variabilitet er ikke umiddelbart et faretegn, idet en af de hyppigste årsager til nedsat variabilitet er, at barnet sover, og at man kan vække barnet ved at puffe til maven eller drikke koldt vand, og så vågner fostret, og variabiliteten på CTG kurven bliver igen varieret.

### **Apgar Score**

Alle nyfødte bedømmes efter en Apgar Score. Man bedømmer den nyfødtes tilstand på fem forskellige kategorier, nemlig: hjertelyd, vejrtrækning, reflekser, hudfarve og musklernes spændingstilstand. Der kan gives to point for hver af de fem kategorier, således at den maximale Apgar Score er 10. Der foretages typisk en bedømmelse efter 1, 5 og 10 minutter.

### **Navlesnors-pH-værdi og skalp-pH**

Der tages ofte en blodprøve fra den nyfødtes navlesnor. Af denne blodprøve får man blandt andet en såkaldt navlesnors pH-værdi, som angiver surhedsgraden i barnets blod. Denne værdi kan fortælle noget om, hvor meget ilt fostret har modtaget fra moderkagen under fødslen. Som en tommelfinger regel siges det, at såfremt navlesnors-pH-værdien ligger over 7,20, svarer det til optimal ilttilførsel under fødslen.

Under fødslen har man på nogle fødesteder mulighed for at tage en såkaldt skalp-pH. Når fødslen er så langt fremskreden, at man har mulighed for at nå fostrets hoved gennem skeden, kan man tage en meget lille blodprøve fra en af blodårerne på fostrets hoved. Normalværdien ligger over 7,20. Ligger den under denne værdi, kan der være indikation for en hurtig forløsning.

### **Fuldt åben**

I mange hændelsesforløb fremgår det, hvor meget livmodermunden er åben. I den forbindelse oplyser nævnet altid, at fuldt åben er 10 cm.

### **Grønt fostervand**

Fostervand er normalt klart. Grønt fostervand skyldes afgang af fosterets tarmindehold, mens barnet ligger i livmoderen. Grønt fostervand kan være et tegn på, at barnet er eller har været udsat for

iltmangel. Grønt fostervand indikerer derfor nøjere overvågning af fosterets hjertelyd med henblik på at be- eller afkræfte truende tilstand for fosteret.

### **Spinae**

Spinae er to små knoglefremspring i siderne ca. midt i bækkenet. Man taler om dette i forbindelse med, at man under en fødsel beskriver fostrets hoveds vej ned gennem bækkenet. I begyndelsen af fødslen står hovedet typisk i bækkenindgangen, og så arbejder det sig ned gennem bækkenet under fødslen. Når hovedet er ca. midtvejs i bækkenet, siger man, at hovedet (caput) er ved spinae. Til slut kommer hovedet ned på bækkenbunden, og så er barnet som regel klar til at blive født. Hovedets vej gennem bækkenet sammenholdes med livmodermundens åbning, som går fra 0-10 cm.

### **Ledende fosterdel**

Når barnet skal ned gennem bækkenet, kalder man den legemsdel, der kommer først, eller som er forrest, for den ledende fosterdel. Typisk er det fostrets hoved, men det kan også være sædet eller i sjældne tilfælde en arm eller et ben.

### **Sugekop**

En sugekop er et instrument, som man benytter til at få barnet ud med. Sugekoppen består af en metal eller plastikskål. Man sætter sugekoppen på barnets hoved i fødselsvejen og trækker til samtidig med en ve. Ved trækkene vil man typisk kunne mærke, at hovedet for hvert træk følger med ud. Der findes både bløde og hårde kopper. En hård sugekop er kendetegnet ved, at den suger sig mere fast til barnets hoved, og man kan således trække hårdere på den end på en blød sugekop.

### **Mekonium**

Mekonium er barnets første afføring, og den er sort/grøn.

### **Rygmarvsbedøvelse**

Rygmarvsbedøvelse er lokalbedøvelse, der lægges mellem rygmarvens hinder over korsbenet.

### **Fødselssvulst**

En fødselssvulst er en normal fortykkelse af hud og underhud på barnets hoved. Det er således med andre ord en hævelse på barnets hoved på grund af tryk under fødslen.

## **1.3 Statistik**

Patientklagenævnet traf i perioden fra 1. januar 2000 til 1. januar 2003 knap 450 afgørelser over enkeltpersoner i sager, der vedrørte fødsler. Der var imidlertid kun tale om 226 klager, idet der i

mange af sagerne indgik klage over flere forskellige sundhedspersoner. Der blev truffet afgørelse vedr. 115 jordemødre, 308 læger og 23 ”andre” sundhedspersoner, primært sygeplejersker.

I 14 af sagerne blev der givet kritik til jordemødrene, og 5 jordemødre fik en hensigtsmæssighed. I 39 af sagerne blev der givet kritik til lægerne, og 7 fik en hensigtsmæssighed. Af de 23 ”andre” sundhedspersoner fik 4 kritik.

Denne praksissammenfatning omfatter som anført alene nævnets praksis vedr. klager over læger og jordemødre.

## **2 KLAGER OVER BEHANDLING OG UNDERSØGELSE**

### **2.1 Lovgrundlaget**

De to mest benyttede lovregler er lægelovens § 6 og lov om jordemødre § 8. Efter lægelovens § 6 har en læge pligt til under udøvelsen af sin gerning at vise omhu og samvittighedsfuldhed, og en jordemoder har i henhold til lov om jordemødre § 8, stk.1, den samme forpligtelse.

Nævnet vurderer, om lægen og/eller jordemoderen har handlet i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard. Denne standard kan ændre sig over tid og sted, og der er tale om en konkret afvejning i hvert enkelt tilfælde. Man ser på, hvad lægen eller jordemoderen vidste eller burde vide på det pågældende tidspunkt.

Såfremt jordemoderen eller lægen har handlet under normen for almindelig anerkendt faglig standard, finder nævnet oftest grundlag for kritik, og at enten lægeloven eller lov om jordemødre er overtrådt.

I henhold til vejledningen og cirkulæret om jordemødres virksomhed (se kapitel 5) skal jordemoderen ved alle sygelige fund, komplikationer eller mistanke herom hos kvinden eller barnet, henvise til eller tilkalde læge. Jordemoderen har i øvrigt pligt til at bistå en tilkaldt læge under den behandling, som lægen skønner, at det er nødvendigt at foretage. Der er således i lovgivningen fastsat en ansvarsfordeling mellem en jordemoder og en læge, når der er tilkaldt læge til fødslen. Indtil ansvaret for behandlingen kan overtages af en læge, skal jordemoderen yde den fornødne hjælp og kan herunder blandt andet foretage forløsning af underkroppspræsentation, anlægge sugekop, foretage manuel moderkageløsning (placentaløsning) og efterfølgende manuel undersøgelse af livmoderen og i givet fald iværksætte førstehjælp, herunder foretage genoplivning.

## 2.2 Klager over manglende erkendelse af svangerskabsforgiftning

I de to sager, hvor nævnet har behandlet klager over manglende erkendelse af svangerskabsforgiftninger, har nævnet oplyst, at symptomerne på svangerskabsforgiftning er væskeansamlinger (ødemer), æggehvidestof i urinen og forhøjet blodtryk, hvor den væsentligste parameter er det forhøjede blodtryk. Svangerskabsforgiftning er en tilstand, der kan udvikle sig til en livstruende tilstand for såvel fosteret som den gravide, og tilstanden kan udvikle sig hurtigt. Det er derfor nævnets opfattelse, at en hurtig lægelig vurdering og eventuel behandling er påkrævet.

Som i andre obstetriske sager har nævnet foretaget en konkret afvejning af de forskellige parametre ved vurderingen af, hvorvidt sundhedspersonen har handlet i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard eller ej.

I det følgende refereres to sager, hvor der blev givet kritik i den ene og ikke fundet grundlag for kritik i den anden.

### **Sag 1 (ref. sag 6) Klage over, at fødsel først blev sat i gang 17 dage efter termin (0019604P)**

*En 25-årig førstegangsfødende kvinde var i graviditetsuge 42 + 2 dage, da hun den 14. december 1999 blev indlagt på fødegangen til igangsættelse. Igangsættelsen skete ved hindesprængning og med et drop med vestimulerende medicin, hvorved fødslen skred hurtigt frem.*

*Kl. 13.20 fandt man, at fosterets hjertelyd var påvirket, hvorfor en reservelæge besluttede at forløse med sugekop efter anlæggelse af et klip i mellemkødet (episiotomi).*

*Kvinden fødte den 14. december kl. 14.12 en levende velskabt dreng på 3.780 gram, der fik Apgar Score 9 efter 1 minut og 10 efter 5 minutter.*

*Da der var opstået en stor udrift i vagina i begge sider samt sprængning af lukkemusklen, som ifølge en anden reservelæge ikke kunne sys i lokalbedøvelse, blev disse læsioner syet sammen i fuld bedøvelse af en afdelingslæge.*

*Der blev blandt andet klaget over, at lægerne ikke satte fødslen i gang tidligere end 17 dage efter hendes termin.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de involverede læger for, at de først satte fødslen i gang den 14. december 1999.

Nævnet lagde vægt på, at den administrerende overlæge til sagen oplyste, at man på afdelingen ikke anvendte rutinemæssig ultralydsscanning til fastsættelse af terminstidspunktet, og at man ikke foretog igangsættelse af fødslen før to uger efter beregnet termin, medmindre der opstod kliniske problemer, som krævede tidligere indgriben.

Endvidere lagde nævnet vægt på, at kvinden havde forventet termin den 27. – 29. november 1999 udregnet på baggrund af sidste menstruations første dag og cyklusens længde på 28-30 dage.

Nævnet lagde også vægt på, at kvinden blev sygemeldt under graviditeten på grund af almen utilpashed, svimmelhed, og smerter i lænderyggen, samt at hendes graviditet ellers var ukompliceret til og med 42 uger, hvor der blev fundet normalt blodtryk og ingen proteiner i urinen (proteinuri).

Videre lagde nævnet vægt på, at der den 13. december 1999 opstod let svangerskabsforgiftning med blodtryk på 140/96 samt proteiner i urinen og lidt hovedpine, hvorefter man satte fødslen i gang ved at foretage hindsprængning den 14. december 1999 ved en graviditetsslængde på 42 uger og 2 dage.

## **Sag 2 Indberetning vedrørende manglende erkendelse af svangerskabsforgiftning (0126201P)**

*En 34-årig kvinde var andengangsfødende og i graviditetsuge 32, da hun den 12. maj 2000 om morgenen henvendte sig på fødegangen på grund af susen for ørene, tryk for brystet og protein i urinen. En jordemoder målte blodtrykket til 200/120 og påsatte overvågning med CTG og fandt denne normal. Omkring kl. 6 fandt jordemoderen blodtrykket uændret og gav Trandate 100 mg, hvorefter hun valgte at se tiden an. Kvinden ønskede tilsyn af en bestemt overlæge, som mødte i vagt kl. 8 samme morgen. Kvinden blev tilset af en læge kl. 8.15, og der blev foretaget forskellige undersøgelser og behandling, inden man den 13. maj 2000 kl. 9.54 ved et kejsersnit forløste en lille pige på ca. 1800 gram.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede jordemoderens behandling af kvinden.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere jordemoderens behandling af kvinden den 12. maj 2000.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at kvinden i sin tidligere graviditet var belastet af svær svangerskabsforgiftning, som førte til kejsersnit med forløsning af to piger, hvoraf den ene var præget af spasticitet.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at det fremgik af journalen, at kvinden den 12. maj 2000 kl. 5.30 henvendte sig på fødegangen, og at hun havde forhøjet blodtryk, og havde susen for ørerne, trykken for brystet og maksimalt udslag for æggehvideoffer i urinen (+++ for protein i urinen).

Det var nævnets opfattelse, at jordemoderen burde have orienteret den vagthavende læge om kvindens ankomst og ved den lejlighed have gjort opmærksom på hendes udtrykkelige ønske om kun at blive set af en bestemt overlæge. Alternativt burde jordemoderen have orienteret kvinden om fordele og ulemper ved hendes valg, herunder den mulige store risiko for såvel fosteret som for hende selv, såfremt kvinden havde fastholdt, at hun kun ville ses af overlægen.

### **2.3 Klager over overbåren graviditet**

En graviditet afsluttes normalt, inden der er gået 42 uger efter sidste menstruations første dag. Hvis graviditeten strækker sig over 42 uger, taler man om overbåren graviditet.

Nævnet har truffet afgørelser i nogle sager vedrørende overbåren graviditet. Nævnet har i den forbindelse vurderet, at det er i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard at igangsætte fødslen, når gestationsalderen nåede til 42 - 43 uger under forudsætning af hyppig kontrol i perioden og under forudsætning af, at man ved kontrollerne fandt normale forhold.

Nævnet har endvidere oplyst, at det er i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard, at man foretager igangsættelse af fødslen efter graviditetsuge 42-43, da moderkagens funktion efter dette tidspunkt kan blive utilstrækkelig, hvorfor man ønsker at afslutte graviditeten.

Nævnet har endvidere vurderet, at det er i overensstemmelse med almindelig praksis, at man forsøger vestimulation med stikpiller i 2 x 2 dage. Hvis dette mislykkes, tages tilfældet op til fornyet vurdering. I en sag, som er refereret under kap. 2.7.3 (klager over at der ikke blev ordineret

kejsersnit), oplyste nævnet i forbindelse med det konkrete tilfælde, at igangsættelse af en fødsel typisk sker efter følgende mønster: Stikpiller i 2-3 dage, herefter en dags pause, så igen stikpiller i 2 dage, herefter pause og revurdering efter 1-2 dage.

Nedenstående sager illustrerer nævnets praksis.

### **Sag 3 Klage over for lang igangsættelse (0019601P)**

*En 32-årig førstegangsfødende kvinde var i graviditetsuge 41 + 5 dage, da hun den 25. marts 1999 efter en ukompliceret graviditet var til lægekontrol på sygehuset, hvor afdelingslæge A ændrede terminen således, at graviditetens længde var 42 uger og 2 dage. Kvinden blev overvåget med CTG samt ultralydsscannet med henblik på en undersøgelse af fostervandsmængde og blodgennemstrømning af navlesnoren. Undersøgelserne var alle normale, og afdelingslæge A bad derfor kvinden om at komme igen den følgende dag med henblik på igangsættelse af fødslen.*

*Den 26. marts 1999 blev der to gange efter normal CTG-overvågning givet behandling med stikpiller for at sætte fødslen i gang. Behandlingen blev gentaget den 27. marts 1999 uden at der kom veer, og den 28. marts 1999 var der pause i behandlingen. Ved fornyet behandling den 29. marts 1999 fik kvinden veer, men indvendig undersøgelse viste fortsat umodne forhold. CTG var fortsat normalt.*

*Den 30. marts 1999 var der ingen veer, og afdelingslæge A fandt, at barnet skulle forløses ved kejsersnit den følgende morgen. CTG var normalt.*

*Imidlertid fik kvinden voldsomme smerter og veer om aftenen den 30. marts 1999, hvorfor hun mødte på fødeafdelingen kl. 20.00. Kl. 23.00 blev afdelingslæge B tilkaldt, fordi kvinden havde hyppige, lange veer. Afdelingslæge B fandt, at livmoderhalsen var udslettet, men at livmodermunden fortsat var lukket og ordinerede en indsprøjtning papaverin, som skulle medvirke til at udvide livmodermunden.*

*Der blev givet papaverin-indsprøjtning kl. 23.10 den 30. marts 1999, og 20 minutter senere foretog jordemoder C en undersøgelse, hvorunder hun masserede noget arvæv i livmodermunden (opstået efter en frysning på grund af celleforandringer). Livmodermunden blev herefter vurderet til at være 2 cm åben.*

*Narkoselægen blev tilkaldt og lagde kl. 0.05 en rygmarvsbedøvelse. Kl. 0.15 var livmodermunden 6 cm åben.*

*Anæstesilægen vurderede, at det var mest hensigtsmæssigt med fuld bedøvelse. Kl. 0.42 fødte kvinden ved kejsersnit en livløs pige på 3740 gram. Pigen blev genoplivet og overflyttet til neonatalafdelingen på et andet sygehus. Her konstaterede man, at pigen var hjerneskadet, og hun døde den 8. april 1999.*

*Der blev blandt andet klaget over, at man ikke målte moderkagens funktion eller mængden af fostervand, da kvinden var gået længe over sin termin. Der blev også klaget over, at man ved fødslen ikke tog hensyn til, at kvinden havde været forsøgt sat i gang over flere dage, samt at man først på et sent tidspunkt - nemlig den 30. marts 1999 kl. 23.30 - fandt ud af, at der var arvæv på livmoderhalsen.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægerne på fødeafdelingen for ikke at have foranlediget en ny måling af moderkagens funktion og mængden af fostervand i perioden fra den 26. til den 30. marts 1999.

Nævnet lagde vægt på, at kvinden gennemgik en ukompliceret graviditet frem til den 25. marts 1999, hvor graviditetslængden blev fastsat til 42 uger og 2 dage, samt at hun således på dette tidspunkt havde ”forlænget graviditet”.

Endvidere lagde nævnet vægt på, at man ved undersøgelsen af kvinden den 25. marts 1999 fandt, at barnet var livligt, at registrering af fosterets puls og kontraktionerne i livmoderen (CTG) var normal, at der var normal mængde fostervand samt at blodets strømningshastighed i navlesnoeren var normal.

Det var nævnets opfattelse, at da den samlede undersøgelse var normal, var det et udtryk for en normal moderkagefunktion.

Nævnet lagde også vægt på, at det efter undersøgelsen den 25. marts 1999 blev besluttet at igangsætte fødslen.

Det var nævnets opfattelse, at en ny undersøgelse af moderkagens funktion ingen konsekvens ville have for det allerede planlagte forløb.

Nævnet fandt i øvrigt ikke grundlag for kritik af den behandling, som kvinden modtog i perioden fra den 25. marts 1999, og indtil hun henvendte sig igen om aftenen den 30. marts 1999.

Det var nævnets opfattelse, at kvinden blev forsøgt igangsat i overensstemmelse med almindelig praksis.

#### **Sag 4 Klage over uhensigtsmæssig opfølgning på manglende fostervand (0231520P)**

*En 25-årig andengangsgravid kvinde var i graviditetsuge 41 + 3 dage med et normalt graviditetsforløb, da hun fredag den 7. september 2001 kom til kontrol på svangreambulatoriet. Hun fik foretaget ultralydsscanning og CTG-registrering, som begge var normale.*

*En overlæge undersøgte kvinden og fandt et foster i hovedstilling med en skønnet vægt på 3600 gram. Ved underlivsundersøgelsen fandt overlægen, at livmodermunden var åben for en fingerspids, samt at der var meget lidt fostervand, hvorfor fødslen burde sættes i gang snarest muligt.*

*Der var meget travlt i løbet af weekenden, og kvinden fik tid til en medicinsk igangsættelse af fødslen mandag d. 10. september 2001.*

*Den 9. september 2001 blev kvinden imidlertid indlagt på sygehuset, idet hun ikke kunne mærke fosteraktivitet. Ved ultralydsscanning blev der ikke påvist hjertelyd, og kvinden fik derfor sat fødslen i gang og fødte en dødfødt pige på 3450 gram. Dødsårsagen kunne ikke fastslås.*

*Der blev klaget over at overlægen ikke gav kvinden tilstrækkelig behandling den 7. september 2001, herunder korrekt opfølgning på fund af manglende fostervand.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægens behandling af kvinden.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen af den 7. september 2001, at kvinden, som var i graviditetsuge 41 + 3 dage, kom til kontrol på svangreambulatoriet, hvor hun blev undersøgt af overlægen, som fandt, at der var en normal CTG-registrering, at livmoderen var fastsiddende på forvæggen, samt at hun skønnede fosteret til at veje ca. 3600 gram. Af samme journalnotat fremgik det, at der næsten ikke var noget fostervand, idet der kun kunne måles en lille sø på ca. 1 cm i venstre side, hvorfor overlægen vurderede, at der var indikation for en medicinsk igangsættelse af fødslen.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen af den 7. september 2001, at overlægen ved en gynækologisk undersøgelse af kvinden fandt, at livmoderhalsen var ca. 1,5 cm, at livmodermunden var passabel for en finger, samt at fosteret lå i hovedstilling. Det fremgik endvidere af journalnotatet, at der blev aftalt tid til medicinsk igangsættelse den 10. september 2001.

Nævnet oplyste, at der kan foretages CTG-registrering til vurdering af, hvor hastende igangsættelse af en fødsel er. Nævnet oplyste endvidere, at risikoen for fosterdød indenfor en uge efter en normal CTG er næsten 0 procent. Efter 42 uger er en normal CTG dog kun ”holdbar” i ca. en halv uge.

Det var nævnets opfattelse, at scanningen den 22. februar 2001 blev foretaget på et for terminsberegningen optimalt tidspunkt. Det er derfor nævnets opfattelse, at det var i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard at støtte sig til terminsdatoen den 28. august 2001.

#### **Sag 5 Klage over, at kvinden gik tre uger over termin (0127703A)**

*En 29-årig førstegangsfødende kvinde var i graviditetsuge 40, da hun den 28. maj 1999 var til konsultation i svangreambulatoriet. Hun var ligeledes til kontrol den 4. juni 1999, da hun var i uge 42 +0.*

*Den 8. juni 1999 var kvinden, da svangerskabslængden var 42 uger og 5 dage, igen til kontrol i svangreambulatoriet. Hun blev henvist akut til observationssvangreafsnittet på sygehuset. Efter konference i afdelingen blev det besluttet at sætte fødslen i gang den 9. juni 1999, hvilket skete ved hjælp af Minprostin (hormonmiddel).*

*Den 9. juni 1999 kom fødslen imidlertid ikke i gang. Under forsøget på igangsættelse blev der med jævne mellemrum foretaget overvågning med CTG. Den 10. juni 1999 blev forsøget på at sætte fødslen i gang med Minprostin gentaget.*

*Senere den 10. juni 1999 kl. 15.25 blev der foretaget hindsprængning, hvorved der afgik en skylle blodtilblandet fostervand.*

*Kl. 17.30 opsatte en jordemoder vefremkaldende drop (Syntocinon) som led i igangsættelsen af fødslen. Kl. 19.30 noterede en læge i journalen, at veerne var smertefulde og ordinerede epiduralblokade. Kl. 20.25 og kl. 20.35 registrerede jordemoderen unormale forandringer af*

*CTG kurven og tilkaldte en læge. Samtidig blev det forsøgt at foretage måling af pH i fosterblod (scalp-pH), men dette var ikke muligt.*

*Kl. 21.16 noterede reservelægen, at CTG kurven viste unormale forandringer og besluttede at foretage akut kejsersnit indenfor 10-15 minutter på grund af truende iltforsyning til fosteret. Ved kejsersnittet, fødte kvinden kl. 21.38 en noget dysmatur dreng (tegn på overbåren graviditet) med fødselsvægt på 3.100 gram.*

*Der blev blandt andet klaget over, at kvinden fik lov at gå 3 uger over terminsdatoen.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de jordemødre og læger, der var involveret i behandlingen af kvinden i perioden fra den 28. maj til den 9. juni 1999.

Nævnet lagde vægt på, at det af vandrejournalen fremgik, at kvinden den 28. maj 1999 var i graviditetsuge 40 +1dag, hendes blodtryk var 113/80, og urinen var normal. Der blev ikke konstateret væskeansamlinger. Fosterets vægt blev skønnet til 3400-3500 g, og hjertelyden blev fundet i orden. Afstanden fra skambenet til livmoderens bund svarede til graviditetsuge 35, og fosteret blev fundet i hovedstilling.

Endvidere lagde nævnet vægt på, at det fremgik af vandrejournalen, at kvinden den 4. juni 1999 blev undersøgt på akut observationssvangreafsnit og var i graviditetsuge 42 +0 dage, samt at ultralydsscanning og overvågning med CTG var normale. Det blev planlagt, at kvinden skulle komme igen den 8. juni 1999 til CTG-undersøgelse, hvis hun ikke havde født. Det fremgik ligeledes, at fosteret blev fundet i hovedstilling med hovedbevægelser i bækkenindgangen, og at hjertelyden var god. Der blev foretaget CTG-undersøgelse, der viste normale forhold.

Nævnet lagde også vægt på, at det fremgik af vandrejournalen, at kvinden den 8. juni 1999 var i graviditetsuge 42 +4, og at en læge fandt livmoderhalsen 2 cm lang og livmodermunden åben for en finger. Der blev foretaget en CTG-undersøgelse, der viste normale forhold.

Tillige lagde nævnet vægt på, at det af journalen fra sygehuset den 8. juni 1999 kl. 8.35 fremgik, at kvinden ved kontrolundersøgelsen havde et blodtryk på 105/64 og en puls på 100, samt at hun mærkede dagligt fosterliv. Fosteret blev af en læge fundet i hovedstilling, og hovedet stod fast i bækkenet. Ved en gynækologisk undersøgelse var livmoderhalsen 3 cm og blød, livmodermunden var lige netop åben for en finger. Der blev foretaget hindeløsning. CTG-undersøgelsen viste normale forhold.

Nævnet oplyste, at hindeløsning er en metode til at igangsætte fødslen. Fosterhinden løsnes forsigtigt fra indersiden af livmoderhalsen og livmoderhulen.

Det var nævnets opfattelse, at der i den foreliggende situation ikke var særlige grunde, der talte for at igangsætte kvindens fødselsforløb tidligere, end det skete, dvs. ved en gestationsalder på 42 uger + 6 dage.

**Sag 6 (ref. sag 1) Klage over, at fødsel først blev sat i gang 17 dage efter termin (0019504P)**

*En 25-årig førstegangsfødende kvinde var i graviditetsuge 42 + 2 dage, da hun den 14. december 1999 blev indlagt på fødegangen til igangsættelse. Igangsættelsen skete ved hindsprængning og med et drop med vestimulerende medicin, hvorved fødslen skred hurtigt frem.*

*Kl. 13.20 fandt man, at fosterets hjertelyd var påvirket, hvorfor en reservelæge besluttede at forløse med sugekop efter anlæggelse af et klip i mellemkødet (episiotomi).*

*Kvinden fødte den 14. december kl. 14.12 en levende velskabt dreng på 3.780 gram, der fik Apgar Score 9 efter 1 minut og 10 efter 5 minutter.*

*Da der var opstået en stor udrift i vagina i begge sider samt sprængning af lukkemusklen, som ifølge en anden reservelæge ikke kunne sys i lokalbedøvelse, blev disse læsioner syet sammen i fuld bedøvelse af en afdelingslæge.*

*Der blev blandt andet klaget over, at lægerne ikke satte fødslen i gang tidligere end 17 dage efter hendes termin.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de involverede læger for, at man først satte fødslen i gang den 14. december 1999.

