

Avdelning öst
Lotte Hidemo
lotte.hidemo@ivo.se

Barnbördshuset i Praktikertjänst AB
BB Sophia
Chefläkaren
114 86 STOCKHOLM

Vårdgivare

Barnbördshuset i Praktikertjänst AB,
BB Sophia

Anmälare

Per Bodén, företräd av Advokatbyrån Michael Lindblom

Ärendet

Klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, avseende handläggningen av en förlossning. Kvinnan drabbades av cirkulationskollaps och avled senare p.g.a. hjärnskador orsakade av syrebrist.

Vårdgivaren har anmält händelsen enligt lex Maria, dnr. 8.1.1-24362/2014.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har på eget initiativ utrett handläggningen av kvinnans graviditet vid Barnmorskemottagningen Norrtälje, Vårdbolaget TioHundra AB, dnr. 8.5-6625/2015.

Beslut

IVO avslutar ärendet med kritik mot vårdgivaren.

Skälen för beslut

IVO avslutar ärendet med kritik mot vårdgivaren enligt 3 kap 1 § PSL för att inte i tillräcklig omfattning ha planerat, lett och kontrollerat verksamheten på ett sådant sätt att den uppfyller kravet på god och säker vård, i enlighet med kraven i 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

1. Ur obstetrisk synvinkel finner IVO följande brister:

- a. Det framgår inte av dokumentationen att en riskbedömning har gjorts utifrån patientens riskfaktorer i sjukhistorien och aktuell status

- b. läkarbedömningen gjordes för sent i det utdragna förlossningsförloppet
- c. samverkan mellan läkare, barnmorskor och patient/närstående brast, vilket förorsakade en fördröjning på cirka fem minuter innan cirkulationskollapsen diagnostiserades.

2. Ur anesthesiologisk och intensivvårdsmässig synvinkel bedömer IVO att:

- a. hälso- och sjukvårdspersonalen har agerat i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet vid och efter diagnostiseringen av patientens cirkulationskollaps
- b. verksamheten har organiserats och bedrivits på ett patientsäkert sätt

Två komplikationer samtidigt

IVO konstaterar att förlossningen komplicerades av värksvaghet och skulderdystoci (efter huvudets framfödande har barnets axlar hakat fast i moderns bäcken). I samband med lösningen av barnets axlar fick patienten cirkulationskollaps. Den var sannolikt inte en direkt effekt av skulderdystocin. Det var två allvarliga komplikationer som skedde samtidigt och såvitt IVO känner till, finns det inte tidigare beskrivet i litteraturen, att en kvinna avlidit som en följd av skulderdystoci. IVO konstaterar att en cirkulationskollaps under pågående förlossning är en extremt ovanlig händelse. Den inträffade i samband med att personalen i det akuta läget fokuserade på att åtgärda skulderdystocin, vilket är ett livshotande tillstånd för barnet.

IVO finner dock att det inte går att utesluta, att det var åtgärder i samband med skulderdystocin som har påverkat patienten negativt. Eventuellt kan ett relativt planläge med sängens huvudända och en kort moder med stor mage ha förstärkt eller orsakat ett venacavasindrom (blodtrycksfall till följd av livmoderns tryck på de stora blodkärlen). De doser av det värkstimulerande läkemedlet oxytocin, som hade getts i samband med att sugklockan anlades var höga men inom acceptabla gränser. Oxytocin kan ge blodtrycksfall och om patienten får blodtrycksfall på grund av venacavasindrom, är det tänkbart, att de två faktorerna förstärkte varandra och tillsammans orsakade patientens cirkulationskollaps.

1a.

Riskbedömning utifrån patientens sjukhistoria och aktuell status

IVO finner det bristfälligt att det inte hade dokumenterats någon sammantagen riskbedömning, utifrån patientens anamnes och aktuella

status vid ankomsten till förlossningsavdelningen. Enligt 3 kap. 2 och 6 §§ patientdatalagen (2008:355) PDL är syftet med att föra en patientjournal i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Den ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård. IVO anser att en adekvat riskbedömning, en optimal kommunikation mellan barnmorskan och läkaren samt vidtagen läkarbedömning kunde möjliggjort, att ett kejsarsnitt hade kunnat övervägas tidigare under förlossningsförloppet, än då sugklockan anlades.

