



HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Unntatt fra offentlighet i henhold til offl.
§ 13 jf. fvl. § 13 første ledd nr. 1

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:
2015/1973 3 JIV

DATO: / DATE:
30. november 2016

Vedtak om begrensning av autorisasjon

Statens helsetilsyn har vedtatt å begrense din autorisasjon i medhold av helsepersonelloven § 59a. Vi har kommet til at du har brutt forsvarlighetskravet i samme lov § 4, journalføringsplikten i §§ 39 og 40 og informasjonsplikten i § 10.

Du kan klage på vedtaket innen tre – 3 – uker fra du mottar dette brevet.

Saksbehandlingsprosessen

Statens helsetilsyn fikk ved brev 3. september 2015 fra Fylkesmannen i Vestfold oversendt en tilsynssak vedrørende din virksomhet som jordmor. Tilsynssaken startet etter klage mottatt hos Fylkesmannen 4. mars 2015 fra [redacted] f. [redacted] (heretter kalt pasient nr. 1) og [redacted]. Klagen gjelder din håndtering av en planlagt hjemmefødsel hvor du bisto, og hvor barnet til slutt ble forløst ved setefødsel på Sykehuset i Vestfold.

Vedlagt oversendelsen fulgte dine uttalelser av 19. april 2015 og 2. juni 2015, journalnotater, avtale inngått med pasienten om hjemmefødsel, utskrift av SMS-utveksling og e-postutveksling med pasienten samt pasientens samtykke til fritak fra taushetsplikten. I tillegg fulgte uttalelse av 11. mai 2015 fra pasienten samt [redacted].

Vi orienterte deg ved brev 3. november 2015 om at vi ville vurdere å gi deg en advarsel. Du uttalte deg til dette ved brev 20. november 2015, hvor du viste til tidligere uttalelser.

Den 13. november 2015 mottok vi ny tilsynssak fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus vedrørende din virksomhet som jordmor. Tilsynssaken startet etter en bekymringsmelding til Fylkesmannen i Buskerud datert 10. februar 2015 fra avdelingsoverlege [redacted] Vestre Viken HF. Bekymringsmeldingen gjelder din oppfølging av [redacted] f. [redacted] (heretter kalt pasient nr. 2) i forbindelse med hjemmefødsel i [redacted] 2015. Fylkesmannen i Oslo og Akershus ble

av Kommunal- og moderniseringsdepartementet den 23. februar 2015 oppnevnt som settefylkesmann på grunn av inhabilitet hos Fylkesmannen i Buskerud.

Vedlagt oversendelsen fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus fulgte din uttalelse av 7. april 2015, med journalnotater samt avtale om hjemmefødsel. I tillegg fulgte journal fra Drammen sykehus, Vestre Viken HF.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus innhentet sakkyndigvurdering datert 8. oktober 2015 fra jordmor Britt Eide, som du kommenterte ved brev 8. november 2015.

Vi orienterte deg ved brev 20. januar 2016 om at vi ville vurdere å tilbakekalle eller begrense din autorisasjon som jordmor. Du uttalte deg til saken ved brev 6. februar 2016.

Vi mottok uttalelse fra pasient nr. 2 ved brev 29. januar 2016. Uttalelsen ble sendt til deg 4. februar 2016. Den 11. februar 2016 mottok vi, på forespørsel, nye opplysninger fra Vestre Viken HF.

Den 2. mars 2016 var du i møte med Statens helsetilsyn, hvor du møtte sammen med din kollega jordmor [redacted]. På møtet fikk du fremlagt de nye opplysningene fra Vestre Viken HF, mottatt hos Statens helsetilsyn 11. februar 2016. Referat fra møtet ble oversendt 8. mars 2016. Du har ikke kommet med merknader til møterefateret, eller til de nye opplysningene fra Vestre Viken HF.

Den 8. april 2016 mottok vi en ny bekymringsmelding fra avdelingsoverlege [redacted]. Bekymringsmeldingen gjaldt din helsehjelp til [redacted] f. [redacted] (heretter kalt pasient nr. 3) i forbindelse med hjemmefødsel [redacted] 2016. Vedlagt bekymringsmeldingen fulgte journalen fra Drammen sykehus, Vestre Viken HF.

Vi oversendte bekymringsmeldingen og journal til deg ved brev 29. april 2016. Du uttalte deg ved brev 14. mai 2016. Den 29. mai 2016 mottok vi uttalelse fra pasient nr. 3, som også var sendt i kopi til deg. Du opplyste i e-post av 9. juni 2016 at du ikke hadde merknader til uttalelsen.

Saksforholdet

Du fikk autorisasjon som hjelpepleier den 24. oktober 1983, og som sykepleier den 27. oktober 1992. Du tok så utdannelse ved Høgskolen i Akershus og fikk autorisasjon som jordmor 15. februar 2002, [redacted]. Du arbeider i virksomheten [redacted] som jordmor, sammen med din kollega jordmor [redacted].

Organiseringen av [redacted]

I møte med Statens helsetilsyn den 2. mars 2016 redegjorde du for organiseringen av [redacted] og ansvarsforholdet mellom deg og din kollega.

[redacted] besto frem til september 2015 av to enkeltforetak, eid av deg og din kollega, som samarbeidet i en privat virksomhet. Deretter ble [redacted] etablert som et aksjeselskap, med deg og din kollega som ansatte.

Ved oppfølging av hjemmefødsler er ansvaret mellom deg og din kollega (jordmor 1 og jordmor 2) slik at jordmor 1 har hovedansvaret for oppfølgingen av den gravide kvinnen, holder kontakten med kvinnen og gjennomfører kontrollene. I uke 36 har begge jordmødrene (jordmor 1 og jordmor 2) i fellesskap et møte med kvinnen hvor det blir skrevet en avtale. Møtet foregår ofte i pasientens hjem. Ved denne konsultasjonen undersøker begge jordmødrene barnets leie. Deretter har ikke jordmor 2 mer ansvar for pasienten før hun blir tilkalt av jordmor 1 i forbindelse med at pasienten skal føde. Det er nesten alltid to jordmødre tilstede under selve fødselen. Det er tett samarbeid mellom deg og din kollega, men jordmor 1 har hovedansvaret for helsehjelpen til den gravide kvinnen. Det vil derfor være jordmor 1 som fører journal og skriver under på annen dokumentasjon i forbindelse med hjemmefødselen. Samme arbeids- og ansvarsfordeling ved tjenesteytingen er videreført også etter opprettelsen av aksjeselskapet.

Det har vært benyttet papirbaserte løsninger for dokumentasjon av helsehjelpen i svangerskapet og i forbindelse med fødsel. Dette er helsekort for gravide, partogram/fødejournale og ark med utfyllende opplysninger ved behov. [REDACTED] har nå skaffet seg elektronisk journalsystem for dokumentasjon.

Du var jordmor 1 ved de tre aktuelle hendelsene som er vurdert av Statens helsetilsyn i den foreliggende tilsynssaken.

Statens helsetilsyn har vurdert hendelsene på grunnlag av de dokumentene du har fått oversendt tidligere i saksbehandlingen. Nedenfor gjør vi rede for de forholdene som har hatt betydning for vår vurdering. De tre pasientforløpene er redegjort for separat.

Pasient nr. 1

Hendelsesforløpet

Hendelsesforløpet er beskrevet i journal, pasientens klage og i din redegjørelse med tilhørende dokumentasjon i brev av 19. april 2015 til Fylkesmannen i Vestfold.

Pasient nr. 1 ventet sitt [REDACTED] barn, og kontaktet [REDACTED] i [REDACTED] 2014 med ønske om å planlegge hjemmefødsel. Hun opplyste deg om at [REDACTED] fødsel hadde vært normal bortsett fra blødning estimert til 700 ml. Årsaken til blødningen er ikke sikkert opplyst i saken, men ifølge klagen fra pasienten diskuterte du med henne om det kunne være på bakgrunn av en vaginalruptur.

Den [REDACTED] 2014 ble det inngått avtale mellom [REDACTED] ved deg og din kollega jordmor [REDACTED] og paret, om hjemmefødsel. Av avtalen fremgår bl.a. følgende:

«Kriteriene for planlagt hjemmefødsel innebærer at kvinnen er frisk og normalvektig, fødselen starter etter uke 37 og før dag 12 - 14 etter termin UL eller Nægele. Ett barn i hodeleie, ingen tidligere stor blødning eller fastsittende morkake. Ved tidligere keisersnitt må kvinnen ha født normalt én gang etter dette. Hjemmefødsel bør ikke skje når det er fare for komplikasjoner, eller det er særlige medisinske grunner som tilsier at fødselen bør skje under medisinsk overvåking.» Videre står det i avtalen: *«Det føres fortløpende opplysninger om fødselens fremgang etter at jordmor er ankommet.»* Det fremgår også av avtalen hvilke årsaker som kan ligge til grunn for overflytting: *«Årsaker til overflytting i fødsel kan være:*

- Misfarget fostervann, langsom fremgang, fosterlyd som trenger ytterligere

*overvåking eller at jordmor mistenker feilinnstilling.
- Behov for mer smertelindring utover det jordmor kan tilby.»*

Det ble besluttet at du skulle følge opp pasienten under svangerskapet. Du dokumenterte oppfølgingen i Helsekort for gravide. I tillegg dokumenterte du på et ark hvor det er en nedtegning over oppfølging i svangerskapet samt hva som skjedde under og etter fødsel. Dette dokumentet er ikke merket med pasientens navn eller annen identifikasjon, men oppgitt som pasientens svangerskapsjournal. Vi viser her til listen over dokumenter vedlagt ditt svarbrev til Fylkesmannen i Vestfold datert 19. april 2016. I tillegg var det utstrakt kontakt mellom deg og pasient via SMS og e-post.

Av journalen fremgår at pasienten oppga ønske om bedre ivaretagelse og behov for å føle seg trygg som årsak til at hun ønsket hjemmefødsel. Dette fremkom det mer detaljerte opplysninger om i e-postkorrespondanse mellom deg og pasienten.

Ifølge «Helsekort for gravide» var pasienten til svangerskapskontroll seks ganger. Du beskriver at du i svangerskapsuke 35 palperte pasienten utvendig, fant at fosteret lå i hodeleie og at hodet var festet. I uke 40 fant du at fosteret lå i hodeleie, men at hodet balloterte over bekkeninngangen. Det ble planlagt et hjemmebesøk den 2014. Ifølge journalen ble imidlertid dette besøket utsatt av pasienten.

2014 fikk pasienten rier, og etter kl. økte riene betraktelig i styrke. Kl. opplyste kvinnen deg via SMS om at hun hadde hatt 4-5 rier med 10 minutters intervall. Du ga råd og veiledning via SMS. Omkring kl. den 2014 ble du kontaktet av kvinnen som ønsket at du skulle komme. 18 minutter senere, kl. ringte igjen og fortalte at fostervannet hadde gått, at vannet var blakket og at barnet sparket. Du var da på vei i bilen og kom fram til pasienten kl. I journalen har du skrevet at da du ankom var det økende rier, men fine pauser. Du har videre beskrevet at du vurderte riene, og vurderte behovet for vaginalundersøkelse. Pasienten ønsket å vente med denne undersøkelsen. Du vurderte at det var lurt på grunn av vannavgang. Du skrev videre: «Jeg blir i huset og kan observere riene.» Din kollega kom kl.

Pasienten kjente fosterbevegelser etter at vannet hadde gått. Ifølge partogrammet var fosterlyden 150 slag per minutt kl. Riene ble kl. beskrevet som «4 mp-varighet 60 sek». Fosterlyden ble igjen registrert kl. kl. kl. kl. kl. og kl. med hjertefrekvens på mellom 121 og 130 slag per minutt. Av journalføringen og din redegjørelse er det beskrevet at du kl. gjennomførte en vaginalundersøkelse, og du fant da myk og tøyelig mormunn, med 5 cm åpning. Ledende del stod da høyt, over spina, og det var vanskelig å kjenne godt, da pasienten syntes det var smertefullt. Du har i ettertid uttalt at undersøkelsen var vanskelig å gjennomføre, da

Ca. kl. uttrykte pasienten at hun var sliten og ville innlegges på sykehus for smertelindring. Du gjorde ny vaginalundersøkelse og fant at det hadde tilkommet lett misfarget fostervann. I svangerskapsjournalen har du notert at du på dette tidspunktet mistenkte at barnet lå i seteleie, men at du var så usikker at du valgte å ikke formidle

dette til paret. Det fremgår av partogrammet at vaginalundersøkelsen ble foretatt ca. kl. [REDACTED]. Hode er da angitt som førende del. Videre fremgår av partogrammet at fosterlyden ble registrert ca. hver hele time kl. [REDACTED] og kl. [REDACTED]. Deretter kl. [REDACTED] og kl. [REDACTED]. Frekvensen lå mellom 120 og 140 slag per minutt.

Du ringte sykehuset kl. [REDACTED] og avtalte innleggelse. Du ga ingen informasjon om din mistanke om at det kunne foreligge seteleie. Deretter dro dere til Sykehuset i Vestfold.

Ved ankomst fortalte du sykehusets jordmor om din mistanke. Hun palperte pasientens mage, og fant foster i seteleie. Dette ble videre bekreftet ved vaginalundersøkelse og ultralyd. Pasienten fødte en [REDACTED] i seteleie senere samme dag.