Nævnet lagde vægt på, at den administrerende overlæge til sagen oplyste, at man på afdelingen ikke anvendte rutinemæssig ultralydsscanning til fastsættelse af terminstidspunktet, og at man ikke foretog igangsættelse af fødslen før to uger efter beregnet termin, medmindre der opstod kliniske problemer, som krævede tidligere indgriben.

Endvidere lagde nævnet vægt på, at kvinden havde forventet termin den 27. – 29. november 1999 udregnet på baggrund af sidste menstruations første dag og cyklusens længde på 28-30 dage.

Nævnet lagde også vægt på, at kvinden blev sygemeldt under graviditeten på grund af almen utilpashed, svimmelhed og smerter i lænderyggen, samt at hendes graviditet ellers var ukompliceret til og med 42. uge, hvor der blev fundet normalt blodtryk og ingen proteiner i urinen.

Videre lagde nævnet vægt på, at der den 13. december 1999 opstod let svangerskabsforgiftning med blodtryk på 140/96 samt proteiner i urinen og lidt hovedpine, hvorefter man satte fødslen i gang ved at foretage hindsprængning den 14. december 1999 ved en graviditetslængde på 42 uger og 2 dage.

## **2.4 Klager over forkert fosterskøn eller manglende erkendelse af underkropstilling**

Nævnet har i sine afgørelser vedrørende dette emne blandt andet oplyst, at ethvert fosterskøn er behæftet med en vis usikkerhed, som i øvrigt er særlig stor, når der er tale om fostre over 4500 g. Nævnet har endvidere oplyst, at det ikke er almindeligt at scanne før fødslen med henblik på fastsættelse af fosterskøn.

Nævnet har endvidere oplyst, at det af og til kan være meget vanskeligt at afgøre, hvad der er den ledende fosterdel hos barnet. Hvis man er i tvivl ved den udvendige undersøgelse, kan man forsøge at få sin mistanke be- eller afkræftet ved en indvendig undersøgelse. Denne kan imidlertid også vanskeliggøres specielt i starten af fødselsforløbet, hvor modermunden ikke er åbnet eller kun åbnet lidt. Efterhånden som modermunden bliver større, vil erkendelsen af ledende fosterdel være lettere, men alligevel bliver der af og til følt et hoved i stedet for et sæde. Det er nævnets opfattelse, at det vigtigste er, at man handler korrekt, når man erkender, at fosteret ikke ligger i hovedstilling, som man havde regnet med, men i en underkropstilling.

Nævnet har endvidere oplyst, at ca. 25 % af fostrene i 30. graviditetsuge ligger i underkropstilling, mens der ved terminen kun findes ca. 4 % i underkropstilling. Der er således mange fostre, der vender sig i slutningen af graviditeten.

Nedennævnte sager illustrerer nævnets praksis.

**Sag 7 Klage over, at der blev foretaget et forkert fosterskøn (0020605P)**

*En 40-årig kvinde, som var førstegangsfødende og med forventet fødsel den 4. juli 1999, var den 4. juni 1999 til undersøgelse hos jordemoderen, der skønnede, at kvinden ville føde et stort barn, fordi hun var 183 cm høj og før graviditeten vejede 93 kg.*

*Ved den efterfølgende undersøgelse skønnede jordemoderen fostervægten til 3400 gram. Livmoderens størrelse var uændret 43 cm.*

*Ved fødslen, der fandt sted den 29. juni 1999, blev fosterets hoved født normalt, men dets skuldre sad fast og måtte hjælpes frem af jordemoderen, således at barnet blev født med højre hånd og albue ved siden af ansigtet. Det nyfødte barn var slapt, men kom sig rimeligt hurtigt, og det blev noteret, at der formentlig var opstået en lammelse af armen på grund af nervetryk (Duchenne Erbs Parese). Barnet vejede over 4500 g.*

*Der blev klaget over, at de involverede jordemødre foretog fejlskøn med hensyn til fosterets forventede fødselsvægt.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de involverede jordemødre.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af vandrejournalen fra den 4. juni 1999, at en jordemoder under sin svangerskabsundersøgelse af kvinden ikke foretog et konkret skøn af fostervægten, men at hun vurderede, at kvinden ville føde et stort barn.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at kvinden under hele graviditeten fik foretaget sædvanlige undersøgelser, herunder også en undersøgelse af, om der forelå en graviditetsbetinget sukkersyge, hvilket blev afkræftet. I den forbindelse kan nævnet oplyse, at en graviditetsbetinget sukkersyge kan bevirke store børn.

Nævnet lagde herudover vægt på, at kvinden under graviditetsforløbet også fik målt livmoderens størrelse, hvilket den 18. juni 1999 blev suppleret af et fosterskøn, som blev foretaget af en jordemoder.

**Sag 8 Klage over manglende erkendelse af underkropsstilling (0020604P)**

*En 26-årig kvinde var andegangsfødende og i graviditetsuge 36, da hun blev indlagt på fødeafdelingen på grund af vandafgang. En jordemoder fandt ved sin undersøgelse, at fosteret var i længdeleje med hovedet højt bevægeligt.*

*Kl. 4.45 begyndte kvinden at få presseveer, og en jordemoder konstaterede ved indvendig undersøgelse, at fosteret lå i underkropstilling i en fuldstændig sædepræsentation.*

*Jordemoderen tilkaldte assistance, men fødslen skred så hurtigt frem, at assistancen ikke nåede at komme til stede, og kl. 5.03 blev en velskabt dreng i fuldstændig sædepræsentation forløst.*

*Der blev blandt andet klaget over, at tre jordemødre undersøgte kvinden overfladisk under fødselsforløbet den 1. og 2. juni 2000, idet ingen af dem opdagede, at barnet lå omvendt.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere jordemødrene.

Nævnet lagde i den forbindelse vægt på, at det af journalen fremgik, at jordemoderen den 1. juni 2000 fandt et foster i hovedstilling, hovedet bevægeligt i bækkenindgangen, livmoderhalsen 2 cm og livmodermunden passabel for 1 finger.

Endvidere lagde nævnet vægt på, at det af journalen fremgik, at jordemoderen den 2. juni 2000 kl. 0.35 ved sin undersøgelse fandt fosteret fortsat liggende i længdeleje med hovedet fast i bækkenindgangen. Ved den indvendige undersøgelse var livmoderhalsen fortsat 2 cm og beskrevet som beliggende langt bagtil, og livmodermunden kunne ikke nås.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at det af journalen fremgik, at der var tale om en uerkendt underkropstilling, samt at jordemoderen tilkaldte assistance, som imidlertid ikke nåede frem, før barnet var født.

### **Sag 9 Klage over manglende erkendelse af underkropsstilling (0021020P)**

*En 34-årig kvinde var førstegangsfødende og i graviditetsuge 32, da hun den 17. marts 1999 fik foretaget ultralydsscanning, som viste, at fosteret lå i underkropstilling.*

*Ved de 5 efterfølgende jordemoderkontroller i april og maj 1999 fandt en jordemoder, at fosteret lå i hovedstilling.*

*Den 24. maj 1999, da kvinden var 42 uger henne i sin graviditet, henvendte hun sig på fødeafdelingen på grund af vandafgang og begyndende veer. Den jordemoder, som modtog kvinden, fandt fosteret i hovedpræsentation. Først ved de fortsatte undersøgelser fik jordemoderen mistanke om underkropstilling, og hun foranledigede, at der blev foretaget*

*ultralydsscanning, som viste, at fosteret lå i underkropstilling. Herefter blev der foretaget akut kejsersnit, hvorved der blev forløst en pige på 4680 gram.*

*Der blev klaget over, at jordemoderen ved konsultationerne indtil den 24. maj 1999 ikke foretog tilstrækkelige og korrekte undersøgelser, idet hun ved disse lejligheder vurderede, at fostret lå i hovedstilling, når det ved fødslen den 24. maj 1999 blev konstateret, at fostret lå i underkropstilling.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere jordemoderens behandling af kvinden i perioden fra den 3. marts til den 24. maj 1999.

Nævnet lagde vægt på, at det af vandrejournalen fremgik, at kvinden første gang blev undersøgt af jordemoder den 3. marts 1999, da kvinden var 30 uger henne i sin graviditet, og at der ved denne lejlighed ikke blev noteret noget om fosterstilling i svangerskabsjournalen.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at en ultralydsscanning i graviditetsuge 32 viste et levende foster i underkropstilling. Af journalen fremgik det, at der blev aftalt kontrol hos egen læge og jordemoder samt genhenvielse, såfremt fostret stadig i graviditetsuge 37 lå i underkropstilling.

Nævnet lagde herudover vægt på, at det af svangrejournalen fremgik, at kvinden var til undersøgelse hos jordemoder den 21. april (uge 37), 28. april (uge 38), 5. maj (uge 39), 12. maj (uge 40) og 19. maj 1999 (uge 41), hvor jordemoderen ved alle 5 konsultationer fandt, at fosteret lå i hovedstilling.

## **2.5 Klager over medicinsk fremskyndelse af fødslen med S-drop**

S-drop er den populære betegnelse for drop med præparatet Syntocinon. Det kaldes også et vefremkaldende drop. Syntocinon er et syntetisk fremstillet stof, der kemisk er identisk med oxytocin, som er det hormon, der dannes i hypofysen og fremkalder fødselsveerne.

Følgende sag illustrerer nævnets praksis vedr. S-drop.

### **Sag 10 Klage over, at droppet gav vestorm (0123130P)**

*En 38-årig kvinde var trediegangsfødende og i graviditetsuge 40, da hun den 12. juli 2000 kl. 13.00 henvendte sig på fødegangen på grund af let svangerskabsforgiftning. Kl. 13.45 blev*

*der foretaget hindsprængning med udtømmelse af pæn skylle gulligt fostervand. Der var ingen veer. Jordmoderen opsatte drop med vestimulerende medicin kl. 16.30.*

*Kl. 18.15 kom der veer, og de kom oven i hinanden. Kl. 18.40 fandt jordmoderen ved sin indvendige undersøgelse, at livmodermunden var 4 cm åben. Kl. 19.40 fik kvinden pressetrang, og den kl. 19.50 fødte hun en levende pige på 3250 gram og med en Apgar score på 10 efter 1 minut.*

*Otte dage efter fødslen blev kvinden indlagt akut på en neurologisk afdeling på grund af højresidig hovedpine, hængende højre øjenlåg og pulssykron susen i hovedet i visse stillinger. Hovedpinen var begyndt i forbindelse med fødslen. Der blev foretaget en MR scanning, som viste normale forhold, men man fandt ved en anden undersøgelse, at der var en 2-3 mm stor udvidelse på pulsåren (aneurisme) ved afgang af højre blodåre ved øjet (arteria ophtalmica). Udvidelsen blev vurderet af en neurokirurg, som ikke fandt indikation for operation, og der blev aftalt kontrol til 6 måneder senere.*

*Der blev blandt andet klaget over, at man gav kvinden vestimulerende drop for hurtigt eller i for store doser, således at hun fik en såkaldt vestorm og efterfølgende konstant hovedpine.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere jordmoderens behandling af kvinden.

Nævnet lagde blandt andet vægt på, at det af journalen fremgik, at jordmoderen kl. 16.30 fandt god hjertelyd, men ingen veer, hvorfor der blev opsat et vestimulerende drop kl. 16.50 med 18 ml pr. time. Blodtrykket blev målt til 155/95. Det fremgik videre af journalen, at jordmoderen øgede droppet med 15 minutters interval, og at veerne startede hurtigt derefter. Det vestimulerende drop løb med 150 ml i timen kl. 18.00, men blev kl. 18.40 reduceret til 90 ml pr. time, da veerne kom oven i hinanden.

Nævnet lagde også vægt på, at det henhold til instruks på den pågældende afdeling vedrørende stimulation af veerne blev anbefalet at øge dosis med 30 ml hver 20. minut, indtil acceptabel effekt eller maksimal dosis er nået.

Det var nævnets opfattelse, at en instruks er vejledende, og at der kan foretages mindre afvigelser, såfremt det er forsvarligt. Da jordmoderen i henhold til journalen var omkring kvinden stort set hele tiden og overvågede hjertelyden, fandt nævnet ikke grundlag for at kritisere, at jordmoderen øgede droppet lidt hurtigere, end det var anbefalet i instruks. Da veerne kom oven i hinanden kl. 18.15, skruede jordmoderen ned for droppet.

Det var endvidere nævnets opfattelse, at der ikke var en sandsynlig sammenhæng mellem vestimulationen og det senere forløb, idet der som følge af den medikamentelle vestimulation ikke skete yderligere blodtryksforhøjelse. Kvindens blodtryk var således stort set det samme før og efter behandlingen med vestimulerende drop.

## **2.6 Klager over, at jordemoderen ikke tilkaldte læge tidligt nok i forløbet**

I lovgivningen er der som omtalt i kap. 2.1 fastsat regler for ansvarsfordelingen mellem jordemoder og læge, når der er tilkaldt en læge til fødslen. Indtil ansvaret for behandlingen kan overtages af en læge, skal jordemoderen yde den fornødne hjælp.

Jordemoderen kan i øvrigt umiddelbart henvise kvinden til sygehus, hvis jordemoderen skønner, at kvindens eller barnets tilstand hurtigt vil forværres.

I nævnets praksis herom bliver der i hver enkelt sag foretaget en konkret vurdering af de forskellige forhold, herunder f.eks. fødselsforløb, CTG-kurvernes udseende og fostervandets farve.

Som illustration af, hvornår en jordemoder ikke tilkalder læge, har nævnet oplyst, at veerne i overgangsfasen (fase i fødselsforløbet, der ligger lige før presseperioden) af den fødende kan opfattes som meget smertefulde, og at veerne har en anderledes karakter end de tidligere veer. Dette er normalt, og det er nævnets opfattelse, at der normalt ikke er grund for jordemoderen til at kalde læge alene i den anledning.

Nævnet har i forbindelse med en af sagerne endelig oplyst, at det er i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard at foreslå tømning af blæren i en sådan situation, idet en fyldt blære kan trække fødselsforløbet ud.

Der er tale om konkrete afgørelser, som kan være vanskelige at sammenligne.

Nedenfor er refereret 6 sager for at belyse nævnets praksis på dette område.

### **Sag 11 (ref. sag 32) Klager over forkert behandling ved fødslen (0235606P)**

*En 33-årig andengangs fødende kvinde var i graviditetsuge 42, da hun den 12. maj 2001 kl. 4.00 blev indlagt på fødeafdelingen på grund af vandafgang. Kvinden havde tidligere født ved kejsersnit.*

*Ved indlæggelsen blev hun undersøgt af en jordemoder, som fandt, at livmoderhalsen var udslettet, og at livmodermunden var passabel for en finger.*

*Kl. 7.30 overtog en anden jordemoder behandlingen af kvinden og fandt uregelmæssige veer og god hjertelyd. I timerne herefter var der kun langsom fremgang i fødslen, og kl.16.00 tilkaldte jordemoderen en overlæge og en klinisk jordemodervejleder. Overlægen anlagde en blød sugekop, men da fosterets hoved ikke fulgte med ud, skiftede overlægen herefter til en hård sugekop.*

*Kl. 16.47 fødte kvinden en levende pige, som var slap, hvorfor hun straks blev overgivet til en børnelæge. Pigen blev behandlet på neonatalafdelingen indtil den 15. maj 2001, hvor hun kunne overflyttes til en anden afdeling.*

*Den 23. maj 2001 blev mor og barn udskrevet.*

*Der blev klaget over at kvinden ikke fik en korrekt behandling under fødslen, idet barnet under fødslen ikke fik ilt nok og derfor ikke udviklede sig normalt.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere jordemoderens behandling af kvinden den 12. maj 2001.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at jordemoderen den 12. maj 2001 kl. 7.30 undersøgte kvinden og fandt, at der var uregelmæssige veer, en god hjertelyd, ingen fremgang i fødslen og siven af klart fostervand.

Endvidere lagde nævnet vægt på, at det fremgik af journalen, at jordemoderen kl. 8.30 opsatte et vestimulerende drop og samtidig hermed påsatte en CTG, som viste tiltagende sammentrækninger med 2-3 minutters interval. Jordemoderen fandt, at kvinden spændte meget og konfererede derfor med vagthavende læge med henblik på smertelindring. Den vagthavende læge ordinerede herefter rygmarvsbedøvelse, som blev anlagt kl. 11.00 ifølge journalen.

Nævnet lagde også vægt på, at det fremgik af journalen, at fosterets hjerteaktivitet kl. 12.10 blev påvirket (lidt brede vesynkrone decelerationer) i forbindelse med blodtryksfald hos moderen (95/48). Der blev givet medicin herfor (Efidrin 5 mg i.v), og en narkoselæge blev kontaktet. Kl. 12.30 var blodtrykket fortsat lavt, men blev accepteret af narkoselægen som normalt.

Tillige lagde nævnet vægt på, at det fremgik af journalen, at livmodermunden kl. 12.30 var 7 cm åben. For at få en så nøjagtig registrering af barnets hjertelyd som mulig, påsatte jordemoderen overvågning med CTG i form af en caput-elektrode. Kl. 14.20 noterede jordemoderen, at tilstanden var uændret. Ved den indvendige undersøgelse var livmodermunden nu 8 cm åben, og hjertelyden faldt, når kvinden lå på venstre side, hvorfor jordemoderen gav ilt og vendte hende til højre sideleje, hvorefter hjertelyden igen var normal.

Videre lagde nævnet vægt på, at det fremgik af journalen, at jordemoderen kl. 15.20 fortsat fandt, at der var påvirket hjertelyd, nemlig vesynkrone decelerationer med et lidt sent præg (dyk i fosterets puls i forbindelse med og lidt efter en ve).

Nævnet oplyste, at det er normalt, at der sker dyk i fosterets puls under en ve, når blot fosterets puls retter sig hurtigt igen umiddelbart efter veen. Hvis kurven har et sent præg, betyder det, at fosterets puls er lidt længe om at rette sig igen efter veen.

Nævnet lagde også vægt på, at det fremgik af journalen, at jordemoderen kl. 16.00 tilkaldte overlægen og en klinisk jordemodervejleder, som foretog forløsning af barnet ved hjælp af sugekop.

Nævnet var af den opfattelse, at jordemoderen kl. 12.10, da både blodtrykket faldt hos kvinden, og hjertelyden faldt hos barnet, burde have orienteret sin kliniske jordemodervejleder eller den vagthavende læge om forløbet. Da hjertelyden igen faldt kl. 14.30 og ikke rettede sig, men afveg fra det normale forløb, fandt nævnet, at jordemoderen kort tid herefter og i hvert fald kl. 15.10 burde have tilkaldt såvel den kliniske jordemodervejleder som den vagthavende læge.

### **Sag 12 (ref. sag 33) Klage over, at jordemoderen ikke sikrede hurtig afslutning af fødslen (0127314P)**

*En 29-årig førstegangsfødende kvinde var i graviditetsuge 42, da hun den 23. december 1998 kl. 11.30 som aftalt mødte til overtidsvurdering på fødegangen.*

*For at sætte fødslen i gang, blev der foretaget sprængning af fosterhinden med udtømmning af klart fostervand.*

*Kl. 18.35 begyndte kvinden at presse, men der var kun ringe fremgang på grund af korte veer. Jordemoderen konstaterede to gange lidt langsom hjerteaktion, der rettede sig efter veen. Der*

*blev etableret overvågning af fostrets hjerteaktion med CTG. Apparaturet virkede imidlertid ikke, og det blev udskiftet med et andet.*

*En reservelæge blev tilkaldt, og der blev skiftet til intern overvågning med påsættelse af caput-elektrode, og der blev påbegyndt ve-stimulerende behandling med drop.*

*Kl. 19.53 blev en overlæge i vagtstuen orienteret om den ringe fremgang, og på fødestuen vurderede overlægen, at der var tegn på iltmangel hos fosteret. Anæstesilægen blev tilkaldt på grund af et forventet dårligt barn.*

*Reservelægen anlagde blød sugekop med henblik på at forløse fosteret. Sugekoppen sprang af ved første og andet forsøg, hvorefter overlægen overtog og forløste barnet.*

*Der blev blandt andet klaget over, at jordemoderen ikke sikrede, at fødslen blev afsluttet tilstrækkeligt hurtigt, hvilket medførte, at barnet blev hjerneskadet som følge af iltmangel.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af jordemoderens behandling af kvinden.

Nævnet lagde vægt på, at det af journalen den 23. december 1998 fremgik, at kvinden var gået over tiden, hvorfor hun fik sat sin fødsel i gang. Der blev foretaget hindsprængning kl. 12.30 med udtømmning af klart fostervand. Herefter blev der påsat overvågning med CTG, som viste normale forhold.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at det fremgik af journalen, at jordemoderen overtog fødselsforløbet kl. 15.20, hvor kvinden var i badekar, og det fremgik af journalen, at hun slappede godt af, vejtrækningen var fin, og barnets hjertelyd var god.

Tillige lagde nævnet vægt på, at det fremgik af journalen, at hjertelyden kl. 18.55 blev beskrevet som værende lidt langsom, hvorfor jordemoderen gav ilt og påsatte overvågning med CTG. Denne viste, at CTG havde ændret sig i forhold til tidligere på dagen. Den gennemsnitlige hjertefrekvens var blevet lidt langsommere, der var små udsving på hjertefrekvenskurven (nedsat variationsbredde), og der var tendens til fald i hjertefrekvens efter veerne (sene decelerationer).

Nævnet oplyste, at langsom hjertefrekvens, nedsat variationsbredde og sene decelerationer kan være tegn på iltmangel. Den almindeligste årsag til nedsat variationsbredde er dog, at fosteret sover. Det afgørende er, om der ind i mellem er tegn på aktivitet hos fosteret.

Nævnet lagde også vægt på, at det fremgik af journalen, at jordemoderen kl. 19.10 tilkaldte reservelægen, som vurderede den elektroniske overvågning til at være normal og ordinerede et vestimulerende drop for at fremme fødselsprocessen. Det fremgik endvidere af journalen, at der kl. 19.25 blev påsat overvågning med CTG i form af en caput-elektrode.

Videre lagde nævnet vægt på, at det fremgik af journalen, at kvinden kl. 19.53 havde presset i 1 time og 20 minutter, og at der fortsat var korte veer og ringe fremgang. Overlægen blev tilkaldt og fandt, at CTG nu viste klare tegn på truende iltmangel.

Det var nævnets opfattelse, at CTG først fra kl. 19.53 var forværret og viste klare tegn på truende iltmangel.

Det var nævnets opfattelse, at jordemoderen tilkaldte læge de gange, der var behov herfor i kvindens fødselsforløb.

### **Sag 13 Klage over, at jordemoderen ikke tilkaldte læge (0018130P)**

*En 28-årig andengangsfødende kvinde var i graviditetsuge 41, da hun den 27. august 1999 kl. 3.00 om natten henvendte sig på fødegangen med tiltagende veer gennem de sidste 4 timer. Efter en undersøgelse tog hun hjem igen for at afvente bedre veer.*

*Kl. 5.00 samme dag henvendte kvinden sig igen, idet der var 3 minutter mellem veerne og livmodermunden var ved den indvendige undersøgelse 4 cm åben. Kl. 06.45 fandt undersøgende jordemoder ved en indvendig undersøgelse, at livmodermunden var 5-6 cm åben. Da livmodermunden ikke havde åbnet sig yderligere kl. 9.40 foretog jordemoderen hindsprængning, med udtømmelse af en rigelig mængde grønt fostervand. Der blev herefter påsat overvågning med CTG.*

*Jordemoderen tilkaldte vagthavende læge, idet der på CTG-strimlen var små decelerationer (dyk i fostrets puls). Lægen foretog en indvendig undersøgelse kl. 10.30, og i forbindelse hermed var der fin acceleration (store udsving) på fostrets pulskurve. Kl. 11.00 noterede jordemoderen i journalen, at der var vesynkrone dyk i hjertelyden (dvs. dyk i fostrets puls under en ve). Kl. 11.20 noterede jordemoderen, at hjertelyden (puls) kun rettede sig trægt, hvorfor hun gav kvinden ilt på maske.*

*Afdelingslægen, som var på stuen igen kl. 11.40 på grund af dyk i fostrets puls, ordinerede vestimulerende drop og anlæggelse af blød sugekop, som hun trak i fire gange under 4 veer.*

*Den 27. august 1999 kl. 12.13 fødte kvinden således en dreng i uregelmæssig baghovedstilling på 3630 gram, som var slap og bleg. Drengen blev overgivet til en børnelæge. Den nyfødte dreng fik Apgar Score 0, 5 og 10 efter henholdsvis 1, 5 og 12 minutter.*

*Der blev blandt andet klaget over, at jordemoderen ikke tilkaldte lægen kl. 10.40, da kvinden oplyste, at smerterne havde ændret karakter, og kl. 11.20, da hjertelyden kun rettede sig træg, og i en periode var nede på 50-60 slag i minuttet.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere jordemoderens behandling af kvinden i forbindelse med observationen af grønt fostervand den 27. august 1999 kl. 9.40.

Nævnet lagde vægt på, at det af journalen fremgik, at man ved den indvendige undersøgelse fandt uændrede forhold, og at der blev foretaget hindsprængning med rigelig mængde grønt fostervand, samt at der ikke var fremfald.

Endvidere lagde nævnet vægt på, at det af samme journalnotat fremgik, at der var god hjertelyd, og at der blev påsat overvågning med CTG. Af CTG kurverne fremgik det, at overvågningen blev påsat kl. 9.51.

Nævnet oplyste blandt andet, at grønt fostervand skyldes afgang af tarmindehold (mekonium) i fostervandet og betyder, at barnet er eller har været stresset, hvorfor det er i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard at overvåge hjertelyden meget nøje herefter med CTG.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere, at jordemoderen ikke tilkaldte vagthavende læge kl. 10.40, da kvinden oplyste, at smerterne havde ændret karakter.

Nævnet lagde i den forbindelse vægt på, at det af journalen fremgik, at afdelingslægen kl. 10.30 havde foretaget en undersøgelse af kvinden, hvor afdelingslægen fandt fine accelerationer af fostrets pulskurve.

