



Håndtering og oppfølging av alvorlige hendelser som skjer i fødeinstitusjonene. Veileder for andre tilsynsaktiviteter 2016

Internserien 6/2016

Godkjent av: direktør Jan Fredrik Andresen, 22. juni 2016

Målgruppe: ansatte i Statens helsetilsyn involvert i prosjektet.

Saksbehandlere: seniorrådgiverne Lars Thomas Johansen (oppgaveansvarlig), Susanne Lie, Aud Frøysa Åsprang og Kjersti Engehaugen

Denne utgivelsen er publisert på www.helsetilsynet.no. I Internserien publiseres veiledere, prosedyrer og andre dokumenter ment for ansatte i Statens helsetilsyn og fylkesmannsembetene. Alle utgivelser finnes på intranettet Losen i web-format. Her på internett finnes utgivelser som har interesse for en bredere leserkrets. Formatet her er generert automatisk fra intranettet, og designet er derfor ikke gjennomarbeidet som en tradisjonell publikasjon. Dokumentet kan også inneholde lenker som bare går til intranettet, og derfor ikke vil virke.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	3
2. Bakgrunn for valg av tema	3
3. Hvordan kartleggingen skal gjennomføres	4
3.1 Avgrensning av tema	4
3.2 Valg av pasientkategorier og helseforetak	5
3.3 Informasjonskilder og innhenting av informasjon	5
3.4 Tidsplan	6
4. Områder som vi skal undersøke	6
4.1 Håndtering, forebygging og oppfølging av asfyksi under fødsel	6
4.2 Håndtering, forebygging og oppfølging av vanskelig skulderforløsning	8
4.3 Håndtering, forebygging og oppfølging ved alvorlig postpartumblødning (PPB)	10
4.4 Oppfølging av pasient (mor)/pårørende etter hendelsen	12
5. Hvordan konkludere, rapportere og følge opp resultatene etter kartleggingen	13
6. Rettslig grunnlag	14
7. Ordliste	16
8. Referanser	17
Vedlegg	18

1. Innledning

Statens helsetilsyn har bestemt at vi i 2016 skal gjennomføre en tilsynsaktivitet innen fagområdet fødselsomsorg. Vi vil se nærmere på hvordan virksomhetene forebygger alvorlige hendelser. Denne veilederen gir en nærmere beskrivelse av bakgrunn, hva som skal undersøkes og hvordan tilsynsaktiviteten skal gjennomføres.

Det skal undersøkes om helseforetakene følger opp og analyserer alvorlige hendelser på fødeinstitusjonene slik at de ved behov setter inn tiltak som bidrar til endret praksis og økt pasientsikkerhet. Dette er en viktig del av kravet til forsvarlig drift, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og kravene i helsetilsynsloven § 3 og internkontrollforskrift i helsetjenesten § 4.

Tilsynsaktiviteten skal gjennomføres som en kartlegging og vil i sin helhet bli gjennomført av Statens helsetilsyn. Vi har på den bakgrunn utarbeidet denne veilederen.

Kartleggingen utgjør en del av prosjektet *Alvorlige hendelser i norske fødeinstitusjoner* som gjennomføres i Statens helsetilsyn. Prosjektet er beskrevet i egen prosjektplan (vedlegg 1).

Medisinske faguttrykk er nærmere forklart i ordlisten, kapittel 7.

Denne veilederen er utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av seniorrådgiverne Susanne Lie, Aud Frøysa Åsprang, Kjersti Engehaugen og Lars T. Johansen (oppgaveansvarlig). Dokumentet er primært å anse som et arbeidsdokument for Statens helsetilsyn.

2. Bakgrunn for valg av tema

Det har gått mer enn 10 år siden det ble gjennomført landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjonene. Funnene ble oppsummert i *Rapport fra Helsetilsynet 11/2004* (1). Det fremgår av denne at virksomhetene ofte hadde mangelfulle rutiner for samhandling mellom jordmor og lege ved akutte hendelser. Videre gjennomførte virksomhetene sjelden evaluering etter alvorlige hendelser som ledd i kvalitetssikring av praksis i virksomheten. Virksomhetene hadde også i liten grad etablert undervisning i form av praktisk trening på håndtering av akutte situasjoner.

I 2008 oppsummerte Statens helsetilsyn tilsynserfaringer med de små fødeavdelingene (2). Denne gjennomgangen viste at den faglige kompetansen ofte var ujevn som følge av mangelfull oppdatering og trening på akutte situasjoner. Virksomhetene sørget i liten grad for overvåking av egne resultater, og avvikssystemet fungerte ikke etter hensikten.

Helsedirektoratet utga i 2010 veilederen *Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen* (3). Denne ble utarbeidet blant annet på bakgrunn av Helsetilsynets erfaringer innen fødselsomsorgen og en stortingsmelding (4). Veilederen fra Helsedirektoratet omtaler sentrale tema som seleksjon, overvåking, akutte situasjoner og læring/forbedring, og gir konkrete anbefalinger om hva som er god praksis innen de forskjellige områdene.

Tidsskrift for Den norske legeförening publiserte i 2011 et tre års materiale fra Helsetilsynet der barn døde eller fikk alvorlig skade under fødsel (5). Hovedfunnene var at det i disse sakene ofte svikter i fosterovervåking, tilkalling av kompetent personale, rask forløsning når det var nødvendig og i helseforetakets plikt til å melde de alvorlige

hendelsene i henhold til den lovpålagte meldeordningen.

Kunnskapssenteret publiserte i oktober 2014 (6) et læringsnotat på bakgrunn av alvorlige hendelser meldt til Kunnskapssenteret i perioden 2012–2013. Når det gjelder skade på barnet, var oksygenmangel under fødsel klart den hyppigste årsaken. Det fremgår av læringsnotatet at sikrere fødselsomsorg kan oppnås hvis kompetansen innen fosterovervåking bedres, det etableres sjekklister og trening i akutte situasjoner og tilgangen til retningslinjer forbedres gjennom bedre IKT-systemer.