Klagen

Pasienten har i udatert brev, og i brev av 7. mai 2015 til Fylkesmannen beskrevet at dere i første møte snakket om [REDACTED] hadde vært et blodtap på 700 ml. Ifølge henne skal du ha gitt uttrykk for at det var pasientens valg å føde hjemme, til tross for at det skulle være et krav for å kunne gjennomføre hjemmefødsel, at blodtapet ved [REDACTED] ikke hadde vært over 500 ml.

Pasienten har anført at hun flere ganger følte at fosterleiet var avvikende, og denne bekymringen skal hun ha formidlet til deg. Hun hevder at det ved de tre siste kontrollene var snakk om en mulig setefødsel, men at alle kontrollene ble avsluttet uten at bekymringen for mulig seteleie ble fulgt opp. Hun mener at hun svarte ja på spørsmål fra deg om hvorvidt hun ønsket at du skulle undersøke henne vaginalt, men at det aldri ble noe av.

Selve fødselen syntes pasienten fort gikk ganske dårlig, og hun opplevde at hele fødselen stagnerte. Pasienten beskriver i klagen at alt ansvar har blitt skjøvet over på henne. Samtidig er hun av den oppfatning, at ditt ønske om en naturlig fødsel har overstyrt dine faglige beslutninger om hva som er trygt og lovlig. I ettertid sitter pasienten igjen med en følelse av å ha blitt fratatt muligheten til å velge, muligheten til å bli opplyst om hva et seteleie innebærer og fratatt makten til å bestemme over egen kropp. Hun mener hun ikke har fått muligheten til å prate med annet helsepersonell og bli riktig og godt informert om hvilke valg hun hadde.

[REDACTED]

Det henvises til klagen i sin helhet.

Dine uttalelser

Du har i brev av 19. april 2015 til Fylkesmannen og i møte med Statens helsetilsyn 2. mars 2016 kommentert hendelsesforløpet, og du benekter påstanden fra pasienten om at hun ikke fikk muligheten til å snakke med annet helsepersonell og bli informert om hvilke valg hun hadde.

I møte med Statens helsetilsyn kommenterte du pasientens blødning på 700 ml [REDACTED] og viste til svenske retningslinjer, som har 1000 ml som grense. Du uttalte at selv om blødningen for eksempel skulle vært på 1200 ml, vil årsaken til blødningen være avgjørende for om det er forsvarlig å tilby bistand til å gjennomføre hjemmefødsel ved neste graviditet. I det aktuelle tilfellet oppfordret du pasienten selv til å sette seg inn i retningslinjene, og komme med sitt ønske, og pekte på at du uansett har med deg medikamenter hjem til pasienten, i tilfelle det skulle oppstå en situasjon med blødning.

Du har i dine uttalelser benektet at pasienten formidlet bekymring om at det kunne foreligge et seteleie. Hadde du vært i tvil om leie, ville du ha henvist til ultralydundersøkelse. Ved konsultasjonen i uke 36 gjorde både du og din kollega Leopolds håndgrep for å konstatere leie, og begge vurderte at det var hodeleie. Da pasienten var til kontroll ved terminen, skal du ha kjent et hodeleie, men hodet skal ha vært bevegelig over bekkeninngangen. Du mener det ikke er uvanlig at barn kan snu seg fra hodeleie til seteleie mellom to kontroller, og poengterer at det er viktig å palpere leie ved hver kontroll fra uke 36. Du benekter at du skal ha foreslått vaginalundersøkelse ved en eller flere svangerskapskontroller.

Da du kom hjem til pasienten [REDACTED] 2015 ønsket du å være forsiktig med vaginalundersøkelse og lot pasienten bestemme selv om hun ville vente med undersøkelse. Dette på bakgrunn av [REDACTED] Pasienten skal ha uttrykt at hun ønsket å vente med undersøkelse da den første undersøkelsen skulle gjøres. I tillegg vurderte du det som faglig riktig å ikke vaginalundersøke for ofte på grunn av vannavgangen. Din vurdering i etterkant er at det var en feilvurdering å ikke palpere magen for å stadfeste leie, da du kom hjem til pasienten.

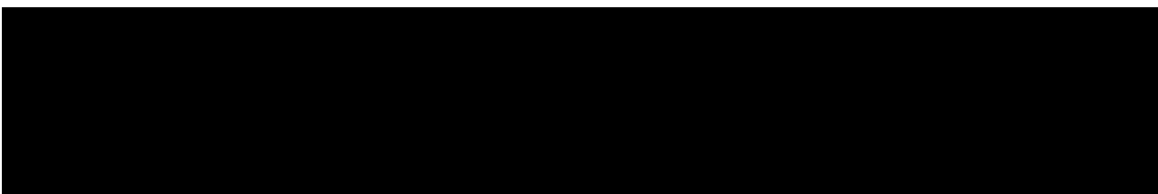
De neste timene ble pasienten mer og mer sliten, men hun var ifølge deg ved godt mot. Kl. [REDACTED] skal pasienten ha gitt uttrykk for at hun var veldig sliten og ønsket en epiduralbedøvelse. Dere avtalte at det skulle gjøres en vaginalundersøkelse før du ringte til sykehuset. Ved siste undersøkelse observerte du lett misfarget fostervann, men du fikk ikke undersøkt optimalt, da pasienten [REDACTED] Du var derfor usikker på om du virkelig kjente et seteleie eller ikke. På grunn av usikkerhet valgte du ikke å fortelle sykehuset om din mistanke, da du ringte og meldte overflytting av pasienten.

Etter overflytting til sykehuset, spurte du pasienten om du skulle informere jordmor på sykehuset om [REDACTED] Hun mente at det ikke var nødvendig å gi denne informasjonen videre.

Det fremgår også av din uttalelse at du og din kollega gjennomgikk [REDACTED] med pasienten, og at hun skal ha hatt et sterkt ønske om å føde hjemme, selv om hun hadde blødd en [REDACTED] Dere skal ha snakket om risikoen for en ny blødning i den kommende fødselen.

Du henviser til Helsedirektoratets «*Nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen*» og «*Nasjonale retningslinjer for hjemmefødsel*» der det poengteres at oppfølgingen i svangerskap, fødsel og barseltid bør preges av

kontinuitet. Du har også uttalt deg om dine rutiner for samarbeid med fastleger generelt. Endelig har du uttalt deg om dine generelle rutiner for vurdering av fosterets leie og rutiner for henvisning til ultralydundersøkelse.



Det henvises ellers til dine uttalelser i sin helhet.

Pasient nr. 2

Hendelsesforløpet

Hendelsesforløpet er beskrevet i bekymringsmeldingen av 10. februar 2015 fra Vestre Viken HF, journalnotater og din uttalelse av 7. april 2015 med vedlegg.

Pasient nr. 2 ventet sitt [redacted] barn og terminen var fastsatt til [redacted] 2015. Svangerskapet utviklet seg normalt. Den [redacted] 2014 journalførte du i Helsekort for gravide at pasienten hadde samtale med deg om hjemmefødsel.

Den [redacted] 2014 journalførte du at du foretok et hjemmebesøk og skrev kontrakt med pasienten om hjemmefødsel. Det fremgår ikke av journalen hvilken informasjon du ga pasienten utover det som fremgår av kontrakten. Kontrakten ble signert [redacted] 2014.

Videre ble det foretatt en trivselskontroll i svangerskapsuke [redacted] på Føde- og barselpoliklinikken, Drammen sykehus den [redacted] 2015. Undersøkelsen viste at mor og barn var i god trivsel. Det ble satt opp time til induksjon fire dager senere.

Pasienten gikk spontant i fødsel [redacted] 2015 og hadde da rier med 8-10 minutters pause. Pasienten tok kontakt med deg kl. [redacted] og du reiste ut til henne.

Under fødselsforløpet førte du et partogram. Etter ankomst registrerte du at barnet var aktivt, fosterlyden var god og mormunnen var åpen 2-3 cm. Du beskrev at riene var litt uregelmessige og at de varte i ca. 60 sekunder. Du reiste hjem for deretter å komme tilbake kl. [redacted]. Du noterte da på partogrammet at riene hadde økt i styrke og at mormunnen var åpen 4 cm. Fosterlyden beskrev du som normal med frekvens 125-135 slag/min. Pasienten ønsket å gå i fødebadekaret for smertelindring.

I din redegjørelse har du beskrevet at pasienten den [redacted] 2015 kl. [redacted] ønsket at du vurderte mormunnen. Du kjente 6 cm åpning og en vannblære. Kl. [redacted] journalførte du at riene ved undersøkelse hadde en styrke som du vurderte som «god». Videre har du stort sett betegnet riene som «G» (god styrke, vår merknad) med enkelte funn der du beskriver styrke «M» (middels styrke).

Mellom kl. [redacted] ble riene uregelmessige. Pasienten sovnet kl. [redacted] og sov i 2 timer. Du avsluttet partogrammet, ifølge din redegjørelse, fordi du oppfattet at pasienten fortsatt var i latensfasen.

Du gikk igjen ut av huset for å komme tilbake ved [redacted] samme [redacted]. Pasienten sov og hvilte seg. Fosterlyden var ifølge deg fin. Igjen valgte du å forlate pasienten, og ifølge din redegjørelse var du da hjemme hos deg selv «noen timer». Du var tilbake hos pasienten kl. [redacted] og noterte i partogrammet at du vurderte at riene var sterkere. Fosterlyden beskrev du som fin, med en frekvens mellom 130-150 slag/min. Du foreslo at [redacted] skulle gå en tur ut i frisk luft. Heretter var riene fortsatt uregelmessige, og du reiste hjem for å komme tilbake kl. [redacted]. Det er ikke opplyst hvor lenge du var borte fra pasienten. Riene var da sterkere og de kom hyppigere. Ved vaginalundersøkelse var mormunnen åpen 8 cm, og du startet opp registreringen i partogrammet igjen. Din kollega ankom fødehuset ca. kl. [redacted].

Den [redacted] 2015 kl. [redacted] fant du ved undersøkelse 9 cm åpning. Ifølge din redegjørelse var det dårlige eller ingen rier fra kl. [redacted] til [redacted]. Kl. [redacted] var det fortsatt åpent 9 cm. Kl. [redacted] fant du en tynn kant fortil. Deretter var det igjen en periode mellom kl. [redacted] med lite eller ingen rier. Dette fremkommer ikke av partogrammet. Fostervannet gikk kl. [redacted] og mormunnen var utslettet kl. [redacted]. Pasienten ble oppfordret til å gå i trapper slik at fostret kunne komme lenger ned i fødselskanalen. Videre forsøkte pasienten prøvetrykking kl. [redacted] uten resultat. Etter kl. [redacted] ble det ikke ført partogram.

Ifølge din redegjørelse dabbet riene av kl. [redacted]. I et håndskrevet journalnotat av [redacted] 2015 kl. [redacted] beskriver du at du tok opp med pasienten muligheten for å reise inn til sykehuset. Du skriver at pasienten ønsket å se an om riene ville ta seg opp igjen. Journaldokumentet er ikke signert eller påført pasientens navn.

Pasienten sov fram til kl. [redacted] og da riene ikke tok seg opp etter hvile, anbefalte du overflytting til sykehus.

Pasienten ankom, sammen med deg, sykehuset kl. [redacted] samme dag. Pasienten fikk tilkoblet et oxytocindrypp for ristimulering, og hun fødte kl. [redacted]. Barnet fikk Apgar 9-10.

Bekymringsmeldingen fra Vestre Viken HF

Av bekymringsmeldingen av 10. februar 2015 fremgår at bekymringen var rettet mot den helsehjelpen du ga, først og fremst med hensyn til din vurdering av framgangen i fødselen. Blant annet påpekes at du ikke brukte aksjonslinje i partogrammet eller definerte når pasienten var i aktiv fødsel.

Det fremgår også av bekymringsmeldingen at du avsluttet partogrammet den [redacted] kl. [redacted] for så å starte dette igjen kl. [redacted]. Mormunnen hadde bare åpnet seg 2 cm på 16 timer. Videre påpekes at det ikke ble startet aktiv trykking da hodet sto på bekkenbunnen og pasienten hadde trykкетrang.

Sakkyndig vurdering

Fylkesmannen i Oslo og Akershus har innhentet sakkyndig uttalelse fra jordmor Britt Eide, Kvinneklinikken, Haukeland sykehus. Den sakkyndige skriver bl.a. i sin uttalelse av 8. oktober 2015 følgende i sin konklusjon:

Oppfølging og vurdering under dette fødselsforløpet har etter min mening ikke vært i tråd med god praksis og gjeldende retningslinjer. Det er dokumentert en rekke gode

og kunnskaps-/erfaringbaserte tiltak for å fremme fødselsprosessen. Men det er ikke tatt konsekvensen av at utviklingen ikke ble som ønsket innen akseptable tidsrammer. Følgende er avvik fra gjeldende retningslinjer og god praksis:

- Det er ikke benyttet partogram med firetimers aksjonslinje i tråd med Retningslinjer for hjemmefødsel pkt 5.2.

- Forløpet ble protraisert uten at jordmor (...) tok konsekvensen av dette og sørget for overflytting til fødeavdeling innen et akseptabelt tidspunkt.