Endvidere lagde nævnet vægt på, at det af journalen fremgik, at livmodermunden kl. 10.30 var 9 cm åben, og at fostrets hoved stod ved spinae.

**Sag 14 Klage over manglende tilkald af læge med henblik på kejsersnit (0124603P)**

*En 26-årig førstegangsfødende kvinde var i graviditetsuge 40, da hun den 4. februar 2000 kl. 4.45 efter en ukompliceret graviditet blev indlagt på et sygehus på grund af afgang af grønt fostervand. Ved indlæggelsen blev hun undersøgt af en jordemoder, som tilkaldte en 1. reservelæge. Vedkommende ordinerede kl. 5.50 fortsat nøje observation.*

*Kl. 9.00 blev kvinden undersøgt af en overlæge, som ordinerede fortsat overvågning med CTG. Kl. 10.15 blev der opsat vestibulerende drop, og kl. 13.15 blev der efter aftale med overlægen anlagt rygmarvsbedøvelse.*

*Jordemoderen mødte kl. 14.45 i vagt og overtog jordemoderledelse af kvindens fødsel. Kl. 17.00 fandt jordemoderen, at CTG-kurverne var upåfaldende, og at livmodermunden var 4-5 cm åben.*

*Kl. 21.00 fik kvinden begyndende pressetrang. Overlægen foretog en undersøgelse og besluttede at øge dosis af det ve-stimulerende drop. Kl. 21.10 besluttede overlægen at anlægge sugekop for at afslutte fødselsforløbet. Da sugekoppen for anden gang sprang af, ordinerede overlægen akut kejsersnit.*

*Kvinden fødte kl. 21.54 en slap, bleg dreng, som havde navlesnoren 1 gang om halsen og en gang ned omkring den ene lyske. Drengen fik Apgar Score 5 efter 1 minut, og 7 efter 5 minutter.*

*Drengen blev senere scannet, og man konstaterede herved skader i hjernen på grund af iltmangel.*

*Der blev blandt andet klaget over, at jordemoderen ikke foretog en korrekt behandling af kvinden den 4. februar 2000, herunder at hun ikke tilkaldte læge, således at vedkommende kunne ordinere kejsersnit.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere jordemoderens behandling af kvinden den 4. februar 2000.

Nævnet lagde ved sin afgørelse vægt på, at det af journalen fremgik, at kvinden henvendte sig den 4. februar 2000 kl. 4.45 på grund af vandafgang, og at en jordemoder påsatte overvågning med CTG, og at hun ved en undersøgelse fandt tydelig vandafgang med grønt/blodtilblandet

fostervand, livmoderhalsen 1½ cm lang og livmodermunden lukket, hvorefter hun tilkaldte vagthavende læge.

Endvidere lagde nævnet vægt på, at det af journalen fremgik, at en 1. reservelæge kl. 5.50 foretog en undersøgelse af kvinden, hvor vedkommende blandt andet fandt hyppige småveer på CTG kurven og ordinerede nøje observation.

Videre lagde nævnet vægt på, at det af journalen fremgik, at overlægen kl. 8.45 foretog en scanning og fandt fin hjertelyd hos fostret. Ved indvendig undersøgelse fandt han, at livmoderhalsen næsten var udslettet, og at livmodermunden var åben for 1 finger, hvorefter der blev påsat caput-elektrode. Ifølge journalen var det overlægens plan at se tiden an en ½ time og derefter stimulere veerne med S-drop (vestimulerende drop).

Tillige lagde nævnet vægt på, at jordemoderen til sagen oplyste, at hun mødte den 4. februar 2000 kl. 14.45 i aftenvagt og overtog vagten ved kvindens fødsel, som helt fra starten var styret og ledet af overlægen.

Endvidere lagde nævnet vægt på, at det af journalen fremgik, at jordemoderen kl. 15.30 foretog en undersøgelse og fandt livmoderhalsen ½ cm, livmodermunden 4 cm åben, hovedet noget over spinae og fosterhertelyden fin på nær et par episoder med dyk mellem veerne. Kl. 17.00 fandt jordemoderen, at fosterets puls ikke reagerede på stillingsændringer, men ellers var kurven i orden. Livmodermunden var 4-5 cm åben.

Det var nævnets opfattelse, at der i perioden fra kl. 15.38 til kl.16.25 var enkelte fald på CTG kurven i hjerterytmen (variable decelerationer). Nævnet oplyste, at dette ofte ses og ikke anses for at være tegn på, at fosteret ikke er velbefindende.

Videre lagde nævnet vægt på, at det af journalen fremgik, at kvinden kl. 18.20 klagede over smerter/svien i højre side af livmoderen, og at jordemoderen fandt, at det var svært at bedømme veerne. Hun overvejede, om livmoderen kunne trække sig godt nok sammen (hyperton uterus), hvorefter hun skruede ned for det vestimulerende drop, og fandt livmoderhalsen udslettet, livmodermunden 5 cm åben, hvorefter hun konfererede med overlægen og skruede op for droppet igen.

Nævnet lagde også vægt på, at det af journalen fremgik, at der kl. 18.00 blev sat en epiduralpumpe op, og at droppet blev øget kl. 18.30, samt at kvinden blev tilset af overlægen kl. 19.40. Overlægen fandt kl. 20.15, at CTG var fin fraset ved lejeændring, og at

livmodermunden var 9 cm åben, samt at fostrets hoved var ved spinae. Droppet blev øget, og kl. 21.00 fik kvinden begyndende pressetrang. Overlægen fandt fostrets hoved lidt under spinae med en stor fødselssvulst. Veerne var ifølge journalen dårlige, hvorfor droppet blev øget.

Det var nævnets opfattelse, at det af CTG kurverne fremgik, at barnets hjerterytme faldt en smule kl. 20.30-20.50 og mere udtalt kl. 20.55-21.10, dog med enkelte stigninger i hjerterytmen (accelerationer). Kl. 21.10-21.30 var CTG svært patologisk med hjerterytme (basislinie) ned til 50, enkelte accelerationer til 200 og svært nedsat variationsbredde (variation af hjerterytmen). Kl. 21.10 var der imidlertid allerede forsøg på at få barnet født så hurtigt som muligt.

Det var nævnets opfattelse, at der ikke tidligere i forløbet var CTG-forandringer, som gav grundlag for at foretage kejsersnit.

Det var endvidere nævnets opfattelse, at jordemoderen tilkaldte læge de gange, der var behov herfor i kvindens fødselsforløb.

### **Sag 15 Klage over manglende tilkald af læge (0123128P)**

*En 32-årig andengangsfødende kvinde var i graviditetsuge 41, da hun den 16. august 2000 kl. 23.30 henvendte sig til fødeafdelingen med veer. Ved undersøgelsen var livmoderhalsen 1½ cm og livmodermunden fingerpassabel. Kl. 02.15 den 17. august 2000 foretog jordemoderen hindsprængning med udtømmelse af klart fostervand. Livmodermunden var på dette tidspunkt 5 cm åben.*

*Kl. 04.10 fandt jordemoderen ikke forventet fremgang i åbningen af livmodermunden, hvorfor hun foretog overvågning med CTG, der var normal. Jordemoderen satte et vestimulerende drop op for at få livmodermunden til at fortsætte åbningen og hjælpe med at få barnets hoved længere ned i bækkenet.*

*Jordemoderen tilkaldte kl. 5.40 forvagten på grund af langsom fremdrift i fødslen.*

*Kl. 7.00 var der jordemodervagtskifte, og på dette tidspunkt var åbningen 9 cm. Derefter gik fødslen i stå, idet åbningen kl. 7.45 og kl. 8.30 var uændret. Den nye jordemoder konfererede kl. 8.00 med forvagten, som besluttede, at der ikke skulle skrues yderligere op for det vestimulerende drop og tilkaldte bagvagten kl. 8.35. Vedkommende fandt livmodermunden udslettet, men fandt den forreste livmoderhalslæbe i klemme mellem barnets hoved og*

*kvindens bækken. Denne skubbede vedkommende på plads i en ve-pause, hvorefter barnet blev forløst normalt. Kvinden fødte således kl. 8.58 en levende dreng på 3810 g og 53 cm lang med en Apgar Score på 4 efter 1 minut, 7 efter 5 minutter og 10 efter 10 minutter.*

*Der blev klaget over, at jordemoderen ikke gav kvinden en tilstrækkelig behandling, herunder at hun ikke opdagede, at livmoderhalsen var faldet ned, samt at jordemoderen undlod at tilkalde læge.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere jordemoderens behandling af kvinden den 17. august 2000, herunder tidspunktet for tilkald af læge.

Nævnet lagde ved sin afgørelse vægt på, at kvinden var andengangsfødende og at hun den 16. august 2000 kl. 23.30 kom til fødegangen med spontane, gode veer, og at livmodermunden ifølge journalen var 3 cm åben ti minutter over midnat.

Endvidere lagde nævnet vægt på, at det af journalen fremgik, at jordemoderen kl. 2.15, hvor modermunden var 5 cm åben, prikkede hul på fostervandet, som var normalt, samt at hun fandt barnets hjertelyd god.

Videre lagde nævnet vægt på, at det af journalen fremgik, at jordemoderen kl. 3.20 fandt kvinden meget træt og smertepåvirket, god hjertelyd hos fostret og fremgang i fødslen, hvorfor hun tilbød kvinden et bad for at lette vesmerterne.

Nævnet lagde også vægt på, at det af journalen fremgik, at jordemoderen kl. 4.10 fandt, at der ikke var ordentlig fremgang i fødselsforløbet, hvorfor hun opsatte et vestimulerende drop, efter forudgående at have kørt en elektronisk overvågning, hvor der var vesynkrone dyk.

I den forbindelse oplyste nævnet, at vesynkrone dyk i fostrets puls betyder, at fostrets puls falder under en ve, og at dette er normalt.

Endvidere lagde nævnet vægt på, at det af journalen fremgik, at jordemoderen kl. 5.40 fandt fortsat langsom fremgang i fødselsforløbet, hvorfor hun forsøgte at tømme blæren på kvinden.

Videre lagde nævnet vægt på, at det af journalen fremgik, at kvinden ikke kunne lade vandet spontant, og at den efterfølgende anlæggelse af et engangskateter var uden resultat, hvorfor jordemoderen i stedet forsøgte at lade kvinden stå op, hvilket kan være med til at fremme fødselsforløbet.

Nævnet lagde tillige vægt på, at jordemoderen ifølge journalen herefter tilkaldte forvagten.

Endvidere lagde nævnet vægt på, at det af journalen fremgik, at jordemoderen igen kl. 7.00 undersøgte hende indvendigt og fandt modermunden næsten åben i og med, at der kun var en del af modermunden tilbage bag til.

Desuden lagde nævnet vægt på, at der herefter var vagtskifte, og en anden jordemoder overtog fødselsforløbet.

På baggrund af ovennævnte var det nævnets opfattelse, at jordemoderen i kvindens fødselsforløb tilkaldte læge ved behov.

Det var i øvrigt nævnets opfattelse, at der ikke har været tale om, at der har siddet noget af livmodermunden i klemme, før til allersidst i fødselsforløbet, hvor jordemoderen var afløst af en anden jordemoder.

## **2.7 Klager i forbindelse med kejsersnit**

Patientklagenævnet afgør årligt ca. 70 klager over fødselsforløb på landets hospitaler. Mange klager blandt andet over, at de ikke fik tilbudt kejsersnit, eller at de fik kejsersnit for sent. Baggrunden for klagerne er typisk skader hos barnet, men også skader hos moderen. For mødrenes vedkommende drejer skaderne sig om alt fra mindre rifter i fødselsvejen til sprængning af endetarmens lukkemuskel, som tillige inddrager selve endetarmen (Klager over rifter i fødselsvejen og springninger af endetarmens lukkemuskel, er behandlet i kap. 2.10.) For børnenes vedkommende drejer det sig om fysiske og/eller psykiske handicaps, som formodes forårsaget af traumer i forbindelse med den vaginale forløsning og/eller af iltmangel under fødslen.

Nævnets vurdering af sagen beror på en konkret vurdering, idet der ved ordinationen af kejsersnit indgår en række forskellige momenter, så som moderens almene tilstand, CTG kurvens udseende, fostervandets farve, fremdriften i fødslen, barnets størrelse og stilling m.v. En stor del af disse faktorer beror på faglige skøn. Jordemoderen har i henhold til lov om jordemødre en pligt til at kontakte lægen ved afvigelser i det normale fødselsforløb (jf. kap 2.6), og kompetencen til at ordinere kejsersnit tilkommer lægen.

Vedrørende akut løsning af moderkagen har nævnet i en af sagerne oplyst, at dette er en komplikation i graviditeten, der kan have et snigende eller meget akut forløb. Risikoen for akut

løsning af moderkagen er i størrelsesordenen  $\frac{1}{2}$  - 1 %. Løsning af moderkagen sker sjældent, når man tidligere har gennemgået en graviditet uden komplikationer. Under disse betingelser er risikoen for igen at få en løsning af moderkagen ved en tredje graviditet kun ubetydeligt øget og altså fortsat i størrelsesordenen 1 %. Har man derimod tidligere haft løsning af moderkagen flere gange er risikoen i den efterfølgende graviditet betydeligt forøget.

Det er nævnets praksis, at grønt fostervand ikke isoleret umiddelbart indicerer indgreb i fødslen og således heller ikke kejsersnit.

Det er nævnets opfattelse, at det er i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard, at man, når man observerer grønt fostervand og begyndende veer, stiler mod, at den fødende skal føde normalt, men under nøje overvågning – oftest med CTG. Samtidig er det praksis, at man behandler med ve-stimulation, hvis fødslen ikke skrider normalt frem.

### **2.7.1 Klager over, at kejsersnittet ikke blev udført umiddelbart efter ordinationen**

Nedenstående tre sager er eksempler på klager over, at kejsersnittet ikke blev udført umiddelbart efter ordinationen. I den første sag gik der 1 time og 9 minutter fra ordination til udførelse, hvilket i det konkrete tilfælde gav grundlag for kritik. I den anden sag gik der 22 minutter fra ordination til udførelse, og dette gav ikke grundlag for kritik. I den sidste sag gik der 15 minutter, og i denne sag fandt nævnet ikke grundlag for kritik. Sagerne illustrerer, at man ikke ud fra nævnets praksis kan udlede et objektivt korrekt antal minutter fra ordination til udførelse, men at de konkrete omstændigheder afgør, hvorvidt behandlingen er i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard.

#### **Sag 16 Klage over, at kejsersnit ikke blev udført umiddelbart efter ordinationen (0234028A)**

*En 33-årig kvinde var andengangsfødende og i graviditetsuge 39 +6 dage, da hun den 28. marts 2001 mødte til kontrol i jordemoderkonsultationen. Hun blev undersøgt af en jordemoder, der fandt, at hun havde symptomer på svangerskabsforgiftning og henviste hende til fødeafdelingen med henblik på videre udredning og vurdering. På fødeafdelingen blev der planlagt igangsættelse af fødslen til den 10. april 2001.*

*Den 10. april 2001 ordinerede overlægen vestimulerende drop (Syntocin) samt overvågning af barnets tilstand gennem fastsættelse af elektroder på barnets skalp. Undersøgelsen viste ikke tilfredsstillende forhold og tegn på truende iltmangel, og kl. 11.40 ordinerede overlægen akut kejsersnit. Dette blev imidlertid først udført kl. 12.49. Det fødte barn var præget af*

*iltmangel og blev overflyttet til specialafdeling. Der blev efterfølgende konstateret hjerteproblemer hos barnet, og trods intensiv behandling afgik barnet ved døden.*

*Der blev blandt andet klaget over, at der ikke blev udført kejsersnit umiddelbart efter ordinationen.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for kritik af overlægens behandling af kvinden den 10. april 2001.

Nævnet lagde vægt på, at CTG-undersøgelsen kl. 11.40 tydede på svær iltmangel hos fostret, og at der derfor var indikation for akut kejsersnit. Ifølge overlægens udtalelse til sagen, var han den 10. april 2001 bagvagt ved fødeafdelingen og blev om morgenen informeret om, at kvinden var indlagt til vurdering angående igangsættelse. Han fik om formiddagen forelagt to CTG-kurver, der var afvigende, og da en fornyet kurve stadig var patologisk, fandt han indikation for akut kejsersnit. Der blev sat en tidsgrænse på 30 minutter.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at barnet ifølge journalen blev forløst kl. 12.49 ved kejsersnit.

### **Sag 17 Klage over, at der gik for lang tid fra kejsersnittet blev ordineret til det blev udført (0127703P)**

*En 29-årig kvinde i graviditetsuge 42+ 5 dage mødte den 8. juni 1999 til konsultation i svangreambulatoriet, hvor det blev besluttet at sætte fødslen i gang. Den 9. juni 1999 mødte kvinden til planlagt igangsætning af fødslen, der blev foretaget ved hjælp af et hormonpræparat (Minprostine). Forsøget blev gentaget dagen efter, hvor der ligeledes blev foretaget hindsprængning, og om aftenen blev der opsat vefremkaldende drop (Syntocinon) som led i igangsættelsen af fødslen.*

*Kl. 19.30 noterede en læge i journalen, at veerne var stærkt smertefulde og ordinerede epiduralblokade mod smerterne. Kl. 20.25 og kl. 20.35 registrerede en jordemoder unormale forandringer af CTG kurven og tilkaldte en læge. Kl. 21.16 fandt en reservelæge, at CTG-kurven viste unormale forandringer og besluttede at foretage akut kejsersnit indenfor 10-15 minutter på grund af truende iltforsyning til fosteret. Ved kejsersnittet fødte kvinden en dysmatur dreng (tegn på overbåren graviditet) med fødselsvægt på 3.100 gram.*

*Der blev klaget over, at der gik for lang tid fra kejsersnittet blev ordineret, til det blev udført.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere reservelægens behandling af kvinden den 10. juni 2000.

Det fremgik af journalen, at barnet ved fødslen havde en navlesnors pH-værdi på 7,22, hvilket efter nævnets opfattelse ikke tydede på nogen klinisk betydende iltmangel.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at kejsersnittet blev udført 22 minutter efter at indikationen blev stillet, hvilket nævnet i det givne tilfælde fandt, var et acceptabelt tidsinterval.

**Sag 18 Klage over, at overlægen ikke udførte kejsersnittet straks efter ordinationen (0019424P)**

*En 30-årig kvinde var andengangsfødende og i graviditetsuge 34, da hun den 29. december 1997 kl. 21.00 blev indlagt akut på fødeafdelingen på grund af blødning. Ved ankomsten til fødegangen blev kvinden undersøgt af en jordemoder, som fandt frisk blødning. Der blev påsat overvågning med CTG, og jordemoderen tilkaldte vagthavende læge, som imidlertid var optaget, men ville komme hurtigst muligt.*

*Kl. 22.10 blev kvinden undersøgt af reservelægen, som ordinerede hastekejsersnit på grund af tegn på iltmangel hos fosteret og orienterede sin bagvagt. Kejsersnittet blev indledt kl. 22.25, og kl. 22.48 blev en dreng på 2835 gram forløst. Drengen var slap og havde langsom hjerteaktion samt havde mistet en del blod.*

*Der blev blandt andet klaget over, at overlægen ikke udførte kejsersnit straks efter, at reservelægen ordinerede det.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægen for hans behandling af kvinden.

Det var nævnets opfattelse, at CTG kurven viste "tachycardi" med omkring 170-180 slag pr min. Endvidere viste kurven sene decelerationer, hvilket er dyk i fostrets puls efter en ve. Nævnet oplyste, at begge disse CTG-fund er tegn på truende iltmangel inde i livmoderen.

Nævnet lagde vægt på, at reservelægen vurderede CTG kurven få minutter efter kl. 22.00, og at det af journalen fremgik, at han kl. 22.10 fandt indikation for akut kejsersnit på mistanke om iltmangel og fik dette etableret ved hjælp af bagvagten, en overlæge, der var på tilkaldevagt fra hjemmet.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at overlægen mødte så hurtigt som muligt, samt at indgrebet ifølge journalen blev indledt kl. 22.25.

## **2.7.2 Klager over, at der ikke tidligere i forløbet blev ordineret kejsersnit**

Nedenstående sager illustrerer nævnets praksis på dette område.

### **Sag 19 (ref. sag 55) Klage over, at der ikke tidligere i forløbet blev ordineret kejsersnit på grund af grønt fostervand (0122602P)**

*En 24-årig kvinde var førstegangsfødende og i graviditetsuge 42, da hun den 31. marts 2000 kl. 13.15 på grund af regelmæssige veer igennem et par timer henvendte sig på fødeafdelingen. Hun blev undersøgt af en jordemoder. Der blev påsat overvågning med CTG, og denne blev vurderet som normal. Kl. 14.45 observerede jordemoderen rigelig siven af klart, gulgrønt fostervand, og overvågningen med CTG blev påsat igen. Livmodermunden var på dette tidspunkt 5 cm åben.*

*Kl. 19.00 opsatte jordemoderen efter aftale med overlægen et drop med vestibulerende medicin på grund af vesvækkelse. Kvinden fik herefter kraftig pressetrang, og kl. 22.30 var livmodermunden fuldt åben, men fostrets hoved havde imidlertid ikke bevæget sig ret langt i fødselsvejen.*

*På grund af manglende fremgang i fødslen trods kraftige presseveer tilkaldte jordemoderen overlægen, som ved vurdering af CTG kurven fandt tegn på truende iltmangel hos fosteret og foretog forløsning ved hjælp af en sugekop. Da barnets hoved imidlertid ikke trængte længere ned i bækkenet, ordinerede overlægen kejsersnit. Der blev den 1. april 2000 kl. 1.00 forløst en dreng, som blev overflyttet til en børneafdeling, idet han udviste tegn på at have lidt af iltmangel forinden fødslen.*

*Der blev klaget over, at man ikke reagerede på, at der var grønt fostervand, og at der ikke blev foretaget kejsersnit tidligere i forløbet, samt at overlægen trak for mange gange i sugekoppen, før hun ordinerede kejsersnit.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægens behandling af kvinden den 31. marts og den 1. april 2000.

Nævnet lagde vægt på, at det af journalen fremgik, at overlægen blev tilkaldt kl. 23.40 på grund af vesvækkelse, og at overlægen ordinerede sugekop på grund af truende iltmangel i livmoderen, samt at hun trak vesynkront med fem veer, uden at hovedet kom med ned, hvorefter koppen blev taget af, og overlægen ordinerede kejsersnit, hvorved der kl. 1.00 blev forløst en levende dreng.

Det var nævnets opfattelse, at der i tiden frem til kl. 22.45 var normal hjertelyd, dels registreret ved at lytte til hjertelyden, dels registreret ved CTG. Fra kl. 22.45 til kl. 23.40 var det nævnets opfattelse, at CTG-registreringen var præget af dyk i fosterets hjertefrekvens i tilslutning til veerne, hvilket kan tolkes som variable decelerationer (dyk i hjertefrekvensen forårsaget af påvirkning af navlesnoren under presseveerne).

Nævnet oplyste i den forbindelse, at variable decelerationer af den registrerede type kan være til stede i nogen tid uden at det påvirker barnet, men når de har stået på i en længere periode i størrelsesordenen 45-60 minutter, kan de tolkes som et tegn på begyndende iltmangel hos fosteret.

Det var endvidere nævnets opfattelse, at da overlægen blev tilkaldt kl. 23.40, havde forandringerne i fosterets hjertefrekvens stået på i ca. en time, og det var derfor nævnets opfattelse, at det var i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard, at overlægen fandt indikation for forløsning af barnet ved hjælp af sugekop.

Det var nævnets opfattelse, at grønt fostervand ikke umiddelbart indicerer indgreb i fødslen og således heller ikke kejsersnit.

## **Sag 20 Klage over, at der ikke tidligere i forløbet blev ordineret kejsersnit ved en tvillingefødsel (0123106A)**

*En 36-årig kvinde var andengangsfødende og i graviditetsuge 37, da hun den 10. marts 2000 blev indlagt på fødeafdelingen på grund af tvillingegraviditet og observation for svangerskabsforgiftning.*

*Fødslen blev sat i gang, og kl. 23.35 fandt en jordemoder blandt andet, at livmodermunden var fuldt åben. CTG-undersøgelsen viste, at tvilling A havde dyk i puls under en ve, og at tvilling B var svær at registrere.*

*Kl. 23.49 fødte kvinden en levende pige fra regelmæssig hovedstilling, og umiddelbart efter tvilling A's fødsel forsøgte afdelingslægen at lede tvilling B i længdeleje. Ved en indvendig*

*undersøgelse kunne man ikke nå ledende fosterdel, hvorfor afdelingslægen forsøgte at lokalisere barnet ved ultralyd.*

*Kl. 0.20 følte jordemoderen, at barnets hoved var kommet bedre ned i bækkenet, men at det ikke var baghovedet, der var foreliggende, men ansigtet, idet jordemoderen kunne få en finger i barnets mund. Hjertelyden faldt, og afdelingslægen ordinerede akut kejsersnit kl. 00.37. Der blev kl. 1.08 forløst en fuldstændig slap og livløs pige fra ansigtspræsentation. Der blev forsøgt genoplivning, uden held.*

*Der blev klaget over, at den behandling, som kvinden modtog i forbindelse med fødslen af tvilling B, ikke var korrekt, idet et hurtigere ordineret kejsersnit kunne have reddet tvilling B.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere afdelingslægens behandling af kvinden den 13. og 14. marts 2002, men ikke grundlag for at kritisere jordemoderen for hendes behandling af kvinden den 13. og 14. marts 2000.

For så vidt angår jordemoderens behandling af kvinden lagde nævnet vægt på, at tvilling A blev født uden problemer, og at jordemoderen undersøgte kvinden, men ikke kunne nå den ledende fosterdel, hvorefter afdelingslægen forsøgte at lokalisere barnet ved ultralydsscanning.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at det af journalen fremgik, at fosterets hjertelyd faldt omkring kl. 0.05, men i takt med veerne, hvilket var normalt, og der blev givet ekstra ilt på maske, hvilket efter nævnets opfattelse var i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard.

Nævnet lagde herudover vægt på, at det af instruksen for afdelingen fremgik, at en tvillingefødsel ledes af bagvagten, og nævnet oplyste, at det i henhold til lov om jordemødre er det en jordemoders pligt, når der er tilkaldt læge til fødsel, at bistå denne under den behandling, som lægen skønner det nødvendigt at foretage.