Helsetilsynet har formidlet erfaringer fra Undersøkelsesenhets arbeid med alvorlige hendelser som er varslet etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a (7). Fødselsomsorgen er et av de fagfeltene hvor det er relativt mange varsler. I de tilfellene hvor det ble opprettet tilsynssak var det ofte svikt i fosterovervåking under fødsel, tidspunkt for når forløsning ble foretatt og i samhandling mellom jordmor og lege.

Meldeplikten etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 ble endret 1. juli 2012, slik at melding om alvorlig hendelse nå skal sendes til Kunnskapssenteret (spesialisthelsetjenesteloven § 3-3). De mest alvorlige hendelsene som er utenfor påregnelig risiko skal også varsles til Statens helsetilsyn (spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a). Erfaringer fra hendelsesbasert tilsyn viser at alvorlige hendelser ikke alltid blir varslet i henhold til den lovpålagte varsel- og meldeordningen. Det er stor forskjell på hvilke virksomheter som varsler eller melder slike hendelser. En nærmere beskrivelse av meldeordningen er gitt i Helsedirektoratets *Veileder til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 – meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*, som ble utgitt i 2012 (8). De lovpålagte melde- og varselordningene er spesielt omtalt for faget fødselshjelp i den norske læreboken *Obstetrikk og Gynekologi* (9) og i den nasjonale *Veileder for fødselshjelp 2014* (10).

Erfaringer fra hendelsesbaserte tilsynssaker viser at det fortsatt svikter i bruk og tolkning av ulike metoder for fosterovervåking, rutiner for tilkalling av lege ved kompliserte fødsler, håndtering av akutte situasjoner og i helsepersonellens kompetanse.

På denne bakgrunn har vi kommet til at tiden nå er inne for å undersøke om praksis har endret seg både når det gjelder hvordan de akutte hendelsene håndteres og om virksomhetene legger til rette for forsvarlige tjenester. Dette vil være en viktig oppfølging i etterkant av det landsomfattende tilsynet med fødeinstitusjoner fra 2004. Samtidig gir det muligheten til å se nærmere på om og hvordan virksomhetene analyserte de alvorlige hendelsene som ledd i deres internkontroll. Det er tidligere ikke blitt gjennomført tilsynsaktiviteter med dette som hovedtema, men det er særlig viktig at det gjøres når det viser seg at samme type svikt gjentar seg over tid. Endelig vil vi også kunne konkludere at det er viktig å lære av de alvorlige hendelsene og at dette kan bidra til endring av praksis slik at liknende hendelse ikke skjer igjen.

3. Hvordan kartleggingen skal gjennomføres

3.1 Avgrensning av tema

Vi vil ta utgangspunkt i følgende tre kategorier av akutte hendelser på fødeinstitusjonene:

- alvorlig oksygenmangel under fødsel
- vanskelig skulderforløsning

- alvorlig blødning etter fødsel

De mest alvorlige hendelsene vil bli vurdert. Det betyr de hendelsene der barnet døde eller fikk behandling på nyfødtavdeling. Dette gjelder også der kvinnen som fødte fikk blodtransfusjon som følge av særlig stor blødning etter fødsel.

Vi vil undersøke:

- hvilke rutiner og kompetansetiltak helseforetakene har iverksatt for å forebygge slike alvorlige hendelser, og om de har fulgt opp at tjenestene er i tråd med god praksis
- om og hvordan helseforetakene analyserte og fulgte opp disse alvorlige hendelsene etter fødsel for å sikre forsvarlige tjenester
- om de alvorlige hendelsene ble meldt og varslet i henhold til de lovpålagte melde- og varselordningene
- hvilken oppfølging kvinnen og/eller pårørende fikk i etterkant av hendelsen

3.2 Valg av pasientkategorier og helseforetak

Medisinsk fødselsregister (MFR) mottar etter hver fødsel informasjon om fødselsforløpet, herunder komplikasjoner for mor og barn. For å velge ut tilsynsobjekter, vil vi benytte data fra MFR. Vi vil be MFR oversendte navn og fødselsnummer på kvinner som hadde en av følgende komplikasjoner ved fødsel som inntraff etter svangerskapsuke 36:

- Alle enkeltfødsler der barnet døde etter innkomst, under fødsel eller i løpet av de første seks dagene. I tillegg ønskes alle enkeltfødsler der barnet fikk Apgarpoeng < 7 etter 5 minutter og ble overflyttet til barne-/neonatalavdeling etter fødsel.
- Alle hendelser med vanskelige skulderforløsninger og der barnet ble overflyttet barne-/neonatalavdeling etter fødsel. I tillegg de hendelsene hvor det ble påvist plexusskade.
- Alle hendelser der kvinnen blødde > 1500 ml og fikk blodtransfusjon (ble transfundert).

Tidsperioden hvor hendelsene skal ha skjedd er 1. januar 2014–31. desember 2015. Dette for å få nyest mulige data om helseforetakenes praksis, og for å få et tilstrekkelig stort datamateriale. Opplysningene fra MFR vil gi oss oversikt over hvor mange hendelser som skjedde i hvert helseforetak. Navn og fødselsnummer blir også opplyst. På bakgrunn av disse tallene og våre tilsynserfaringer velger vi ut 12 fødeinstitusjoner hvor tilsynet skal gjennomføres. Seks av fødeinstitusjonene vil bli valgt ut på bakgrunn av hendelsesbaserte tilsynssaker og oversikten vi får fra MFR. De andre seks fødeinstitusjonene blir tilfeldig valgt. Vi vil da velge to fødeinstitusjoner med > 2000 fødsler per år, fire fødeinstitusjoner med mellom 1000 og 2000 fødsler per år og seks fødeinstitusjoner med < 1000 fødsler per år. Fødestuer tas ikke med.

3.3 Informasjonskilder og innhenting av informasjon

Vi vil innhente informasjon via:

- pasientjournaler
- dokumenter fra helseforetaket/fødeinstitusjonen
- spørreskjema til helseforetaket

- spørreskjema til pasient (mor)/pårørende

Hver av de 12 fødeinstitusjonene som blir valgt ut, vil få skriftlig informasjon om tilsynsaktiviteten og oppfølgingen av denne. Aktuelle fylkesmenn vil også bli informert.