- Jordmor ikke har kontinuert partogrammet når den fødende gikk inn i fødselens utdrivningsfase.

- Det er ikke dokumentert at hun har lyttet på fosterlyden eller vaginaleksplorert kvinnen for å vurdere fødselens framgang i de siste 5 timene før ankomst sykehus

- Det planlegges fortsatt hjemmefødsel når fødselen er kommet inn i utdrivningsfasen og det har tilkommet sekundær risvekkelse med opptil 7 minutter mellom riene, selv om man kunne risikere at barnets hode ble født og det gikk opp til 7 minutter til neste ri og barnets kropp kunne fødes.

Ved å unnlate å overføre kvinnen til sykehus ved et slikt forløp er det betydelig risiko for uheldige utfall både for mor og barn.

Uttalelse fra pasient nr. 2

Pasienten har i brev av 29. januar 2016 fortalt at hun før fødselen satte seg godt inn i prosessen og mulighetene ved fødsel. Hun forventet en lang fødsel, [REDACTED]

[REDACTED] Pasienten fortalte videre at hun ønsket å skape en fødselssituasjon hvor hun kunne la kroppen jobbe optimalt. Hun [REDACTED] vurderte sykehus som et trygt alternativ, men vurderte også hjemmefødsel som et godt alternativ, spesielt med tanke på tilgjengeligheten til sykehus ved komplikasjoner. Etter nøye vurderinger bestemte de seg for hjemmefødsel.

Pasienten påpeker at det er feil når Vestre Viken HF beskriver at hun opplevde trykketrang hjemme. Hun bekrefter at det ble lyttet etter barnets hjertelyd flere ganger i løpet av de siste fem timene før de dro til sykehuset.

Pasienten opplevde din oppfølging av henne som meget god. Da det ble klart at fødselen ble uvanlig lang, hadde dere flere samtaler og vurderinger, hvor du gjorde det klart at så lenge mor og barn hadde det bra og det var helsemessig forsvarlig, så ville de kunne bli hjemme, men at du ikke ville tillate dem å bli hjemme, dersom det ikke lenger var forsvarlig.

Dine uttalelser

I dine uttalelser av 7. april 2015 og 8. november 2015, samt i møte med Statens helsetilsyn 2. mars 2016 har du gitt dine kommentarer til bekymringsmeldingen og til sakkyndiguttalelsen.

Du mener at ingen av de to ulike tidspunktene som fødeavdelingen ved Drammen sykehus har oppgitt som tidspunkt for når den aktive fødselen startet, stemmer med da du definerte aktiv fødselsstart. Du opplevde at dette var en usedvanlig fødselsprosess og støttet deg til hva du beskriver som «faglige fakta»:

- Barnet hadde det bra hele veien, en vurdering basert på aktivitet i magen, normal fosterlyd med akselerasjoner, og normalt farget fostervann.

- Det var utvikling i fødselen i de periodene der pasienten hadde regelmessige rier med mindre enn ti minutters pause.

Du viser videre til pasientens uttalte ønske om å fortsette å være hjemme og la prosessen gå sin gang, at de individuelle og faglige vurderingene står sterkt ved en hjemmefødsel, og at det er anerkjent at et fødselsforløp er forskjellig fra kvinne til kvinne.

Som begrunnelse for at det ikke var mulig å følge en fire timers aksjonslinje, og for at du ombestemte deg med hensyn til aktiv fødselsstart og startet opp partogrammet senere, viser du til at pasienten hadde lange pauser uten rier - og at en da ikke kan forvente fremgang i fødsel. De periodene pasientene hadde regelmessige rier, hadde hun fremgang.

Du beskriver at du ikke har opplevd et lignende fødselsforløp, og at du derfor definerte aktiv fødselsstart ved 6 cm åpning. Videre fødselsforløp fortsatte imidlertid, ifølge din forklaring, med lange pauser på flere timer, der riene var fraværende og kvinnen sov.

Du beklager at dokumentasjonen ble dårlig de siste timene før overflytting, og beskriver at du skal iverksette tiltak for at dette ikke skal skje igjen. Du presiserer at du mener at pasienten ikke har vært i utdrivningsfase mens hun oppholdt seg i hjemmet.

Når det gjelder sakkyndiges uttalelse om at det ikke er dokumentert at du har lyttet på fosterlyden eller vaginaleksplorert pasienten for å vurdere fødselens fremgang de siste timene før ankomst til sykehuset, viser du til at du har lyttet på barnets hjertelyd mellom kl. [redacted] og kl. [redacted]. I tillegg skal du ha lyttet til hjertelyden etter at pasienten våknet kl. [redacted] og fram til jordmor på sykehuset overtok kl. [redacted]. Barnets hjertelyd skal hele tiden ha vært normal. Etter ditt faglige skjønn er det ingen grunn til å vaginalundersøke pasienten når hun ikke har rier og heller ikke trykkektrang. I møte med Statens helsetilsyn presiserte du at pasienten ikke på noe tidspunkt trykket, mens hun var hjemme.

Du vurderte ikke på noe tidspunkt å konferere med fødselslege ved sykehuset om den uvanlige fødselen. Dersom du hadde tatt kontakt med sykehuset, mener du at pasienten ville ha fått beskjed om å komme inn for drypp, eventuelt for observasjon. Du oppfattet at pasienten ikke ønsket dette. Så lenge pasienten og fosteret hadde det bra, vurderte du heller ikke at det var nødvendig å kontakte sykehuset.

Du erkjenner at du ikke dokumenterte godt nok de siste timene av fødselen, og opplyser at du i ettertid har kjøpt et elektronisk journalsystem for å kunne dokumentere godt nok.

Pasient nr. 3

Den aktuelle hendelsen

Hendelsesforløpet er beskrevet i pasientens journal ved Vestre Viken HF, avtale om fødsel og journal skrevet av deg.

Pasient nr. 3 [redacted]

I det aktuelle svangerskapet var termin fastsatt til [redacted] 2016. Ifølge journalopplysninger fra Avdelingen for gynekologi og fødselshjelp, Drammen sykehus, ønsket pasienten hjemmefødsel. Svangerskapet forløp ukomplisert, bortsett fra at det ble påvist avflatende SF-mål (symfyse-fundus mål). Pasienten ble derfor henvist til en poliklinisk undersøkelse ved gynekologisk avdeling i Drammen. Undersøkelsen ble gjort [redacted] 2016. Der ble det konstatert «*tilvekst og fostervannsmengde innenfor normalområdet. Trolig konstitusjonelt lite barn.*» Undersøkende lege dokumenterte at pasienten ønsket hjemmefødsel og videre at dette ikke var i tråd med sykehusets anbefaling. Pasienten ble informert om dette.

[redacted] 2016 kom pasienten til Drammen sykehus for induksjon. Hun var da [redacted] dager ifølge e-Snurra. Jordmor som undersøkte pasienten, og ansvarlig lege, anbefalte induksjon av fødsel, hvilket pasienten samtykket til. Videre ble hun anbefalt å føde på sykehus og ikke hjemme. Det ble lagt opp et ballongkateter i livmorhalsen for å indusere fødsel. Avtalen var at hun skulle komme tilbake hvis hun fikk rier, vannavgang, vaginal blødning eller kjente mindre fosterbevegelser. Pasienten reiste hjem, og det ble planlagt ny kontroll dagen etter.

Pasienten gikk samme dag i fødsel og tok kontakt med deg, fordi hun ønsket å føde hjemme. Det var allerede inngått en skriftlig avtale mellom deg og pasienten om hjemmefødsel, underskrevet [redacted] 2016. Det fremgår av denne at overtid var å anse fra [redacted] 2016, og at vaktberedskap opphørte fra denne dag. Videre fremgår det av avtalen: *Kriteriene for planlagt hjemmefødsel innebærer at kvinnen er frisk og normalvektig, fødselen starter etter uke 37 og før dag 12 - 14 etter termin UL eller Naegele. (...). Hjemmefødsel bør ikke skje når det er fare for komplikasjoner, eller det er særlige medisinske grunner som tilsier at fødselen bør skje under medisinsk overvåking.*

Den [redacted] 2016 har du journalført at kateteret falt ut kl. [redacted] samme dag. [redacted] tok kontakt med deg kl. [redacted] fordi pasienten begynte å få rier. Du anbefalte å se det an et kvarters tid og så ringe igjen. Da paret ringte tilbake, var riene økende. Du ankom fødehuset kl. [redacted]. Pasienten satt da i fødekaret. Du registrerte fosterlyd på 130-140 slag/min. Kl. [redacted] undersøkte du og fant at hodet sto under spina og mormunnen var åpen 9 cm. I tillegg ble fosterlyden registrert tre ganger fram til fødsel kl. [redacted]. Pasienten fødte sittende i vann. Blødning ble estimert til 500 ml. Du tok ikke kontakt med fødeavdelingen før eller under fødselsforløpet, men du ringte fødeavdelingen da det viste seg å foreligge fastsittende morkake. Ambulansen ankom hjemmet ca. kl. [redacted].

Pasienten ble overflyttet fødeavdelingen og ankom der kl. [redacted] 2016. Det ble gjort ytre kompresjon av livmoren (Credes manøver) med kontrollert drag i navlesnor, og placenta kom ut. Pasienten reiste hjem samme dag og ønsket videre oppfølging i hjemmet.

Uttalelse fra pasient nr. 3

Pasienten [redacted] har uttalt seg i brev av 29. mai 2016 til Statens helsetilsyn. Her redegjøres for tidligere opplevelser ved Vestre Viken HF, og en opplevelse av å ikke bli lyttet til eller tatt på alvor av sykehuspersonalet.

■■■■ opplevde at de ikke ble støttet av sykehuspersonalet i sin beslutning om å gjennomføre hjemmefødsel, på grunn av at ■■■■ fødsel hadde vært komplisert. Du på din side har informert pasienten om at fødselen måtte gjennomføres på sykehus dersom det var overveiende sannsynlighet for at fødselen ikke ville forløpe normalt, og du realitetsorienterte pasienten om mulige konsekvenser av hjemmefødsel på overtid, og den økte risikoen for dødfødsel ved overtid.

Pasienten ■■■■ følte med sikkerhet at det ikke på noe tidspunkt forelå en nærliggende og alvorlig fare for pasientens eller barnets liv ved å gjennomføre fødselen hjemme, men at det negative samarbeidet med legene ved sykehuset kunne redusere opplevelsen av en god fødsel, dersom pasienten valgte å føde på sykehus.

Din uttalelse

Du har i brev av 14. mai 2016 uttalt deg til hendelsen. Du beskriver at du har hatt oppfølging av pasient nr. 3 fra uke 33 i svangerskapet, med samtaler og kontroller.

Videre beskriver du den oppfølgingen, råd og veiledningen du ga pasienten underveis i svangerskapet. Du anbefalte pasienten å dra til sykehuset den ■■■■ 2016 for en ny kontroll. Under fødselen ønsket ikke pasienten på noe tidspunkt å reise til sykehuset, og du kunne støtte henne i denne avgjørelsen, så lenge babyen hadde det bra og fødselen gikk så fort fremover. Du vurderte det slik at det viktigste var å følge henne og observere fødselen og barnet der hun var. Du poengterer at pasienten og barnet til enhver tid hadde det bra gjennom fødselsprosessen, til tross for at ■■■■ pr. definisjon var overtidig.

For øvrig viser du til kvinners rett til informasjon som er faglig oppdatert og relevant for egen situasjon, hennes rett til å bli hørt, selv om legene ved sykehuset er uenige i hennes valg og argumenter. Du mener sykehusets ansatte ikke har fulgt opp dette på en god måte.

Angående det faglige samarbeidet mellom deg og Drammen sykehus viser du til at du ble oppringt av avdelingsleder ■■■■ som var bekymret, fordi du gikk imot sykehusets prosedyrer. Du uttaler følgende: «*Da jeg argumenterte med at dette handlet om kvinnens medbestemmelse/selvbestemmelse og hennes rett til å takke ja eller nei til intervensjon, sa hun at jeg skulle ha overtalt kvinnen siden hun helt sikkert ville ha hørt på meg om jeg hadde insistert. Det er veldig vanskelig å fortsette en faglig diskusjon når sånne argumenter legges frem.*»

Rettslig grunnlag for vurderingen

Opplysninger i tilsynssaken gir grunn til å vurdere om bestemmelser i spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven er brutt.

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 lyder:

Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Kravet til forsvarlighet i tjenestelovgivningen pålegger virksomheten en plikt til organisering og etablering av rutiner og prosedyrer som sikrer forsvarlige helsetjenester. Plikten innebærer også at virksomhetens eier og ledelse har ansvar for å legge forholdene til rette slik at det enkelte helsepersonell kan utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte.

Helsepersonelloven § 4 er en sentral bestemmelse. Bestemmelsen stiller krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp og til helsepersonells profesjonsutøvelse.

Helsepersonelloven § 4 første og annet ledd lyder:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.

Helsepersonelloven § 10:

Den som yter helse- og omsorgstjenester, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4.

Helsepersonelloven § 39 første ledd første punktum:

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient.

Helsepersonelloven § 40 første og andre ledd:

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen.

Kravene til journalens innhold er nærmere presisert i forskrift om pasientjournal.