For så vidt angår afdelingslægens behandling af kvinden lagde nævnet vægt på, at det af journalen fremgik, at kvindens blodtryk blev målt kl. 20.00 og 20.30 til 190/110, hvorefter afdelingslægen ordinerede blodtryksnedsættende medicin.

Det var nævnets opfattelse, at det var under normen for almindelig anerkendt faglig standard at ordinere blodtryksnedsættende medicin uden forinden at have sikret sig fostrenes tilstand

ved CTG, specielt under hensyntagen til, at kvindens fødsel blev sat i gang på grund af let svangerskabsforgiftning og tvillingegraviditet.

Herudover lagde nævnet vægt på, at umiddelbart før tvilling A blev født, var der også CTG-registrering af tvilling B, og i tilslutning til tvilling A's fødsel faldt tvilling B's hjertefrekvens. Det var nævnets opfattelse, at CTG overvågningen af tvilling B i resten af fødselsforløbet var utilstrækkelig og tydede på intrauterin iltmangel, der burde have ført til enten forløsning eller sikring af sufficient registrering.

Herudover lagde nævnet vægt på, at afdelingslægen kl. 0.05 blev orienteret om eksplorationsfundet, og efter nævnets opfattelse burde afdelingslægen have foretaget vaginal undersøgelse med henblik på at be- eller afkræfte fremfald af en arm og ordineret kejsersnit kl. 0.05 på grund af tvivlen om lejet og den påvirkede hjertelyd, således at barnet kunne være forløst omkring kl. 0.20-0.30.

### **Sag 21 Klage over, at lægen, trods gentagne opfordringer fra jordemoderen, ikke ordinerede kejsersnit (0020809A)**

*En 34-årig kvinde var førstegangsfødende og i graviditetsuge 41, da hun den 4. juni 1999 kl. 14.00 henvendte sig på fødegangen med veer. Kl. 16.00 blev der foretaget hindsprængning med udtømmelse af grønligt farvet fostervand, hvorfor jordemoderen orienterede afdelingslægen. Der blev påsat overvågning med CTG.*

*Kl. 16.45 blev der registreret dyk i fostrets puls, hvorfor jordemoderen igen tilkaldte afdelingslægen, som ordinerede vefremkaldende drop. Kl. 17.30 var der decelerationer på CTG-kurven, hvorfor jordemoderen med henblik på ordination af kejsersnit tilkaldte afdelingslægen, der ikke fandt grundlag for kejsersnit. Afdelingslægen undersøgte kvinden kl. 19.00 og kl. 20.10 og fandt ikke indikation for kejsersnit. Kl. 21.45 tilkaldte jordemoderen atter lægen på grund af konstatering af dyk i fostrets puls efter en ve. Kl. 22.10 ankom afdelingslægen, der anlagde sugekop og kl. 22.54 fødte kvinden en livløs, fuldbåren pige på 3650 gram og 53 cm lang. Genoplivningsforsøg var forgæves.*

*Der blev klaget over, at afdelingslægen på trods af gentagne anbefalinger fra jordemoderen ikke ordinerede kejsersnit.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere afdelingslægens behandling af kvinden den 4. juni 1999.

Nævnt lagde vægt på, at jordmoderen kl. 16.00 prikkede hul på fosterhinderne, og at der blev udtømt grønt fostervand.

Det var nævnets opfattelse, at grønt fostervand ikke umiddelbart indicerer indgreb i fødslen og således heller ikke kejsersnit.

Det var nævnets opfattelse, at CTG-kurven fra kl. 20 til barnets fødsel kl. 22.54 var svært patologisk med hurtig puls og tiltagende sene decelerationer tydende på betydelig iltmangel, og fra kl. 22.40 var barnets puls så langsom, at der formentlig var tale om klinisk hjertestop, hvilket vil sige, at barnets puls var så langsom og svag, at der ikke kunne opretholdes en cirkulation i barnets blodbane.

Sammenfattende fandt nævnet, at afdelingslægen på baggrund af resultatet af CTG-kurven sammenholdt med oplysningen om grønt fostervand burde have ordineret kejsersnit ca. kl. 20.00, og at der på et hvilket som helst tidspunkt herefter var indikation for forløsning hurtigst muligt.

## **Sag 22 Klage over, at der ikke tidligere blev ordineret kejsersnit, hvilket resulterede i hjerneskade hos barnet (0123214P)**

*En 32-årig kvinde var trediegangsfødende og i graviditetsuge 30, da hun den 15. september 1998 henvendte sig på fødeafdelingen på grund af frisk blødning. Kvinden blev undersøgt af en speciallæge, som ved en indvendig undersøgelse fjernede en 5 mm stor polyp på livmodermunden og derefter foretog en ultralydsscanning, hvor det var svært at finde kranieområdet. Speciallægen ordinerede derfor snarest scanning og overvågning med CTG.*

*Senere på dagen blev kvinden undersøgt af en afdelingslæge, som efter en undersøgelse udskrev hende med aftale om, at hun skulle ringe dagen efter med henblik på at få en tid til scanning.*

*Den 18. september 1998 kl. 18.20 blev kvinden indlagt på fødegangen på grund af smerter og blødning fra skeden. Der blev foretaget akut kejsersnit på mistanke om moderkageløsning. Under indgrebet fandt man moderkageløsning på 50 %. Kl. 18.56 fødte kvinden en dreng på 1693 gram, der blev overflyttet til børneafdelingen på grund af for tidlig fødsel (præmaturitet). Efterfølgende undersøgelser viste, at drengen havde en hjerneskade.*

*Der blev blandt andet klaget over, at kvinden ikke blev indlagt den 15. september 1998 til nærmere undersøgelse og observation, da man havde konstateret en blødning. Det var*

*forældrenes opfattelse, at drengen kunne have undgået hjerneskaden, såfremt der var foretaget kejsersnit allerede den 15. september 1998.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere speciallægens behandling af kvinden den 15. september 1998.

Nævnet lagde vægt på, at det af journalen fremgik, at speciallægen foretog en ultralydsundersøgelse, som viste et levende foster i hovedstilling, moderkagen på forvæggen af livmoderen og ingen blødning. Speciallægen fandt normale forhold ved undersøgelsen af kvinden og konstaterede, at hun havde aftagende blødning og ingen smerter og anbefalede aflastning og henvendelse ved tiltagende blødning eller smerter.

Det var nævnets opfattelse, at det var i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard, at kvinden blev udskrevet den 15. september 1998, idet undersøgelserne ikke var foruroligende, og der var aftale om genhenvendelse ved forværring samt aftale om scanning snarest.

### **2.7.3 Klager over, at der ikke blev ordineret kejsersnit**

Nedenstående sager er eksempel på nævnets praksis på dette område.

#### **Sag 23 (ref. sag 42 og 54) Klage over, at der ikke blev ordineret kejsersnit (0123105A)**

*En 37-årig kvinde var førstegangsfødende og i graviditetsuge 43, da hun den 18. maj 1999 blev indlagt på fødeafdelingen. Kl. 11.00 foretog en jordemoder hindepunktur med udtømmelse af en lille skylle klart fostervand, og der blev opsat vestimulerende drop. Herefter forløb fødslen i tilfredsstillende tempo, og syv timer efter opstart af droppet begyndte presseperioden. Efter en times pressen i forskellige stillinger tilkaldte jordemoderen 1. reservelægen, da der ikke var fremgang. Fostrets hjertelyd var god under hele forløbet.*

*Efter anlæggelse af lokalbedøvelse anlagde 1. reservelægen en blød sugekop og efter tre vesynkrone træk blev barnet født med en arm ned langs hovedet.*

*Der blev klaget over, at der ikke blev ordineret kejsersnit, og at man forløste barnet med sugekop, når han havde den ene arm fremme.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere 1. reservelægens behandling af kvinden den 18. maj 1999.

Nævnet lagde vægt på, at kvindens fødsel gik i gang ved en gestationsalder på 42 uger og 2 dage, og da der ikke kom effektive veer spontant, blev der først foretaget hindsprængning med udtømmelse af klart fostervand og senere foretaget vestimulation med drop fra kl. 16.20.

Det var nævnets opfattelse, at der var langsom, men dog acceptabel fremgang i fødselsforløbet, og kl. 23.30 begyndte presseperioden. Da denne havde stået på en time, var barnets hoved kommet ned til spinae - det vil sige, at hovedet var trængt godt ned i bækkenet uden dog at have nået bækkenbunden.

Det var nævnets opfattelse, at på baggrund af forløbet og de foretagne observationer var dette skøn i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard, og der var efter nævnets opfattelse ikke indikation for at forløse ved kejsersnit, og det var i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard, at 1.reservelægen vurderede, at fødslen kunne afsluttes vaginalt og ved hjælp af blød sugekop.

Nævnet oplyste, at det normalt ikke er muligt at føle en arm, der ligger ved siden af barnets hoved, og man kan således ikke kritisere 1. reservelægen for, at dette forhold først blev erkendt ved hovedets forløsning.

#### **Sag 24 Klage over mislykket igangsætning uden ordination af kejsersnit (0020712P)**

*En 29-årig kvinde var førstegangsfødende og i graviditetsuge 41 + 6 dage, da hun tirsdag den 8. juli 1997 blev indlagt på fødegangen med henblik på igangsættelse. Kvindens graviditet var ukompliceret med undtagelse af bækkenløsning de sidste tre måneder og overvægt.*

*Fødslen blev forsøgt igangsat ved oplæggelse af et hormonpræparat i skeden (Minprostin) med henblik på at "modne" livmoderhalsen. Igangsættelsesforsøget blev gentaget dagen efter, uden resultat. Den 10. juli 1997 blev der holdt pause i igangsættelsesforsøget. Den 11. og 12. juli 1997 blev der igen forsøgt igangsættelse, men uden at fødslen gik i gang.*

*Det blev aftalt, at kvinden skulle henvende sig igen mandag den 14. juli 1997. Imidlertid henvendte hun sig den 13. juli 1997 kl. 0.45 om natten på grund af småveer.*

*Den 14. juli 1997 blev der foretaget hindsprængning, hvor der blev udtømt grønt fostervand. Der blev endvidere opsat vestimulerende drop, idet veerne var uregelmæssige. Fosterets*

*hjertelyd blev hele tiden vurderet til at være god. Kl. 13.47 fødte kvinden en dreng på 4200 gram og 55 cm.*

*Den 14. december 1998, da drengen var knap 1½ år, fik han stillet diagnosen tetraplegier, som er en tilstand med nedsat spændingstilstand i musklerne(tonus) og lammelser.*

*Der blev klaget over, at fødslen i begyndelsen af juli 1997 forgæves blev sat i gang over tre dage, og uden at der blev ordineret kejsersnit.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de læger, der var involveret i behandlingen af kvinden.

Det var nævnets opfattelse, at det var i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard, at en igangsættelse af en fødsel strækker sig over flere dage.

Nævnet lagde vægt på, at barnets hjertelyd, da man fandt grønt fostervand, blev overvåget med CTG med henblik på at be- eller afkræfte, at der forelå iltmangel, og at CTG overvågningen viste normale forhold, hvilket efter nævnets opfattelse talte for, at barnet var velbefindende, og at der var derfor ikke var indikation for kejsersnit på mistanke om truende iltmangel.

#### **Sag 25 (ref. sag 59) Klage over kejsersnit betinget af sterilisation (0125506P)**

*En 37-årig kvinde var femtegangsfødende og i graviditetsuge 36, da hun den 25. april 2000 om morgenen henvendte sig på fødeafdelingen på grund af blødning fra skeden. Hun blev undersøgt af en overlæge, der fandt tegn på CTG-kurven, der kunne tyde på, at barnet manglede ilt. Overlægen foretog en ultralydsscanning, hvorefter overlægen ordinerede akut kejsersnit.*

*På vej til operationsstuen underskrev kvinden en anmodning om sterilisation. Der er uenighed parterne imellem vedrørende omstændighederne omkring underskrivelsen af sterilisationsbegæringen. Ved kejsersnittet fødte kvinden en bleg og slap dreng, der døde dagen efter.*

*Der blev blandt andet klaget over, at kejsersnittet var betinget af, at hun sagde ja til sterilisation.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægens behandling af kvinden.

Nævnet lagde vægt på, at det af journalen fremgik, at kvinden tidligere havde født fire gange; en dreng i 1983 ved kejsersnit på grund af underkroppspræsentation, en dreng i 1984 ved vaginalfødsel, en dreng i 1988 ved vaginalfødsel og en pige i 1992 ved kejsersnit på grund af moderkageløsning i graviditetsuge 34. Herudover havde kvinden i 1993 og 1998 haft henholdsvis en provokeret og en spontan abort.

Endvidere lagde nævnet vægt på, at det af journalen fremgik, at kvinden var blevet steriliseret i 1993 og refertiliseret (den naturlige passage gennem æggeledeerne var blevet genskabt) i 1998.

Tillige lagde nævnet vægt på, at overlægen ifølge journalen mistænkte moderkageløsning og ordinerede akut kejsersnit, hvilket kvinden og hendes mand var indforstået med.

Nævnet oplyste, at der ikke findes nogen grænse for, hvor mange kejsersnit en kvinde kan få udført. Det er meget sjældent, at en kvinde føder mere end tre gange ved kejsersnit - men det forekommer nu og da. For hvert et kejsersnit en kvinde får udført, stiger risikoen for bristning af livmoderen i næste graviditet, og dette er et argument for at begrænse antallet af kejsersnit for den enkelte kvinde.

Der forelå modstridende oplysninger fra på den ene side kvinden og på den anden side overlægen og hendes journalnotat om omstændighederne forud for underskrivelsen af begæringen. Der forelå ikke yderligere oplysninger i sagen, som kunne understøtte den ene forklaring fremfor den anden. Patientklagenævnet havde ikke mulighed for at få sagen yderligere belyst, da nævnet træffer afgørelse på skriftligt grundlag og i modsætning til domstolene ikke har mulighed for at afhøre vidner i forbindelse med behandlingen af sagen.

I et sådant tilfælde gælder et almindeligt retsprincip om, at tvivlen skal komme den indklagede til gode.

På denne baggrund fandt nævnet ikke grundlag for at fastslå, at overlægen betingede kejsersnittet af samtidig sterilisation, eller at hun flere gange foreslog indgrebet.

#### **2.7.4 Klager over udførelsen af kejsersnit**

I årene 2001-2002 afgjorde nævnet fem sager, hvor der blev klaget over, at kejsersnittet ikke blev udført korrekt. Der blev klaget over, at blæren blev læderet, at en urinleder blev syet sammen, at en

rift på tarmen ikke blev opdaget, at en nerve blev beskadiget, samt at der opstod infektion i operationssåret.

### **Sag 26 Klage over læsion på blære i forbindelse med kejsersnit (0123511P)**

*En 36-årig kvinde fik den 20. juni 2000 foretaget kejsersnit, og ifølge operationsbeskrivelsen forløb operationen ukompliceret. Kvinden fik efter operationen kraftige smerter i bugen og havde lidt blod i urinen.*

*Den 21. juni 2000 fik kvinden foretaget engangskateterisation, da hun ikke havde haft vandladning siden aftenen før. Hun blev endvidere opfordret til at drikke rigeligt. Senere samme dag fik hun igen voldsomme smerter.*

*Den 22. juni 2000 havde kvinden fortsat smerter i bugen og tillige vejrtrækningsbesvær. Der blev foretaget en akut ultralydsscanning af bugen, hvor det blev konstateret, at hun havde fået en blærelæsion.*

*Der blev klaget over, at der indtraf en læsion af blæren i forbindelse med det foretagne kejsersnit, samt at lægerne i forløbet efter kejsersnittet ikke reagerede på de symptomer, som kvinden havde. Der gik således to døgn, før det blev konstateret, at hendes blære var læderet.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de læger, der var involveret i behandlingen af kvinden i forbindelse med kejsersnit og den efterfølgende behandling, idet nævnet fandt, at indgrebet ifølge operationsbeskrivelsen blev udført på almindelig vis og forløb ukompliceret uden mistanke om blærelæsion.

Nævnet fandt, at 1. reservelægens operation af kvinden ikke kunne kritiseres, idet blærelæsionen, som med overvejende sandsynlighed opstod under operationen, var en hændelig komplikation.

Nævnet fandt, at kvinden blev relevant undersøgt i forløbet efter operationen, idet man fandt maven blød med normale tarmlyde, hvorefter der blev ordineret smertestillende medicin. Nævnet fandt endvidere, at der på relevant vist blev taget blodprøver og foretaget ultralydsscanning af bughulen, da der fortsat ikke kom tilfredsstillende urinproduktion, og at man foretog reoperation, da man på baggrund af ultralydsundersøgelsen fik mistanke om blærelæsion.

Nævnet oplyste, at læsion af blæren i tilslutning til kejsersnit er en kendt, men meget sjælden komplikation. Har man mistanke om blærelæsion fyldes blæren med saltvand for at afsløre en eventuel lækage, men har man ikke mistanke om blærelæsion, undersøger man ikke rutinemæssigt for dette.

Nævnet oplyste videre, at det er en kendt komplikation til kateter i blæren, at urinen kan blive blodig på grund af fremmedlegemets irritation, og blod i urinen er således ikke umiddelbart et symptom på blærelæsion.

### **Sag 27 Klage over sammensyning af urinlederen i forbindelse med kejsersnit (0230706A)**

*En 28-årig kvinde var førstegangsfødende og i graviditetsuge 36, da hun fik foretaget akut kejsersnit af en overlæge på gynækologisk afdeling. Efter indgrebet var der en del blødning fra det venstre hjørne af operationssåret i livmoderen, hvor der var en lidt dybere rift.*

*Overlægen foretog en ekstra gennemstikning af livmodervævet det pågældende sted, og han foretog en underbinding af et større, blødende kar.*

*Der blev klaget over, at kvindens urinleder blev syet sammen i forbindelse med kejsersnittet.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere overlægens behandling af kvinden og lagde herved vægt på, at han under kejsersnittet ikke sikrede sig urinlederens frie løb. Det var nævnets opfattelse, at overlægen ved syning af den lidt dybere udrift ned i venstre side af livmoderen burde have sikret sig urinlederens frie løb – om nødvendigt ved at frilægge urinlederen.

### **Sag 28 Klage over, at rift på tarm i forbindelse med kejsersnit ikke blev opdaget og syet straks (0021023P)**

*En 26-årig kvinde var andengangsgavid og i graviditetsuge 29 + 4 dage, da hun den 7. juli 1999 var til kontrol på et sygehus. En ultralydsscanning af fosteret viste tegn på nedsat vækst i forhold til graviditetens længde, samt påvirket blødning gennem navlesnorspulsåren, hvorfor man valgte at forløse barnet ved kejsersnit.*

*En overlæge foretog den 9. juli 1999 kejsersnit på kvinden, og kl. 10.03 fødte kvinden et levendefødt drengbarn på 37 cm og 1097 g, som straks skreg igennem. Opholdet på operationsafdelingen varede 1 time og 25 minutter, hvorefter kvinden blev kørt til*

*opvågningsafdelingen, hvor man i de følgende timer observerede rigelig blødning fra skeden og en faldende blodprocent.*

*Kvinden blev den 9. juli 1999 kl. 16.40 overflyttet fra opvågningsafdelingen til barselsgangen. Hun blev tilset af en læge den 9. juli 1999 kl. 23.15 på grund af smerter i maven, men maven blev fundet blød, og der var hørlige tarmlyde.*

*Den 12. juli 1999 kl. 1.20 blev der fundet tegn på bughindereaktion, og der var manglende tarmlyde, hvorfor der blev foretaget et indgreb i bughulen. Ved indgrebet, foretaget af en overlæge, fandt man en 1,5 cm stor tarmlæsion, som blev syet.*

*Den 12. juli 1999 kl. 16.50 blev kvinden reopereret af en overlæge fra mave-tarmafdelingen, som fandt stort væskeindhold i bugvæggen og diffus betændelse af bughulen, medens den tidligere lukkede tyndtarmsperforation var sufficient.*

*Den 28. august 1999 kom der multiorgansvigt, og kvinden døde. Ifølge obduktionen var den tilgrundliggende dødsårsag bughindebetændelse med komplikationer (blodforgiftning og organsvigt).*

*Der blev blandt andet klaget over, at det ikke blev opdaget, at kvinden havde en rift i tarmen, som var opstået under kejsersnittet, og at riften ikke blev syet sammen straks.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægen for hans kejsersnitsoperation af kvinden den 9. juli 1999, herunder hans undersøgelser af tarmen i forbindelse med indgrebet, idet det fremgik af operationsbeskrivelsen og overlægens udtalelse, at operationen blev udført på sædvanlig vis under overholdelse af afdelingens sædvanlige procedure ved kejsersnit. Der var ved operationen ingen mistanke om tarmlæsion.

Nævnet oplyste, at det er en kendt, men sjælden komplikation til operative indgreb i bughulen, at der kan opstå tarmlæsion især i tilfælde, hvor der er sammenvoksninger efter tidligere operationer.

### **Sag 29 Klage over beskadigelse af nerve i forbindelse med et kejsersnit (0235127P)**

*En 33-årig kvinde var førstegangsfødende, da hun den 4. november 1998 blev indlagt på en fødeafdeling med henblik på igangsættelse af tvillingefødsel. Tvilling A blev forløst ved hjælp af sugekop den 4. november 1998 kl. 16.12. I tilknytning til denne forløsning blev der anlagt en blokade af en nerve (pudendusblokade).*

*Tvilling B blev på grund af påvirket hjertefunktion forløst ved akut kejsersnit den 4. november 1998 kl. 16.52. Operationen blev udført i fuld bedøvelse og forløb uden komplikationer. I efterforløbet havde kvinden temperaturforhøjelse, som blev behandlet med antibiotika.*

*Før graviditet og fødsel havde kvinden i en årrække haft dybe ukarakteristiske underlivssmerter, som der ikke blev fundet nogen forklaring på. Efter ovennævnte kejsersnit blev disse smerter forværret. På et andet sygehus blev der foretaget undersøgelser, og man mente, at det drejede sig om sår eller muskelsmerter efter kejsersnittet.*

*I december 2000 viste en CT-scanning, at der var en defekt i bugvæggen, hvorfor der blev foretaget en operation, uden at dette hjalp på smerterne.*

*I juni 2000 blev kvinden undersøgt af en læge i London, der konstaterede, at smerterne var lokaliserede til bugvæggen og mente, at hendes smerter skyldtes ardannelse omkring nerver efter kejsersnittet.*

*Der blev klaget over, at lægerne under kejsersnittet den 4. november 1998 beskadigede en nerve.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere hverken kursusreservelægen eller afdelingslægen for deres behandling af kvinden den 4. november 1998, idet det var nævnets opfattelse, at komplikationen måtte betegnes som en hændelig komplikation.

Nævnet har endvidere oplyst, at et kejsersnit udføres gennem et tværsnit i huden en til to fingersbredder over kønsbehåringens overkant. Det er en kendt, men sjælden komplikation til en sådan operation, at der efterfølgende kan opstå en defekt i bugvæggen (et brok). Det var nævnets opfattelse, at en sådan komplikation måtte betegnes som et hændeligt uheld, og at det ikke var udtryk for manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved operationen. Nævnet oplyste, at når kejsersnitsåret heler, dannes der arvæv, og dette arvæv kan teoretisk set give anledning til påvirkning af nervegrene i området, hvilket dog i praksis forekommer yderst sjældent.

### **Sag 30 Klage over, at kejsersnit ikke blev foretaget korrekt (0020711P)**

*En 34-årig kvinde, som var førstegangsgravid, havde i januar 2000 ved en gynækologisk undersøgelse fået påvist en ca. 7-8 cm stor godartet knude (et såkaldt fibromyom) tæt ved*

*livmoderhalsen. Da man havde skønnet, at denne knude, både på grund af dens størrelse og dens lokalisation, ville udgøre en fødselshindring, blev der aftalt planlagt kejsersnit.*

*Den 7. februar 2000 fik kvinden foretaget et kejsersnit, hvorved den administrerende overlæge fremdrog en levende dreng. Herefter syede den administrerende overlæge livmoderen sammen og inspicerede indholdet i det lille bækken, idet han konstaterede, at den føromtalte knude næsten var på størrelse med en dobbelt knyttet hånd. Derpå lukkede den administrerende overlæge bughulen med fortløbende tråd i muskelpladen (fascien) og med enkeltråde og knude i underhudsvævet. Overhuden lukkede han med klemmer.*

*Efterforløbet var fuldstændigt ukompliceret, og kvinden kunne udskrives til hjemmet den 10. februar 2000.*

*Den 17. februar 2000 blev kvinden imidlertid indlagt akut, idet operationssåret var delvist bristet. Den 18. februar 2000 bristede såret fuldstændigt, og ca. 20 cm tyndtarmsslynge faldt ud af operationssåret. Kvinden blev samme dag opereret af den administrerende overlæge, som fandt, at det ikke var nødvendigt at fjerne noget af tarmen, hvorfor operationssåret kunne lukkes på sædvanlig vis. Såret helede efterfølgende fuldstændigt op.*

*Der blev klaget over, at den administrerende overlæge den 7. februar 2000 ikke foretog kejsersnittet på kvinden korrekt.*

Nævnet fandt derfor ikke grundlag for at kritisere den behandling, som kvinden modtog i forbindelse med det foretagne kejsersnit. Nævnet fandt ikke holdepunkter for at antage, at den indtrufne komplikation skyldtes manglende omhu og samvittighedsfuldhed,

Nævnet oplyste, at en bristning af operationssåret (sårruptur) er en kendt, men sjældent forekommende komplikation ved – især store - operative indgreb. Komplikationen indtræffer oftest hos i forvejen svækkede patienter i forbindelse med f.eks. en blodansamling i såret eller ved sårinfektion, men kan også i sjældne tilfælde opstå på grund af overvægt eller rent mekaniske årsager i forbindelse med brug af bugpressen, under opkastning eller ved hoste.