Fødeinstitusjonene vil bli bedt om å oversende journal som omhandler svangerskap og fødsel, intern avviksmelding og redegjørelse fra kvalitetsutvalget/tilsvarende dokumentasjon som også beskriver hvordan hendelsen er fulgt opp. Helseforetaket skal opplyse om hendelsen er meldt eller varslet i henhold til de lovpålagte melde- og varselordninger. Samtidig blir helseforetaket bedt om å oversende interne retningslinjer som gjelder innenfor hvert av de tre temaene. Det beskrives nærmere i kapittel 4 hvilke prosedyrer som skal oversendes. I tillegg skal helseforetaket svare på et spørreskjema som omhandler rutiner og opplæring som gjelder de tre kategoriene av akutte hendelser (vedlegg 2). Helsepersonell i Statens helsetilsyn som innehar nødvendig kompetanse på fødselsomsorgen vil gjennomgå journaler for å registrere de opplysningene vi ønsker å kartlegge.

Opplysningene som innhentes fra helseforetaket om informasjon og oppfølging etter den alvorlige hendelsen vil bli sammenholdt med informasjon som pasient eller pårørende gir. Vi vil sende ut et spørreskjema til pasient eller pårørende som de frivillig kan svare på (vedlegg 3). De vil få skriftlig informasjon om tilsynsaktiviteten.

3.4 Tidsplan

MFR ble kontaktet, i form av en skriftlig henvendelse, juni 2016 for å få oversendt nødvendige data.

Fødeinstitusjonene vil bli kontaktet tidlig høsten 2016. Pasient/pårørende vil få tilsendt spørreskjema etter at journalinformasjon er mottatt. Tidsplanen er nærmere beskrevet i prosjektplanen (vedlegg 1).

4. Områder som vi skal undersøke

4.1 Håndtering, forebygging og oppfølging av asfyksi under fødsel

God praksis

Oksygenmangel hos fosteret kan føre til hjerneskade eller død. Det er derfor viktig at oksygenmangel oppdages under fødselsforløpet. Samtidig er det viktig at det blir iverksatt riktige tiltak når det foreligger truende fosterasfyksi.

Lavriskofødende kan overvåkes med håndholdt doppler, alternativt jordmorstetoskop. Risikofødende skal overvåkes med kontinuerlig CTG og tilleggsovervåking med STAN eller blodprøve fra skalpblod når det er nødvendig. Kriterier for hvem som tilhører lavrisiko- og risikofødende fremgår av *Veileder i fødselshjelp 2014* (10). I de tilfellene hvor STAN brukes som tilleggsovervåking, er det en forutsetning at barnet ikke er utsatt for alvorlig oksygenmangel allerede ved oppstart av overvåkingen, eller at barnet er utsatt for en alvorlig infeksjon som kan gjøre tolkningen av STAN usikker. Hvis det foreligger truende asfyksi (etter STAN algoritme), skal forløsning skje i løpet av 20 minutter under åpningsfasen og umiddelbart i utdrivningsfasen. Ved preterminal CTG skal forløsning skje umiddelbart uavhengig av tidspunkt i fødselsforløpet. Kriteriene for bruk av overvåkingsmetodene og tidspunkt for forløsning fremgår av *Veileder i fødselshjelp 2014* (10).

Lege skal involveres i de fødselsforløpene hvor det foreligger CTG-forandringer. Det fremgår av *Veileder i fødselshjelp 2014* at lege skal være til stede minst hvert 20. minutt når CTG er patologisk/mistenkt patologisk og fortløpende i utdrivningsfasen.

Det fremgår av veilederen *Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen* (3) at virksomheten må ha klare retningslinjer på hvordan den differensierte fødselsomsorgen skal være, at det må være klare retningslinjer for hvordan fødsler med tegn på fosterstress skal håndteres og når lege skal involveres i disse fødselsforløpene. Fødeinstitusjonene skal ha mulighet for overvåking med STAN eller laktat/pH-analyse fra fosterskalpblod. Fødeinstitusjonene skal ha obligatorisk praktisk trening i operative forløsninger minimum to ganger per år. Regelmessig undervisning og trening i tolkning av CTG og STAN er nødvendig for å sikre kompetanse hos jordmødre og leger.

Barn som blir født med alvorlig asfyksi er en uønsket hendelse når barnet dør eller med stor sannsynlighet får en varig skade som følge av oksygenmangelen. Disse hendelsene skal derfor meldes i det interne avvikssystemet, slik at det kan gjøres en årsaksanalyse, og som igjen kan danne grunnlag for endring av praksis (8). Helseforetaket må følge opp at iverksatte tiltak bidrar til nødvendige endringer, slik at kravene til kvalitet og pasientsikkerhet ivaretas.

Vurderingsgrunnlag

Vi vil innhente følgende informasjon fra pasientjournalen:

- om dette var en risikofødsel
- om CTG ble brukt kontinuerlig under fødsel
- om det i tillegg ble overvåket med STAN
- om kriteriene for å bruke STAN var oppfylt
- om fødselslege ble tilkalt i tide ved patologisk og preterminal CTG
- om operativ forløsning ble startet innen 20 minutter når beslutning om forløsning ble tatt på grunn av truende asfyksi
- om det ble forløst umiddelbart i utdrivningsfasen når det ble tatt beslutning om forløsning på grunn av truende asfyksi

Vi vil be helseforetaket svare (ja/nei) på følgende spørsmål knyttet til intern styring (vedlegg 2):

- HF har retningslinjer for hvilke fødende som skal overvåkes med CTG.
- HF har retningslinjer for hvilke fødende som skal overvåkes med STAN eller laktat/pH fra skalpblod.
- HF har retningslinjer for når lege skal tilkalles ved CTG-forandringer.
- HF har undervisning i fosterovervåking minst hvert halvår for jordmødre.
- HF har undervisning i fosterovervåking minst hvert halvår for leger.
- HF loggfører hvem som deltar i undervisningen i fosterovervåking.
- HF har kasuistikkgjennomgang av kompliserte fødsler felles for leger og jordmødre.
- HF sørger for at legene sertifiseres i fosterovervåking for å sikre nødvendig kompetanse.
- HF sørger for at jordmødrene sertifiseres i fosterovervåking for å sikre nødvendig kompetanse.
- HF har retningslinjer for når det skal meldes internt avvik ved alvorlige hendelser under fødsel.
- HF har retningslinjer som beskriver hvordan interne avviksmeldinger skal gjennomgås og følges opp.