Verksamheten har uppgett att patienten bedömdes vid telefonkontakten och vid ankomsten som "Normalpatient GRÖN" enligt verksamhetens "Riktlinjer för riskbedömning inför förlossning på BB Sophia". Därmed fanns inga hinder att föda där. I verksamhetens interna utredning "Händelseanalys" påpekas att en planering av förlossnings-sätt hade kunnat övervägas redan på mödravården, där patienten var inskriven. IVO anser att bedömning och planering av fortsatt förlopp också borde ha skett när patienten kom in till förlossningsavdelningen.

Enligt IVO:s bedömning var patienten redan vid ankomsten en riskpatient ur förlossningssynpunkt, varför en utökad observans relaterad till förlossningsprogressen skulle ha varit befogad. IVO finner att även om graviditeten bedömts som en normal IVF-graviditet (så kallad provrörsbefruktning) vid mödravården, så borde det ha varit uppenbart att den korta (154 cm) patienten väntade ett misstänkt stort barn, med anledning av den stora magen och de dokumenterade SF-måtten (symfys-fundus, ett mått på livmoderns tillväxt) i mödravårdsjournalen. Ytterligare en komplicerande faktor var att patienten var överviktig med BMI 29. Det framgår både av händelseanalysen och av chefläkarens kompletterande svar i ärendet enligt lex Maria, att barnmorskan redan vid ankomsten planerade för att en kollega skulle bistå under krystningsskedet, med anledning av det misstänkt stora barnet.

Enligt klinikens PM om skulderdystoci är ett förväntat stort barn med fostervikt över 4500g en utav riskfaktorerna för skulderdystoci. Det anges att de stora barnen bör identifieras innan förlossningen, även om de flesta fallen av skulderdystoci inträffar utan riskfaktorer. I riktlinjen framgår vidare att om barnet viktskattats före förlossningen till över 4500 gram och en komplikation tillkommer under pågående förlossning, ska akut kejsarsnitt göras. IVO konstaterar att det inte utfördes någon viktskattning inför förlossningen på mödravården. Även om PM för hinnbräckning och värkstimulering följts så saknas en dokumenterad helhetsbedömning av patienten, i relation till patientens

dokumenterad helhetsbedömning av patienten, i relation till patientens sjukhistoria vid ankomsten, en klinisk bedömning av barnets storlek och tillkommen värksvaghet.

1b.

Läkarbedömningen gjordes för sent i det utdragna förlossningsförloppet

IVO anser att en riskbedömning kan behöva uppdateras och ändras under pågående förlossning. IVO bedömer att oavsett avsaknad av PM för detta, så borde en läkarbedömning av patienten ha gjorts under natten då förlossningsprogressen avstannade och värkförstärkande åtgärder som hinnbräckning och insättande av värkförstärkande dropp vidtogs. Patienten hade kraftiga krystimpulser redan när föregående fosterdel, huvudet stod strax nedom spinalplanet. Vid avvikelser i förloppet av detta slag kan disproportion (missförhållande mellan bäckenets och barnets storlek) föreligga.

I Socialstyrelsens (SoS) kompetensbeskrivning (2006) för den leg. barnmorskan framgår bland annat att barnmorskan ska ha förmåga att självständigt handlägga normal graviditet och förlossning samt kunna identifiera och bedöma avvikelser från normala förlopp. Vid avvikelse från det normala ska läkare tillkallas. IVO bedömer att denna patient borde ha läkarbedömts redan vid ankomsten till förlossningen och/eller senast vid ordinationen av det värkförstärkande droppet.

IVO konstaterar att när läkaren tillkallades för att avsluta förlossningen med en sugklocka, så var det rimligt att försöka med detta. Enligt journaldokumentationen var det först då patienten läkarbedömdes. I journalen beskrivs det som en utgångsklocka då fosterhuvudet skymtades, men det framgår inte tydligt i dokumentationen var vertex (den ledande delen av barnets huvud) befann sig, då en svullnad på barnets huvud hade tillkommit, en så kallad fostersvulst. Fosterhuvudet följde dragningen med sugklockan, även om det blev ett klocksläpp. Efter tre dragningar inom tio minuter, framföddes huvudet. Det är inom acceptabla gränser och handläggningen med sugklocka har utförts enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

1c.