### **Sag 31 Klage over forkert udført kejsersnit (0234010P)**

*En 26-årig kvinde var førstegangsfødende og i graviditetsuge 41, da hun fik ordineret kejsersnit på grund af barnets stilling. Kejsersnittet blev foretaget den 24. januar 2000 i rygmarvsbedøvelse og blev udført af en 1. reservelæge og forløb uden komplikationer, og kvinden fødte en velskabt dreng.*

*Efter kejsersnittet blev kvinden overflyttet til barselsafdelingen, og den 28. januar 2000 blev hun udskrevet af en sygeplejerske.*

*Den 30. januar 2000 blev kvinden genindlagt med temperaturforhøjelse og blødning fra skeden. Undersøgelserne viste, at der var infektion i livmoderen, og der blev behandlet med antibiotika og udtømmelse af lidt moderkagevæv fra livmoderen.*

*Der blev klaget over, at indgrebet den 24. januar 2000 ikke blev udført korrekt, idet der efterfølgende opstod infektion i underlivet samt, at kvinden ikke blev undersøgt tilstrækkeligt, inden hun blev udskrevet, herunder at hun ikke fik foretaget en scanning af underlivet.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere reservelægens behandling af kvinden den 24. januar 2000.

Det var nævnets opfattelse, at der var indikation for foretagelsen af kejsersnit den 24. januar 2000, og nævnet fandt, at reservelægen udførte dette i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard. Det forhold, at der efterfølgende opstod efterblødning og infektion, måtte anses som en hændelig komplikation.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere sygeplejersken, der var involveret i behandlingen den 28. januar 2000 i forbindelse med udskrivelsen af kvinden fra barselsafdelingen.

Nævnet lagde vægt på, at ifølge sygeplejestandarden på afdelingen vedrørende blødning og livmodersammentrækning, observeres mødre af sygeplejerskerne, og sygeplejerskerne skal sikre sig, at livmoderen er velkontraheret, og at blødningen er tilladelig. Kun hvis disse forhold indikerer unormale forhold, skal lægen tilkaldes med henblik på videre undersøgelse, herunder ultralydsscanning.

Nævnet har oplyst, at efterblødning fra livmoderen og betændelse i livmoderen efter kejsersnit er kendte, sjældne komplikationer.

## **2.8 Klager over selve sugekop-forløsningsen**

Nævnet har i forbindelse med klagesager med dette emne vurderet, at det er i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard at anlægge sugekop, når der er påvirket fosterhjerteraktivitet, og at det videre er i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard at gå

over til akut forløsning ved kejsersnit, såfremt det viser sig, at barnets hoved ikke følger med i forbindelse med trækkene på sugekoppen.

Nævnet har endvidere i en konkret sag vurderet, at fem vesynkrone træk på sugekoppen ikke var for meget, før det kunne afgøres, om det vaginale forløsningsforsøg måtte opgives.

I en anden sag var det nævnets opfattelse, at det er normalt at fortsætte en forløsning med en sugekop over fire til seks træk, hvis der er fremgang i forløbet, dvs. hvis barnets hoved følger med ned under proceduren.

Nævnet har endvidere oplyst, at en hård sugekop er kendetegnet ved, at den suger sig mere fast til barnets hoved, og man kan således trække hårdere på den end på en blød sugekop. I det konkrete tilfælde var der tale om et barn i uregelmæssig baghovedstilling, og nævnet vurderede, at det var i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard, at lægen anvendte en hård sugekop, da det ofte er nødvendigt at trække hårdt på en uregelmæssig baghovedstilling. Nævnet oplyste i øvrigt i samme forbindelse, at et barn i uregelmæssig baghovedstilling passer dårligt ned i fødselsvejen, og det er kendt, at fødsler af børn i denne stilling trækker ud og ofte kræver klip i mellemkødet samt forløsning med sugekop.

I forbindelse med uregelmæssig baghovedstilling har nævnet i øvrigt oplyst, at dette betyder, at fosteret i fødselens forløb træder ned i bækkenet med hovedet på en sådan måde, at hovedet roterer, så ansigtet kommer til at vende fortil (i modsætning til det hyppigste, hvor ansigtet vender bagtil).

For så vidt angår defekte sugekopper har nævnet i en konkret sag fundet, at der var tale om en mekanisk fejl ved sugekoppen og et hændeligt uheld. Endvidere har nævnet i en anden sag om defekte sugekopper oplyst, at en hård sugekop virker ved, at man ved hjælp af undertryk får suget fødselssvulsten ind i sugekoppen, således at træk i koppen overføres til barnets hovedhud, hvorved barnet kan trækkes frem. Det er en sjælden, men kendt komplikation, at en sugekop ikke holder tilstrækkelig fast, og den kan springe af i tilslutning til træk på koppen. Dette er ikke et udtryk for, at koppen er defekt, men må i den aktuelle situation betragtes som et hændeligt uheld.

Nævnet har oplyst, at det er en kendt, men sjælden komplikation til forløsning med sugekop, at der kan opstå større eller mindre rifter i skeden. Det er nævnets opfattelse, at større rifter, der ofte bløder, bør ses med henblik på at standse blødning, men mindre rifter, der ikke bløder, ikke nødvendigvis bør ses, idet sådanne rifter oftest heler af sig selv.

**Sag 32 (ref. sag 11) Klage over kopforløsningen (0235606P)**

*En 33-årig kvinde var andengangsfødende og i graviditetsuge 42, da hun den 12. maj 2001 kl. 4.00 blev indlagt på fødeafdelingen på grund af vandafgang. Kvinden havde uregelmæssige veer, og der blev konstateret langsom fremgang af fødslen, hvorefter jordemoderen tilkaldte overlægen.*

*Overlægen anlagde en blød sugekop, men da fosterets hoved ikke fulgte med ud, skiftede overlægen til en hård sugekop. Kl. 16.47 fødte kvinden en velskabt pige, som var slap, hvorfor hun straks blev overgivet til en børnelæge. Pigen blev behandlet på neonatalafdelingen indtil den 15. maj 2001, hvor hun kunne overflyttes til en anden afdeling.*

*Den 23. maj 2001 blev kvinden og pigen udskrevet.*

*Der blev blandt andet klaget over, at kvinden ikke fik en korrekt behandling under fødslen, idet barnet under fødslen ikke fik ilt nok og derfor ikke udviklede sig normalt.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægens behandling af kvinden den 12. maj 2001 på fødeafdelingen.

Nævnet lagde vægt på, at overlægen fandt indikation for forløsning af barnet med sugekop for at afkorte fødslen på grund af påvirket fosterhjerteraktivitet, og at han anlagde en blød sugekop fra starten, men da barnets hoved ikke fulgte tilstrækkeligt hurtigt ned gennem fødselsvejen, anlagde han i stedet en hård sugekop. Det fremgik af journalen, at barnets hoved efter to træk med den bløde sugekop og tre træk med den hårde sugekop var trukket ned på bækkenbunden.

Det var nævnets opfattelse, at der i den konkrete sag var indikation for en forløsning med sugekop, og at antallet af træk var acceptabelt.

**Sag 33 ( ref. sag 12) Klage over kopforløsningen (0127314P)**

*En 29-årig kvinde var førstegangsfødende, og i graviditetsuge 42, da hun den 23. december 1998 kl. 11.30 som aftalt mødte til vurdering på fødegangen. For at sætte fødslen i gang, blev der foretaget sprængning af fosterhinden med udtømning af klart fostervand, og der blev påbegyndt ve-stimulerende behandling med drop.*

*Kl. 19.53 blev lægen orienteret om den ringe fremgang i fødslen og vurderede, at der var tegn på iltmangel hos fosteret. Lægen anlagde blød sugekop med henblik på at forløse fosteret. Sugekoppen sprang af ved første og andet forsøg, hvorefter en overlæge overtog og forløste barnet.*

*Der blev blandt andet klaget over, at lægerne ikke sikrede, at fødslen blev afsluttet tilstrækkeligt hurtigt, hvilket medførte, at barnet blev hjerneskadet som følge af iltmangel.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere hverken reservelægen eller overlægen i forbindelse med kvindens fødselsforløb den 23. december 1998.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at kvinden kl. 19.53 havde presset i 1 time og 20 minutter, at der fortsat var korte veer og ringe fremgang, og at overlægen blev tilkaldt og fandt, at CTG-undersøgelsen viste klare tegn på truende iltmangel. Det var nævnets opfattelse, at CTG-undersøgelsen først fra kl. 19.53 var forværret og viste klare tegn på truende iltmangel.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at det fremgik af journalen, at der blev anlagt blød sugekop, og den 23. december 1998 kl. 20.15 fødte kvinden en slap dreng efter tre vesynkrone træk med sugekoppen. Det fremgik af udtalelser fra henholdsvis reservelægen og overlægen, at reservelægen anlagde den bløde sugekop og to gange trak vesynkront, hvor sugekoppen begge gange sprang af. Overlægen foretog herefter en klipning af mellemkødet, anlagde sugekop og forløste barnet.

### **Sag 34 Klage over pådragelse af rift i skeden i forbindelse med anlæggelse af sugekop (0231011P)**

*En 29-årig kvinde var førstegangsfødende og i graviditetsuge 43, da hun den 2. juli 2001 kl. 1.40 henvendte sig på fødegangen på grund af uregelmæssige småveer siden midnat. Der var ingen vandafgang eller veer.*

*Der var herefter normal fremgang i fødslen i løbet af morgenen og dagen, idet livmodermunden åbnede sig, samtidigt med at barnets hoved trængte ned i bækkenet. Hovedets nedtrængning i bækkenet standsede dog ca. midt i bækkenhulningen. Livmodermunden var fuldt åben kl. 15.20 om eftermiddagen, og kl. 16.15 fandt man lidt hurtig puls hos barnet, hvorfor en overlæge valgte at fremskynde fødslen ved anlæggelse af en sugekop. Efter et enkelt træk i sugekoppen konstaterede overlægen imidlertid, at barnets*

*hoved ikke trængte dybere ned i bækkenet, og han ordinerede kejsersnit kl. 16.20. Kl. 16.54 fødte kvinden en levende pige på 4415 gram.*

*Der blev blandt andet klaget over, at der i forbindelse med fødslen den 2. juli 2001 blev anvendt sugekop, der forårsagede en rift i skeden.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægens behandling af kvinden den 2. juli 2001.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at man kl. 16.15 fandt, at fostret havde let takykardi på 160-170 (forhøjet puls), hvorfor overlægen ordinerede anlæggelse af sugekop. Han trak en gang med sugekoppen, men da hovedet ikke fulgte med, ordinerede han kejsersnit.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at det fremgik af journalen, at overlægen ved kejsersnittet fandt en mindre ikke blødende rift i vaginas forvæg, og nævnet vurderede, at det ikke var nødvendigt at sy denne.

### **Sag 35 Klage over anvendelse af en defekt sugekop (0235608P)**

*En 20-årig kvinde var førstegangsfødende og i graviditetsuge 41+3dage, da hun den 20. september 2001 kl. 1.15 blev indlagt med tiltagende veer på fødeafdelingen. Der var langsom fremdrift af fødslen, og kl. 7.25 blev den vagthavende læge orienteret af jordemoderen. Overlægen fandt, at der var indikation for forløsning med sugekop, da fosteret lå i uregelmæssig hovedstilling. En reservelæge startede med at anlægge en helt blød sugekop, som ikke sluttede tæt, hvorefter overlægen tog over med halvhård sugekop, der ikke gav træk nok, hvorfor han skiftede til hård sugekop.*

*Kl. 8.00 fødte kvinden en velskabt pige, efter at der var blevet anlagt klip i mellemkødet.*

*Der blev blandt andet klaget over, at kvinden ikke modtog en korrekt behandling den 20. september 2001 i forbindelse med fødslen, herunder at der blev anvendt en defekt sugekop.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægen og reservelægen for deres behandling af kvinden den 20. september 2001 på fødeafdelingen.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at kvinden den 20. september 2001 kl. 7.48 havde presset aktivt uden fremgang, at fosteret lå i en uregelmæssig hovedstilling, og at

overlægen fandt, at der var indikation for at forløse med sugekop. Videre fremgik det, at en reservelæge startede med at anlægge sugekop. Da en mellemste halvblød sugekop ikke var tilgængelig, blev der anlagt en helt blød sugekop.

Endvidere lagde nævnet vægt på, at det af samme notat fremgik, at fosterets hoved ikke ville med ned, hvorfor overlægen tog over. Kort tid efter ville den bløde sugekop ikke slutte til fosterets hoved på grund af en kantet hævelse på hovedet (fødselssvulst), og overlægen prøvede i stedet med en lille halvård sugekop, men dette gav ikke træk nok. Det fremgik videre, at overlægen skiftede til en hård sugekop, at den ved første træk gik fra hinanden, idet kæden gik løs, at den blev samlet på ny, så man var sikker på, at splitten var i kæden, men at den igen gik fra hinanden. Ifølge journalnotatet var problemet, at man på grund af den uregelmæssige hovedstilling ikke kunne få fosterets pande fri af skambenet (symfysen), da der var et højt mellemkød (perineum). Der blev derfor anlagt et klip i mellemkødet, og efter dette lykkedes det at presse fosterets hoved frem, og jordemoderen overtog den resterende forløsning.

### **Sag 36 Klage over sugekopper (0021018P)**

*En 24-årig kvinde var førstegangsfødende og i graviditetsuge 40, da hun den 11. maj 2000 kl. 14.30 henvendte sig på fødeafdelingen på grund af formodet vandafgang. Ved ankomsten blev kvinden undersøgt af en jordemoder, som foretog en hindsprængning med udtømmelse af klart fostervand og påsatte overvågning med CTG. Kl. 20.25 blev der opsat drop med vestimulerende middel på grund af manglende veer, og der blev tillige påsat caput-elektrode til registrering af fostrets puls.*

*Kl. 21.40 konstaterede en jordemoder forandringer på CTG kurven og tilkaldte derfor en reservelæge, der tog en blodprøve fra fostrets hove. Hun anlagde en hård sugekop, som hun trak i to gange, før den sprang af. Afdelingslægen blev tilkaldt og genanlagde sugekoppen, men efter et træk sprang den af, hvorfor han med en tang forløste barnets hoved uden problemer, og kl. 22.35 blev en velskabt pige forløst og overgivet til en børnelæge.*

*Der blev blandt andet klaget over, at de to første sugekopper var defekte.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere hverken reservelægen eller afdelingslægen for deres behandling af kvinden den 19. maj 2000.

Nævnet lagde i den forbindelse vægt på, at det fremgik af journalen, at reservelægen blev tilkaldt på grund af CTG forandringer, og at reservelægen vurderede, at CTG kurven viste tegn på tachycardi.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at det fremgik af journalen, at reservelægen anlagde en hård sugekop og trak samtidig mellem veerne to gange, hvorefter sugekoppen sprang af.

Det var nævnets opfattelse, at der var indikation for anlæggelse af sugekop, idet livmodermunden var helt åben, og hovedet stod dybt.

## 2.9 Klager over fastsiddende skuldre

I forbindelse med klage over, at barnets skuldre sad fast under fødslen, har nævnet oplyst, at fastsiddende skuldre er en sjælden, men kendt komplikation til en fødsel, og at det ikke er muligt at forudsige, om denne situation vil optræde. Selv om visse forhold (f.eks. stort barn) øger risikoen, har man ikke kunnet finde en måde til at forudsige denne risiko med så stor sikkerhed, at det er rimeligt at foretage kejsersnit.

Endvidere er det nævnets opfattelse, at fastsiddende skuldre til tider er svært at behandle, og at den manglende effekt af den første procedure (McRobert's, som er en særlig fødselsmanøvre til forløsning af et barn med fastsiddende skuldre) gør det nødvendigt at rotere skuldrene og herefter forløse disse (en såkaldt "omvendt Løwset", hvor man drejer den bageste skulder fortil hvorved skulderen i reglen kan forløses). Dette kan medføre, at arm eller kraveben brækker, men er en nødvendig manøvre, hvis man skal undgå, at barnet kommer til at lide af iltmangel.

### **Sag 37 Klage over fødselsforløb, idet barnets ene skulder sad fastklemt (0233315P)**

*En 31-årig kvinde var fjerdegangsfødende og i graviditetsuge 41, da hun den 22. oktober 1997 kl. 4.40 henvendte sig og blev indlagt på fødegangen med veer, uden vandafgang og uden blødning. Fosteret lå i hovedstilling, og der var god hjertelyd.*

*Kl. 8.06 blev barnets hoved født med stort besvær, og jordemoder A forsøgte at få kvinden til at presse, men der sås ingen bevægelse. Der blev foretaget fødselsmanøvre uden resultat. Ved hjælp af en anden manøvre blev barnet født.*

*Ved den efterfølgende børneundersøgelse fandt jordemoder B, at barnets højre arm var slap, dog var der en svag griberefleks i hånden. Vagthavende læge blev herefter tilkaldt.*

*Der blev klaget over, at kvinden den 22. oktober 1997 ikke modtog en korrekt behandling i forbindelse med fødslen, herunder at der ikke blev ordineret scanning eller kejsersnit, idet det blev anført, at barnets højre skulder sad fastklemt under fødslen.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de to involverede jordemødre for deres behandling af kvinden den 22. oktober 1997 på fødeafdelingen, idet det var nævnets opfattelse, at de brugte forløsningsmetoder (McRobert's og omvendt Løwset) i overensstemmelse med standarden samt tilkaldte vagthavende læge.

### **Sag 38 ( ref. sag 56) Klage over fødselsforløb, idet den ene arm brækkede (0123710P)**

*En 40-årig kvinde var fjerdegangsfødende og i graviditetsuge 40, da hun den 4. oktober 1999 kl. 9.50 henvendte sig på fødeafdelingen på grund af veer med 2-4 minutters interval. En jordemoder fandt livmoderhalsen udslettet og livmodermunden 9 cm åben. Kl. 10.40 blev der foretaget fosterhindepunktur med udtømmelse af rigeligt klart fostervand.*

*Jordemoderen kontaktede kl. 12.00 vagthavende læge, en reservelæge, på grund af manglende fremgang i fødslen, og igen kl. 12.40 med henblik på en vurdering af fostrets rotation.*

*Kl. 13.40 ordinerede reservelægen efter en undersøgelse vestimulerende drop, hvilket han havde konfereret med sin bagvagt, en afdelingslæge. Kl. 14. 20 foretog afdelingslægen selv en undersøgelse af kvinden, og kl. 15.00 ordinerede hun anlæggelse af en sugekop, hvor hun i første træk fremhjalp hovedet. Herefter var der problemer med fastsiddende skuldre, inden der blev forløst en levende dreng kl. 15.10. Drengen brækkede den ene overarm ved fødslen, og blev senere overflyttet til pædiatrisk afdeling på et andet sygehus.*

*Der blev klaget over, at man ikke foretog kejsersnit, når kvinden var blevet visiteret til specialafdeling på grund af mekaniske forhold og kejsersnit ved den forrige fødsel.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere afdelingslægens og reservelægens behandling af kvinden den 4. oktober 1999 i forbindelse med fødslen.

Nævnet lagde vægt på, at det af journalen fremgik, at afdelingslægen kl. 15.00 foretog en undersøgelse af kvinden, fandt hovedet næsten på bækkenbunden samt kvinden udmattet og ordinerede anlæggelse af sugekop på grund af manglende fremgang i fødselsforløbet. Ifølge journalen blev der anlagt en blød sugekop, og i første træk blev hovedet født. Hagen kom langsomt frem, men kom helt fri. Afdelingslægen trak ned for forreste skulder, som ikke kom

til syne. Herefter blev der ifølge journalen foretaget flere forskellige håndgreb til afhjælpning af fastsiddende skuldre (McRoberts, symfyse og fundustryk og omvendt Løwset) hvorefter der kl.15.10 blev født en levende dreng, som blev afnavlet, suget og ventileret. Der blev tilkaldt pædiater og narkoselæge.

## **2.10 Klager over bristning af mellemkød under fødsel**

Det fremgår af nævnets praksis vedrørende ovennævnte, at kvinden kan være generet af en bristning længe efter fødslen. Nævnet har oplyst, at det er kendt, at en tilsyneladende vellykket syning kan hele op med forskellige følgegener.

Bristninger bliver syet af både læger og jordemødre. Det fremgår af nævnets praksis, at en jordemoder er uddannet til at sy bristninger, som er overskuelige. Nævnet har i en konkret sag oplyst, at først hvis bristningen er så stor, at jordemoderen ikke finder den overskuelig, eller hun har mistanke om, at endetarmens ringmuskulatur er inddraget, skal hun tilkalde læge.

Nævnet har oplyst, at det ikke er ualmindeligt, at der fremkommer bristning i skeden, når barnet fødes i en uregelmæssig stilling, da hovedet fylder på en anden måde end normalt.

Endvidere har nævnet oplyst, at det ikke er rutine at lægge klip i mellemkødet, med mindre der er mistanke om, at barnet er truet på grund af iltmangel, eller der er tegn på, at hovedet ikke kan komme ud på grund af, at mellemkødet holder på det. Nævnet har endvidere oplyst, at der er større risiko for at få revet ringmusklen over, såfremt der anlægges et klip i mellemkødet. Det er ikke muligt på forhånd at vurdere, om den fødende kvinde vil briste under fødslen og i givet fald hvor meget.

Det er nævnets opfattelse, at det er i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard, at en jordemoder efter afslutningen af en syning af skeden og/eller mellemkødet (perinæum) føler efter, om der skulle være sting (suturer) i endetarmen (rektum).

Nævnet har oplyst, at det er en kendt, men sjælden komplikation til syning af bristninger i skeden i tilslutning til fødsler, at der opstår strammende arvæv bagtil, og at dette arvæv kan gøre skedeindgangen så snæver, at samleje ikke kan gennemføres eller kun kan gennemføres med smerter. En sådan stramning kan ses til trods for, at syningen er foregået korrekt.

### 2.10.1 Klager over bristninger, klip og sprængninger

Nedenstående sager illustrerer nævnets praksis.

#### **Sag 39 (ref. sag 64) Klage over fødselsforløb, idet der opstod en bristning (0235601A)**

*En 19-årig førstegangsfødende kvinde var i graviditetsuge 40, da hun den 18. januar 2002 kl. 12.10 henvendte sig på fødegangen med smertefulde veer. Der blev foretaget hindsprængning kl. 22.00, hvorved der blev udtømt lidt fostervand. Kvinden fødte den 19. januar 2002 en levende pige. Efter moderkagens fødsel blev det konstateret, at der var en stor bristning i skeden, og en tilkaldt læge syede flere uregelmæssige og dybe bristninger i både skedens bag- og sidevægge.*

*Der blev klaget over, at kvinden ikke modtog en korrekt behandling af jordemoderen i forbindelse med hendes fødsel.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere jordemoderen for hendes behandling af kvinden, idet det var nævnets vurdering, at uregelmæssig hovedstilling ikke i sig selv indikerer, at der skal anlægges et klip i mellemkødet, foretages forløsning med sugekop eller foretages et kejsersnit.

Der blev afgivet dissens i sagen.

#### **Sag 40 Klage over, at der ikke blev anlagt klip i mellemkødet, samt at der blev lagt bedøvelse (0230729A)**

*En 22-årig kvinde var førstegangsfødende og i graviditetsuge 42, da hun henvendte sig med spontane og regelmæssige veer på fødegangen.*

*Der blev blandt andet klaget over, at kvinden ikke modtog en korrekt behandling i forbindelse med sin fødsel, herunder at mellemkødet ikke blev klippet, og at kvinden efter fødslen fik fire bedøvelser.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere jordemoderens behandling af kvinden på fødeafdelingen.

Nævnet oplyste, at det ikke er rutine i at lægge klip i mellemkødet, med mindre der er mistanke om, at barnet er truet på grund af iltmangel.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at der efter fødslen var lidt rigelig blødning, hvorfor jordemoderen gav kvinden et livmodersammentrækkende middel (Syntocinon).

Det var nævnets vurdering, at det var i overensstemmelse med almindelig anerkendt standard at anlægge lokalbedøvelse for at kunne vurdere bristningens omfang.

### 2.10.2 Klager over syninger

Nedenstående sager illustrer nævnets praksis på dette område.

#### **Sag 41 Klage over, at sammensyning af bristning ikke blev udført korrekt (0124112P)**

*En 31-årig kvinde var andengangsfødende og 18 dage over terminen, da hun den 26. august 1999 fødte en levende pige på 4710 gram efter to træk med en blød sugekop på grund af forlænget presseperiode.*

*I forbindelse med fødslen konstaterede en overlæge, at der var en bristning af endetarmens lukkemuskel, som han syede sammen, hvorefter jordemoderen syede resten af bristningen.*

*Kvinden fik i januar 2000 foretaget en korrigerende operation. I november 2000 var resultatet ikke tilfredsstillende, hvorfor der blev aftalt tid til en genoprettende operation.*

*Der blev klaget over, at sprængningen ikke blev syet korrekt sammen den 26. august 1999.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægen.

Nævnet lagde vægt på, at der ikke blev anlagt klip i mellemkødet forinden anlæggelsen af sugekop, og oplyste i samme forbindelse, at klip i mellemkødet kun anvendes, hvis der er tegn på, at hovedet ikke kan komme ud.

Nævnet lagde vægt på, at det af journalen fremgik, at overlægen fandt en tredjedel skarp bristning af endetarmens lukkemuskel, som han syede sammen (med madrassatur, vicryl 0), og at han ligeledes syede endetarmsåbningens ydre slimhinde (knuder vicryl i analmucosa).

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere jordemoderen for hendes behandling af kvinden den 26. august 1999, idet det af journalen fremgik, at jordemoderen anlagde lokalbedøvelse i området og fandt vævet meget læderet med to lange bristninger i hver side af

skeden, hvilket hun syede med fortløbende tråd. Underhuden blev ifølge journalen syet med fortløbende sting godt ud i siderne. Mellemkødet blev syet i huden (intracutant). Efter syningen undersøgte jordemoderen ifølge journalen, om der var syninger i endetarmen.

**Sag 42 (ref. sag 23 og 54) Klage over manglende behandling af sprængning af endetarmslukkemusklens (0123105A)**

*En 37-årig førstegangsfødende kvinde blev indlagt til fødsel i graviditetsuge 43. Efter en times presseveer tilkaldte jordemoderen den vagthavende 1. reservelæge, da der ikke var fremgang. 1. reservelægen anlagde blød sugekop, og efter tre vesynkrone træk blev barnet født med en arm ned langs hovedet.*

*Der var udrift bagtil medinddragende endetarmslukkemusklens, og 1. reservelægen syede derfor efter afdelingens retningslinier rift og ruptur i fuld bedøvelse.*

*I efterforløbet fik kvinden vedvarende problemer med at holde på afføring og luft, og hun blev henvist til yderligere undersøgelser. Senere måtte man operere for defekter i både interne og eksterne muskelring af endetarmsmusklen (analsphinkter).*

*Der blev klaget over, at 1. reservelægen ikke foretog en korrekt syning af sprængningen.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere 1. reservelægen for hans syning af lukkemuskelsprængningen, idet nævnet lagde vægt på, at 1. reservelægen syede rift og ruptur i generel anæstesi efter afdelingens retningslinier.