Vi vil be HF oversende de interne retningslinjene.

Vi vil gjennom avviksmeldingen kartlegge virksomhetens egen gjennomgang av hendelsen, herunder:

- om hendelsen ble registrert i en intern avviksmelding
- om relevante opplysninger er tatt med i avviksmeldingen
- om avdelingsledelsen har tatt stilling til om behandlingen var i henhold til faglig god praksis
- om relevante tiltak er foreslått, iverksatt og fulgt opp med tanke på om de fungerer etter hensikten
- om det er lagt en plan for evaluering av tiltakene
- om kvalitetsrådet har vurdert hendelsen
- om hendelsen ble meldt i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3
- om hendelsen ble varslet i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a

Vurderingspunkter

Vi vil vurdere/undersøke om:

- helseforetaket overvåket fødselen i henhold til nasjonale anbefalinger
- lege ble tilkalt på rett tidspunkt og om lege fulgte opp fødsel i tilstrekkelig grad
- det burde vært tatt beslutning om operativ forløsning tidligere
- det oppsto forsinkelse etter at beslutning om operativ forløsning var tatt
- HF har retningslinjer for bruk av fosterovervåking
- HF har retningslinjer for når lege skal tilkalles
- HF sikrer at leger og jordmødre får tilstrekkelig opplæring i fosterovervåking
- HF har retningslinjer på når det skal meldes avvik etter alvorlige hendelser i fødsel
- HF har retningslinjer på hvordan avviksmeldinger skal behandles og følges opp
- hendelsen er meldt som internt avvik
- hendelsen er vurdert adekvat i den interne avviksmeldingen
- det er iverksatt relevante tiltak på bakgrunn av den interne gjennomgangen
- hendelsen er meldt i henhold til den lovpålagte melde-/varselordningen

4.2 Håndtering, forebygging og oppfølging av vanskelig skulderforløsning

God praksis

Fastsittende skulder inntreffer når hodet fødes fram og resten av kroppen ikke følger med på neste ri. Barnets fremre skulder sitter da fast bak symfyssen. Det er økt risiko for vanskelig skulderforløsning ved makrosomi, diabetes hos mor, langsom framgang i fødsel og operative vaginale fødsler. God praksis i slike situasjoner er som første tiltak å tilkalle assistanse. Vakthavende gynekolog, barnelege og anestesilege skal tilkalles. Pasienten skal unngå trykking og riestimulerende drypp skal stoppes. Videre er neste tiltak å flektre (bøye framover) i begge hoftelodd. På denne måten utvides bekkenet til en viss grad. Dersom videre tiltak er nødvendig, skal det gjøres et suprapubisk trykk. Hensikten er å redusere avstanden mellom barnets skuldre og eventuelt rotere barnets overkropp. Videre tiltak vil

være å forsøke rotasjon av barnets overkropp ved å rotere fremre eller bakre skulder via manøver utført via skjeden. Dersom dette tiltaket heller ikke lykkes, kan fødselshjelperen forsøke å få tak i den bakre hånden slik at barnet kan trekkes frem via en rotasjon. Som siste tiltak kan den fødende snus på alle fire slik at det ofte blir lettere å få tak i bakre skulder. Absolutt siste mulighet er å skyve barnets hode inn i skjeden igjen for deretter å gjøre keisersnitt. Det er god praksis å journalføre de tiltakene som blir gjort ved vanskelig skulderforløsning. Det fremgår av *Veileder i fødselshjelp 2014, kapittel 41* hvordan tilstanden skal defineres og hvilke tiltak som er nødvendig ved denne akutte og ofte dramatiske tilstanden under fødsel (11). Veilederen anbefaler at manøvrene journalføres, hvem som var til stede og hvor lang tid som ble brukt. Samtidig fremgår det av de nasjonale retningslinjene at regelmessig obligatorisk trening er nødvendig for å redusere tidsbruken og skader på mor og barn. *Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav i fødselsomsorgen* angir at det skal gjennomføres obligatorisk praktisk trening minimum hver halvår for de som er fødselshjelpere (3).

Barn som skades eller dør under fødsel, som følge av vanskelig skulderforløsning, er å regne som en uønsket hendelse. Disse hendelsene skal derfor meldes i det interne avvikssystemet, slik at det kan gjøres en årsaksanalyse, og som igjen kan danne grunnlag for endring av praksis (8). Helseforetaket må følge opp at iverksatte tiltak bidrar til nødvendige endringer, slik at kravene til kvalitet og pasientsikkerhet ivaretas.

Vurderingsgrunnlag

Vi vil innhente følgende informasjon fra journal:

- om det ble tilkalt ekstra hjelp
- om vakthavende lege på fødeavdelingen ble tilkalt og deltok i selve forløsningen
- om det ble utført maksimal fleksjon i hoftene
- om suprapubisk trykk ble utført (trykk ovenfor skambenet)
- om intern rotasjon ble utført
- om infusjon av riestimulerende medikament ble stoppet
- om den operative forløsningen ble journalført
- om tidsforløpet fra skulder satt fast til barnet ble født

Vi vil be helseforetaket svare på følgende spørsmål knyttet til intern styring (vedlegg 2):

- HF har rutiner/retningslinjer som beskriver hvilke tiltak som skal gjøres ved vanskelig skulderforløsning.
- HF gjennomfører praktisk trening for jordmødre minst hvert halvår i håndtering av vanskelig skulderforløsning.
- HF gjennomfører praktisk trening for fødselsleger minst hvert halvår i håndtering av vanskelig skulderforløsning.
- Den praktiske treningen er obligatorisk og loggføres.