Forskrift om pasientjournal § 8:

Pasientjournalen skal inneholde følgende opplysninger dersom de er relevante og nødvendige:

- h) Overveielser som har ledet til tiltak som fraviker fra gjeldende retningslinjer.*
- i) Om det er gitt råd og informasjon til pasient og pårørende, og hovedinnholdet i dette, jf. pasientrettighetsloven § 3-2. Pasientens eventuelle reservasjon mot å motta informasjon.*

Nærmere om kravet til forsvarlighet ved hjemmefødsler

Fødselshjelp anses som en spesialisert helsetjeneste i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 1-2. Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1 b og 4-1. For at pasienten skal kunne ta valg om helsehjelpen, er det avgjørende at pasienten har fått nødvendig og tilstrekkelig informasjon om helsehjelpen som tilbys og innholdet i den.

Ved en hjemmefødsel har kvinnen tatt et valg om hvilken helsehjelp hun samtykker til, på bakgrunn av informasjon og kunnskap om hva en jordmor kan tilby ved hjemmefødsel. Kvinnen har valgt bort muligheten til å få rask hjelp av lege eller annet helsepersonell på et sykehus, dersom det oppstår behov for det. Å velge en hjemmefødsel ligger innenfor en kvinnes frie valg, og valget bør tas etter god informasjon både før fødselen og underveis, slik at hun har et tilstrekkelig grunnlag til å ta dette valget om egen helse.

Kvinnens rett til å velge, betyr imidlertid ikke at hun kan kreve at helsepersonell skal handle uforsvarlig. Spørsmålet om når jordmor kan tilby bistand til hele eller deler av fødselsforløpet i hjemmet, må vurderes opp mot kravet til å gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp i helsepersonelloven § 4. Mener jordmor at det er uforsvarlig å tilby kvinnen bistand til hjemmefødsel, kan kvinnen ikke kreve at jordmoren etterkommer hennes ønske og tilbyr bistand til hjemmefødsel i strid med plikten til å yte faglig forsvarlige helsetjenester. Jordmor på sin side kan heller ikke tilby bistand som vil medføre brudd på forsvarlighetskravet.

Kravet til faglig forsvarlighet er en rettslig standard som fastsettes etter de faglige normene på det aktuelle området. Da de faglige normene endres over tid, vil også kravet til forsvarlighet være dynamisk. Grensen til det uforsvarlige er ikke definert i lovverket, men fastsettes gjennom vurdering i den enkelte sak av Statens helsetilsyn eller fylkesmannen. Nasjonale faglige retningslinjer for tjenesten vil være et naturlig grunnlag for vurderingen i slike saker. Dersom det ikke er utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer for det aktuelle fagområdet, vil eventuelle faglige retningslinjer utarbeidet av fagmiljøene være veiledende.

Helsedirektoratet utarbeidet i 2012 retningslinjen *IS-2012, Retningslinje for hjemmefødsel*, som vil være normerende og retningsgivende for helsehjelpen som gis ved hjemmefødsel. I tillegg vil Helsedirektoratets retningslinje fra 2005, *IS-1179, Retningslinje for svangerskapsomsorgen*, og Legeforeningens *Veileder i fødselshjelp*, revidert senest 2014, gi føringer.

Faglige retningslinjer er ikke rettslig bindende, men normerende og retningsgivende ved å peke på ønskede og anbefalte handlingsvalg. I tillegg skal føringer i faglige retningslinjer for hvordan helsetjenesten skal utføre oppgavene sine, være innenfor rammene av regelverket. Retningslinjene beskriver god praksis og vil danne et utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot uforsvarlig praksis går.

Nærmere om kravet til samhandling med andre deler av spesialisthelsetjenesten

Det følger av lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten § 3 at alle som yter helsetjenester, er pliktige til å etablere et system for internkontroll. For jordmødre som

bistår ved hjemmefødsler er det særlig viktig å utvikle og praktisere betryggende seleksjons- og overføringsrutiner, ha etablert kontakt med lege og sykehus som kan gi nødvendig bistand i uventede og kritiske situasjoner, samt ha rutiner om overføring til sykehus, se Nasjonal retningslinje IS-2012, pkt. 2.1.2.

Statens helsetilsyns vurdering

Det sentrale vurderingstema i saken er om du har brutt kravet til forsvarlig helsehjelp i måten du planla og gjennomførte helsehjelpen for de tre pasientene som skulle føde hjemme. Vi har også vurdert om du ga pasientene nødvendig informasjon til å kunne ta valg knyttet til gjennomføring av fødselsforløpene, samt om du har brutt kravet til journalføring.

Nedenfor har vi vurdert de tre pasientforløpene separat, opp mot bestemmelsene i helsepersonelloven om forsvarlighet og informasjon. Deretter har vi gjort en samlet vurdering av journalføringen. Til slutt har vi gjort en samlet vurdering av reaksjonsform etter helsepersonelloven kapittel 11.

Pasient nr. 1

Statens helsetilsyn har vurdert om du har gitt pasient nr. 1 forsvarlig og omsorgsfull hjelp

1. ved planleggingen av hjemmefødsel for pasient
 - a. med blødning [REDACTED]
 - b. [REDACTED]
2. ved oppfølging av fosterets leie i svangerskapet,
3. ved undersøkelser og behandling av pasienten under fødselen, og
4. i forbindelse med din kommunikasjon med pasienten på SMS og e-post, [REDACTED]

1. Planleggingen av hjemmefødsel

Det første vurderingstemaet er om du har gitt pasient nr. 1 forsvarlig og omsorgsfull hjelp ved planleggingen av hjemmefødselen, spesielt med tanke på komplikasjonene ved [REDACTED]

Angivelse av god praksis ved planlegging av hjemmefødsel

Ved henvendelse fra en kvinne som ønsker å føde hjemme skal jordmor innhente opplysninger om tidligere graviditeter, fødsler, sykdom og helse ved å snakke med pasienten og orientere seg om det som fremkommer på *Helsekort for gravide*. Dersom det fremkommer opplysninger som tilsier at det kan ha vært komplikasjoner ved tidligere svangerskap eller fødsler, skal jordmor be pasienten om samtykke til å innhente opplysninger fra aktuell fødeavdeling. Jordmor skal gjøre en vurdering av om det er forsvarlig å legge planer for hjemmefødsel på bakgrunn av de opplysningene som foreligger. Kvinnen skal informeres om hvilke seleksjonskriterier som er anbefalt for hjemmefødsel, hva jordmor kan tilby ved fødsel i hjemmet og hvilke valgmuligheter hun har. Informasjon om hvilke opplysninger som er innhentet, de vurderinger som er gjort, informasjon som er gitt og kvinnens ønske skal dokumenteres.

Komplikasjoner under forrige fødsel

I følge Helsedirektoratets *Retningslinje for hjemmefødsel, IS-2012*, er det friske førstegangsfødende eller flergangsfødende med tidligere normale svangerskap og

fødsler, med et normalt svangerskap med ett foster i hodeleie, der det er vurdert lav risiko for komplikasjoner for mor og barn i forbindelse med fødselen, som kan støttes i sitt ønske om å føde hjemme. Dersom det tidligere har vært fødselskomplikasjoner som kan medføre økt risiko i neste fødsel, skal kvinnen anbefales å føde i sykehus. I *Veileder i fødselshjelp* er normal blødningsmengde ved fødsel angitt å være opp til 500 ml. Blødning over 500 ml defineres som postpartum-blødning, og blødning > 1000 ml som alvorlig postpartum blødning. [REDACTED]

Dersom kvinnen har hatt blødning utover det som ansees normalt ved [REDACTED] skal jordmor innhente opplysninger om hva som har vært årsaken til blødningen. [REDACTED]

[REDACTED] og at det kan bli behov for rask intervensjon. Jordmor må være tydelig i sine vurderinger og om hva som er de nasjonale føringene på området. Dersom kvinnen fastholder sitt ønske om å føde hjemme, må jordmor ta stilling til om det er forsvarlig å bistå kvinnen med fødsel i hjemmet ut fra de opplysningene som foreligger.

Oppfølging av opplysninger om [REDACTED]

Jordmor skal fortløpende, både ved avtaleinngåelsen, ved planleggingen av hjemmefødsel og underveis i svangerskapet, vurdere om kvinnen har behov for annen helsehjelp under svangerskap eller fødsel enn den hun som jordmor kan ta ansvar for. Dette for å kunne vurdere om den gravide

- har behov for oppfølging av helsepersonell med spesialkompetanse på [REDACTED]
- har behov for ekstra smertelindring under fødsel, og om hun er egnet for å føde i hjemmet med de begrensningene som foreligger der.

[REDACTED] En fødsel i hjemmet kan gi kvinnen større opplevelse av kontroll. På den annen side kan effektiv smertelindring som epiduralanalgesi være avgjørende for fødselsopplevelsen, men også for at fødselshjelperen får utført de undersøkelser og tiltak som er nødvendige. Det igjen kan være avgjørende for en god fødselsopplevelse.

Ifølge *Retningslinje for hjemmefødsel*, kan psykiske eller psykososiale forhold ligge til grunn for å anbefale fødsel i sykehus. Ifølge *Retningslinje for svangerskapsomsorgen*, skal fagpersonen som følger opp en gravid i svangerskapet være oppmerksom på symptomer eller tegn på [REDACTED] og ha oversikt over kompetansemiljøer innen [REDACTED] i sin region. Fagpersonen skal tidlig forsøke å avdekke om kvinnen tidligere har hatt alvorlig psykisk sykdom og også fange opp om hun har depressive symptomer i svangerskapet.

Når en kvinne oppgir ønske om kontroll som bakgrunn for å føde hjemme, og også [REDACTED] skal jordmor vurdere om kvinnen kan ha behov for oppfølging av annen fagperson, f. eks. psykiater/psykolog i tillegg til jordmor. Vurderingen av alvorligheten i hennes fødselsangst er avgjørende for valg av fødested. Det inngår som en viktig del av jordmors vurdering av hvor det er forsvarlig å føde. Dette må vurderes fortløpende underveis i oppfølgingen i svangerskapet gjennom de opplysninger som fremkommer under konsultasjonene. Jordmor må også vurdere kvinnens behov for trygghet i eget hjem opp mot mulig behov for smertelindring

under fødsel. Dersom det fremkommer vegring for vaginalundersøkelse må dette vurderes opp mot behovet for å kunne gjøre nødvendige undersøkelser under fødsel, og jordmor må ta stilling til, i samråd med kvinnen, hvor det samlet sett er best og minst risikofyllt for kvinnen å føde.

God praksis er at jordmor informerer kvinnen om disse forholdene, og gjør en vurdering av dem. Vurderingene skal dokumenteres i kvinnens journal.

Vurdering

Statens helsetilsyn vil påpeke at du ikke fulgte norske retningslinjer for seleksjon av fødested, da du støttet pasient nr. 1 i sitt ønske om hjemmefødsel. Pasienten blødde 700 ml [REDACTED]. Årsaken til blødningen var ikke klarlagt, men ifølge samtalen med pasienten kunne blødningen skyldes en rift i fødselskanalen. Blødningsmengden fra [REDACTED] var over grensen for det som er normalt. Det var en risiko [REDACTED]. Blødningsmengde ved [REDACTED] ble imidlertid estimert til 700 ml, hvilket ikke var vesentlig over det som anses som normal blødning etter norske retningslinjer. Vi anser det derfor som lite sannsynlig at blødningsmengden ville bli stor eller livstruende [REDACTED].

Det var allikevel viktig å innhente flere opplysninger fra fødeavdelingen om årsaken til blødningen og informere kvinnen om at det var en risiko [REDACTED]. Særlig viktig ble dette da du allerede tidlig i svangerskapet, fikk opplysninger om at pasienten hadde en [REDACTED].

[REDACTED] Du hadde da opplysninger om at pasienten hadde flere mulige kompliserende tilstander, som etter vår vurdering krevde nærmere utredning, og som kunne gi komplikasjoner ved den kommende fødselen.

Statens helsetilsyn er av den oppfatning at opplysningene du fikk om [REDACTED] [REDACTED] indikerte at pasienten kunne være i behov av annen oppfølging enn det en jordmor alene kan tilby. Dette både i form av et tilbud ved fødeavdelingen av personell med særlig kompetanse på området, og som forberedelse til fødselen, men også i et lengre perspektiv f. eks. i form av psykiatrisk oppfølging relatert til de [REDACTED].

I din uttalelse datert 19. april 2016 har du opplyst at pasienten fortalte at hun pratet om [REDACTED].

[REDACTED] Utover dette fremkommer det ikke av dokumentasjonen at du gjorde slike vurderinger eller at du snakket med pasienten om det. Du har heller ikke i ettertid opplyst at du tok opp mulige behov for annen oppfølging med pasienten, og vi legger derfor til grunn at du ikke vurderte om pasienten var i behov for slik oppfølging. Etter Statens helsetilsyns vurdering skulle du ha snakket med pasienten om dette, gitt henne informasjon om hvilke muligheter som forelå, dokumentert informasjonen du ga og hva pasienten ønsket. Helsehjelpen du ga avviker derfor fra god praksis på dette området.

Det fremkommer heller ikke opplysninger om at du vurderte om pasienten var egnet til å føde hjemme eller om hun burde frarådes dette på bakgrunn av sine plager etter [REDACTED].