Nævnet lagde vægt på, at 1. reservelægen ved operationens afslutning sikrede sig, at syningen var korrekt ved at føle efter i endetarmen.

Nævnet oplyste, at det er en kendt komplikation til en syning, som i denne sag, at der kan opstå en defekt i lukkemusklen på langt sigt til trods for korrekt sammensyning umiddelbart.

Sagen er også omtalt i kapitel 2.7.3 (klager over at der ikke blev ordineret kejsersnit) og kapitel 3.2 (klager over manglende information under fødslen og om barnets tilstand).

**Sag 43 Klage over at syning af sprængning ikke blev foretaget korrekt, idet der fremkom en løs hudlap i skedeindgangen (0125504P)**

*En 30-årig kvinde fødte den 24. november 2000 en søn. I forbindelse med fødslen fremkom der en lang overfladisk bristning i skeden og en bristning af mellemkødet.*

*En reservelæge blev tilkaldt til fødegangen og foretog syning af bristningen i skeden, hvorefter jordemoderen syede resten.*

*Den 30. november 2000 blev kvinden undersøgt på gynækologisk-obstetrisk afdeling på grund af smerter fra mellemkødet. Der blev fundet en lille hudlap på højre side, som var løs, hvilket den undersøgende læge anførte kunne skyldes, at en tråd havde løsnet sig. Kvinden fik information om at henvende sig igen, såfremt generne ikke aftog.*

*Den 6. december 2000 blev hun igen undersøgt på sygehuset, hvor man fortsat fandt, at der var en løs hudflap, og det blev besluttet, at denne skulle fjernes to måneder efter fødslen.*

*Der blev klaget over, at man ikke foretog en korrekt syning af den sprængning, som kvinden fik i forbindelse med fødslen den 24. november 2000.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere jordemoderen eller reservelægen for deres behandling af kvinden i forbindelse med syningen af riften.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at kvinden i forbindelse med fødslen den 24. november 2000 pådrog sig en lang, overfladisk bristning i skeden.

Endvidere lagde nævnet vægt på, at det fremgik af journalen, at jordemoderen tilkaldte den vagthavende læge, en reservelæge, som i lokalbedøvelse syede bristningen i skeden ud til skedeindgangen fortløbende med vicryl 2-0, hvorefter jordemoderen afsluttede syningen på vanlig vis.

Nævnet lagde vægt på, at det senere viste sig, at der var fremkommet en generende hudlap i skedeindgangen.

Nævnet oplyste, at det ikke er ualmindeligt, at der opstår en sådan komplikation til en syning efter en fødsel. Hudlappen kan være fremkommet på grund af skred af suturmaterialet.

**Sag 44 Klage over forkert sammensyning efter anlagt klip i mellemkødet (0125501P)**

*En 26-årig kvinde var førstegangsgavid med termin den 27. november 1998.*

*Den 29. november 1998 gik fødslen i gang af sig selv. Kvinden fik vestimulerende drop (Syntocinon), da veerne svækkedes. Dette gav god fremgang, og efter hun var blevet klippet, fødte hun en velskabt dreng på 3570 g og 53 cm.*

*Den 30. november 1998 blev kvinden undersøgt, og hendes livmoderen blev fundet at være godt trukket sammen. Hun blev således udskrevet næste dag.*

*Efterhånden som sammensyningen helede op, blev kvinden tiltagende generet af smerter og stramning i skeden. Huden bristede blot ved, at hun satte sig på hug eller ved samleje. Hun forsøgte at afhjælpe symptomerne med massage uden effekt.*

*Der blev klaget over, at jordemoderen syede kvinden forkert sammen, efter at kvinden under fødslen af sit barn var blevet klippet.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere jordemoderens forbehandling af kvinden.

Nævnet lagde vægt på, at det af journalen fremgik, at kvinden på grund af stramt mellemkød (perinerum) fik foretaget klip i mellemkødet efter anlagt lokalbedøvelse.

Nævnet oplyste, at stramninger svarende til skedeindgangen er en tilstand, som en gang imellem opstår efter syning af klip i mellemkødet, oftest på grund af for udtalt arvævsdannelse.

**Sag 45 Klage over, at bristning ikke blev syet korrekt (0232524P)**

*En 28-årig kvinde var ottendegangsgavid og i graviditetsuge 40, da hun den 12. november 2000 henvendte sig på fødegangen, hvorefter hun tog hjem og afventede veer.*

*Den 13. november 2000 kl. 7.00 henvendte kvinden sig atter på gynækologisk/obstetrisk afdeling, med tiltagende veer og smerter. Livmodermunden var åbnet 4-5 cm, og der var god fosterhertelyd.*

*Kl. 8.55 blev kvinden undersøgt af en jordemoder, og da fødslen kl. 9.25 ikke var i yderligere fremdrift, foretog jordemoderen sprængning af fosterhinderne med udtømmelse af klart fostervand. Kl. 12.50 blev der foretaget vestimulation med god effekt og tiltagende pressestrang, og der blev påsat CTG.*

*Kl. 13.40 var fosterets hjertelyd påvirket, og jordemoderen tilkaldte den administrerende overlæge, der vurderede tilstanden som værende en kortvarig og betydningsløs påvirkning af navlesnoren. Kl. 14.25 fødte kvinden en levende, velskabt dreng.*

*Efter fødslen fandt jordemoderen en bristning i skeden og mellemkødet, som hun syede.*

*Forløbet efter fødslen var umiddelbart ukompliceret, og kvinden blev udskrevet den 16. november 2000.*

*Den 6. februar 2001 blev kvinden af egen læge henvist til sygehuset på grund af daglige smerter, herunder smerter i forbindelse med samleje. Kvinden blev ca. to måneder senere undersøgt på sygehuset, hvor der blev fundet en forsnævring af skedeindgang. Kvinden blev den 27. april 2001 indlagt til operation.*

*Der blev klaget over, at kvinden ikke modtog en korrekt behandling i forbindelse med sin fødsel den 13. november 2000, hvor mellemkødet bristede, og at bristningen ikke blev syet korrekt.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere jordemoderens behandling af kvinden den 13. november 2000.

Efter nævnets opfattelse var der i dette tilfælde ingen indikation for at tilkalde læge, og jordemoderen syede den fremkomne bristning bagtil i skeden samt i skamlæben i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard.

#### **Sag 46 Klage over, at bristning ikke blev syet korrekt (0122304P)**

*En 24-årig kvinde var førstegangsfødende og i graviditetsuge 40, da hun efter igangsættelse og med anvendelse af sugekop den 28. marts 2000 kl. 22.41 fødte en dreng, der vejede 3550 gram og var 52 cm lang.*

*Efter fødslen syede jordemoderen fortløbende i skeden, og en overfladisk rift i mellemkødet blev syet med to sting.*

*Den 31. august 2000 blev kvinden undersøgt på sygehuset på grund af smerter i bagsiden af skedeindgangen.*

*Undersøgelsen viste, at skeden var snæver, og der var bindevævsdannelse i den bageste del af skedeindgangen. Der blev derfor den 7. september 2000 foretaget en plastisk operation med godt resultat.*

*Der er klaget over, at jordemoderen ikke syede kvinden korrekt sammen efter fødslen.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere jordemoderens behandling af kvinden den 28. marts 2000, herunder syningen af den rift, der opstod i skeden og mellemkødet ved fødslen.

Nævnet lagde vægt på, at det af journalen fremgik, at der ved fødslen fremkom en overfladisk rift i skeden samt i mellemkødet, hvilket blev syet på vanlig vis, hvilket vil sige, at der blev syet med fortløbende tråd i skeden, og at der blev sat to sting (suturer) i mellemkødet.

## **2.11 Klager over fødselslægers (obstetrikernes) undersøgelse af nyfødte**

I forbindelse med klager over fødsler bliver der mange gange også klaget over den første undersøgelse af barnet. I nærværende praksissammenfatning er der kun medtaget de klagesager, hvor det er en fødselslæge (obstetriker) eller jordemoder, der undersøger barnet. I mange tilfælde er der nemlig tale om, at der bliver tilkaldt en børnelæge (pædiater), som undersøger barnet.

De to første sager herunder omhandler begge en klage over, at man ikke opdagede en tillukning af endetarmen. Sagerne får forskelligt udfald, idet man i den ene sag giver kritik til både jordemoder og læge og i den anden sag frifinder lægen. Baggrunden herfor er dels, at der ikke er tale om den samme form for tillukning, dels at barnet i den ene sag havde haft både mekonium (nyfødtes første afføring, som har en speciel grønlig farve) og afføring, hvilket gjorde, at det var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard ikke at mistænke en tillukning af endetarmen. Det er således et eksempel på, at to sager, der umiddelbart tilsyneladende ser ens ud, kan få et forskelligt udfald på grund af de konkrete forskellige omstændigheder.

I den sidst refererede sag herunder er der tale om en klage over manglende opdagelse af hofteskred hos en nyfødt. Nævnet har lignende sager, hvor de indklagede er sundhedsplejersker, almen praktiserende læger eller børnelæge (pædiatre). Nævnet oplyser i sådanne sager, at Ortolanis-

undersøgelse er en undersøgelse for medfødt hofteskred. Undersøgelsen udføres kort efter fødslen med barnet liggende i rygleje. Hofterne bøjes 90 grader, hvorefter lårbenet føres ud til siden ned mod underlaget. Ved denne bevægelse vil der i tilfælde af medfødt hofteskred føles og eventuelt høres et klik, når det forskudte ledhoved smutter tilbage i hofteskålen.

#### **Sag 47 Klage over, at lægen ikke opdagede tillukning af endetarmen på nyfødt (0235125P)**

*En lille pige blev født den 23. maj 1998. I løbet af det første døgn blev pigen undersøgt af en reservelæge, som fandt normale forhold.*

*Ca. 14 dage efter fødslen observerede man første gang besvær med at komme af med afføringen. Egen læge begyndte behandling med afføringsmiddel, som kun delvist løste problemet. I oktober måned 1998 var der en vagtlægekontakt og en kontakt med en skadestue på grund af afføringsbesvær. Pigen blev i november 1998 indlagt på en pædiatrisk afdeling på grund af forstoppelse. Man observerede pigen i 4 dage og konstaterede normale afføringer. Herefter havde familien af og til vagtlægebesøg til pigen på grund af forstoppelse. Der blev givet lavement og afføringsmiddel. Egen læge forsøgte også at behandle med afføringsmiddel.*

*Fra starten af 2001 fik pigen tiltagende problemer med sivende afføring, og en speciallæge fandt blandt andet en indkærvning af endetarmsåbningen og en fistelåbning i området lige bag skedeåbningen. Pigen blev herefter henvist til børnekirurgisk afdeling, hvor man på diagnose om tillukning af endetarmsåbningen med fistelåbning og sivende afføring den 24. juli 2002 foretog den første af en serie operationer for at rekonstruere en normal endetarmsåbning. Ved operationen konstaterede man en ret betydelig medfødt forstørret endetarm.*

*Der blev klaget over, at man i dagene efter fødslen den 23. maj 1998 ikke opdagede, at pigen havde tillukning af endetarmen (anal atresi).*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere reservelægen.

Nævnet lagde blandt andet vægt på, at det af journalen fremgik, at der under fødslen blev observeret grønt fostervand. Nævnet oplyste, at grønt fostervand er et udtryk for, at noget af den første afføring er tømt ud i fostervandet og altså en dokumentation for, at der er passage fra endetarmen og ud.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at det fremgik af jordemoderoptegnelserne på barnejournalen, at der var afgang af mekonium, som er den første særligt farvede afføring efter fødslen.

Endvidere lagde nævnet vægt på, at det fremgik af journalen, at pigen i løbet af det første døgn blev undersøgt af reservelægen, som udfyldte et standardskema på barnejournalen, hvilket var almindelig praksis på afdelingen. Det fremgik heraf, at undersøgelsen var normal, specielt blev det noteret, at de ydre kønsorganer var normale (genitalia externa: nat).

Det var nævnets opfattelse, at når der har været afføring, er det i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard ikke at foretage en nøjere beskrivelse af endetarmsåbningen. Endvidere oplyste nævnet, at det er ikke almindelig praksis at foretage regulær rektaleksploration (at føre en finger op i tarmen gennem endetarmsåbningen) på et nyfødt barn, der har haft afføring.

#### **Sag 48 Klage over, at læge og jordemoder ikke opdagede tillukning af endetarmen (0232522P)**

*En lille dreng blev født den 10. august 2001 kl. 22.10. Fødslen blev forestået af en jordemoder, der ved undersøgelsen af det nyfødte barn fandt normale forhold. Det nyfødte barn blev lige efter midnat den 11. august 2001 undersøgt af en reservelæge, der fandt et helt upåvirket, livligt barn.*

*Mor og barn blev udskrevet den 11. august 2001 kl. 2.35, eftersom der var planlagt ambulante fødsel.*

*Den 11. august 2001 kontaktede forældrene afdelingen og oplyste, at barnet ikke ville sutte eller spise. Jordemoderen oplyste, at nyfødte børn normalt ikke viste sutteinteresse 1/2-1 døgn efter fødslen, og opfordrede forældrene til at henvende sig samme aften, såfremt problemet fortsatte.*

*Natten mellem den 11. og den 12. august 2001 kontaktede forældrene igen afdelingen telefonisk, da de havde konstateret, at barnet ikke havde endetarmsåbning. En speciallæge undersøgte barnet og fandt endetarmsåbningen som en lille perforationsåbning under pungen og planlagde overflytning til en andet hospital.*

*Der blev blandt andet klaget over, at det nyfødte barn den 10. august 2001 ikke modtog en tilstrækkelig undersøgelse og behandling, herunder at man ikke konstaterede, at barnet ikke havde nogen endetarmsåbning.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere både jordemoderen og reservelægen.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af fødejournalen den 10. august 2001, at barnet straks efter fødslen havde det fint og fik normalt Apgar Score 10 efter henholdsvis 1 og 5 minutter, og at der blev konstateret normale forhold ved undersøgelsen af hjerte og lunger.

Endvidere lagde nævnet vægt på, at det fremgik af fødejournalen, at jordemoderen ved undersøgelsen af det nyfødte barn fandt normale forhold vedrørende kranium, mund, rygsøjle, skulder, mave, arme og ben, reflekser m.m. Videre fremgår det, at jordemoderen specifikt i rubrikken for kønsorganer/ endetarm (genitalia/anus) anførte normale forhold og + afføring (mekonium). Herudover fremgik det af jordemoderens udtalelse til sagen, at hun fejlagtigt konkluderede, at barnet havde endetarmsåbning, idet der forekom let mekonium bagved pungen, der hvor anus sædvanligvis er.

Det var nævnets opfattelse, at det er i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard, at jordemoderen ved undersøgelsen af det nyfødte barn undersøger, om de udvendige kønsdele (generalia ekstema) er normale, og om der er endetarmsåbning (åbning af anus).

Nævnet fandt, at jordemoderen handlede under almindelig anerkendt faglig standard, idet hun overså, at barnet havde en unormal endetarmsåbning.

Nævnet lagde også vægt på, at det af epikrisen fra børneafdelingen fremgik, at barnet havde en klassisk analatrasi med fistel, det vil sige at endetarmsåbningen var erstattet af en membran med en ganske lille fistelåbning i. Det fremgår endvidere, at der blev foretaget rekonstruktion med spaltning af fistlen, og at membranen over anus blev fjernet.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at det nyfødte barn ifølge fødejournalen blev undersøgt af en reservelæge den 11. august 2001, der fandt normale forhold af kranium, mund, rygsøjle og genitalia og anus m.m

Det var nævnets opfattelse, at forholdene ikke var normale, og dette burde være diagnosticeret ved undersøgelsen umiddelbart efter fødslen. Analatresi med eller uden fistel kræver behandling på specialafdeling kort efter fødslen.

**Sag 49 Klage over utilstrækkelig undersøgelse af nyfødt (0124011A)**

*En 27-årig førstegangsfødende kvinde var i graviditetsuge 41, da hun den 24. april kl. 18.02 fødte en dreng. Under fødslen blev veerne stimuleret, og der var grønt fostervand. Den følgende formiddag blev drengen rutinemæssigt undersøgt af en reservelæge, der efter en undersøgelse ordinerede ekstra væske, som tilskud til amningen.*

*Samme aften blev en overlæge tilkaldt og fandt efter en undersøgelse ikke anledning til at foretage anden behandling end fortsat indgift af ekstra væske.*

*Den 26. april 2000 om aftenen fik drengen trækninger i arme og ben. Vagthavende 1. reservelæge blev tilkaldt og fandt et meget lavt blodsukker. Herefter blev der givet antibiotisk behandling og drengen blev overflyttet til afdelingen for nyfødte, hvor man fandt, at han led af følger efter iltmangel under fødslen med nedsat blodsukker og kramper som udtryk for en lettere hjerneskode.*

*Der er klaget over, at der ikke blev foretaget tilstrækkelige undersøgelser og behandling af drengen efter fødslen.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere overlægens behandling af drengen den 25. april 2000. Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de andre læger, som var involveret i behandlingen af drengen i perioden fra den 24. til den 26. april 2000.

Nævnet lagde blandt andet vægt på, at der i forbindelse med fødslen blev taget en prøve af navlesnoren til bestemmelse af den såkaldte navlesnors pH-værdi. Resultatet var på 7,03 og forelå ifølge det oplyste dagen efter.

Det var nævnets opfattelse, at det havde været i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard, at overlægen i forbindelse med undersøgelsen den 25. april 2000 havde ordineret en undersøgelse af drengens blodsukker, idet resultatet af navlesnorsblodprøven fra fødslen på dette tidspunkt måtte have været kendt. En undersøgelse af blodsukkeret den 25. april 2000 kunne have medført tidligere diagnose og dermed behandling af det for lave blodsukker.

**Sag 50 Klage over manglende erkendelse af skæv næse hos nyfødt (0020606P)**

*En lille dreng blev født den 30. august 1999. Forældrene bemærkede straks, at han havde en skæv næse. Jordmoderen bemærkede over for forældrene, at deres søns næse var en lille smule skæv som følge af tryk under fødslen, men at det ville rette sig i løbet af nogle dage.*

*Hverken jordemoder eller læge har i fødejournalen bemærket næseskævheden. Ved den lægelige undersøgelse af drengen, formentligt den 31. august 1999, er der ikke gjort bemærkninger om skævhed af næsen eller andre abnorme fund. Undersøgelsen er ikke dateret eller underskrevet. Heller ikke i sygeplejefjournalen var der anført bemærkninger om drengens næse.*

*Den 8. september 1999 fandt en speciallæge, at drengens næseskillevæg var forskubbet (sublukseret) mod højre. Speciallægen rettede skævheden, men næsen var skredet ved fornyet undersøgelse den 22. september 1999, hvorfor der atter blev foretaget opretning. Resultatet blev af speciallægen betragtet som rimeligt ved undersøgelsen den 4. oktober 1999.*

*Der blev klaget over, at de involverede sundhedspersoner ikke reagerede i anledning af, at det blev konstateret, at drengen havde en skæv næse.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere hverken jordmoderen eller reservelægen.

Nævnet lagde blandt andet vægt på, at jordmoderen ved sin undersøgelse ikke skønnede, at drengens næse var mere skæv, end hvad hun anså som værende inden for normalområdet, og at hun derfor gik ud fra, at næsen ville rette sig i løbet af nogle dage. Videre lagde nævnet vægt på, at den undersøgende reservelæge ligeledes ikke fandt nogen behandlingskrævende skævhed af næsen, idet der ikke er gjort notater herom i journalen.

Patientklagenævnet oplyste, at det ikke er et ualmindeligt fænomen, at en nyføds næse under fødslen bliver trykket skæv, men at skævheden i reglen retter sig i løbet af nogle dage.

**Sag 51 Klage over manglende erkendelse af hofteskred hos nyfødt (0234029P)**

*En lille pige blev født den 5. august 1999. Uumiddelbart efter fødslen blev hun undersøgt af en medicinstuderende og af en jordemoder, der begge fandt normale forhold.*

*Ved en undersøgelse i ortopædkirurgisk afdeling den 12. januar 2000 blev der fundet tegn på abnormitet af venstre hofteskål (dysplasi), samt stramning af muskelsenerne på den pågældende side.*

*Der blev klaget over, at pigen ikke modtog tilstrækkelig undersøgelse og behandling, idet det ikke efter fødslen blev konstateret, at hun havde hofteskred.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere hverken jordemoderen for behandlingen eller den administrerende overlæge for udarbejdelse af retningslinjer vedrørende børneundersøgelser på den pågældende fødeafdeling.

Indledningsvist oplyste nævnet, at medicinstuderende ikke er omfattet af nævnets kompetence, men hører under Sundhedsstyrelsens kompetence. Nævnet kan alene tage stilling til, om den læge, der havde ansvaret for den studerendes behandling, har udvist tilstrækkelig omhu ved delegationen af opgaver til den studerende og ved udarbejdelsen af sin instruks.

Nævnet lagde vægt på, at det af barnejournalen den 5. august 1999 fremgik, at jordemoderen undersøgte det nyfødte barn, og fandt normale forhold herunder god bevægelighed i benene og negativ Ortolani. Det fremgik af fødselsanmeldelsen, at der er anført et nej udfor misdannelser.

Endvidere lagde nævnet vægt på, at den medicinstuderende havde udtalt til sagen, at hun havde modtaget undervisning samt deltaget og udført adskillige børneundersøgelser, omfattende den såkaldte Ortolanis-undersøgelse for hoftedysplasi.

Nævnet lagde også vægt på, at det fremgik af journalen den 12. januar 2001 fra pigens egen læge, at denne læge havde konstateret stramning i venstre hofte og henvist til videre behandling på hospitalet, samt at lægen ved indlæggelsen den 12. januar 2001 fandt negativ ortolani.

Det var nævnets opfattelse, at det måtte anses for tilstrækkeligt godtgjort, at pigen blev undersøgt i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard, og nævnet fandt ikke grundlag for kritik af retningslinjerne.

## 2.12 Klager over manglende anti-D sprøjte eller behandling

Nævnet har i 2001-2002 behandlet et par klager over manglende behandling med såkaldt anti-D. Nævnet har i forbindelse med sagerne oplyst, at der kan opstå en behandlingskrævende situation, når en kvinde med en Rhesus-negativ blodtype i sin første graviditet venter et barn med en blodtype, der er Rhesus-positiv. Problemet kan opstå, når lidt af barnets blod overgår til moderen og dermed fremkalder en immunisering af moderen, dvs. at moderen udvikler antistoffer mod Rhesus-positivt blod, og det kan medføre problemer i en senere graviditet, hvis dette barn også har en Rhesus-positiv blodtype. Det giver således ikke problemer i den første graviditet, men i den næste graviditet kan moderens antistoffer gå over i barnets blod og forårsage Rhesus-sygdom (blodmangel) hos fostret, således at fosteret udvikler vækstretardering, væskeansamling i kroppen og i sin yderste konsekvens dør i livmoderen.

Det er derfor – efter nævnets opfattelse – i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard, at man behandler moderen umiddelbart efter den første fødsel med et Rhesus-antistof (anti-D), som er et blodderivat.

I nævnets vurdering af, hvor ansvaret skulle placeres, har det haft betydning, hvad den lokale instruks indeholdt af arbejdsfordeling/ansvarsfordeling.

I en sag - som er refereret nedenfor - var ansvaret for Rhesus-profylakse delegeret ud til afdelingens sygeplejersker. Det fremgik af instruksen, at hvis moderen var Rhesus-negativ, og barnet var Rhesus-positivt, og der ikke var påvist antistoffer, så skulle der inden 72 timer efter fødslen gives 1,5 ml anti-D i en muskel. De tre sygeplejersker, som havde været involveret i plejen af kvinden i de første tre døgn efter fødslen, oplyste, at de ikke kendte til denne instruks. Nævnet fandt, at hver af de tre sygeplejersker havde overtrådt lov om sygeplejersker § 5, idet kvinden ikke havde fået anti-D efter fødslen.

Den anden sag herunder omhandler en situation, hvor en kvinde med rhesus negativ blodtype aborterer inden, man kender fostrets blodtype. Nævnet har i denne forbindelse oplyst, at anti-D gives til kvinder, der er Rhesus-negative, når de har født et Rhesus-positivt barn, eller hvis de har haft en abort efter ca. 10. graviditetsuge. Behandlingen gives for at forebygge rhesussygdom i forbindelse med en eventuel senere graviditet.

Nævnet har i samme forbindelse oplyst, at mange kvinder (såvel Rhesus-negative, som Rhesus-positive) aborterer tidligt i graviditeten, ofte før en graviditet er blevet erkendt, eller kort efter at

graviditeten er erkendt. Nævnet har endvidere oplyst, at der ikke er medicinsk bevis for, at det er nødvendigt at give anti-D til disse kvinder, og det er derfor efter nævnets opfattelse ikke en fejl, såfremt behandling med anti-D på et så tidligt stadie af en graviditet ikke gives. I den aktuelle sag aborterede kvinden i graviditetsuge 8-9.

### **Sag 52 Klage over manglende indgift af anti-D efter fødsel (0129902A)**

*En 28-årig andengangsfødende kvinde var i graviditetsuge 36, da hun den 10. oktober 2000 blev indlagt på et sygehus på grund af tegn på væksthæmning af fosteret. Ved indlæggelsen blev der taget en blodprøve, som viste, at kvinden var rhesus negativ.*

*Den 11. oktober 2000 skønnede lægerne, at barnet var truet, og der blev foretaget akut kejsersnit kl. 20.23, hvor kvinden fødte en levende pige på 1257 gram. Pigen blev overflyttet til børneafdelingen, hvor kvinden de følgende dage opholdt sig meget. Lægerne på børneafdelingen mistænkte en kromosomsygdom hos barnet, og fremtidsudsigterne var dårlige.*

*Den 17. oktober 2000 var kvinden restitueret efter operationen og blev udskrevet fra barselsafdelingen. I børnejournalens laboratorieskema blev det noteret, at barnet havde blodtype Rhesus positiv.*

*I løbet af de næste uger fik barnet det tiltagende dårligt og døde den 4. november 2000. Pigen havde en kromosomfejl – det såkaldte Edwards syndrom (trisomi 18).*

*Der blev klaget over, at kvinden ikke i oktober 2000 fik en indsprøjtning med antistoffer, når hun som Rhesus-negativ moder fødte et Rhesus-positiv barn.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere de tre sygeplejersker (A, B og C) som var involveret i plejen af kvinden i perioden fra den 11. til den 14. oktober 2000, idet de ikke havde givet kvinden en indsprøjtning med antistoffer efter fødslen.