Samverkan mellan personalen och patient/närstående brast, vilket förorsakade en fördröjning på cirka fem minuter innan cirkulationskollapsen diagnostiserades.

IVO anser att en väl implementerad kommunikationsmodell och tydlig ledningsfunktion, kunde ha möjliggjort att signalerna både från undersköterskan och från den blivande pappan att patienten var okontaktbar, hade uppfattats av ledningsansvarig och övriga teammedlemmar.

IVO riktar kritik mot vårdgivaren enligt 3 kap. 1 § PSL för att inte i tillräcklig omfattning ha planerat, lett och kontrollerat verksamheten på ett sådant sätt att den uppfyller kravet på god och säker vård. IVO konstaterar att vårdgivaren inte har säkerställt att verksamhetens personal arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet i enlighet med 6 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9).

Enligt händelseanalysen ingick teamträning avseende sugklocka, skulderdystoci och hjärt-lungräddning (HLR) av vuxen, som en del av introduktionen inför öppnandet av BB Sophia. IVO har kännedom om att verksamheten använder sig av kommunikationsmodellen SBAR vid överrapportering och rondarbete. IVO konstaterar att SBAR även kan användas vid akuta situationer, som kräver snabba beslut och åtgärder, då modellen ger möjlighet att lämna och ta emot information snabbt och strukturerat. För att verktyget ska fungera krävs utbildning, implementering samt stöd från ledningen.¹

När barnets huvud fötts fram konstaterades att skulderdystoci förelåg. Systematiska åtgärder i enlighet med etablerade riktlinjer och klinikens PM vidtogs. För att lösa barnets skuldror försökte teamet få patienten i fyrfota ställning. Det gick dock inte, då hon var okontaktbar. Enligt anmälan försökte maken påtala för personalen att något var fel, men han fick ingen respons. Efter framfödandet av barnet konstaterades att patienten var medvetslös.

Det ingår i god vård och ett professionellt förhållningssätt att så långt som möjligt samarbeta och ha kontakt med patienten vid till exempel en spontan vaginal förlossning, vid vaginala undersökningar eller när sugklocka används. Ur en patients synvinkel kan dragning med sugklocka, och/eller lösning av skulderdystoci vara en traumatisk upplevelse. För att utstå den kan patienten, så att säga "gå in i sig själv", ligga passiv och till synes utslagen och vara svårkontaktad, men

¹ Vårdhandboken <http://www.vardhandboken.se/Texter/Teamarbete-och-kommunikation/Situation-Bakgrund-Aktuell-bedomning-Rekommendation---SBAR/>

det ursäktar inte att ingen försöker hålla kontakt med henne. Vid användandet av sugklocka är det viktigt, att mammans värkar och krystning samordnas med dragningarna. Vid lösning av skulderdystoci, vill man undvika onödigt tryck uppifrån när manövrar ska utföras, varför kontakt och samarbete med patienten så gott det går är viktigt.

I verksamhetens händelseanalys framgår att en personal i rummet under arbetet med att lösa skulderdystoci, uppfattade att patienten verkade okontaktbar och att mannen gestikulerade. Detta resulterade dock inte i att någon från personalen/teamet kring patienten vidtog några åtgärder.

Att en patient drabbas av skulderdystoci innebär inga extra krav på övervakning av hennes vitalparametrar, såsom puls, blodtryck eller andning. HLR (hjärt- lungräddning) av en höggravid kvinna försvåras av livmoderns tryck mot stora kärl och som framgår av verksamhetens riktlinjer, bör man förlösa omedelbart. Det pågick i det här fallet. HLR kan möjligen underlättas innan kvinnan är förlöst om livmodern kan föras åt sidan eller patienten vinklas i sidoläge vilket inte är helt enkelt i en sådan situation.

IVO kan liksom vårdgivaren konstatera att patientens allvarliga tillstånd borde observerats tidigare. Hur mycket det påverkat utgången är dock oklart, men förutsättningarna hade möjligen varit bättre. IVO finner det inte förenligt med god vård, att kontakten med patienten brast under det akuta skedet när skulderdystoci löstes. Det är inte rimligt, att patienten varit okontaktbar i fem minuter eller mer, utan reaktion eller åtgärd från personalen. Detta trots att personal uppmärksammat att hon inte var kontaktbar och att maken har signalerat. IVO finner det troligt att de som befann sig på rummet drabbades av tunnelseende, vilket innebär att medvetandet är inriktat på en enda sak, i detta fall att lösa skulderdystoci, och man är avskärmad från omvärlden i övrigt. Detta är ett känt fenomen inom patientsäkerhetsområdet.