[REDACTED] Det er kjent at enkelte kvinner velger å føde hjemme, nettopp fordi de har hatt negative opplevelser i forbindelse med [REDACTED] sykehus. Men det er også kjent at kvinner som har [REDACTED] kan ha behov for

god smertelindring gjennom fødselen, både for å få en god fødselsopplevelse, men også for å klare å samhandle med fødselshjelperen gjennom fødselen. Kvinner som tidligere har [redacted] noe som kan vanskeliggjøre nødvendige avklaringer for diagnostikk eller tiltak, dersom det oppstår avvik eller komplikasjoner i fødselsforløpet. Du burde derfor, da du planla å bistå kvinnen i fødsel hjemme, tatt stilling til disse forholdene og i samråd med kvinnen gjort en vurdering av hva som samlet sett var best for henne. Særlig aktuelt var dette overfor denne kvinnen, siden det også forelå en viss risiko for postpartum blødning med mulighet for smertefulle grep/tiltak for å redusere eller stanse blødning. Vi kan ikke se av de opplysningene som har fremkommet, at du har gjort disse vurderingene, og vi legger derfor til grunn at du ikke vurderte dette.

2. Oppfølging av fosterets leie i svangerskapet

Vurderingstemaet er om du har fulgt opp fosterets leie forsvarlig i svangerskapet.

I svangerskapsuke 36 skal fosteret under normale forhold ha stilt seg inn i et lengdeleie med hodet førende i kvinnens bekkeninngang. Hos [redacted] fødende fanges hodet opp i bekkeninngangen og fikses der fram mot fødselen. Hos [redacted] fødende kan fosterhodet være bevegelig forliggende over eller i bekkeninngangen helt fram til riene starter eller vannet går. Dersom fosterhodet balloterer over bekkeninngangen ved fullgått svangerskap, kan det være et tegn på mekaniske misforhold/avvikende leie. Leopolds håndgrep benyttes ved ytre palpasjon for å identifisere fosterets leie i svangerskapet. Mistanke om seteleie kan også komme på bakgrunn av opplysninger om hvor kvinnen kjenner at fosteret sparker.

Angivelse av god praksis

Ifølge *Retningslinje for svangerskapsomsorgen*, er ytre palpasjon ikke alltid en nøyaktig undersøkelse for å påvise fosterleie. Det anbefales allikevel brukt fra uke 36, fordi funn på dette tidspunktet har konsekvenser for videre oppfølging og planlegging av fødselen.

Fødsel i seteleie er forbundet med økt risiko for mor og barn. Ifølge *Retningslinje for hjemmefødsel*, skal kvinner med avvikende leie som setepresentasjon, tverrleie, anbefales å føde i fødeavdeling/kvinnelinikk. Avklarte forhold omkring fosterets leie er følgelig viktig for videre oppfølging og planlegging av fødested.

Ved avvikende leie fra svangerskapsuke 36, eller ved mistanke om dette, skal kvinnen henvises for nærmere avklaring av leie med ultralydundersøkelse. Dersom kvinnen gir uttrykk for at hun mener at fosteret ikke ligger i hodeleie, skal terskelen være lav for å få leie bekreftet ved ultralyd. Særlig viktig er dette dersom det legges planer for hjemmefødsel.

Vurdering

Det fremkommer ulike opplysninger fra deg og fra pasienten om hvorvidt eller hvordan kvinnen formidlet bekymring om at det kunne foreligge seteleie. Pasienten har opplyst at hun gjentatte ganger hadde uttrykt bekymring for leie. Hun kjente aldri spark fra barnet opp mot ribbena, [redacted]. Hun hevder hun fortalte dette til deg, og at hun uttrykte bekymring for leie overfor deg ved de tre siste konsultasjonene. Du hevder på din side at pasienten aldri tok opp dette med deg. Det fremgår ikke av dokumentasjonen fra din kontakt med pasienten, hverken i

journalen, SMS-utvekslingen eller e-postutvekslingen, at hun tok opp bekymringer vedrørende fosterets leie i svangerskapet.

Statens helsetilsyn kan ikke ta stilling til hva pasienten faktisk formidlet til deg om bekymringer vedrørende fosterets leie. Du har opplyst at du og din kollega har som rutine at dere begge skal undersøke pasienten ved ytre palpasjon omkring svangerskapsuke 36, for best mulig avklaring på dette viktige området. Vi legger til grunn din redegjørelse om at både du og din kollega foretok denne undersøkelsen omkring uke 36 for å identifisere fosterets leie. Ved fullgått svangerskap, i uke 40, gjorde du en ny ytre undersøkelse, og du fant fortsatt hodet forliggende, balloterende, og fosteret var aktivt.

Vår vurdering er at god praksis ville vært å foreta nærmere avklaringer da du fant at fosterhodet balloterte i uke 40. Dette for å forsikre deg om at det ikke ville oppstå komplikasjoner ved oppstart av fødsel i hjemmet, f.eks. avvikende hodepresentasjon, navlesnorsfremfall eller setepresentasjon.

3. Undersøkelser og behandling av pasienten under fødselen

Under dette punktet har vi vurdert om du ga pasient nr. 1 forsvarlig undersøkelse og behandling under fødselen, med tanke på risikoen som foreligger i de ulike stadiene av fødselen.

Angivelse av god praksis

Når kvinner som skal føde tar kontakt med jordmor ved oppstart av fødsel, er det god praksis å snakke med kvinnen for å danne seg et bilde av hvor kvinnen kan befinne seg i fødselsforløpet. Gjennom samtalen skal jordmor forsøke å identifisere om kvinnen er i latensfasen eller i aktiv åpningsfase. Det er sannsynlighet for at fødselen er i aktiv åpningsfase når kontraksjonene oppleves som smertefulle, varer i ca. ett minutt og er økende med frekvens på minst en ri/10 minutter

Dersom rienes varighet og frekvens tilsier at kvinnen kan være i aktiv fødsel, skal jordmor se til kvinnen og gjøre kliniske undersøkelser av mor og barn. Jordmor skal spørre etter når kvinnen kjente fosterbevegelser sist, identifisere hvilken fosterdel som er ledende og hvordan denne er innstilt. Dette gjøres ved ytre palpasjon under en ripause, mens livmorveggen er avslappet.

Størst mulig sikkerhet for fosterets leie og innstilling ved oppstart av fødselen er av stor viktighet ved alle fødsler. Dette for å kunne velge adekvat nivå for fødselshjelpen og metode for overvåking og forløsning. Ved ytre palpasjon skal fosterhodet identifiseres. Ved usikkerhet om leie ved oppstart av fødsel eller underveis i fødselsforløpet, skal avklarende tiltak iverksettes. Dette kan være grundig vaginal palpasjon av ledende fosterdel eller ultralyd.

Videre skal jordmor observere eventuelt fostervannsavgang eller om det er vaginalblødning. Rienes varighet og hyppighet skal observeres gjennom mors oppførsel og ved palpasjon av uterus. Dersom observasjonene tyder på at kvinnen er i aktiv fødsel, skal jordmor i samråd med kvinnen palpere mormunnen vaginalt for å bekrefte funnene og kunne følge med på hvordan fødselen utvikler seg i det videre forløpet.

Jordmor skal informere kvinnen om sine funn, trygge henne på det som er normalt, og informere henne om det som eventuelt fraviker fra normale funn, slik at hun kan medvirke til de valg og tiltak som gjøres.

Dersom kvinnen er i aktiv åpningsfase, skal jordmor være tilstede hos kvinnen til fødselen er over eller til annen fagperson overtar ansvaret for fødselshjelpen. Fosterlyden skal observeres i henhold til nasjonale føringer. Ifølge *Veileder i fødselshjelp 2014, kap. 26, Fosterovervåking under fødsel, avnavling og syre-baseprøver fra navlesnor*, kan friske kvinner i åpningsfasen av aktiv fødsel overvåkes med intermitterende auskultasjon hvert 15.-30. min. Det foreslås at intermitterende auskultasjon gjøres under og etter en kontraksjon, og i minst 60 sekunder ved hjelp av jordmorstetoskop eller doppler. Ved avvikende funn skal overvåkingen intensiveres og lege involveres. Funnene skal formidles til kvinnen, slik at hun kan medvirke til valg av helsehjelpen som skal gis.

Ved behov for overflytting til sykehus, skal jordmor gi relevant og nødvendig informasjon til de som overtar behandleransvaret, slik at de er i stand til å yte forsvarlig helsehjelp.

Vurdering

Kontakt ved oppstart av fødselen

Da pasient nr. 1 tok kontakt med deg [redacted] 2014 kl. [redacted] og opplyste deg via SMS om at hun hadde hatt 4-5 rier med 10 minutters intervall, ga du henne råd og veiledning via SMS. Statens helsetilsyn er av den oppfatning at kvinner i oppstart av fødselen best veiledes gjennom samtaler, og at god praksis i den situasjonen som forelå kl. [redacted] ville vært å snakke direkte med kvinnen og ikke via SMS.

Undersøkelser ved fødselsstart i hjemmet

Du ankom kvinnens hjem den [redacted] 2014 kl. [redacted] etter å ha blitt oppringt av kvinnen [redacted]. På dette tidspunktet var det etter Statens helsetilsyns vurdering sannsynlig at fødselsforløpet kunne være kommet over i aktiv åpningsfase. De smertefulle kontraksjonene som hadde vært uregelmessige og av varierende varighet og styrke gjennom flere timer, hadde nå blitt regelmessige. Du har dokumentert at det kl. [redacted] var ca. 4 minutters pause mellom riene og at riene varte ca. 60 sekunder.

Du har også opplyst at du vurderte at det var behov for vaginal undersøkelse, men at kvinnen ønsket å vente og at du ville etterkomme hennes ønske. Dette på bakgrunn av [redacted] og at det dessuten kunne være lurt å vente litt med det, siden det var vannavgang. Du undersøkte heller ikke fosterets leie eller innstilling ved ytre palpasjon. På bakgrunn av det tidligere funnet i svangerskapsuke 40, da fosterets hode balloterte ved undersøkelse, var det etter vår vurdering svært viktig at fostrets leie og innstilling ble avklart på dette tidspunktet. I en situasjon der du tenkte det var behov for vaginal undersøkelse, burde du som et minimum ha gjort ytre palpasjon for best mulig avklaring. En slik undersøkelse inngår også i den rutinemessige undersøkelsen, når kvinnen skal undersøkes ved oppstart fødsel.

Skadepotensialet ved komplikasjoner som følge av avvikende leie under fødsel, og særlig ved fødsel som foregår i hjemmet uten mulighet for akutt keisersnitt, er stort. Statens helsetilsyn ser derfor alvorlig på at du ikke gjorde ytre palpasjon på dette tidspunktet. Du har også selv erkjent at dette var en faglig feilvurdering.

Fosterovervåkingen

Kl. [REDACTED] var det tre gode rier/10 minutter med 60 sekunders varighet. Du undersøkte nå pasienten vaginalt og fant at mormunnen var 5-6 cm åpen, veldig tøyelig, og at ledende fosterdel sto over spina. Funnene bekrefter etter vår vurdering at kvinnen var i aktiv åpningsfase.

Av dokumentasjonen fra fødselen er det journalført at det var 2-3 gode rier/10 minutter ved fire anledninger mellom kl. [REDACTED] og [REDACTED]. Samtidig er det dokumentert normal fosterlydfrekvens ved de fire tidspunktene. I henhold til de nasjonale retningslinjene burde det vært lyttet minst syv ganger i dette tidsrommet. Gjennom tilsynet er det ikke fremkommet opplysninger som viser at det ble lyttet oftere enn det som er dokumentert. Observasjonene som ble gjort om fosterlyden var innenfor normalområdet og pasienten hadde kjent spark etter at det hadde vært vannavgang. På dette tidspunktet hadde du imidlertid ikke tilfredsstillende oversikt over fosterets leie og ledende dels innstilling i bekkenet, og manglende observasjoner av fosterlyden var derfor særlig risikofyllt.

Behov for smertelindring/overflytting

Da kvinnen ca. kl. [REDACTED] ga uttrykk for at hun ønsket å dra til sykehuset for smertelindring, avtalte dere at du skulle undersøke kvinnen vaginalt igjen, for å se om det nærmet seg trykkesid. Kvinnen ble imidlertid ikke undersøkt før mer enn 1 time senere, kl. [REDACTED]. God praksis ville etter vår vurdering være å overflytte pasienten med en gang hun ytret ønske om dette. Kvinnen hadde [REDACTED] og burde vært hjulpet med en rask avklaring om hvorvidt det var tid til overflytting til sykehuset, eller ikke. På dette tidspunktet var riefrekvensen dessuten avtatt noe, hvilket burde gi mistanke om at trykking ikke var nær forestående.

Samhandling med sykehuset ved overflytting

Undersøkelsen kl. [REDACTED] viste ingen progresjon i fødselen. Du har i forbindelse med tilsynssaken opplyst at du på dette tidspunktet observerte fnokker av bek (avføring fra fosteret) i fostervannet, og at du fikk mistanke om at det forelå seteleie. Dette fremkommer imidlertid ikke av dokumentasjonen fra fødselen, og du informerte heller ikke kvinnen eller [REDACTED] om funnet under fødselen, noe du etter vår vurdering skulle ha gjort. Du har opplyst at du unnlot å informere om din mistanke for ikke å uroe kvinnen, og fordi funnet var usikkert. Statens helsetilsyn vil påpeke at pasienten hadde rett til slik informasjon, og til å samhandle om helsehjelpen.