Nævnet lagde vægt på, at det af journalen fremgik, at kvinden havde blodtypen Rhesus negativ, og at hun i graviditeten ikke havde udviklet rhesus-antistoffer i sit blod. Endvidere lagde nævnet vægt på, at det nyfødte barn ifølge journalen var Rhesus-positiv.

Nævnet lagde også vægt på, at det fremgik af afdelingens instruks (af 15. august 1996), at ansvaret for Rhesus-profylakse var delegeret til afdelingens sygeplejersker. Det fremgik

således, at hvis moderen er Rhesus-negativ, og barnet er Rhesus-positivt, og der ikke er påvist antistoffer, så skulle der inden 72 timer efter fødslen gives 1,5 ml anti-D i en muskel.

Endvidere lagde nævnet vægt på, at instruksen ifølge sygeplejerske A, sygeplejerske B og sygeplejerske C var forældet i oktober 2000, idet der de sidste ca. 2½ år havde været en mundtlig instruks om Rhesus-profylakse, hvorefter rhesusprofylakse skulle være ordineret af en læge.

Nævnet lagde også vægt på, at ifølge den administrerende overlæges udtalelse til sagen kendte hverken han eller oversygeplejersken på afdelingen til en sådan mundtlig instruks. Den instruks, som var gældende i oktober 2000, var den føromtalte skriftlige instruks af 15. august 1996.

Nævnet lagde herefter til grund, at afdelingens skriftlige instruks af 15. august 1996 var gældende i oktober 2000.

Videre lagde nævnet vægt på, at pigen ifølge journalen blev født den 11. oktober 2000 kl. 20.23, hvorfor indsprøjtningen med anti-D ifølge afdelingens instruks skulle være givet inden den 14. oktober 2000 ca. kl. 20.

Nævnet lagde også vægt på, at det fremgik af journalen, at sygeplejerske A passede kvinden i nattevagt den 11. og 12. oktober 2000, og at sygeplejerske B passede kvinden i dagvagt den 12., 13., og 14. oktober 2000, samt at sygeplejerske C passede kvinden i aftenvagt den 12. oktober 2000. De oplyste alle tre til sagen, at plejen meget var fokuseret på den psykiske pleje, idet barnet var alvorligt sygt.

### **Sag 53 Klage over manglende indgift af anti-D efter abort (0230020P)**

*En 21-årig, andengangsgravid kvinde ringede den 9. juni 2002 kl. 12.00 til lægevagten på grund af blødning og mistanke om truende abort. Et par timer senere blev kvinden undersøgt af en vagtlæge, som henviste hende til gynækologisk afdeling på et sygehus, hvor hun senere på dagen blev undersøgt af en reservelæge, som foretog ultralydsscanning i skeden, der viste en tom livmoder.*

*Den 11. juni 2002 henvendte kvinden sig på sygehuset igen, idet hun mente, at hun skulle have en anti-D, da hendes blodtype var rhesus negativ. Den 13. juni 2002 blev hun undersøgt på gynækologisk afdeling, hvor en scanning ikke viste tegn på graviditet.*

*Der blev blandt andet klaget over, at kvinden den 9. juni 2002 ikke modtog en korrekt behandling på gynækologisk afdeling, idet hun ikke fik en rhesus negativ indsprøjtning efter aborten.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere reservelægen og lagde blandt andet vægt på, at det af journalen fremgik, at kvinden var blevet henvist fra lægevagten på grund af spontan abort. Af samme notat fremgik det, at kvinden havde haft sidste menstruation den 7. april 2002, at første graviditetstest havde været positiv 2½ uge forinden henvendelsen til vagtlægen, og at hun havde været hos egen læge, som angiveligt havde set en graviditet med et foster på 8 mm.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at det fremgik af notatet, at reservelægen ved gynækologisk undersøgelse fandt, at slimhinderne var naturlige, at der var gammelt blod i toppen af vagina og fra livmodermunden, som var lukket, og at det ikke var ildelugtende. Reservelægen fandt, at livmoderen ikke var forstørret eller øm. Ultralydsundersøgelse viste ifølge notatet, at livmoderen var tom uden tegn på graviditet. Reservelægen konkluderede, at der var tale om en komplet abort, og kvinden skulle komme til kontrolundersøgelse et par dage senere, og hun skulle henvende sig ved tiltagende frisk blødning eller, hvis hun blev utilpas.

Nævnet oplyste, at anti-D gives til kvinder, der er Rhesus-negative, når de har født et Rhesus-positivt barn, eller hvis de har haft en abort efter ca. 10. graviditetsuge. Behandlingen gives for at forebygge rhesussygdom i forbindelse med en eventuel senere graviditet.

Det var nævnets opfattelse ikke en fejl, såfremt behandling med anti-D på et så tidligt stadie af en graviditet ikke gives. I den aktuelle sag aborterede kvinden i graviditetsuge 8-9.

### **3 KLAGER OVER INFORMATION OG SAMTYKKE**

#### **3.1 Lovgrundlaget**

Det fremgår af § 6, stk. 1 i lov om patienters retsstilling, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden et informeret samtykke fra patienten. Ifølge § 6, stk. 3 i samme lov skal et informeret samtykke forstås som et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side. Af § 6, stk. 4 fremgår det, at et informeret samtykke kan være skriftligt eller mundtligt eller efter omstændighederne stiltiende.

Det fremgår af justitsministeriets bekendtgørelse nr. 1131 af 13. december 1996 om sterilisation og kastration samt bekendtgørelse nr. 1125 af 13. december 1996 om svangerskabsafbrydelse, at samtykket til sterilisation eller abortindgreb skal være skriftligt.

Det fremgår af § 7, stk. 1 i lov om patienters retsstilling, at patienten har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmuligheder, herunder risiko for komplikationer og bivirkninger. Af § 7, stk. 3 fremgår det, at informationen skal gives løbende.

Som hovedregel har sundhedspersonen pligt til at sikre sig patientens samtykke, inden den påtænkte behandling iværksættes.

Nævnet har dog i sager, hvor der er klaget over, at den fødende kvinde ikke fik tilstrækkelig information, flere gange oplyst, at der i akutte situationer sjældent vil være tid til at give fyldestgørende information, idet det er påkrævet at handle hurtigt, da barnet kan være truet af iltmangel. I disse sager har nævnet ikke fundet grundlag for at kritisere den givne information.

### **3.2 Klager over manglende information under fødslen og om barnets tilstand**

I nogle af sagerne har der været tale om en meget konkret bevisafvejning, hvor man har vurderet, om der var tilstrækkeligt grundlag for at antage, at informationen var givet.

Nævnet har i flere sager oplyst, at mange af de ting, som der sker på en fødestue, sker akut af hensyn til fremdriften i fødselsforløbet og af hensyn til moderen og barnets helbred, f.eks. vil der sjældent være tid til nærmere at forklare virkningerne ved anlæggelse af sugekop, såfremt baggrunden for anlæggelsen er truende iltmangel hos fostret.

Endvidere har nævnet oplyst, at det ofte umiddelbart efter fødslen vil være meget svært at vurdere, hvorvidt et nyfødt barn får mén af selve fødselsforløbet. Ofte vil dette kræve yderligere undersøgelser og tid til at observere barnet. Nævnet har derfor ikke fundet grundlag for at kritisere de læger og jordemødre, som umiddelbart efter fødslen ikke gav information om konsekvenserne af f.eks. iltmangel under fødslen.

#### **Sag 54 (ref. sag 23 og 42) Klage over urigtig information om vestimulation (0123105A)**

*En 37-årig førstegangsfødende kvinde blev indlagt til fødsel i graviditetsuge 43. Kl. 11.00 foretog jordemoderen hindepunktur med udtømmelse af en lille skylle klart fostervand, og kl. 16.20 blev der sat et drop op med vestimulerende medicin. Herefter skred fødslen fremad i*

*normalt tempo, og syv timer efter start af droppet begyndte presseperioden. Efter anlæggelsen af blød sugekop blev barnet født.*

*Der blev klaget over, at kvinden fik forkert information om vestimulation, idet hun fik at vide, at det blev givet et naturligt stof.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den information, som kvinden modtog om det vestimulerende drop af jordemoderen. Nævnet lagde vægt på, Syntocinon er et syntetisk fremstillet stof, der kemisk er identisk med oxytocin, som er det hormon, der dannes i hypofysen og fremkalder fødselsveerne. På denne baggrund var det nævnets opfattelse, at det ikke er forkert at betegne den vestimulerende medicin som "naturlig".

**Sag 55 (ref. sag 19) Klage over manglende information om behandling under fødsel og barnets tilstand (0122602P)**

*En 24-årig kvinde var førstegangsfødende og i graviditetsuge 42, da hun den 31. marts 2000 kl. 13.15 på grund af regelmæssige veer igennem et par timer henvendte sig på fødeafdelingen. Der blev påsat overvågning med CTG, og denne blev vurderet som normal.*

*Kl. 14.45 observerede jordemoderen rigeligt sivning af klart, gulgrønt fostervand, og overvågningen med CTG blev påsat igen. Livmodermunden var på dette tidspunkt 5 cm åben.*

*Kl. 19.00 opsatte jordemoderen efter aftale med en overlæge et drop med vestimulerende medicin på grund af vesvækkelse, som imidlertid blev fjernet igen efter en lille time, idet dropvæsken løb ind i underhuden.*

*Kl. 22.30 begyndte kvinden at presse, og kl. 23.15 fandt jordemoderen, at der var ringe fremgang i fødslen, hvorfor hun tilkaldte vagthavende læge. Der blev igen opsat drop med vestimulerende medicin på grund af vesvækkelse.*

*På grund af manglende fremgang i fødslen trods kraftige presseveer tilkaldte jordemoderen kl. 23.40 overlægen, som ved vurdering af CTG kurven fandt tegn på truende iltmangel hos fosteret. Da fosterets hoved ikke kunne føles over skambenet, skønnede overlægen, at forløsning kunne ske hurtigt ved hjælp af en sugekop. Da hovedet imidlertid ikke trængte længere ned i bækkenet ved fem vesynkrone træk, ordinerede overlægen kejsersnit.*

*Ved kejsersnittet fødte kvinden den 1. april 2000 kl. 1.00 en dreng, der fik Apgar score 6 efter et minut, 8 efter 5 minutter og 10 efter 15 minutter. Navlesnors pH var 6,83. Den nyfødte dreng blev 7 timer efter fødslen overflyttet til børneafdelingen på et andet sygehus.*

*Der blev klaget over, at kvinden ikke fik tilstrækkelig - og korrekt - information om sin egen behandling under fødslen og barnets tilstand efter fødslen.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at antage, at kvinden ikke fik information om sin egen og barnets tilstand.

Nævnet lagde vægt på, at jordemoderen til sagen oplyste, at hun løbende fortalte kvinden, hvad hun gjorde og hvorfor, og at hun ikke på noget tidspunkt i forløbet fornemmede manglende kommunikation med kvinden og hendes pårørende.

Nævnet lagde også vægt på, at kvinden til sagen oplyste, at jordemoderen oplyste, at hun havde et "vidundermiddel", der skulle få livmoderkanten til at give sig.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at kvinden til sagen oplyste, at en sygeplejerske efter kejsersnittet oplyste, at det var en stor flot dreng, der havde det godt, men at han trak vejret lidt hurtigt og var lidt slap, hvorfor de ville flytte ham op på intensiv afdeling natten over, samt at en anden sygeplejerske senere oplyste, at han havde svært ved at trække vejret, at han knirkede, og at man ville tage røntgenbilleder af hans lunger, fordi man var bange for, at der var fostervand i dem.

Endvidere lagde nævnet vægt på, at kvinden til sagen oplyste, at der kom en læge om morgenen og oplyste, at drengens hvide blodlegemer var alt for høje, og at han skulle overflyttes til et andet hospital.

### **Sag 56 (ref. sag 38) Klage over manglende information (0123710P)**

*En 40-årig fjerdegangsfødende kvinde var i graviditetsuge 40, da hun den 4. oktober 1999 kl. 9.50 henvendte sig på fødeafdelingen på grund af veer med 2-4 minutters interval. En jordemoder fandt livmoderhalsen udslettet og livmodermunden 9 cm åben. Kl. 10.40 blev der foretaget fosterhindepunktur med udtømmelse af rigeligt klart fostervand.*

*Jordemoderen kontaktede kl. 12.00 vagthavende læge, en reservelæge, på grund af manglende fremgang i fødslen, og igen kl. 12.40 med henblik på en vurdering af fostrets rotation.*

*Kl. 13.40 ordinerede reservelægen efter en undersøgelse vestimulerende drop, hvilket han havde konfereret med sin bagvagt, en afdelingslæge. Kl. 14. 20 foretog afdelingslægen selv en undersøgelse af kvinden, og kl. 15.00 ordinerede hun anlæggelse af en sugekop, hvor hun i første træk fremhjalp hovedet. Herefter var der problemer med fastsiddende skuldre, inden der blev forløst en levende dreng kl. 15.10. Drengen brækkede den ene overarm ved fødslen, og blev senere overflyttet til pædiatrisk afdeling på et andet sygehus.*

*Der blev klaget over, at man under fødselsforløbet ikke lagde en plan for det videre forløb og ikke orienterede kvinden om dette.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at antage, at kvinden ikke fik den fornødne information om forløbet.

Nævnet lagde vægt på, at kvinden til sagen oplyste, at hun ikke fik information om, hvad der skulle ske, såfremt hindepunktoren ikke gav fremgang i fødslen, og ej heller fik korrekt information om Petidin. Kvinden oplyste, at hun på et tidspunkt efter kl. 14.20 igen spurgte om kejsersnit og fik oplysning om, at der var klart fostervand og god hjertelyd, hvorfor der ikke var noget, der talte for at ordinere kejsersnit.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at reservelægen til sagen oplyste, at han efter ordinationen af Petidin orienterede om, at dosis var relativt lille, og at man havde en slags modgift i beredskab, hvis det skulle blive nødvendigt. Det fremgik videre af udtalelsen, at reservelægen efter ordinationen af sugekoppen orienterede om, at det var muligt meget hurtigt at "sadle om" og ty til kejsersnit, hvis det blev nødvendigt.

### **Sag 57 Klager over manglende information (0125502P)**

*En 22-årig kvinde var andengangsfødende og i graviditetsuge 41, da hun den 3. maj 1999 henvendte sig på fødegangen, hvor hun blev undersøgt. Kl. 14.20 blev der udtømt mørkt blodigt fostervand. Kl. 16.30 konstaterede en læge, at der ikke havde været fremgang i fødslen, og der blev opsat vestimulerende drop (S-drop).*

*Kl. 22.00 vurderede en reservelæge, at der var indikation for kejsersnit.*

*Kl. 22.42 blev en levende pige fremhjulpet fra uspecifik hovedstilling. Moderkagen var løsnet svarende til en tredjedel af overfladen. Barnet blev overgivet til børnelæge, som målte barnets tilstand ved Apgar Score til 3 efter 1 minut, 7 efter 5 minutter og 9 efter 8 minutter (3/1, 7/5*

*og 9/8). Fødselsvægt var 3500 g, fødselslængde var 51 cm. Det blev forsøgt at tage en navlesnors pH, men dette mislykkedes. Der blev givet kunstigt åndedræt og hjertemassage. Barnet blev overflyttet til børneafdelingen.*

*Den 5. maj 1999 anmodede kvinden ifølge børneafdelingens journal om en lægesamtale. Lægen fra børneafdelingen informerede derefter om forløbet og barnets aktuelle tilstand.*

*Barnet døde den 17. marts 2000 efter flere svære sygeperioder, som følge af svære hjerneskader ved fødslen. Obduktion bekræftede tilstedeværelsen af svære hjerneskader.*

*Der blev klaget over, at kvinden ikke fik tilstrækkelig information om, hvilken betydning fostervandets farve havde for barnet, og om barnets tilstand umiddelbart efter det foretagne kejsersnit.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at antage, at kvinden ikke fik tilstrækkelig information om sin egen og barnets tilstand.

Nævnet lagde vægt på, at kvinden oplyste til sagen, at hun blev informeret om, at der var lidt blod i fostervand og i hendes urin, men hun blev ikke informeret om, hvilken betydning dette havde for hendes barn.

Nævnet lagde vægt på, at kvinden anførte, at hun, da hun vågnede op, ikke kunne få information om sit nyfødte barns tilstand. Ved en samtale med en jordemoder fik hun blot oplyst, at barnet havde det godt omstændighederne taget i betragtning.

Videre lagde nævnet vægt på, at det af sygeplejefjournalen fra den 4. maj 1999 kl. 12.30 fremgik, at kvinden havde talt med en jordemoder om barnets situation, men at hun ikke virkede helt informeret om barnets dårlige tilstand.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af sygeplejefjournalen fra den 4. maj 1999 kl. 20.45, at kvinden havde været på børneafdelingen og talt med personalet, der havde sagt, at barnet havde haft iltmangel og måske havde en hjerneskade. Det virkede ifølge sygeplejefjournalen ikke, som om alvoren var gået op for kvinden.

Videre lagde nævnet vægt på, at det af journalen den 4. maj 1999 kl. 23.45 fremgik, at en overlæge fra børneafdelingen orienterede fader og moder om barnets tilstand. Ifølge kvinden var det barnets far og mormor, som var til stede.

**Sag 58 (ref. sag 62) Klage over manglende informeret samtykke forinden kejsersnit (0233313A)**

*En knap 39-årig andengangsfødende kvinde var i graviditetsuge 41, da hun henvendte sig den 8. januar 2002 om morgenen på fødegangen på grund af veer. Ved en undersøgelse ved ankomsten fandt man livmodermunden 3 cm åben og barnets hoved fast i bækkenindgangen. Kl. 11.55 var livmodermunden ca. 6 cm åben, men fosterets hoved stod stadig ved indgangen til bækkenet. Kl. 12.40 var der uændrede forhold med hensyn til åbningen og hovedets placering, men fostrets hjertelyd var lidt påvirket under veerne. Jordemoderen tilkaldte overlægen, som kl. 13.00 ordinerede akut kejsersnit på grund af manglende fremgang og påvirket hjertelyd. Kl. 13.37 blev der ved kejsersnit født en levende dreng fra uregelmæssig hovedpræsentation.*

*Der var uenighed parterne imellem om, hvorvidt kvinden fik information og accepterede kejsersnit.*

*Der blev blandt andet klaget over, at kvinden ikke fik tilstrækkelig information om kejsersnittet forinden operationen, og at hun ikke gav samtykke hertil.*

Patientklagenævnet fandt ikke, at overlægen havde overtrådt lov om patienters retsstilling ved sin information og indhentelse af samtykke fra kvinden.

Nævnet lagde i sin begrundelse blandt andet vægt på, at ifølge kvindens klage fastslog lægen efter en undersøgelse, at der skulle laves kejsersnit, og da hun spurgte, om det var nødvendigt, var lægen væk igen. Jordemoderen oplyste ifølge klagen, at ”vi skal have barnet ud i en fart”, hvilket var det tætteste, kvinden fik på en forklaring.

Endvidere lagde nævnet i sin begrundelse vægt på, at overlægen oplyste til sagen, at han blev tilkaldt af jordemoderen kl. 13.00 på grund af manglende fremgang og bradykardi med en basislinie på 105-110, og han fandt efter en undersøgelse indikation for akut kejsersnit og orienterede kvinden, som accepterede dette.

Nævnet lagde også vægt på, at ifølge jordemoderen informerede hun kvinden under klagøringen til kejsersnittet om, hvorfor der skulle foretages kejsersnit, at det var fordi barnet trængte til at komme lidt hurtigere ud, end man kunne forvente ville ske. Ifølge journalen ordinerede overlægen kl. 13.00 akut kejsersnit på indikation eventuelt misforhold mellem mor og barn, manglende fremgang og mistanke om iltmangel til fostret.

Nævnet oplyste, at mange af de ting, som sker på en fødestue, sker akut af hensyn til fremdriften i fødselsforløbet og af hensyn til moderen og barnets helbred.

På baggrund af ovennævnte fandt nævnet det ikke tilstrækkelig godtgjort, at kvinden - under de givne omstændigheder - modtog utilstrækkelig information om kejsersnit, eller at der blev foretaget kejsersnit uden hendes samtykke. Nævnet fandt imidlertid, at overlægen, som ansvarlig for kejsersnittet, burde have journalført den information, som kvinden fik.

### **3.3 Klager over, at kvinden blev steriliseret i forbindelse med akut kejsersnit**

Patientklagenævnet har i 2001 afgjort tre sager, hvor der blev klaget over indhentelsen af samtykke til sterilisation i forbindelse med kejsersnit. Der blev ikke givet kritik i sagerne, som blev afgjort på et konkret grundlag, og de to første blev afgjort med henvisning til retsprincippet om, at tvivlen skal komme den indklagede til gode. De to andre år – 2000 og 2002 – blev der ikke truffet afgørelse i sådanne sager.

#### **Sag 59 (ref. sag 25) Klage over afgivelse af samtykke til sterilisation på et forkert grundlag og under forkerte omstændigheder (0125506P)**

*En 37-årig kvinde var femtegangsfødende og i graviditetsuge 36, da hun den 25. april 2000 om morgenen henvendte sig på fødeafdelingen på grund af blødning fra skeden. Hun blev undersøgt af en overlæge, der fandt tegn i CTG-kurven på, at barnet manglede ilt. Overlægen foretog en ultralydsscanning og ordinerede akut kejsersnit.*

*På vej til operationsstuen underskrev kvinden en anmodning om sterilisation. Der er uenighed parterne imellem vedrørende omstændighederne omkring underskrivelsen af sterilisationsbegæringen. Ved kejsersnittet fødte kvinden en bleg og slap dreng, der døde dagen efter.*

*Der blev blandt andet klaget over, at man ikke informerede kvinden tilstrækkeligt om sterilisation, således at hun gav sit samtykke på et forkert grundlag, herunder at man først informerede om sterilisation umiddelbart før, den blev foretaget.*

Patientklagenævnet fandt, at overlægen ikke havde overtrådt lov om patienters retsstilling ved sin information af kvinden den 25. april 2000.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen og af overlægens udtalelse, at kvinden fremkom med et ønske om sterilisation og sagde, at hun ikke måtte få flere børn, hvorfor overlægen hentede en sterilisationsbegæring, som kvinden underskrev på vej op i elevatoren.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at der forelå modstridende oplysninger fra kvinden og fra overlægen omkring omstændighederne forud for underskrivelsen af begæringen. I et sådant tilfælde gælder et almindeligt retsprincip om, at tvivlen skal komme den indklagede til gode.

### **Sag 60 Klage over, at lægen ikke indhentede et gyldigt samtykke til sterilisation forud for kejsersnit (0128329P)**

*En 29-årig kvinde var trediegangsfødende og i graviditetsuge 35, da hun den 8. januar 2001 blev indlagt på fødeafdelingen til planlagt kejsersnit. Ved indlæggelsen noterede en læge i journalen, at kvinden ikke var helt klar over, om hun ønskede sterilisation, men at hun ville tænke over det til dagen efter. Dagen efter spurgte overlægen, der skulle forestå kejsersnittet, om kvinden samtidig ønskede sterilisation. Kvinden underskrev en anmodning om sterilisation inden kejsersnittet. Overlægen udførte det planlagte kejsersnit med forløsning af et levende dreng og foretog samtidig sterilisation ved fjernelse af et stykke af begge æggeledere.*

*Der blev klaget over, at overlægen ikke indhentede et gyldigt samtykke til sterilisation forud for foretagelsen af kejsersnit. Kvinden anførte, at hun følte sig presset til at underskrive en begæring om sterilisation.*

Patientklagenævnet fandt, at overlægen ikke havde overtrådt lov om patienters retsstilling ved sin information til kvinden den 9. januar 2001.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at kvinden tidligere havde fået 2 børn ved kejsersnit i 32. og 34. graviditetsuge, og at hun var opereret flere gange for medfødt rygmarvsbrok, og havde shuntforbindelse til bughulen på grund af tidligere hydrocephalus (væskeophobning i hjernen). Herudover var hun opereret på urinblæren med forstørrelse af blæren ved inddragelse af tarm.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at det fremgik journalen den 9. januar 2001, at overlægen inden operationen talte med kvinden og anbefalede hende at lade sig sterilisere i forbindelse med indgrebet, idet det drejede sig om et 3. gangs kejsersnit, som på grund af hendes grundsygdom kunne blive kompliceret og bestemt ikke forventes at blive mindre kompliceret ved en eventuelt ny graviditet. Ifølge journalen indvilligede kvinden og underskrev anmodning om sterilisation.

Videre lagde nævnet vægt på, at det fremgik af den underskrevne ”Anmodning om sterilisation” af den 9. januar 2001, at kvinden havde fået information om indgrebets beskaffenhed, og direkte følger, samt risiko ved indgrebet.

Herudover lagde nævnet til grund, at der var modstridende oplysninger parterne imellem vedrørende omstændighederne omkring informationen og indhentelsen af samtykket. I et sådant tilfælde gælder et almindeligt retsprincip om, at tvivlen skal komme den indklagede til gode.