Det är sedan länge känt att en stor del av misstagen som sker inom sjukvården, kan relateras till brister i kommunikationen. För att säkerställa god vård i akuta situationer, krävs samarbete innefattande god kommunikation med regelbundna avstämningar samt tydliga roller för medlemmarna i akutteamet. Ledaren ska organisera teamet, fördela arbetet, lyssna på teammedlemmarna och klargöra situationen så att alla i teamet är informerade. Alla i teamet är ansvariga för patienten och

alla har lika stort ansvar att meddela sina observationer samt säga till om något är fel.²

När det gäller kommunikation och ledning av arbetet, ger verksamheten en beskrivning av hur ansvaret för att utföra handgreppen vid lösningen av skulderdystoci, fördelades från barnmorska 1 till barnmorska 2 och vidare till obstetriker 2. IVO tolkar det inte som ett klargörande av ledningsansvaret under skulderdystoci, utifrån verksamhetens ledningssystem. I verksamhetens riktlinjer om skulderdystoci framgår inget om ansvar för ledningsfunktion. I träning enligt ALSO utförs handgreppsövningar och falldiskussioner. Enligt IVO:s kännedom ingår inte träning av kommunikation och ledningsfunktion i samband med detta, dock finns det vårdgivare som lagt till detta i teamträning enligt ALSO-konceptet.

För att undvika liknande situationer i framtiden har vårdgivaren upprättat en ny rutin, att vid komplicerade förlossningar avdela en person, vars enda uppgift är att övervaka patienten. IVO framhåller dock att för att rutinen ska få önskad effekt förutsätter det, att kommunikationen mellan den avdelade personen och den ledningsansvariga fungerar.

2a och b

Återupplivningen av patienten

Ur anesthesiologisk och intensivvårdsmässig synvinkel bedömer IVO att hälso- och sjukvårdspersonalen har agerat i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet vid och efter diagnostiseringen av patientens cirkulationskollaps samt att verksamheten har organiserats och bedrivits på ett patientsäkert sätt.

IVO finner att vården kring återupplivningen har getts enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Utifrån tillgängliga handlingar framkommer, att efter det att patienten konstaterades vara medvetslös kl. 09.52 påbörjades basal HLR av förlossningsläkaren på salen. Akutteamet tillkallades genom grupplarm kl. 09.53.30. Akutteamet anlände kl. 09.54. IVO bedömer att det beskrivna förloppet inte har varit avvikande, utan patienten har mycket snabbt fått avancerad hjärt-lungräddning (A-HLR). Den avancerade hjärt-lungräddningen har också i allt vad som framkommer genomförts i enlighet med vetenskap

² Vårdhandboken <http://www.vardhandboken.se/Texter/Teamarbete-och-kommunikation/Situation-Bakgrund-Aktuell-bedomning-Rekommendation---SBAR/>

och beprövad erfarenhet, och inget avvikande framkommer i handlingar eller dokumentation.

Den efterföljande intensivvården på operationssalen inför transport, har enligt IVO:s mening genomförts enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Cirkulationen stabiliserades med vätske- och blodersättning styrt utifrån upprepade blodgaser och ekokardiografi hjärta. Respiratorbehandling påbörjades och bronkoskopi genomfördes för att avlägsna aspirerat maginnehåll. Patientens kroppstemperatur kunde hållas runt 36 grader. Inom 45 minuter från inträffat hjärtstopp togs kontakt med CIVA, en intensivvårdsavdelning med hög obstetrisk kompetens, vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna. Patienten överflyttades dit och anlände med stabila vitalfunktioner inom tre timmar från det hjärtstoppet inträffade.

IVO konstaterar att verksamheten har adekvata skriftliga rutiner gällande bland annat hjärtstopp hos gravid kvinna och larmkedja vid hjärtstopp. Akutlarm vuxen omfattar grupplarm till narkosläkare, narkossjuksköterska, operationssjuksköterska, förlossningsjour och barnläkare (neonatalog). I tillgängliga handlingar framkommer inget som talar för att det tagit för lång tid eller att personalen inte haft kunskap om vad som ska göras, när det hade konstaterats att patienten var medvetslös och saknade spontan cirkulation. Akutteamet anlände och avancerad HLR påbörjades två minuter efter det att cirkulationskollapsen konstaterades.