Du informerte heller ikke sykehuset om dine funn og din mistanke om seteleie, da du meldte kvinnen for overflytting til fødeavdelingen. Informasjonen var etter vår vurdering viktig for forberedelse av forsvarlig mottak med utstyr og personell i sykehuset.

Oppsummering pkt. 1 – 3

Statens helsetilsyn vurderer at helsehjelpen du ga pasienten den [REDACTED] 2015 i hjemmet var uforsvarlig. Da du ble tilkalt for å bistå ved hjemmefødsel hadde du ikke i tilstrekkelig grad kartlagt om pasienten var egnet for hjemmefødsel. Du hadde ikke utredet nærmere hvilken oppfølging pasienten hadde behov for, eller hvilke konsekvenser tidligere [REDACTED] kunne få for den kommende fødselen med tanke på behov for smertelindring, men også ved behov for behandling i forbindelse med

blødning. Du undersøkte heller ikke fosterets leie hverken ved ytre eller indre undersøkelse da du ankom fødehuset, og fosterovervåkingen var mangelfull. Det forelå flere risikofaktorer som ikke var avklart, hvilket gjorde det uforsvarlig å gjennomføre hjemmefødsel.

Til tross for risikofaktorene som forelå kontaktet du ikke fødselslege for råd og veiledning om det var forsvarlig å fortsette hjemme. Du informerte heller ikke pasienten og sykehusets personell før overflytting til sykehuset om din mistanke om seteleie.

Konklusjon

Statens helsetilsyn har kommet til at din helsehjelp til pasienten var uforsvarlig og et brudd på helsepersonelloven § 4. I tillegg var manglende informasjon til pasienten et brudd på samme lovs § 10.

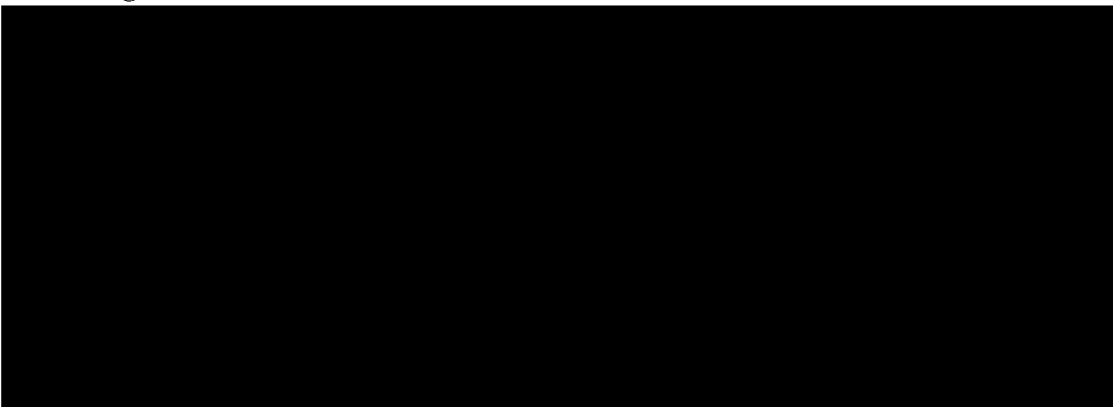
4. Kommunikasjon med pasienten

Angivelse av god praksis

Ethvert møte mellom mennesker fører med seg opplevelser og følelser av ulik art og styrke. Dette gjelder også i profesjonelle relasjoner mellom helsepersonell og pasienter. I kravet til forsvarlighet og omsorgsfull hjelp ligger et krav om at man som helsepersonell er i stand til å vise pasienter nærhet, støtte og omsorg, uten at behandlerrelasjonen går over i en sosial relasjon av privat karakter.

Etablering av behandlingsrelasjoner innebærer en forpliktelse for helsepersonell til å utvise respekt for pasientens rettigheter, verdighet og integritet. Som helsepersonell må man være oppmerksom på at pasienten befinner seg i en situasjon der det forventes at pasienten blottlegger sider ved seg selv som vanligvis er skjult for andre. Dette skaper en spesiell form for sårbarhet og avhengighet som helsepersonell må være seg bevisst og fastholde en profesjonell relasjon, uavhengig av om pasienten ønsker en annen utvikling. Helsepersonellet må heller ikke nyttiggjøre seg behandlerrelasjonen til egne personlige formål.

Vurdering



Konklusjon

Vi har funnet at denne kommunikasjonen med pasienten var et brudd på kravet til omsorgsfull hjelp i helsepersonelloven § 4.

Statens helsetilsyn er av den oppfatning at varsellinje og tiltakslinje må settes manuelt ved bruk av papirbasert partogram. *Veileder i fødselshjelp* 2014 anbefaler at de som yter fødselshjelp i Norge bruker samme definisjoner som WHO, altså at det er fire timers intervall mellom varsellinje og tiltakslinje.

Langsom framgang i fødsel er et fødselsforløp som gir økt risiko for mor og barn. Det er økt risiko for asfyksi, fordi utdrivningsfasen også blir lang. Det er økt risiko for operativ forløsning, fordi fødselen stagnerer helt. Det er ofte behov for riestimulerende medisin, og det er økt risiko for alvorlig blødning etter fødsel, fordi livmoren ikke i tilstrekkelig grad trekker seg sammen (atonisk blødning). Slike fødselsforløp skal derfor håndteres i sykehus der nødvendig kompetanse er tilgjengelig og rask behandling kan iverksettes.

Dersom det inntreffer langsom framgang er det viktig å undersøke om dette skyldes ineffektive rier, mekanisk misforhold, feilinnstillinger av fosteret eller andre faktorer. Jordmor som overvåker fødselsforløpet vil ofte være den som først konstaterer at det foreligger langsom framgang, og hvis det er tilfellet skal kvinnen informeres om at lege bør involveres i den videre behandlingen, og at hun bør overføres til sykehus, dersom fødselen startet som en hjemmefødsel. Dersom kvinnen motsetter seg overflytting, må jordmor ta stilling til om det er forsvarlig å fortsette fødselen i hjemmet. Mange kvinner velger å føde hjemme nettopp fordi de ønsker å la fødselen gå sin naturlige gang uten unødvendige inngrep eller tiltak. Kvinnen kan imidlertid ikke kreve at jordmor etterkommer hennes ønske om å fortsette fødselen i hjemmet, dersom det ikke er forsvarlig.

Fosterovervåking:

Det framgår av *Veileder i fødselshjelp* at «*friske kvinner med ukompliserte svangerskap (lav risiko), anbefales overvåking med intermitterende auskultasjon i aktiv fødsel.*» Det mangler evidens for hvor ofte det skal lyttes, men norske retningslinjer anbefaler intermitterende auskultasjon hvert 15.–30. minutt i åpningsfasen, og under og etter hver ri i utdrivningsfasen. Endelig fremgår det av veilederen: *Det er viktig å oppgradere fra lav- til høyrisikogruppe under fødsel når kliniske forhold tilsier det. Det kan være protrahert forløp, misfarget fostervann, mistanke om ikke normal fosterlyd (...).*

Veileder i fødselshjelp anbefaler overvåking med kontinuerlig CTG, når det foreligger økt risiko i fødsel. Langsom progress i fødsel er et eksempel på et fødselsforløp der det foreligger økt risiko for komplikasjoner.

Samhandling med spesialisthelsetjenesten:

De nasjonale retningslinjene for hjemmefødsel angir hvilke kvinner som kan føde hjemme og i hvilke situasjoner kvinnen skal overflyttes til sykehus under fødselsforløpet. I de fleste tilfellene er det enkelt å ta stilling til om det er indikasjon for overflytting. I andre situasjoner kan det være usikkert om kvinnen oppfyller kriterier for overflytting eller ikke. Det kan også i noen tilfelle være vanskelig å vurdere den kliniske situasjonen som den fødende befinner seg i. For å sikre forsvarlig helsehjelp er det nødvendig å overflytte når det er behov for det, men også å diskutere med annen jordmor eller lege hvis det er usikkerhet om den kliniske tilstanden. Jordmor som overvåker et fødselsforløp i hjemmet har et stort ansvar nettopp fordi hun ofte er alene om å gjøre vurderinger underveis. Terskelen for å konferere med

andre må være lav, og ved usikre funn eller mistanke om avvikende fødselsforløp skal kvinnen informeres om at det er behov for å konferere med annen jordmor eller å involvere lege, slik at nødvendige avklaringer eller tiltak kan iverksettes. Dersom kvinnen motsetter seg dette, må jordmor ta stilling til om det er forsvarlig å fortsette fødselsomsorgen i hjemmet.

Informasjon til og samhandling med pasienten

Ettersom hjemmefødsel er et valg kvinnen tar på bakgrunn av informasjon og kunnskap om hva en jordmor kan tilby ved hjemmefødsel, blir det svært viktig at jordmor informerer kvinnen tilstrekkelig både før og underveis i fødselsforløpet om sine vurderinger, slik at pasienten har et tilstrekkelig grunnlag til å ta valg om egen helse.

Jordmor må gi kvinnen tydelig informasjon når det ikke lenger er tilrådelig å fortsette fødselen hjemme. Dersom kvinnen motsetter seg overflytting til sykehus, må jordmor ta stilling til om det er forsvarlig å fortsette fødselsomsorgen i hjemmet.

Vurdering

Pasient nr. 2 var en lavrisikofødende fordi svangerskapet hadde vært ukomplisert og fødselen startet normalt få dager over terminen. Det var i tråd med god praksis å la fødselen starte opp i hjemmet da kvinnen hadde et ønske om hjemmefødsel.

Da pasienten gikk spontant i fødsel [redacted] 2015 reiste du ut til henne og undersøkte henne, og fant at hun hadde initialt uregelmessige rier med 8-10 minutters intervall. Mormunnen var åpen 2-3 cm. Du reiste hjem for å komme tilbake kl. [redacted]. Da du kom tilbake var mormunnen åpen 4 cm og du beskrev at riene hadde økt i styrke. Kvinnen hadde behov for smertelindring og fødebadekaret ble da tatt i bruk. Ut fra disse opplysningene vurderer Statens helsetilsyn at fødselen hadde gått inn i den aktive delen av åpningsfasen kl. [redacted]. God praksis ville ha vært å startet partogrammet på dette tidspunktet, for å kunne overvåke framgangen i fødselen.

Den [redacted] 2015 kl. [redacted] undersøkte du kvinnen igjen og mormunnen var da åpen 6 cm. Kl. [redacted] startet du partogrammet, og vi legger til grunn at du vurderte at pasienten på dette tidspunktet var i aktiv fødsel. Du kjente også på dette tidspunkt en vannblære, hvilket vanligvis forekommer i aktiv fødsel. Mellom kl. [redacted] og [redacted] vurderte du at riene ble uregelmessige og pasienten sovnet. Du stoppet partogrammet, da du vurderte at kvinnen fortsatt var i latensfasen og så forlot du kvinnens hjem. Etter Statens helsetilsyns vurdering var kvinnen på dette tidspunktet allerede i aktiv fødsel, og riesvekkelsen kunne skyldes en sekundær riesvekkelse som ofte kan inntreffe hos [redacted] fødende. Det var på dette tidspunkt etter vår vurdering, et avvikende fødselsforløp, som krevde tett oppfølging med overvåking av både den fødende og barnet. Det var indikasjon for CTG-overvåking av barnet, og overflytting til sykehus skulle vært vurdert. Du valgte imidlertid å forlate kvinnen, og huset der hun oppholdt seg. Etter vår vurdering var fødselsforløpet på dette tidspunktet svært protraisert. Helsehjelpen på dette tidspunktet var etter vår vurdering uforsvarlig.

Da du kom tilbake til pasienten kl. [redacted] vurderte du at riene fortsatt var uregelmessige. Du forlot igjen kvinnen for å komme tilbake kl. [redacted]. Da du kom tilbake var mormunnen åpen 8 cm. Statens helsetilsyn vurderer at dette var svært langsom framgang i fødselen, fordi mormunnen bare hadde åpnet seg 4 cm på 23

timer. Fødselsforløpet var klart avvikende fra det normale. Du lot imidlertid være å sørge for at barnet fikk overvåking i henhold til nasjonale retningslinjer, og du vurderte heller ikke overflytting til sykehus. Videre benyttet du deg ikke av muligheten til å konferere med fødselslege selv om du vurderte fødselsforløpet som atypisk. Vi vurderer at det var uforsvarlig at du ikke tok kontakt med sykehus for overflytting, slik at nødvendig overvåking og behandling kunne iverksettes. Vi ser alvorlig på at du heller ikke på dette tidspunktet orienterte pasienten om at det var uforsvarlig å fortsette fødselen hjemme.

Du startet igjen partogrammet ca. kl. [redacted] Mormunnen åpnet seg fra 8 cm til 10 cm fra kl. [redacted] til kl. [redacted] neste dag, altså to cm. i løpet av 15 timer. Ifølge dine nedtegninger i partogrammet var dette tydelig langsom framgang. Statens helsetilsyn vil påpeke at partogrammet nettopp skal være en hjelp til å se framgang eller manglende framgang i fødsel over tid. Vi vurderer at du ikke tok konsekvensen av de funnene du gjorde, i dette tilfelle nedtegninger i partogrammet, og sørget for nødvendige tiltak.