Vi vil be HF oversende de interne retningslinjene.

Vi vil gjennom avviksmeldingen kartlegge virksomhetens egen gjennomgang av hendelsen, herunder:

- Om hendelsen ble meldt som intern avviksmelding
- Om relevante opplysninger er tatt med i avviksmeldingen
- Om ledelsen har tatt stilling til om behandlingen var gjennomført i henhold til faglig god praksis
- Om relevante tiltak er foreslått, iverksatt og fulgt opp med tanke på om de fungerer etter hensikten

- Om det er lagt en plan for evaluering av tiltakene
- Om hendelsen er meldt i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3
- Om hendelsen er varslet i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a

Vurderingspunkter

- Om nødvendig hjelp ble tilkalt på rett tidspunkt
- Om manøvrene ved fastsittende skulder ble gjennomført i henhold til anbefalinger
- Om riestimulerende drypp ble stoppet
- Om tiltak ved fastsittende skulder ble journalført
- Om tidsforløpet er beskrevet
- Om HF har rutiner som beskriver tiltak ved fastsittende skulder
- Om HF gjennomfører tilstrekkelig opplæring
- Om den aktuelle hendelsen ble meldt som internt avvik
- Om HF har vurdert hendelsen i henhold til faglig god praksis
- Om HF har gjort relevante tiltak som følge av hendelsen
- Om hendelsen er meldt i henhold til den lovpålagte melde-/varselordningen

4.3 Håndtering, forebygging og oppfølging ved alvorlig postpartumblødning (PPB)

God praksis

Alvorlig blødning kan inntreffe umiddelbart etter fødsel. Unormal blødning regnes som blødning på mer enn 500 ml innen de første 24 timene etter fødsel. Blødning på mer enn 1000 ml regnes som alvorlig PPB. I MFR registreres alvorlig blødning som blødning > 1500 ml.

Kvinner med økt risiko for PPB er de som tidligere har hatt alvorlig PPB, tvillingfødsel, langsom framgang i fødsel, stort barn og operativ forløsning.

Hvis det foreligger tegn på alvorlig PPB skal behandling gjennomføres i henhold til *Veileder i fødselshjelp 2014* (12), avhengig av hvilke behandlingsmetoder som er tilgjengelig i avdelingen. De viktigste medikamentene som skal brukes er konsentrert oksytocindrypp, Metylergometrin som intramuskulær injeksjon, prostaglandiner gitt enten sublingualt/per os, rektalt, intramuskulært eller direkte i livmorveggen. Ved pågående blødning skal det tilkalles hjelp (bl.a. gynekolog), gjøres uterusmassasje, eventuelt bimanuell kompresjon, inspeksjon og eventuelt sutur av rifter, eventuelt reposisjon ved uterusinversjon, legges grove venekanyler, tømme urinblære, tas nødvendige blodprøver (Hb, hct, trombocytter, screening, fibrinogen, D-Dimer, APTT, INR), aktiv forløsning av placenta, varsle anestesilege og gi hypotermiprofylakse. Det anbefales å ha en «blødningsboks» med alle medikamenter tilgjengelig. Hvis det fortsatt er pågående blødning, anbefales flytting til operasjonsstua. Dernest kan det bli aktuelt å gjøre utskrapning fra livmoren, legge ballongtamponade (Bakri ballong), B-Lynch sutur hvis det er utført laparotomi, aortakompresjon, embolisering eller ligatur av bekkenkar eller fjerning av livmoren (supravaginal uterusamputasjon). Parallelt med tiltakene må det gis væskesubstitusjon og blodtransfusjon for å sikre tilstrekkelig sirkulasjon. I forbindelse med alvorlig postpartumblødning skal det brukes skjema for BT, puls, diurese, blødning, infusjoner og

medikamenter for dokumentasjon.

Kvinner som får en alvorlig blødning etter fødsel, og samtidig transfunderes eller overvåkes på intensivavdelingen, er en uønsket hendelse som kan føre til varige skader. Disse hendelsene skal derfor meldes i det interne avvikssystemet, slik at det kan gjøres en årsaksanalyse, og som igjen kan danne grunnlag for endring av praksis (8). Helseforetaket må følge opp at iverksatte tiltak bidrar til nødvendige endringer, slik at kravene til kvalitet og pasientsikkerhet ivaretas.

Vurderingsgrunnlag

Ved gjennomgang av journaler vil vi innhente følgende informasjon:

- om nødvendig hjelp ble tilkalt
- om det ble gitt prostaglandiner i henhold til anbefalinger
- om det ble gitt oksytocin i henhold til anbefalinger
- om det ble tatt nødvendige blodprøver i tide
- om væsketilførsel var adekvat
- om pasienten ble flyttet i tide til operasjon
- om tiltak på operasjonsstua var i henhold til nasjonale anbefalinger
- om hendelsen er tilstrekkelig dokumentert

Vi vil be helseforetaket svare på følgende spørsmål knyttet til intern styring (vedlegg 2):

- HF har rutiner/retningslinjer for hvilke tiltak som skal gjøres ved PPB.
- HF gjennomfører praktisk trening/teoretisk gjennomgang minst hvert halvår for jordmødre.
- HF gjennomfører praktisk trening/teoretisk gjennomgang minst hvert halvår for fødselsleger.
- Undervisningen er obligatorisk og det loggføres hvem som deltar.

Vi vil be helseforetaket oversende aktuelle prosedyrer.