Tillämpliga bestämmelser

- 2 a § hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
- 3 kap. 1 § och 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) PSL
- 3 kap. 2 och 6 § § patientdatalagen (2008:355), PDL
- 4 kap. 2, 4 och 6 § § samt 6 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Bakgrund och beskrivning av ärendet

Den 9 september 2014 tog IVO emot en anmälan om fel i vården. Anmälan handlar om omständigheterna kring en förlossning, med komplikationerna värksvaghet och skulderdystoci. Patienten drabbades

av cirkulationskollaps i samband med att akuta åtgärder vidtogs för att lösa barnets axlar, så att det kunde födas fram.

Anmälaren, som är närstående till modern/ patienten ifrågasätter varför hjärt- och lungräddningen kom igång så sent och om utgången inte kunnat förväntas sluta lyckligare, om man varit mer strukturerad vid förlossningen och akutsituationen. Anmälaren bifogade ett antal frågor kring handläggningen av förlossningen, vilka har kommunicerats till och besvarats av vårdgivaren.

Händelsen rör en 38-årig förstföderska med långvarig infertilitet, där aktuell graviditet skett efter så kallad provrörsbefruktning (IVF). Kända komplicerande patientfaktorer var en måttlig övervikt, BMI 29, och måttlig kortvuxenhet, 154 cm.

I början av graviditeten var blodtrycket förhöjt, vilket föranledde läkarbedömning med planering av extra blodtryckskontroller och kontroll av fostertillväxt med ultraljud i graviditetsvecka 32. Blodtryckskontrollerna visade väsentligen normalt blodtryck. Ultraljudsundersökningen i graviditetsvecka 32 visade en fostertillväxt på + 11 procent, vilket ligger inom normalområdet.

Från graviditetsvecka 27 -28 var SF-måttet (symfys fundus, ett mått på livmoderns tillväxt) stigande och patienten hade sedan graviditeten ut ett SF-mått, som låg betydligt över normalvärdet. Graviditeten bedömdes i graviditetsvecka 37, som en normal IVF-graviditet.

Patienten kom i fullgången graviditet, in till BB Sophia kl. 23.00 på grund av värkar. Modermunnen var då öppen 8 cm. Tre timmar senare gjordes hinnbräckning i syfte att förstärka värkarna då förlossningsprogressen hade avstannat. Modermunnen var helt öppen och retraherad kl. 04.40. Efter läkarkontakt kopplades ett värförstärkande dropp kl.08.00.

När patienten kl. 09.15, hade krystat under 40 minuter tillkallades läkaren för att avsluta förlossningen med en sugklocka. En extra barnmorska närvarade på grund av kortväxt patient med stor mage, dvs. förväntat stort barn.

Kl. 09.34 anlades sugklockan och trycksänkningen påbörjades. Två minuter senare gjordes den första dragningen och fosterhuvudet följde till genomskärning. Sugklockan släppte och anlades sedan på nytt. På tredje dragningen kl. 09.44 framföddes barnets huvud och komplikationen skulderdystoci konstaterades föreligga. Sedvanliga åtgärder vidtogs, ytterligare en läkare tillkallades och det togs beslut att

försöka lösa skulderdystocin med patienten i fyrfotaläge. Det misslyckades, då patienten var okontaktbar.

Efter fortsatta manipulationer lyckades man lösa en arm och barnet framföddes kl. 09.52 och omhändertogs omedelbart av väntande neonatolog. Födelsevikten var 4850 g i graviditetsvecka 40+1.

Efter framfödandet av barnet konstaterades att mamman var livlös. Hjärt-lungräddning startades av förlossningsläkaren och grupplarm utlöstes kl. 09.53.31. Anestesiläkare och anestesijuksköterska kom till förlossningsrummet kl. 09.54 och startade avancerad hjärt-lungräddning. Åtta minuter senare efter att volymersättning och adrenalin getts, återfick patienten bärande cirkulation.