Fosterovervåkingen ble i tidsperioden mellom kl. [redacted] og kl. [redacted] gjort som intermitterende auskultasjon. Intervallet mellom lytting av fosterlyd var fra en til nesten to timer hvilket er et klart avvik fra nasjonale anbefalinger, og ansees derfor som uforsvarlig.

Kl. [redacted] forsøkte pasienten å trykke aktivt uten resultat. Riene dabbet av kl. [redacted] Til tross for at riene ikke tok seg opp, sørget du heller ikke på dette tidspunktet for overflytting til fødeavdeling.

På dette tidspunktet, kl. [redacted] journalførte du fosterlyd på 140 slag/min og kl. [redacted] på 135 slag/min. Deretter har du ikke dokumentert at du registrerte fosterlyd. Mormunnen var nå utslettet, det var forsøkt aktiv trykking og det forelå svært langsom framgang i fødsel hvilket tilsa grundig overvåking av barnet. Statens helsetilsyn vurderer at du ikke sørget for forsvarlig overvåking av barnet.

Det foreligger ingen dokumentasjon på at du på noe tidspunkt før [redacted] 2015 kl. [redacted] tok opp med pasienten nødvendigheten av å reise inn til sykehuset. Heller ikke på dette tidspunktet, 34 timer etter at pasienten hadde kommet i aktiv fødsel og fødselen hadde stagnert, har du dokumentert at du informerte pasienten om hvilken risiko som forelå ved å velge bort muligheten for fosterovervåking og øyeblikkelig hjelp ved en eventuell blødning. Du har heller ikke i ettertid redegjort for at du ga pasienten slik informasjon, og vi legger til grunn at dette ikke ble gjort, noe vi ser alvorlig på.

Konklusjon:

Statens helsetilsyn har vurdert at din håndtering av et unormalt fødselsforløp, herunder mangelfull overvåking av foster og den fødende, manglende samhandling med spesialisthelsetjenesten og manglende informasjon til pasienten, var uforsvarlig.

Pasient nr. 3

Statens helsetilsyn har vurdert om din planlegging av hjemmefødsel var forsvarlig, og herunder om du informerte pasienten tilstrekkelig. Vi har i tillegg vurdert om det var

forsvarlig å la pasienten føde hjemme, herunder om din samhandling med spesialisthelsetjenesten var forsvarlig.

Angivelse av god praksis

I de tilfellene hvor pasienten ønsker hjemmefødsel er det ansvarlig jordmors oppgave å innhente nødvendig informasjon om tidligere fødsler, for eksempel om sykdommer eller andre kompliserende faktorer med betydning for fødsel. Det er viktig å få klarlagt dette i god tid før fødsel. Informasjonen om tidligere fødselsforløp kan dels innhentes fra pasienten eller fra Helsekort for gravide. Ofte vil det være nødvendig å innhente informasjon fra fødeavdelingen også for å få nærmere opplysninger om komplikasjoner under fødsel. Det er ikke å forvente at pasientene har nøyaktig informasjon om medisinske tilstander.

I følge *Veileder i fødselshjelp* defineres overtidig svangerskap fra og med dag 294 (≥ 42 uker +0dager). Det er kjent at overtidige svangerskap og fødsler har økt risiko for oligohydramnion (lite fostervann) og mekoniumaspirasjon (barnet aspirerer misfarget fostervann). Det fremgår av veilederen at slike fødsler skal behandles som risikofødsler og at fosterovervåkingen skal gjøres med CTG.

Ifølge *Retningslinjer for hjemmefødsel* er det en forutsetning for hjemmefødsel at fødselen starter spontant mellom fullgått 36 uker og til svangerskapet regnes som overtidig. Videre at det er vurdert lav risiko for komplikasjoner for mor og barn i forbindelse med fødsel og barseltid. Kvinner som per definisjon er overtidige anbefales å føde i sykehus. Det gjelder også de kvinnene som i tidligere fødsel har hatt fødselskomplikasjoner som kan medføre risiko i neste fødsel.

Dersom en kvinne som er overtidig ønsker hjemmefødsel, blir det viktig at jordmor informerer om den økte risikoen for komplikasjoner som både fosteret og kvinnen kan bli utsatt for. Dette gjelder både under planlegging av fødsel, men også hvis kvinnen er i fødsel. Mener jordmor at det ikke er tilrådelig å etterkomme kvinnens ønske om å fortsette fødselen hjemme, må hun gi kvinnen tydelig informasjon om dette. Dersom kvinnen motsetter seg overflytting til sykehus, må jordmor ta stilling til om det er forsvarlig å fortsette fødselsomsorgen i hjemmet.

Vurdering

Planlegging av hjemmefødsel og informasjon til pasienten

Pasienten fødte sitt [REDACTED] barn i [REDACTED] og det ble lagt vakuumpå grunn av langsom framgang i fødsel. Du har ikke journalført at du innhentet flere opplysninger om denne fødselen, og vi legger til grunn at du ikke gjorde dette. Det var spesielt viktig å innhente opplysninger om tidligere fødselsforløp, fordi dette var komplisert med operativ vaginal forløsning. God praksis ville derfor ha vært å innhentet slik informasjon før du inngikk avtale med pasienten om hjemmefødsel.

Du hadde kontakt med pasienten flere ganger i løpet av svangerskapet, også etter at hun hadde passert terminen. Da pasienten kom til kontroll hos deg den [REDACTED] 2015 informerte du ifølge deg «om retningslinjene som sier at etter 42 uker anbefales ny kontroll på sykehuset og vurdering av igangsetting av fødsel.» Pasienten fortalte deg imidlertid at hun ikke opplevde at hun fikk objektiv og faglig oppdatert informasjon om hvorfor legen anbefalte fødsel på sykehus framfor hjemmefødsel. Ditt råd var da at pasienten skulle ta kontrollen på sykehuset neste dag for å vurdere om det var faglig

tilrådelig at induksjon ble utsatt noen dager. På dette tidspunktet burde pasienten etter vår vurdering fått klar beskjed om at hjemmefødsel ikke kunne planlegges fordi svangerskapet allerede var overtidig. Du har ikke journalført at du informerte om at de nasjonale retningslinjer anbefaler fødsel i sykehus ved overtid, og at barnet under fødsel da skal overvåkes særlig nøye med CTG. Det fremgår heller ikke av din dokumentasjon at du har gitt informasjon om den risikoen som forelå for at barnet kunne bli utsatt for stress under fødsel og at barnet kunne få pusteproblemer etter fødsel når svangerskapet var overtidig. Statens helsetilsyn vurderer at den informasjonen du ga ikke var i tråd med god praksis.

Du henviste imidlertid pasienten til sykehuset den [REDACTED] 2015, og la derfor til rette for at pasienten kunne få oppfølging, behandling og informasjon fra spesialisthelsetjenesten. Vi vurderer derfor at behandlingen på dette tidspunkt ikke var uforsvarlig.

Oppfølging av pasienten og samhandling med spesialisthelsetjenesten

Da pasienten tok kontakt med deg den [REDACTED] 2015 kl. [REDACTED] hadde du god informasjon om pasienten. Du visste at hun var overtidig og at fødselen var indusert på sykehuset. Videre visste du at legene ikke anbefalte hjemmefødsel. Du fikk som den første informasjon om at ballongkateteret var falt ut og at fødselen hadde startet. I denne situasjonen var det flere fakta som tilsa at pasienten burde få en klar anbefaling om å føde på sykehus. Statens helsetilsyn kan ikke se at du ga en slik anbefaling til pasienten. Det fremgår heller ikke av det du senere har uttalt. Vi legger derfor til grunn at du ikke gjorde dette.

I din uttalelse påpeker du at pasienten hadde et sterkt ønske om å føde hjemme. Statens helsetilsyn vil imidlertid presisere at pasienten har en rett til å velge mellom forsvarlige alternativer til behandling, men hun kunne ikke kreve at du skulle etterkomme hennes ønske og ta ansvar for hjemmefødsel, dersom dette var uforsvarlig. Det er ditt ansvar å ta stilling til om det er forsvarlig å la kvinnen føde hjemme og det er utenfor jordmors autonome ansvarsområde å ta ansvar for risikofødsel i hjemmet uten å samhandle med behandlende fødselslege. I dette tilfellet hvor svangerskapet var overtidig og barnet dermed var utsatt for en økt risiko, var det ikke forsvarlig å tilby pasienten bistand slik at hun kunne føde hjemme. Det var heller ikke i samsvar med den skriftlige avtalen du hadde inngått med pasienten.

Da du kom fram til pasienten kl. [REDACTED] fant du at hun var i aktiv fødsel. Du undersøkte pasienten først kl. [REDACTED] og fant da en livmorhals som var åpen 9 cm. På dette tidspunkt hadde du hatt mulighet og tid til å samhandle med fødselslege for å informere om situasjonen. Heller ikke på dette tidspunkt tok du kontakt med sykehuset.

Da pasienten ble overflyttet med ambulanse, satt morkaken fast og det var risiko for at blødning kunne inntreffe når som helst. Ifølge deg var pasienten litt svimmel og hun besvimte nesten når hun forsøkte å reise seg, og det ble gitt Ringer i.v. Likevel var det [REDACTED] som fulgte med i ambulansen, mens du kjørte etter i egen bil. God praksis hadde imidlertid vært at du fulgte med i ambulansen, slik at du raskt kunne iverksette tiltak, hvis det oppsto blødning. En slik blødning kunne inntreffe når som helst i og med at morkaken fortsatt ikke var kommet ut. Statens helsetilsyn vurderer at det var utenfor god praksis at du som jordmor ikke fulgte pasienten i ambulansen.

Konklusjon

Statens helsetilsyn har vurdert at det var uforsvarlig å ikke fraråde hjemmefødsel for en pasient som var indusert på sykehus på grunn av overtidighet.

Journalføring

Vurderingstemaet er om din journalføring var i tråd med plikten til journalføring i helsepersonelloven §§ 39-40, jf. pasientjournalforskriften § 8.

Angivelse av god praksis

Pasientjournalen har flere ulike funksjoner. Den skal fungere som et arbeidsverktøy for helsepersonell, og skal i tillegg gi pasienter og tilsynsmyndigheten anledning til innsyn i den helsehjelpen som er gitt. Journalen er også sentral, når andre behandlere trenger kunnskap om hvilken helsehjelp pasienten har fått. Journalføringen skal gi et dekkende bilde av den helsehjelpen som er gitt, og den skal vise hvilke vurderinger som ligger til grunn for behandlingen.

Det er vanlig praksis at jordmor i svangerskapskontrollene skriver inn sine undersøkelser i «*Helsekort for gravide*». Dette skjemaet inneholder svært begrenset plass, hvis det skal dokumenteres ut over et minimum av informasjon. Det er derfor god praksis at jordmor skriver egne journalnotater utover dokumentasjonen i «*Helsekort for gravide*», når det er behov for lengre beskrivelser av pasientens tilstand, eller der det foreligger kompliserende faktorer.

En avtale om fødselshjelp i hjemmet mellom jordmor og den gravide kvinnen bør inngås i god tid før fødselen finner sted og være skriftlig. En slik avtale vil være en viktig del av pasientens journal, med tanke på hva som er avklart mellom partene om forpliktelser og forventninger ved en planlagt hjemmefødsel. Avtalen må derfor være klar og tydelig.

Under fødsel er det viktigste arbeidsdokumentet partogrammet. Det er utarbeidet standardiserte partogrammer som bl.a. inneholder opplysninger om fødselens framgang og med mulighet for kortere tekst. Om nødvendig må jordmor skrive fortløpende notater i egne journalark.

Hvilke råd og informasjon som er gitt til kvinnen skal journalføres i henhold til forskrift om pasientjournal § 8 bokstav i. Dette gjelder både informasjonen som gis i forkant av en hjemmefødsel, men også informasjon om de valgmuligheter hun har under fødsel, slik at det ikke er tvil om hvilken informasjon kvinnen har fått. Dersom jordmor vurderer om det er behov for involvering av annet helsepersonell eller overflytting til sykehus, skal det fremkomme av journalen hvilke vurderinger hun har gjort, hva det ble informert om, og hva kvinnen besluttet. Det skal også fremkomme informasjon om hvorvidt eller når jordmor ikke lenger finner fødsel i hjemmet forsvarlig, og hvilke tiltak hun da iverksatte.

I henhold til forskriften § 8 bokstav h skal overveielser som har ledet til tiltak som fraviker fra gjeldende retningslinjer, nedtegnes.

Vurdering

Under fødselsforløpet dokumenterte du for alle tre pasienter dine funn i partogrammet. I tillegg har du for pasient nr. 1 og nr. 2 skrevet notat på et ark uten at disse ble merket med kvinnens navn eller personnummer. Du har heller ikke signert notatene. I ettertid har du gitt opplysninger av vesentlig betydning om de faktiske forhold omkring fødselsforløpene, som ikke fremkommer av journaldokumentene.