Vi vil gjennom avviksmeldingen kartlegge virksomhetens egen gjennomgang av hendelsen, herunder:

- om hendelsen ble meldt som intern avviksmelding
- om relevante opplysninger er tatt med i avviksmeldingen
- om avdelingsledelsen har tatt stilling til om behandling er i henhold til faglig god praksis
- om relevante tiltak er foreslått, iverksatt og fulgt opp med tanke på om de fungerer etter hensikten
- om det er lagt en plan for evaluering av tiltakene
- om hendelsen er meldt i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3
- om hendelsen er varslet i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a

Vurderingspunkter

- om nødvendig assistanse ble tilkalt
- om medikamentbehandlingen var adekvat
- om tiltakene var i henhold til nasjonale anbefalinger

- om hendelsen er dokumentert
- om HF har rutiner på hvordan PPB skal håndteres
- om HF sikrer at helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse
- om det ble skrevet intern avviksmelding ved hendelsene
- om avviksmeldingene ble vurdert adekvat
- om det ble iverksatt adekvate tiltak og plan for oppfølging
- om hendelsene ble meldt i henhold til den lovpålagte melde-/varselordningen

4.4 Oppfølging av pasient (mor)/pårørende etter hendelsen

God praksis

Pasienten har krav på informasjon om hva som skjedde og om det har vært svikt i behandlingen (pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2). Sistnevnte kan være vanskelig å svare på umiddelbart etter fødsel, men slik informasjon kan ofte gis hvis pasienten kommer tilbake etter noen uker for avsluttende poliklinisk samtale.

Pasienten skal også få informasjon om at hun har rett til å få saken vurdert hos Norsk pasientskadeerstatning (NPE) med tanke på økonomisk erstatning. Videre skal pasienten få informasjon om at hun kan klage til fylkesmannen på den behandling hun mottok i fødeinstitusjonen.

Det er god praksis at oppfølgingen etter en alvorlig hendelse skjer ved flere samtaler og at de som var involvert i hendelsen gjennomgår hendelsesforløpet.

Vurderingsgrunnlag

Vi vil i journalgjennomgangen innhente følgende informasjon:

- om pasienten i etterkant fikk samtale med ansvarlig lege under fødsel
- om pasienten i etterkant fikk samtale med ansvarlig jordmor under fødsel
- om pasienten fikk oppfølging i HF etter utskrivelse
- om pasienten fikk informasjon om at det forelå svikt i den behandlingen som ble gitt
- om pasienten ble informert om tiltak som skulle iverksettes for at liknende hendelser ikke skulle skje igjen
- om pasienten fikk informasjon om Norsk pasientskadeerstatning (NPE)
- om pasienten fikk informasjon om Pasient- og brukerombudet
- om pasienten fikk informasjon om fylkesmannen og at de kan behandle klage på behandlingen som ble gitt.

Spørreskjemaet som sendes til pasient eller pårørende vil gi opplysninger om deres subjektive opplevelse av om (vedlegg 3):

- fødeavdelingen sørget for å gi informasjon om hva som hadde skjedd
- fødeavdelingen ga informasjon om at noe hadde sviktet i behandlingsforløpet
- fødeavdelingen ga informasjon om tiltak som skulle iverksettes for at liknede hendelse ikke skulle skje igjen
- fødeavdelingen ga informasjon om muligheten til å søke om økonomisk erstatning hos Norsk pasientskadeerstatning
- fødeavdelingen ga informasjon om Pasient- og brukerombudet

- fødeavdelingen ga informasjon om fylkesmannen som mulig klageinstans
- pasient/pårørende følte seg godt ivaretatt etter den alvorlige hendelsen av legene på føde-/barselavdelingen
- pasient/pårørende følte seg godt ivaretatt etter den alvorlige hendelsen av jordmødrene på føde-/barselavdelingen

Vi vil også innhente opplysninger fra helseforetaket gjennom et spørreskjema (vedlegg 2)

- Helseforetaket har rutiner som sikrer at pasienter som gjennomgår alvorlig hendelse i fødsel får samtale og nødvendig informasjon etter fødsel.
- Helseforetaket har rutine for hvem som gjennomfører slike samtaler.
- Helseforetaket har rutiner som sikrer at kvinner som har hatt en alvorlig hendelse i fødsel får tilbud om oppfølging av fødselslege etter utskrivelse.

Vurderingspunkter

- om pasienten fikk informasjon om hva som hadde skjedd
- om pasienten fikk informasjon om mulig svikt i behandlingen og tiltak som følge av det
- om ansvarlig lege informerte pasienten
- om det ble gitt oppfølging også etter utskrivelse fra sykehus
- om det ble gitt informasjon om NPE, pasient- og brukerombud og fylkesmannen
- om pasient/pårørende følte seg godt ivaretatt etter den alvorlige hendelsen

5. Hvordan konkludere, rapportere og følge opp resultatene etter kartleggingen

Hva kan vi konkludere etter kartleggingen?

Vi vil gjennomføre kartleggingen i 12 helseforetak, hvilket svarer til omkring en fjerdedel av landets fødeinstitusjoner når vi ikke tar med fødestuene. De utvalgte fødeinstitusjonene vil representere både større og mindre fødeavdelinger. Det vil synliggjøre hvordan de alvorlige hendelsene håndteres, følges opp og forebygges også i de øvrige helseforetakene i landet.

Vi vil gjennomgå journalen for hver enkelt hendelse og registrere enkelte opplysninger fra fødselsforløpet. Det betyr at vi ikke gjør en detaljert informasjonsinnhenting knyttet til hver hendelse, og vi innhenter heller ikke tilleggsopplysninger (for eksempel gjennom intervjuer) fra de fødselshjelperne som var involvert. Kartleggingen vil derfor ikke gi et tilstrekkelig grunnlag til å avgjøre om den enkelte fødselshjelperen ga forsvarlig behandling eller ikke.

Vi vil i vår kartlegging innhente opplysninger om fødeinstitusjonens prosedyrer, rutiner, opplæring, gjennomgang av avviksmeldinger og tiltak i etterkant av en alvorlig hendelse. Informasjonen vi får vil ikke være fullstendig innenfor dette området, og vi vil ikke innhente noen grundig redegjørelse fra helseforetakets ledelse som beskriver viktige områder i organisering og ledelse som har betydning for dette temaet. Det betyr at vi også på virksomhetsnivå kan ha begrenset informasjon til å konkludere om det foreligger brudd på helselovgivningen.