Patienten överflyttades från förlossningssal till operationssal för vidare stabilisering inför transport till annan intensivvårdsenhet. Respiratorbehandling påbörjades.

Kontakt togs med CIVA vid Karolinska Universitetssjukhuset Solna kl. 10.35. Efter genomförd initial intensivvård med stabilisering av vitalfunktionerna, överflyttades patienten i intensivvårdsambulans till CIVA Karolinska Universitetssjukhuset Solna och anlände dit kl. 12.47. Patienten återfick aldrig medvetandet och avled efter sex dygns vård på grund av en syrebristbetingad hjärnskada, som uppkommit till följd av hjärtstopp.

Barnet transporterades till Neonatalavdelningen vid Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, där det vårdades för svår asfyxi (syrebrist) vid förlossningen. Övriga diagnoser var Erb's pares (en skada på nervflätan ovan axeln) samt diagnosen "nyfödda för tunga för tiden". Födelsevikten var 4850 gram.

Underlag

Följande underlag ligger till grund för beslutet.

- Anmälan som kom in till IVO den 9 september 2014.
- Kopia av patientjournal från BB Sophia avseende perioden fr.o.m. den 23 augusti 2014 t.o.m. den 24 augusti 2014.
- Kopia av patientjournal från Vårdbolaget TioHundra, Barnmorskemottagningen Norrtälje fr.o.m. den 19 februari 2014 t.o.m. den 19 augusti 2014.
- Yttranden från den 6 oktober 2014 och den 28 januari 2015, från verksamhetschefen Michael Algovik, vid BB Sophia.

- Anmälarens synpunkter på verksamhetschefen Michael Algoviks yttrande från den 6 oktober 2014.
- Verksamhetens interna utredning, Händelseanalys från den 24 augusti 2014.
- Verksamhetens skrivelse ”Kompletterande svar på händelse med dnr 8.1.1–24362/2014-2015”. Chefläkaren Harald Almström, 17 juni 2015.
- Vårdgivarens ”Svar på Förslag till beslut...” daterat den 10 november 2015, inkluderande sexton bilagor.

Synpunkter på förslag till beslut

Anmälaren och vårdgivaren har fått möjlighet att yttra sig över IVO:s förslag till beslut.


Synpunkter har kommit från vårdgivaren, som anser att delar av IVO:s beslut vilar på felaktig grund eller bristande underlag. Sammanfattningsvis uppger chefläkaren HA att verksamheten har fastställda ledningssystem och riktlinjer för att förmedla en god och säker vård. HA anför att:

- Den obstetriska bedömningen och planeringen vid ankomsten, har utförts korrekt i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och dokumentationen har uppfyllt gängse krav.
- Nödvändiga risk- och helhetsbedömningar har dokumenterats korrekt.
- Nödvändiga läkarbedömningar har gjorts korrekt och i rätt tid.
- En tydlig ledningsfunktion med tydlig kommunikation har förelegat.
- Kommunikationen med patienten och närstående brast under en urakut och för barnet livshotande situation. Modern har under denna tid drabbats av cirkulationskollaps, vilket är en extremt sällsynt händelse. Kombinationen skulderdystoci och samtidig cirkulationskollaps hos modern är såvitt känt inte beskrivet i litteraturen, vilket må vara en förklaring om än inte en ursäkt för bristande observans.
- Verksamhetens ALSO-träning för obstetrikern innehåller teoretisk genomgång, praktiska övningar, teamträning innefattande kommunikation och ledningsfunktion samt falldragningar.

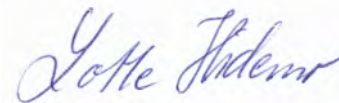
IVO konstaterar att synpunkterna inte ändrar beslutet i sak, däremot har vissa justeringar gjorts i texten.

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Lena Renman. I den slutliga handläggningen har Ulf Hanson, föredragande läkare inom obstetrik och gynekologi och Jonas Claesson, föredragande läkare inom anestesi samt inspektörerna Anders Haag, Ann-Kristin Persson, Erika Nilsson och Pia Oscarsson deltagit. Inspektören Lotte Hidemo har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg



Lena Renman



Lotte Hidemo

Detta beslut får enligt 10 kap. 13 § PSL inte överklagas.

Sändlista:

- Advokatbyrån Michael Lindblom
- Barnbördshuset i Praktikertjänst AB, BB Sophia