Partogrammet du har brukt er av eldre dato og er ikke utformet i henhold til nasjonale anbefalinger. Det mangler hjelpelinjer for normal framgang og tiltakslinjer. Du har ikke satt inn slike hjelpelinjer.

Du har hatt en utstrakt kommunikasjon med pasient nr. 1 via SMS-meldinger og e-post, som du har fremlagt utskrift av. I denne kommunikasjonen har du gitt råd og veiledning og mottatt informasjon fra pasienten. Denne kontakten fremgår ikke av verken helsekortet eller notatet.

Du har dokumentert at pasient nr. 2 ved innkomst ble vurdert til å ha fødselsrier og at riene startet [redacted] 2015 kl. [redacted]. Dette er noe motstridende i forhold til det du senere har uttalt, altså at kvinnen ikke var i fødsel.

Du har overlatt til pasientene å gjøre sine valg, uten at det fremkommer hva du har basert dine faglige vurderinger eller anbefalinger på.

Det er i svært liten grad dokumentert hvilke vurderinger du gjorde underveis, spesielt med hensyn til tidspunktet for når du vurderte at pasient nr. 2 var i aktiv fødsel. Du startet partogrammet kl. [redacted] den [redacted] men avsluttet det få timer senere, uten å begrunne eller dokumentere noe mellom kl. [redacted]. Det er således 11 timer uten dokumentasjon av noe slag. Videre har du heller ikke dokumentert at du forlot pasienten ved flere anledninger under fødsel.

Når det gjelder din dokumentasjon av fosterlyd, har vi beskrevet denne under kapitlet «Hendelsesforløpet» for pasient nr. 2. Rienes styrke og varighet er dokumentert regelmessig fra kl. [redacted] den [redacted] til kl. [redacted] neste dag. I denne perioden er stort sett riene beskrevet som gode, med unntak av noen enkelte funn av middels gode rier. Dokumentasjonen harmonerer ikke med de funnene du gjorde underveis, og som du har beskrevet i din uttalelse til Statens helsetilsyn.

Statens helsetilsyn vurderer at din dokumentasjon av helsehjelpen til pasient nr. 2 er mangelfull og mangler vesentlige opplysninger om fødselsforløpet. I timene etter kl. [redacted] og fram til overflytting er det ikke dokumentert noe, hvilket er et klart brudd på journalføringsplikten. Viktige opplysninger om hvilke vurderinger du gjorde som ledet til at du gjennomførte et behandlingsopplegg som avvek fra gjeldende praksis og nasjonale retningslinjer, er heller ikke journalført.

Konklusjon

Statens helsetilsyn har kommet til at du har brutt journalføringsplikten i helsepersonelloven §§ 39 og 40, jf. pasientjournalforskriften § 8.

Vi vil også bemerke at føring på word-dokumenter, utstrakt bruk av SMS og e-poster er brudd på kravet til sikker og etterrettelig journalføring, i tillegg til at det i liten grad er egnet til å ivareta taushetsplikten.

Vurdering av om vilkårene for advarsel er oppfylt

Statens helsetilsyn finner at du har brutt helsepersonelloven § 4, 10, 39 og 40, samt pasientjournalforskriften § 8.

Ved brudd på helsepersonellovens bestemmelser kan vi gi advarsel i medhold av helsepersonelloven § 56 som lyder:

Statens helsetilsyn kan gi advarsel til helsepersonell som forsettlig eller uaktsomt overtrer plikter etter denne lov eller bestemmelser gitt i medhold av den, hvis pliktbruddet er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helse- og omsorgstjenesten, til å påføre pasienter og brukere en betydelig belastning eller til i vesentlig grad å svekke tilliten til helsepersonell eller helse- og omsorgstjenesten.

Statens helsetilsyn kan gi advarsel til helsepersonell som har utvist en atferd som er egnet til i vesentlig grad å svekke tilliten til vedkommende yrkesgruppe.

Advarsel er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

For å gi advarsel er det for det første et vilkår at du har handlet uaktsomt. Ved denne vurderingen skal Statens helsetilsyn ta stilling til om du kan bebreides. Ved vurderingen legger vi blant annet vekt på om du hadde handlingsalternativer i de aktuelle situasjonene. Statens helsetilsyn har kommet til at pasient nr. 1 kunne ha blitt utredet grundigere i svangerskapet og du kunne ha foretatt undersøkelse av fosterleiet på et tidligere tidspunkt da fødselen var startet. Du hadde også handlingsalternativer da du fulgte opp pasient nr. 2, fordi du kunne ha overvåket den fødende og barnet grundigere. Du kunne også sørget for overflytting til sykehus på et tidligere tidspunkt. Du kunne ha konferert med fødselslege om det avvikende fødselsforløpet, hvilket du unnlot å gjøre. Når det gjelder pasient nr. 3 kunne du, da pasienten tok telefonisk kontakt og fødselen var i gang, ha rådet pasienten til å føde på sykehus, fordi svangerskapet var overtidig og fødsel var indusert.

Statens helsetilsyn finner på dette grunnlag at du handlet uaktsomt.

Det andre vilkåret som må være oppfylt er at handlingene er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helse- og omsorgstjenesten, påføre pasienter eller brukere en betydelig belastning eller til i vesentlig grad å svekke tilliten til helsepersonell eller helse- og omsorgstjenesten. Det er ikke avgjørende om handlingene i den aktuelle saken faktisk har fått slike konsekvenser.

Statens helsetilsyn har vurdert om dine uaktsomme handlinger er egnet til å påføre pasienter en betydelig belastning, medføre en fare for sikkerheten i helsetjenesten og i vesentlig grad svekke tilliten til helsepersonell.

Etter vår vurdering er handlingene i de tre pasientkasus egnet til å påføre pasienter en betydelig belastning, medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten og i vesentlig grad svekke tilliten til helsepersonell i helsetjenesten. Ved å ikke forholde deg til de faglige retningslinjene for hjemmefødsler, svekker du tilliten til jordmødre som tilbyr hjemmefødsler. Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten for øvrig svekkes, når man

ikke kan ha tillit til at retningslinjene følges av de som tilbyr hjemmefødsel. Dette medfører også fare for pasientsikkerheten, og er egnet til å påføre pasienter betydelig belastning.

Hovedvilkårene for å gi deg en advarsel i medhold av helsepersonelloven § 56 er oppfylt. Etter Statens helsetilsyns vurdering er det imidlertid ikke tilstrekkelig med en advarsel for å ivareta pasientsikkerheten. Vi har derfor vurdert om din autorisasjon som jordmor skal begrenses.

Vurdering av om din autorisasjon skal begrenses

Dersom Statens helsetilsyn finner at en advarsel ikke er tilstrekkelig for å sikre lovens formål, kan autorisasjonen din begrenses i medhold av helsepersonelloven § 59a, som lyder:

Selv om vilkårene for tilbakekall etter § 57 ikke er oppfylt, kan Statens helsetilsyn begrense autorisasjonen til å gjelde utøvelse av bestemt virksomhet under bestemte vilkår hvis advarsel etter § 56 ikke fremstår som tilstrekkelig for å sikre lovens formål. Ved vurderingen skal det særlig legges vekt på om det er grunn til å tro at helsepersonellet av grunner som nevnt i § 57 kan bli uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig dersom autorisasjonen ikke begrenses.

I denne tilsynssaken har vi vurdert den oppfølging og behandling som du har gitt til tre kvinner som ønsket å føde hjemme. Vi vurderer at du har sviktet på flere sentrale områder. Dette gjelder utredning av gravide som har kompliserende tilstander, veiledning om valg av fødested, undersøkelse av kvinner i fødsel, overvåking av mor og barn ved hjemmefødsel og overflytting til sykehus når det er nødvendig. Dine vurderinger har gjennomgående vist at du ikke tar hensyn til risikofaktorer som foreligger verken før eller under fødsel, hvilket er svært alvorlig. Hjemmefødsel forutsetter at kvinnen ikke har risikofaktorer av betydning. Tilsynssaken har vist at du gjennomgående gir en helsehjelp som er pasientstyrt, hvilket fører til en altfor stor grad av risiko. I din kommunikasjon med pasientene er du ikke tydelig på når det ikke lenger er forsvarlig å fortsette hjemme.

Det foreligger nasjonale retningslinjer for hjemmefødsel, men tilsynssaken har vist at du i liten grad følger de gjeldende anbefalingene, hvilket vi ser svært alvorlig på. Retningslinjene er utarbeidet nettopp med det formål å sikre at hjemmefødsler blir så trygge som mulig. Det forutsetter at retningslinjene følges, noe du har vist at du ikke gjør. Du har heller ikke vist evne til å henvise til annet helsepersonell eller konferere med fødselslege, når det var påkrevet, hvilket også bidrar til økt risiko under fødsel.

Tilsynssaken har også vist at du avviker fra de skriftlige avtalene du har inngått med pasienten, uten å gi noen nærmere forklaring på hvorfor. De skriftlige avtalene som ble inngått mellom deg og den enkelte pasient ble underskrevet av begge parter for å sikre at det var enighet om hvilken oppfølging og behandling som skulle gis. Avtalene skulle bl.a. være med å sikre at hjemmefødselene ble så trygge som mulig. Disse avtalene ble brutt og det førte til økt risiko under fødsel. I tillegg er denne handlingen med på å svekke tilliten hos både pasienter og annet helsepersonell.

Til tross for at det har vært åpnet tilsynssak mot deg, har du ikke korrigert din tilnærming til nasjonale retningslinjer. Du har ikke i dine uttalelser vist at du har

forstått alvor i å ikke forholde seg til nasjonale retningslinjer og ikke gi klare råd til pasienter om hva som er forsvarlig. Du har ikke vist vilje til å korrigere din praksis.

Etter en samlet vurdering har Statens helsetilsyn kommet til at det ikke vil være tilstrekkelig å gi deg en advarsel for å ivareta lovens formål, som er å ivareta pasientsikkerheten. Etter vår vurdering har du sviktet på flere av de områdene der det er spesielt viktig å ivareta sikkerheten ved en hjemmefødsel. I ditt selvstendige virke som jordmor, knyttet til planlegging og gjennomføring av hjemmefødsel, vurderer vi at risikoen for gjentakelse av svikt er særlig høy.

En begrensning av din autorisasjon som jordmor er nødvendig for å ivareta pasientsikkerheten. Det innebærer at du ikke kan ha ansvar for oppfølging av kvinner som ønsker hjemmefødsel, og du kan ikke bistå ved hjemmefødsler. Du kan fortsette å arbeide som jordmor, men da i en fødeinstitusjon og under supervisjon av annen jordmor.

For å kunne komme tilbake til yrket som selvstendig jordmor, må du ha gjennomført praksis som underordnet jordmor tilsvarende minst ett års tjeneste i full stilling, i en fødeavdeling/kvinneklinikk. I tillegg må du ha gjennomført praksis tilsvarende minst ett års tjeneste i full stilling ved lavrisikoenhet/fødestue. Du må også kunne dokumentere ny forståelse av det ansvaret og de forpliktelsene som følger med rollen som selvstendig jordmor.

Vi har etter dette kommet til at din autorisasjon som jordmor skal begrenses i medhold av helsepersonelloven § 59a på følgende vilkår:

- Du kan ikke delta i eller ha ansvar for svangerskapsoppfølging av kvinner som ønsker hjemmefødsel.
- Du kan ikke delta i eller ha ansvar for hjemmefødsler.
- Du må arbeide under supervisjon på fødeinstitusjoner som beskrevet ovenfor.
- Din arbeidsgiver må være kjent med vilkårene i dette vedtaket.

Vedtaket

Statens helsetilsyn har vedtatt å begrense din autorisasjon som jordmor i medhold av helsepersonelloven § 59a, på de vilkår som fremgår ovenfor.

Vi sender informasjon om vedtaket til Inspektionen för vård och omsorg (IVO) i Sverige og Styrelsen for Patientsikkerhed i Danmark, se vedlagte kopi.

Du har rett til å klage på dette vedtaket til Statens helsepersonellnemnd, jf. helsepersonelloven § 68. Klagefristen er tre – 3 – uker fra du mottar dette brevet. Les vedlagte informasjonsskriv med nærmere opplysninger om reglene for klage.

Klagen sender du til Statens helsetilsyn. Du må klage før du eventuelt reiser søksmål om gyldigheten av vedtaket, jf. forvaltningsloven § 27 b og helsepersonelloven § 71.

Med hilsen

Jan Fredrik Andresen
direktør

June Iversen
seniorrådgiver

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

Vedlegg:

Melding om rett til å klage over forvaltningsvedtak.

Kopi av melding til Inspektionen för vård och omsorg (IVO) og Styrelsen for Patientsikkerhed.

Brev av d.d. til Vestre Viken HF

Tre separate brev til pasientene

Kopi til:

Fylkesmannen i Oslo og Akershus

Fylkesmannen i Vestfold

Anonymisert kopi til:

Vestre Viken HF

Sykehuset i Vestfold

Pasient 1

Pasient 2

Pasient 3

Juridisk saksbehandler: seniorrådgiver June Iversen, tlf. 21 52 99 90

Helsefaglig saksbehandler: seniorrådgiver Lars Thomas Johansen, tlf. 21 52 98 52

Helsefaglig saksbehandler: seniorrådgiver Lise Broen, tlf. 21 52 99 96