Vi vil på bakgrunn av kartleggingen i de 12 fødeinstitusjonene kunne gi en samlet beskrivelse av hvordan de

håndterte de alvorlige hendelsene innenfor deler av behandlingen og hvordan virksomhetene som helhet fulgte opp og analyserte de alvorlige hendelsene; herunder også om de meldte og varslet de alvorlige hendelsene i henhold til lovgivningen. Vi kan også gi en samlet konklusjon av om relevante tiltak ble foreslått på bakgrunn av hendelsen.

Vi kan se hvilken informasjon og oppfølging pasient/pårørende fikk i etterkant av hendelsen og sammenholde det med besvarelsen på spørreundersøkelsen. Vi kan på bakgrunn av denne informasjonen vurdere om pasient/pårørende fikk den informasjon og oppfølging de burde ha fått. På den andre siden er det ikke sikkert helsepersonellet alltid har journalført den informasjonen de har gitt til pasient eller pårørende. Det er også en mulighet for at pasient/pårørende har glemt deler av oppfølgingen de fikk, og at svarene de gir i spørreundersøkelsen derfor er beheftet med usikkerhet.

Rapportering

Vi vil formidle betydningen av helseforetakenes plikt til internkontroll, som ledd i plikten til å drive forsvarlige helsetjenester. Resultatene fra kartleggingen er tenkt utgitt i en publikasjon i et medisinskfaglig tidsskrift. En slik publikasjon vil være anonymisert, slik at verken navn på helseforetak eller pasient vil fremgå av teksten. Publikasjon i et tidsskrift gir muligheten for en stor lesegruppe å ta del i funn og vurderinger vi har gjort som ledd i vår tilsynsaktivitet. Publikasjonen vil med stor sannsynlighet være et viktig bidrag til virksomhetenes eget kvalitetsforbedrende arbeid, ikke bare innen fødselsomsorgen, men også innen tilgrensende spesialiteter som pediatri, anesthesiologi og kirurgi. Vi tror at mange vil vurdere å endre praksis både på hvilke hendelser som bør bli gjenstand for nærmere analyse, og at kvaliteten på årsaksanalysene må være god for å sikre at praksis og rutiner eventuelt endres slik at de alvorlige hendelsene ikke skal skje igjen. Det blir også skrevet en tilsynsrapport til hvert helseforetak og resultatene vil bli publisert i Tilsynsmeldingen. Endelig kan det bli aktuelt å formidle denne kartleggingen gjennom foredrag.

Oppfølging av tilsynsaktiviteten

Vi kan gjennom denne tilsynsaktiviteten få et inntrykk av om de 12 helseforetakene følger helselovgivningen eller om det ser ut til å være store mangler i hvordan virksomhetene er organisert og styrt. I de tilfellene hvor vår kartlegging gir mistanke om alvorlig svikt i oppfølging og forebygging av alvorlige hendelser på fødeinstitusjonene, kan det bli aktuelt å videreformidle en slik bekymring til fylkesmennene, som deretter må vurdere om det skal iverksettes videre tilsynsmessig oppfølging. Hvert enkelt helseforetak, som det skal føres tilsyn med, vil få denne informasjonen.

6. Rettslig grunnlag

Forsvarlighet

Forsvarlighetskravet for spesialisthelsetjenesten er i dag hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, som lyder: «*Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige*». Det fremgår videre av samme lovparagraf: «*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*».

Bestemmelsen om at helsetjenesten skal være forsvarlig er en rettslig standard som beskriver hvilke krav tjenesten må oppfylle ut fra de gitte forutsetninger og hva som anses å være gjeldende faglig praksis. Dette innebærer at standarden kan variere over tid, ved at det tilkommer ny kunnskap, ny teknologi eller endrende forutsetninger. Kravet om forsvarlighet innebærer også forsvarlig organisering av virksomheten. Ledelsen har ansvaret for at driften er organisert på en måte som gjør det mulig for helsepersonellet å oppfylle plikten til forsvarlig yrkesutøvelse. Personalet må ha riktig kompetanse, ansvarsforhold må være avklart og forstått, og forsvarlige vaktordninger må være etablert.

Generelt om internkontroll

Helsetilsynsloven § 3 første ledd lyder: «*Enhver som yter helse- og omsorgstjenester skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter*».

Ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a har virksomheten en plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Helseinstitusjonen skal etablere kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg som ledd i dette arbeidet. Denne lovbestemmelsen er nært knyttet opp til internkontrollforskriften § 4. Institusjonene skal systematisk gjennomgå og analysere hendelser som har eller kunne ha medført pasientskader og iverksette korrigerende tiltak for å redusere risikoen for nye hendelser (8). Dette forutsetter at slike hendelser meldes i det interne avvikssystemet og at sentrale fakta i hendelsen blir opplyst i avviksmeldingen. Tiltakene som eventuelt iverksettes kan ha ulik karakter, som endring av rutiner, iverksetting av kompetansetiltak, nytt utstyr med mer. Tiltakene kan også være av organisatorisk art, som tydeliggjøring av ansvar og myndighet inkludert lederes ansvar for å følge med på at praksis er i tråd med det som er vedtatt, og at avvik identifiseres og følges opp. Dette er nødvendig for å sikre tjenester av rett kvalitet og for å ivareta pasientsikkerheten. Gjennomgang og analyse av de alvorlige hendelsene må gjøres av helsepersonell som har nødvendig kompetanse.

