

Udskriftsdato: 14. december 2025

KEN nr 10611 af 20/12/2008 (Gældende)

Klage over utilstrækkelig bedømmelse i forbindelse med kejsersnit

Ministerium: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Journalnummer: Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, j. nr. 0870212

Klage over utilstrækkelig bedøvelse i forbindelse med kejsersnit

Patientklagenævnet finder grundlag for at kritisere speciallæge i anæstesiologi <*> for hans behandling af <*> den 15. juli 2005 på Sygehus X, jf. lægelovens § 6.

Hændelsesforløb

Den 15. juli 2005 var <*> indlagt til fødsel på Sygehus X.

Da lægen havde mistanke om, at barnet ikke kunne trænge ned i fødselsvejen, ordinerede hun kejsersnit.

Bedøvelsen i forbindelse med operationen blev udført af læge <*>, som indledningsvist besluttede, at kejsersnittet skulle udføres i epiduralbedøvelse. Trods flere indsprøjtninger i epiduralen konstaterede han, at <*> ikke var fuldt smertedækket, og han skiftede derfor til fuld bedøvelse.

Efter operationen havde <*> og hendes ægtefælle en samtale med den læge, som ordinerede kejsersnittet, da de var meget opførte over, at hun ikke havde været ordentlig bedøvet under operationen.

Klagen

Der er klaget over følgende:

At <*> ikke modtog en korrekt behandling af anæstesiologen den 15. juli 2005 på gynækologisk-obstetrisk afdeling, Sygehus X.

<*> har hertil oplyst, at hun fik foretaget planlagt kejsersnit i lokalbedøvelse. Hun har hertil anført, at anæstesiologen ikke foretog en tilstrækkelig epiduralbedøvelse af hende. Videre har hun anført, at lægen nægtede at anlægge fuld bedøvelse, selvom hun havde meget kraftige smerter, fordi epiduralbedøvelsen ikke havde tilstrækkelig virkning. Hun har endvidere oplyst, at anæstesiologen nægtede fuld bedøvelse, på trods af at anæstesisygeplejersken og den opererende læge anbefalede dette.

Nævnets afgørelse af klagen

Læge <*> har overtrådt lægelovens § 6 ved sin behandling af <*> den 15. juli 2005 på Sygehus X.

Begrundelse

Det fremgår af journalen, at <*> var indlagt på Sygehus X til fødsel den 15. juli 2005. Ved undersøgelse om aftenen havde lægen mistanke om høj, lige stand (det vil sige, at barnet ikke kunne trænge ned i fødselsvejen og fødes på sædvanlig vis), og hun ordinerede derfor kejsersnit (sectio), som skulle foregå i fuld bedøvelse (universel anæstesi).

Det fremgår videre af journalen, at læge <*> havde ansvaret for bedøvelsen. Han konstaterede, at <*> tidligere på dagen havde fået lagt et epiduralkateter med god virkning, og han valgte derfor at forstærke denne bedøvelse med 10 ml 0,5 % Marcain (lokalbedøvende lægemiddel) og 10 ml 0,25 % Marcain, hvilket han senere supplerede med yderligere 10+10 ml 0,25 % Marcain. I journalen har han noteret, at bedøvelsen tilsyneladende havde god effekt.

Læge <*> har videre noteret i journalen, at <*> var nervøs, og at hun på et ret sent stadie klagede over smerter i skeden. Hun blev derefter lagt i fuld bedøvelse, idet hun fik gentagne doser af sovemidlet Tiomebumal (Thiopenthal og Pento), i alt 500 mg. Hun fik desuden nedlagt en larynxmaske (LM, plastikrør via munden ned til luftvejene), hvor lægen gav hende det luftbårne anæstesiolægemiddel Sevofluran.

Efter fødslen fik hun ifølge anæstesijournalen det smertestillende lægemiddel Haldid (Fentanyl) 0,1 mg samt Rapifen (Alfentanil) 0,5 mg.