**Sag 61 Klage over, at der blev foretaget sterilisation i forbindelse med kejsersnit (0128625P)**

*En 33-årig kvinde var syvendegangsfødende og i graviditetsuge 34, da hun den 6. december 2000 blev indlagt på fødeafdelingen på grund af blødning. Undersøgelser efter indlæggelsen viste tiltagende tegn på løsning af moderkagen, hvorfor der blev ordineret kejsersnit. I forbindelse med at kvinden blev orienteret om situationen, bad hun om at blive steriliseret i forbindelse med kejsersnittet og underskrev anmodning herom. Kejsersnit og sterilisation forløb ukompliceret den 6. december 2000.*

*Der blev klaget over, at kvinden blev steriliseret i forbindelse med et akut kejsersnit. Kvinden havde anført, at hun på grund af bekymring for barnet ikke var i stand til at give samtykke, og at lægen burde have indset dette.*

Patientklagenævnet fandt, at overlægen ikke havde overtrådt lov om patienters retsstilling i forbindelse med indhentelse af samtykke til sterilisation af kvinden den 6. december 2000.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at kvinden selv anmodede om sterilisation, og ifølge blanketten om anmodning om sterilisation havde kvinden skrevet under på, at hun har fået information af overlægen om indgrebets beskaffenhed og direkte følger, samt om den risiko, der måtte antages at være forbundet med indgrebet.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at det fremgik af overlægens udtalelse til sagen, at vedkommende blev tilkaldt og fik oplysning om, at kvinden ønskede sterilisation. Han spurgte kvinden, om hun ønskede dette, og overlægen oplyste om indgrebets art og karakter med fjernelse af et lille stykke af de to æggeledere, og at der ikke var mulighed for at ændre dette, hvorefter hun underskrev anmodningen.

Det var nævnets opfattelse, at overlægen ikke havde grund til at antage, at ønsket ikke var velovervejet eller umiddelbart havde grunde til at fraråde det, idet det herved blev undgået, at kvinden senere skulle opereres endnu en gang for at få foretaget en eventuel sterilisation.

### 3.4 Klager over, at der blev foretaget kejsersnit

Klagesager vedrørende kejsersnit vedrører sædvanligvis klager over, at kvinden ikke fik tilbudt kejsersnit, eller at kvinden fik kejsersnit for sent i forløbet.

I år 2002 afgjorde nævnet en enkelt sag om det modsatte, nemlig en klage over, at der blev foretaget kejsersnit. Klager anførte således, at det ikke var nødvendigt med et kejsersnit, idet der efter hendes opfattelse var god fremgang i fødslen. Hun anførte videre, at hun ikke havde givet sit samtykke til kejsersnittet.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægen for ordinationen af kejsersnit, idet det var nævnets opfattelse, at der var indikation herfor. Nævnet fandt det endvidere ikke tilstrækkeligt godtgjort, at kvinden – under de givne omstændigheder – modtog utilstrækkelig information om kejsersnittet, eller at der blev foretaget kejsersnit uden hendes samtykke. Nævnet fandt imidlertid, at lægen burde have journalført den givne information.

#### **Sag 62 (ref. sag 58) Klage over, at der blev foretaget kejsersnit (0233313A).**

*En knap 39-årig andengangsfødende kvinde i graviditetsuge 41 henvendte sig den 8. januar 2002 om morgenen på fødegangen på grund af veer. Ved en undersøgelse ved ankomsten fandt man livmodermunden 3 cm åben og barnets hoved fast i bækkenindgangen. Kl. 11.55 var livmodermunden ca. 6 cm åben, men fosterets hoved stod stadig ved indgangen til bækkenet. Kl. 12.40 var der uændrede forhold med hensyn til åbningen og hovedets placering, men fostrets hjertelyd var lidt påvirket under veerne. Jordmoderen tilkaldte overlægen, som kl. 13.00 ordinerede akut kejsersnit på grund af manglende fremgang og påvirket hjertelyd. Kl. 13.37 blev der ved kejsersnit født en levende dreng fra uregelmæssig hovedpræsentation.*

*Der var uenighed parterne imellem om, hvorvidt kvinden fik information og accepterede kejsersnit.*

*Der blev blandt andet klaget over, at kvinden fik foretaget et kejsersnit.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægens behandling af kvinden. Nævnet lagde vægt på, at det af journalen, fremgik, at kvinden den 8. januar 2002 henvendte

sig på fødegangen på grund af veer med 5 minutters interval, og at jordemoder ved sin undersøgelse fandt, at livmoderhalsen var udslettet, livmodermunden godt to fingre åben, og at hovedet sad fast i bækkenindgangen. Der blev påsat overvågning med CTG.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at jordemoderen kl. 8.45 fandt, at veerne var lidt uregelmæssige, og at livmodermunden var 3 cm åben, samt at hovedet stadig kun lige var i bækkenindgangen.

Videre lagde nævnet vægt på, at jordemoderen i følge journalen kl. 10.00 fandt, at livmodermunden var 4-5 cm åben, men at hovedet ikke var kommet bedre ned. Kl. 11.55 fandt jordemoderen, at livmodermunden var 6 cm åben med hindeblærer, som blev punkteret med udtømmelse af en lille skylle blodtilblandet fostervand, samt at hjertelyden var god. Kl. 12.40 fandt jordemoderen, at der var gode veer og at hjertelyden fra fostret var lidt stille, samt at basislinien på CTG kurven faldt lidt. Da den indvendige undersøgelse viste uændrede forhold, blev vagthavende læge tilkaldt.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at det fremgik af journalen, at overlægen kl. 13.00 fandt, at der var manglende fremgang og tiltagende lav puls hos fostret, og ved den indvendige undersøgelse fandt han hovedet lige over bækkenindgangen med dårlig kontakt. Livmodermunden var 6 cm åben, og kvinden fik ilt på maske. Overlægen noterede i journalen, at fostret reagerede på undersøgelsen med hurtigere puls. Herefter ordinerede overlægen akut kejsersnit på indikation eventuelt misforhold mellem mor og barn, manglende fremgang og mistanke om iltmangel til fostret.

Det var nævnets opfattelse, at CTG-kurven viste en let påvirket puls hos fostret, men kurven var efter nævnets opfattelse ikke i sig selv grund til at foretage akut kejsersnit. Derimod var det nævnets opfattelse, at den manglende fremgang og specielt det, at barnets hoved ikke trængte ned i moderens bækken, i sig selv er en indikation til at foretage kejsersnit.

Nævnet lagde også vægt på, at det fremgik af operationsbeskrivelsen, at der ved operationen blev født en levende dreng (fra første højtstående uregelmæssig hovedpræsentation). Det fremgik videre, at drengen vejede 3800 gram og var 55 cm lang, samt at det indvendige bækkenmål var 11,5 cm.

På denne baggrund var det nævnets opfattelse, at der i perioden fra ordinationen af kejsersnittet og til fremhjelplingen af drengen ikke var sket fremgang, idet barnets hoved ikke var gledet længere ned i fødselsvejen.

På baggrund af ovennævnte fandt nævnet samlet, at overlægen havde indikation til at foretage et kejsersnit, og at det blev udført i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard.

## **4 KLAGER OVER JOURNALFØRING**

### **4.1 Lovgrundlaget**

#### **Journalføring**

Jordemødre har en pligt til at føre journal. Dette følger af lov om jordemødre § 11, stk. 1, hvor der står, at jordemødre skal føre ordnede optegnelser over deres virksomhed efter nærmere af Sundhedsstyrelsen fastsatte regler.

Jordemoderens selvstændige pligt til at føre ordnede optegnelser er således ikke umiddelbart opfyldt ved, at lægen fører sygehusets journal. Ifølge Sundhedsstyrelsens cirkulære nr. 150 af 8. august 2001 om jordemødres pligt til at føre ordnede optegnelser (journalføring) § 4, skal journalen indeholde alle relevante oplysninger af betydning for behandlingen af kvinden, herunder oplysning om:

1. kvindens navn, alder (CPR-nummer) og bopæl,
2. foretagne observationer og undersøgelser samt resultatet heraf,
3. iværksat behandling eller indgreb, herunder hvilke lægemidler der er anvendt,
4. hvilken information, der er givet, herunder risiko for komplikationer og kvindens tilkendegivelse på grundlag af informationerne, dvs. samtykke eller afslag,
5. telefonordination, samt hvem denne er givet af,
6. om der er tilkaldt eller henvist til læge og årsagen hertil

Patientklagenævnet tager stilling til en jordemoderens journalføring, når der specifik er klaget herover, og når nævnet vurderer, at journalføringen er en integreret del af den behandling, der er klaget over.

Nævnet oplyste i en konkret sag, at vandrejournalen er opbygget således, at fagpersoners observationer kan føres i skemaform med mulighed for konklusioner, ordinationer eller henvisninger i tekstform. Der anføres sædvanligvis kun noget i tekstform, når fagpersonens observationer afviger fra det normale.

Læger har efter lægeloven § 13, stk. 2 en pligt til at føre ordnede optegnelser over deres behandling af syge og over, hvad der er iagttaget vedrørende de pågældende sygdomstilfælde.

Efter Sundhedsstyrelsens cirkulære nr. 235 af 19. december 1996 er læger forpligtet til at føre ordnede optegnelser i forbindelse med patientkontakter, når der foretages behandling, når forholdene indicerer fortsat kontrol, når der ordineres receptpligtige lægemidler, og når der henvises til undersøgelse og/eller behandling hos anden læge, laboratorium eller sygehus.

Den 1. november 2003 er Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 846 af 13. oktober 2003 om lægers pligt til at føre ordnede optegnelser samt vejledning nr. 118 af 13. oktober 2003 vedrørende lægers journalføring trådt i kraft. Samtidigt er Sundhedsstyrelsens cirkulære nr. 235 af 19. december 1996 blevet ophævet. De nye regler, som hovedsagelig er en kodificering af tidligere gældende regler, er ikke omtalt i denne praksissammenfatning, da der endnu ikke er truffet afgørelser i henhold til reglerne. Afgørelserne i denne praksissammenfatning er truffet efter de lovbestemmelser, der var gældende før den 1. november 2003.

## 4.2 Nævnets praksis

Følgende sager illustrer nævnets praksis om journalføring for jordemødre.

### **Sag 63 Klage over jordemoderens utilstrækkelige journalføring (0231013P)**

*En 26-årig kvinde var førstegangsfødende, da hun i november 1997 henvendte sig på fødeafdelingen på grund af presseveer. Jordemoderen konstaterede ved undersøgelsen tykt, grønt fostervand som kunne være tegn på, at barnet havde det dårligt, og tilkaldte en børnelæge, og 7 minutter senere blev barnet født. Barnet blev suget i munden, svælget og mavesækken. Efter fødslen forlod forældrene afdelingen hurtigt imod givet råd fra afdelingen, og de frabad sig ambulante besøg i hjemmet.*

*Der blev blandt andet klaget over, at jordemoderen ikke journalførte behandlingen af kvinden korrekt i november 1997.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere jordemoderens journalføring af behandlingen af kvinden i forbindelse med telefonisk konsultation i november 1997 og på fødeafdelingen.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af vandrejournalen, at jordemoderen den 11. november 1997 telefonisk kontaktede kvinden, idet hun var udeblevet for anden gang. Ifølge

vandrejournalen talte jordemoderen med parret om vigtigheden af kontrol, specielt sidst i graviditeten. Kvinden oplyste ifølge notatet, at hun havde det godt og mærkede fint liv. Jordemoderen fik opfattelsen af, at de var lidt fornærmede over, at hun ringede, hvilket hun anførte i journalen.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at det fremgik af en tilføjelse til vandrejournalen, at kvinden udeblev fra en aftale den 18. november 1997.

Herudover lagde nævnet vægt på, at det fremgik af journalen, at kvinden den 21. november 1997 kl. 7.20 ankom til fødeafdelingen med presseveer, og at hun blev modtaget af en jordemoder, som fik oplysning om, at kvinden havde haft vandafgang fra aftenen før kl. 22.00. Jordemoderen fandt ifølge journalen, at barnets hoved kunne skimtes, og at det kom hurtigt frem, samt at der var tykt, grønt fostervand. Jordemoderen fandt endvidere, at der var normal hjertelyd, og kvinden fødte en levende dreng, der skreg straks. Barnet blev suget for tykt grønt fostervand, og der blev tilkaldt børnelæge.

#### **Sag 64 (ref. sag 39) Klage over journalføringen (0235601A)**

*En 19-årig kvinde var førstegangsfødende og i graviditetsuge 40 + 6 dage, da hun den 18. januar 2002 kl. 12.10 blev indlagt på gynækologisk-obstetrisk afdeling på grund af smertefulde veer.*

*Kl. 19.30 overtog en jordemoder varetagelsen af fødslen. Kl. 22.00 var veerne ikke tilfredsstillende, og en jordemoder foretog derfor en hindsprængning og udtømte lidt fostervand.*

*Den 19. januar 2002 kl. 00.21 fødte kvinden en pige. Efter moderkagens fødsel blev det konstateret, at der var en stor bristning i skeden, og jordemoderen tilkaldte en læge, der syede flere uregelmæssige og dybe bristninger i både skedens bag- og sidevægge.*

*Den 24. januar 2002 blev kvinden udskrevet.*

*Der blev klaget over, at kvinden ikke modtog en korrekt behandling af jordemoderen i forbindelse med hendes fødsel den 18. og 19. januar 2002, herunder at hun foretog hindsprængning uden kvindens samtykke og ikke registrerede, at barnet havde uregelmæssig baghovedpræsentation, samt ikke tilkaldte læge med henblik på kejsersnit.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere jordemoderens journalføring af behandlingen af kvinden den 18. januar 2002.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere jordemoderen for hendes behandling af og information til kvinden den 18. og 19. januar 2002 på gynækologisk-obstetrisk afdeling.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at jordemoderen overtog behandlingen af kvinden den 18. januar 2002 kl. 19.30. Kl. 20.00 beskrev jordemoderen fortsat veerne som lidt uregelmæssige. Hun lyttede til hjertelyden hos fosteret, som var god, og hun foretog en indvendig undersøgelse (vaginal eksploration) og fandt, at livmodermunden (orificium) var åben 4-5 cm.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at det fremgik af journalen, at jordemoderen igen foretog en indvendig undersøgelse kl. 22.00, hvorved hun fandt, at livmodermunden var 5 cm åben, hvorefter hun prikkede hul på fosterhinderne med udtømmelse af en lille skylle klart fostervand.

Det var nævnets opfattelse, at det var i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard at stimulere veaktiviteten ved at prikke hul på fosterhinderne.

Nævnet lagde til grund, at det var tilstrækkeligt godtgjort, at jordemoderen informerede kvinden om, at hun ville prikke hul på fosterhinderne, inden hun påbegyndte den anden indvendige undersøgelse, eller mens undersøgelsen pågik. Nævnet fandt imidlertid, at hun burde have journalført den information, hun gav kvinden i forbindelse med, at hun prikkede hul på fosterhinderne.

Der blev afgivet dissens i sagen.

## **5 LOVGRUNDLAG**

### **Jordemødre**

Lov om jordemødre (lov nr. 671 af 13. december 1978, med senere ændringer)

§ 8, stk. 1: En jordemoder er under udøvelsen af sin virksomhed forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed.

§ 11, stk. 1: Jordemødre skal føre ordnede optegnelser over deres virksomhed efter nærmere af Sundhedsstyrelsen fastsatte regler.

Ifølge Sundhedsstyrelsens cirkulære nr. 150 af 8. august 2001 om jordemødre, skal jordemoderen føre regelmæssige og tilstrækkelige journaloptegnelser under fødselsforløbet, enten i fødestedets journal eller i sin egen således, at det klart fremgår, hvilke observationer der er foretaget, hvilke behandlinger de eventuelt har resulteret i og hvilke lægemidler, der er anvendt.

Jordemoderen må sikre sig, at alle lægeordinationer indføres med angivelse af indikation, eventuelle lægemidlers navne, dosis og tidspunkt for ordination og for dens udførelse samt angivelse af den ordinerende læges navn. Jordemoderens anvendelse af lægemidler efter bemyndigelse skal ligeledes anføres præcist.

Jordemoderens selvstændige pligt til at føre ordnede optegnelser er således ikke umiddelbart opfyldt ved at lægen fører sygehusets journal.

### **Læger**

Lægeloven (lov nr. 72 af 14. marts 1934 om udøvelse af lægegerning, med senere ændringer).

§ 6: En læge er under udøvelsen af sin gerning forpligtet til at vise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder også ved økonomisk ordination af lægemidler, benyttelse af medhjælp m.v.

§ 13, stk. 2: Sygehuse, klinikker o.lign. er pligtige til at føre ordnede optegnelser over deres behandling af syge og over, hvad der er iagttaget vedrørende de pågældende sygdomstilfælde. Der fastsættes af indenrigsministeren regler for, i hvilket omfang speciallæger skal føre sådanne optegnelser.

§ 22, stk. 1: Den læge, der gør sig skyldig i overtrædelse af de bestemmelser, som indeholdes i eller udfærdiges i medfør af § 4, § 7, stk. 1, § 8, §§ 11-13, § 14, sidste stykke, og § 16, straffes med bøde.

Efter Sundhedsstyrelsens cirkulære nr. 235 af 19. december 1996 er læger forpligtet til at føre ordnede optegnelser i forbindelse med patientkontakter, når der foretages behandling, når forholdene indicerer fortsat kontrol, når der ordineres receptpligtige lægemidler, og når der henvises til undersøgelse og/eller behandling hos anden læge, laboratorium eller sygehus.

Den 1. november 2003 er Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 846 af 13. oktober 2003 om lægers pligt til at føre ordnede optegnelser samt vejledning nr. 118 af 13. oktober 2003 vedrørende lægers journalføring trådt i kraft. Samtidigt er Sundhedsstyrelsens cirkulære nr. 235 af 19. december 1996 blevet ophævet. De nye regler, som hovedsagelig er en kodificering af tidligere gældende regler, er ikke omtalt i denne praksissammenfatning, da der endnu ikke er truffet afgørelser i henhold til reglerne. Afgørelserne i denne praksissammenfatning er truffet efter de lovbestemmelser, der var gældende før den 1. november 2003.

Lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v. (lov nr. 397 af 10. juni 1987, med senere ændringer).

§ 14: Patientklagenævnet kan give udtryk for sin opfattelse af sagen, herunder eventuelt fremsætte kritik over for den pågældende sundhedsperson, eller søge iværksat andre sanktioner.

### **Sygeplejersker**

Lov om sygeplejersker (lov nr. 127 af 25. maj 1956, med senere ændringer).

§ 5, stk. 1: En sygeplejerske er under udøvelsen af sin gerning forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed

### **Information og samtykke**

Lov om patienters retsstilling (lov nr. 482 af 1. juli 1998)

§6: Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov eller af §§ 8-10.

Stk. 2: Patienten kan på ethvert tidspunkt tilbagekalde sit samtykke efter stk. 1.

Stk. 3: Ved informeret samtykke forstås i denne lov et samtykke, der er givet på grundlag af en fyldestgørende information fra sundhedspersonens side, jf. § 7.

Stk. 4: Et informeret samtykke efter dette kapitel kan være skriftligt, mundtligt eller efter omstændighederne stiltiende.

stk. 5: Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om samtykkets form og indhold.

§ 7: Patienten har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger.

Stk. 2: Patienten har ret til at frabede sig information efter stk. 1.

Stk. 3: Informationen skal gives løbende og give en forståelig fremstilling af sygdommen, undersøgelsen og den påtænkte behandling. Informationen skal gives på en hensynsfuld måde og være tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger med hensyn til alder, modenhed, erfaring m.v.

Stk. 4: Informationen skal omfatte oplysninger om relevante forebyggelses-, behandlings- og plejemuligheder, herunder oplysninger om andre, lægeligt mere forsvarlige behandlingsmuligheder, samt oplysninger om konsekvenserne af, at der ingen behandling iværksættes. Informationen skal være mere omfattende, når behandlingen medfører nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger.

Stk. 5: Skønnes patienten i øvrigt at være uvidende om forhold, der har betydning for patientens stillingtagen, jf. § 6, skal sundhedspersonen særligt oplyse herom, medmindre patienten har frabedt sig information, jf. stk. 2.

Stk. 6: Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om informationens form og indhold.

## 6 SAGSOVERSIGT

Sag 1 (ref. sag 6) Klage over, at fødsel først blev sat i gang 17 dage efter termin (0019604P) .....	11
Sag 2 Indberetning vedrørende manglende erkendelse af svangerskabsforgiftning (0126201P).....	12
Sag 3 Klage over for lang igangsættelse (0019601P) .....	14
Sag 4 Klage over uhensigtsmæssig opfølgning på manglende fostervand (0231520P) .....	16
Sag 5 Klage over, at kvinden gik tre uger over termin (0127703A).....	17
Sag 6 (ref. sag 1) Klage over, at fødsel først blev sat i gang 17 dage efter termin (0019504P) .....	19
Sag 7 Klage over, at der blev foretaget et forkert fosterskøn (0020605P).....	21
Sag 8 Klage over manglende erkendelse af underkropsstilling (0020604P) .....	21
Sag 9 Klage over manglende erkendelse af underkropsstilling (0021020P) .....	22
Sag 10 Klage over, at droppet gav vestorm (0123130P) .....	23
Sag 11 (ref. sag 32) Klager over forkert behandling ved fødslen (0235606P) .....	25
Sag 12 (ref. sag 33) Klage over, at jordemoderen ikke sikrede hurtig afslutning af fødslen (0127314P).....	27
Sag 13 Klage over, at jordemoderen ikke tilkaldte læge (0018130P) .....	29
Sag 14 Klage over manglende tilkald af læge med henblik på kejsersnit (0124603P).....	31
Sag 15 Klage over manglende tilkald af læge (0123128P).....	33
Sag 16 Klage over, at kejsersnit ikke blev udført umiddelbart efter ordinationen (0234028A).....	36
Sag 17 Klage over, at der gik for lang tid fra kejsersnittet blev ordineret til det blev udført (0127703P).....	37
Sag 18 Klage over, at overlægen ikke udførte kejsersnittet straks efter ordinationen (0019424P)...	38
Sag 19 (ref. sag 55) Klage over, at der ikke tidligere i forløbet blev ordineret kejsersnit på grund af grønt fostervand (0122602P) .....	39
Sag 20 Klage over, at der ikke tidligere i forløbet blev ordineret kejsersnit ved en tvillingefødsel (0123106A) .....	40
Sag 21 Klage over, at lægen, trods gentagne opfordringer fra jordemoderen, ikke ordinerede kejsersnit (0020809A).....	42
Sag 22 Klage over, at der ikke tidligere blev ordineret kejsersnit, hvilket resulterede i hjerneskade hos barnet (0123214P) .....	43
Sag 23 (ref. sag 42 og 54) Klage over, at der ikke blev ordineret kejsersnit (0123105A) .....	44
Sag 24 Klage over mislykket igangsætning uden ordination af kejsersnit (0020712P) .....	45
Sag 25 (ref. sag 59) Klage over kejsersnit betinget af sterilisation (0125506P).....	46
Sag 26 Klage over læsion på blære i forbindelse med kejsersnit (0123511P).....	48
Sag 27 Klage over sammensyning af urinlederen i forbindelse med kejsersnit (0230706A).....	49

Sag 28 Klage over, at rift på tarm i forbindelse med kejsersnit ikke blev opdaget og syet straks (0021023P).....	49
Sag 29 Klage over beskadigelse af nerve i forbindelse med et kejsersnit (0235127P) .....	50
Sag 30 Klage over, at kejsersnit ikke blev foretaget korrekt (0020711P) .....	51
Sag 31 Klage over forkert udført kejsersnit (0234010P) .....	52
Sag 32 (ref. sag 11) Klage over kopforløsningen (0235606P) .....	55
Sag 33 ( ref. sag 12) Klage over kopforløsningen (0127314P) .....	55
Sag 34 Klage over pådragelse af rift i skeden i forbindelse med anlæggelse af sugekop (0231011P) .....	56
Sag 35 Klage over anvendelse af en defekt sugekop (0235608P) .....	57
Sag 36 Klage over sugekopper (0021018P).....	58
Sag 37 Klage over fødselsforløb, idet barnets ene skulder sad fastklemt (0233315P).....	59
Sag 38 ( ref. sag 56) Klage over fødselsforløb, idet den ene arm brækkede (0123710P) .....	60
Sag 39 (ref. sag 64) Klage over fødselsforløb, idet der opstod en bristning (0235601A) .....	62
Sag 40 Klage over, at der ikke blev anlagt klip i mellemkødet, samt at der blev lagt bedøvelse (0230729A).....	62
Sag 41 Klage over, at sammensyning af bristning ikke blev udført korrekt (0124112P).....	63
Sag 42 (ref. sag 23 og 54) Klage over manglende behandling af sprængning af endetarmslukkemusklens (0123105A) .....	64
Sag 43 Klage over at syning af sprængning ikke blev foretaget korrekt, idet der fremkom en løs hudlap i skedeindgangen (0125504P).....	65
Sag 44 Klage over forkert sammensyning efter anlagt klip i mellemkødet (0125501P).....	66
Sag 45 Klage over, at bristning ikke blev syet korrekt (0232524P) .....	66
Sag 46 Klage over, at bristning ikke blev syet korrekt (0122304P) .....	67
Sag 47 Klage over, at lægen ikke opdagede tillukning af endetarmen på nyfødt(0235125P).....	69
Sag 48 Klage over, at læge og jordemoder ikke opdagede tillukning af endetarmen (0232522P)....	70
Sag 49 Klage over utilstrækkelig undersøgelse af nyfødt (0124011A) .....	72
Sag 50 Klage over manglende erkendelse af skæv næse hos nyfødt (0020606P) .....	73
Sag 51 Klage over manglende erkendelse af hofteskred hos nyfødt (0234029P) .....	73
Sag 52 Klage over manglende indgift af anti-D efter fødsel (0129902A).....	76
Sag 53 Klage over manglende indgift af anti-D efter abort (0230020P) .....	77
Sag 54 (ref. sag 23 og 42)Klage over urigtig information om vestimulation (0123105A).....	79
Sag 55 (ref. sag 19) Klage over manglende information om behandling under fødsel og barnets tilstand (0122602P).....	80
Sag 56 (ref. sag 38) Klage over manglende information (0123710P) .....	81
Sag 57 Klager over manglende information (0125502P) .....	82
Sag 58 (ref. sag 62) Klage over manglende informeret samtykke forinden kejsersnit (0233313A) .	84

Sag 59 (ref. sag 25) Klage over afgivelse af samtykke til sterilisation på et forkert grundlag og under forkerte omstændigheder (0125506P).....	85
Sag 60 Klage over, at lægen ikke indhentede et gyldigt samtykke til sterilisation forud for kejsersnit (0128329P).....	86
Sag 61 Klage over, at der blev foretaget sterilisation i forbindelse med kejsersnit (0128625P) .....	87
Sag 62 (ref. sag 58) Klage over, at der blev foretaget kejsersnit (0233313A).....	88
Sag 63 Klage over jordemoderens utilstrækkelige journalføring (0231013P) .....	91
Sag 64 (ref. sag 39) Klage over journalføringen (0235601A) .....	92