Generelt om melde- og varselordninger

Alvorlige hendelser med betydelig personskaade, eller der hendelsen kunne ha ført til slik personskaade, skal meldes til Kunnskapssenteret. Når det gjelder varslingsplikten, skal helseforetak, og virksomheter som har avtale med helseforetak eller regionale helseforetak, straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn for å sikre tilsynsmessig oppfølging. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

Lover og forskrifter

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a *De regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester*

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 *Plikt til forsvarlighet*

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 *Meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*^[1]

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a *Varsel til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser*

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 *Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg*

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a *Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet*

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 *Om informasjon*

Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten (i dette dokumentet kalt internkontrollforskriften) § 4
Innholdet i internkontrollen

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 *Pasienten og brukerens rett til informasjon*

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 *Informasjon til pasientens nærmeste pårørende*

Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 *Klage*

Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4 *Anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd*

[1] Endret per 1. januar 2016 slik at melding skal sendes Helsedirektoratet

7. Ordliste

- Apgarpoeng: poengskala fra 1-10 som beskriver barnets vitalitet etter fødsel
- APTT: aktivert partiell tromboplastin tid. Test som gir informasjon om blodets koagulasjon
- Asfyksi: alvorlig oksygenmangel hos barnet
- B-Lynch sutur: sutur som brukes på livmoren for å stanse blødning
- CTG: Kardiotokografi. Registrering av fosterhjerterefrekvens og riefrekvens
- D-dimer: fibrin nedbrytningsprodukt
- Diabetes: sukkersyke
- Differensiert fødselsomsorg: kategorisering av fødende i lav- eller høyrisiko
- Diurese: urinmengde
- Doppler: ultralydapparat som registrerer hjertefrekvens
- Embolisering: blodpropp som lages i terapeutisk øyemed
- Fibrinogen: protein som har betydning i koagulasjonsprosessen
- Fosterstress: barnet kan være utsatt for oksygenmangel
- Hb: hemoglobin, blodprosent
- Hct: hematokritt, prosentvis andel av røde blodlegemer i blodet
- Hypotermi: avkjøling
- INR: internasjonal standardisert skala for måling av blodets koagulasjonstid
- Intramuskulært: brukes om injeksjoner som settes direkte i muskulaturen
- Intrauterin: hulrommet inne i livmoren
- Laparotomi: åpning av bukveggen
- Lavrisikofødende: Kvinner i fødsel og der det ikke har vært komplikasjoner av betydning i svangerskap eller fødsel
- Medisinsk fødselsregister (MFR): lovpålagt registrering av opplysninger om både mor og barn etter fødsel
- Makrosomi: stort barn, ofte definert som vekt over 4500g

- Metylergometrin: preparat med uteruskontraherende virkning
- Neonatalavdeling: nyfødttintensiv
- NPE: Norsk pasientskadeerstatning
- Oksytocin: hormon som øker rimenens styrke og frekvens
- Operativ forløsning: keisersnitt, vakuump- eller tangforløsning
- Placenta: morkaken
- Plexusskade: skade på barnets nerver utgående fra nakken og som kan skje under fødsel
- Preterminalt CTG: variabilitet mindre enn 2 slag i CTG
- Patologisk CTG: fast definerte forandringer i CTG som uttrykker truende oksygenmangel hos foster
- Postpartumblødning (PPB): blødning på mer enn 500 ml innen de første 24 timene etter fødsel
- Prostaglandiner: preparater som har sterk kontraherende effekt på livmoren
- Rektalt: endetarm
- Risikofødende: kvinner i fødsel og der det foreligger komplikasjoner i svangerskapet og/eller fødsel av betydning
- Screening: brukes ofte om en nærmere undersøkelse av blodtype og forekomst av antistoffer
- Seleksjon av fødende: utvelgelse av fødende som har økt risiko under fødsel
- Skalpblod: blodprøve som tas fra barnets hode
- Skulderdystoci: fastsittende skulder eller vanskelig skulderforløsning
- STAN: CTG og EKG (ST-segmentet) analyse av fosterhertet
- Sublingualt: administrasjonsform av legemidler, dvs tabletter som legges under tungen
- Suprapubisk: området ovenfor skambenet
- Symfyse: skambenet
- Trombocytter: blodplater
- Uterusinversjon: alvorlig tilstand der den indre delen av livmoren vrenses ut

8. Referanser

1. [Oppsummering av landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner 2004](#). Rapport fra Helsetilsynet 11/2004. Oslo: Statens helsetilsyn, 2004.
2. [Oppsummering av tilsynserfaringer og vurdering av de små fødeavdelingene](#). Brev fra Statens helsetilsyn til Helse- og omsorgsdepartementet, 5. mai 2008.
3. [Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen](#). Oslo: Helsedirektoratet, 2010.
4. [Stortingsmelding nr 12 \(2008-2009\). En gledelig begivenhet, om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg](#).
5. [Johansen LT, Øian P. Barn som dør eller får alvorlig skade under fødsel](#). Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131(24): 2465-8.
6. Saastad E, Kirschner R, Flesland Ø. Uønskede hendelser under svangerskap, fødsel og barsel. Notat fra Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.
7. [Svikt i samhandling, kommunikasjon og kompetanse i alvorlige hendelser....kunne det ha skjedd hos oss?](#) Rapport fra Helsetilsynet 3/1014. Oslo: Statens helsetilsyn, 2014.

8. [Veileder i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 – meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. IS-1997](#). Oslo: Helsedirektoratet 2016.
9. Øian P, Johansen LT, Jørstad RG. Skader, uheldige hendelser og pasientskadeerstatning. I: Maltau, MN. Obstetrik og Gynekologi. 3. utg. Oslo: Gyldendal, 2015: 373:77.
10. [Lovbestemte meldinger](#). I: Veileder i fødselshjelp. Oslo: Norsk gynekologisk forening, 2014: kapitel 49.
11. [Skulderdystoci](#). I: Veileder i fødselshjelp. Oslo: Norsk gynekologisk forening, 2014: kapitel 41.
12. [Postpartumblødning](#). I: Veileder i fødselshjelp. Oslo: Norsk gynekologisk forening, 2014: kapitel 43.

Vedlegg

NB: Vedleggene følger ikke med veilederen i utskrift, men må printes separat.

[Vedlegg 1: Prosjektplan](#) (pdf)

[Vedlegg 2: Spørsmål til helseforetaket](#) (pdf)

[Vedlegg 3: Spørsmål til pasient eller pårørende](#) (pdf)