Af fødselslægens journal følger det, at <****> flere gange tydeligt viste, at hun havde smerter (vånder sig) under operationen, og at læge <****> (anæstesen) flere gange gav ekstra doser i epiduralkateteret, før hun til sidst blev lagt i fuld bedøvelse, så operationen kunne fortsættes.

Læge <****> har til sagen oplyst, at de ventede nogle minutter efter indgivelse af den første dosis Marcain, inden operationen blev påbegyndt ved afspritning af <****>. Han oplyser videre, at hun var tydeligt nervøs, da hun kunne mærke afspritningen, hvilket han forklarede hende skete ofte, idet han samtidig oplyste, at berøring og nogle gange ubehag stadigvæk kunne mærkes ved en epiduralbedøvelse.

Nævnet kan oplyse, at rygmarsbedøvelse anses for at være førstevalg til et kejsersnit med den angivne indikation. Årsagen til dette er, at rygmarsbedøvelsen i opgørelser, bl.a. fra England, har vist sig at være fulgt af færre alvorlige komplikationer end fuld bedøvelse. En ulempe ved rygmarsbedøvelsen er dog, at det tager længere tid fra patienten kommer til operationsstuen, og til barnet er ude, end det tager ved en fuld bedøvelse. Hvis operatøren anser, at man ikke kan vente på, at en rygmarsbedøvelse virker, er førstevalget derfor at give patienten fuld bedøvelse.

Nævnet kan endvidere oplyse, at forstærkning af en allerede anlagt smerteblokade anses for at være førstevalg som rygmarsbedøvelse.

Det er nævnets vurdering, at læge <****> som førstevalg relevant valgte at forstærke den allerede anlagte epiduralbedøvelse, da han vurderede, at der var tid til at vente på, at bedøvelsen virkede.

Nævnet kan oplyse, at det ifølge litteraturen i gennemsnit tager mellem 5 og 20 minutter, fra man begynder injektionen af lægemidlet, til der er fuld effekt. Nogle gange tager det endnu længere tid. Tidsintervallet er afhængig af det anvendte lokalbedøvelsesmiddel, og lægemidlet Marcain er det lægemiddel, der er længst tid om at virke. Det er derfor meget varierende, hvor hurtigt efter indgift af dette lægemiddel, at man kan starte operationen. Det anbefales, at anæstesiologen anvender lægemidlet Marcain i koncentrationen 0,5 %, idet koncentrationen 0,25 % ikke anses for at være tilstrækkelig stærk til at kunne give bedøvelse ved kejsersnit. Hvis lægemidlet Marcain anvendes i lav koncentration, er udbredelsen af bedøvelsen yderst varierende, og i undersøgelser er det fundet, at mange af patienterne har behov for supplerende af bedøvelsen, når de angivne doseringer er anvendt. Det kan desuden ikke anbefales at anvende Marcain i de blandende koncentrationer ved forstærkning af en tidligere anlagt epiduralbedøvelse.

Det er nævnets vurdering, at den anvendte blanding af koncentrationer af Marcain ved bedøvelsen af <****> sædvanligvis ikke vil være tilstrækkelig stærk bedøvelse i forbindelse med forstærkning af den tidligere anlagte epiduralbedøvelse.

Det er derfor nævnets vurdering, at læge <****> anvendte utilstrækkelige doser af Marcain, og han sikrede dermed ikke, at <****> blev tilstrækkelig bedøvet.

Nævnet kan yderligere oplyse, at bedøvelsens anslag kan og skal testes før operationsstart, enten ved at undersøge for nedsat følsomhed for kulde, eller ved at undersøge for smerte ved stik med en tynd nål. Dette skal undersøges, inden anæstesiologen kan tillade kirurgen at starte operationen. I lærebøger angives, at bedøvelsen skal dække på begge sider og have en omfatning, der strækker sig op over det såkaldte Th4-6 niveau. Dette niveau angiver, at lokalbedøvelsen for at være tilstrækkelig skal strække sig op til midt på brystbenet.

Medmindre man tester effekten af rygmarsbedøvelsen, er der ingen mulighed for at vide, om bedøvelsen er tilstrækkelig. Hvis patienten ved testningen angiver smerte eller kuldefornemmelse, er bedøvelsen ikke tilstrækkelig. Først når anæstesiologen har sikret sig, at bedøvelsen virker, kan kejsersnittet starte.

Det er nævnets vurdering, at <****> blev testet for kulde- og smertepåvirkning, og at det derved burde være konstateret, at hun ikke var tilstrækkeligt bedøvet.

Det var efter nævnets vurdering derfor under normen for almindelig anerkendt faglig standard, at læge <****> undlod at sikre sig, at der var den fornødne effekt af rygmarsbedøvelsen, inden han tillod operatøren at starte operationen.

Nævnet kan oplyse, at der ikke har været klare retningslinjer for, hvordan anæstesilægen skal agere, når rygmarsbedøvelsen ikke virker ved kejsersnit. De allerfleste anæstesilæger vil uden tøven vælge straks at give fuld bedøvelse. Dette af hensynet til moderen og for at sikre, at hun ikke skal have ondt under operationen. Enkelte vil vurdere den enkelte situation og på baggrund af et skøn vælge, om der skal gives fuld bedøvelse eller suppleres med smertestillende medicin i blodbanen. Årsagen til denne tøven er, at fuld bedøvelse til kejsersnit er behæftet med sjældent forekommende, men meget alvorlige komplikationer. Nogle anæstesilæger vil derfor altid forsøge at supplere lokalbedøvelsen med smertestillende medicin givet i blodbanen, inden fuld bedøvelse vælges. Uanset hvilken metode, der vælges, skal anæstesilægen være sikker på, at patienten får en tilstrækkelig bedøvelse med tilstrækkelig smertelindring.

Det er nævnets vurdering, at læge <****> anvendte anerkendte lægemidler ved bedøvelsen af <****>.

Nævnet kan oplyse, at lægemidlet Tiomebumal kan anvendes som sovemiddel, men det har ikke nogen smertestillende effekt. Tiomebumal anvendes ved indledning af fuld bedøvelse til kejsersnit. I henhold til normen for almindelig anerkendt faglig standard gives der en dosis, der er tilstrækkelig til i løbet af 20 - 40 sekunder at få patienten til at falde i søvn. Ved at give lægemidlet i gentagne mindre doseringer opnås ikke umiddelbart, at patienten falder i søvn. Metoden med at give gentagne små doser Tiomebumal anvendes derfor ikke til indledning af fuld bedøvelse ved kejsersnit.

Det er nævnets vurdering, at læge <****>s anvendelse af Tiomebumal ikke sikrede en tilstrækkelig smertelindring af <****>, da lægemidlet ikke har nogen smertelindrende effekt, ligesom hans anvendelse af præparatet i små doser ikke var egnet til indledning af fuld bedøvelse, da hun derved ikke umiddelbart ville falde i søvn.

Endeligt kan nævnet oplyse, at anæstesiologen skal sikre sig, at patienten har frie luftveje og får tilstrækkelig med ilt under bedøvelsen, hvis der vælges fuld bedøvelse. For at opnå dette skal der placeres et plastkrør ned i patientens luftveje (intubation), hvorved man sikrer sig, at der ikke kan komme overløb af maveindhold op via spiserøret og ned i lungerne. Det anses ikke at være tilstrækkeligt sikkert at anlægge et plastkrør ned til luftvejene (larynxmaske), idet denne larynxmaske ikke slutter helt tæt omkring luftvejene. Derved kan en larynxmaske ikke hindre, at der kan komme overløb af maveindhold op via spiserøret og ned i lungerne. En larynxmaske kan anvendes, såfremt det har vist sig at være umuligt at føre plastkrøret ned i patientens luftveje (intubere).

Det er nævnets vurdering, at læge <****>s anvendelse af larynxmaske ved intubation af <****> ikke var tilstrækkelig sikker, da denne metode ikke hindrer overløb af maveindhold til lungerne, og da journalen i øvrigt ikke indeholder oplysning om, at det var umuligt at intubere hende.

På denne baggrund finder nævnet, at læge <****> handlede under normen for almindelig anerkendt faglig standard ved sin behandling af <****> den 15. juli 2005.