

Oppsummering av landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner i 2004

HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse

RAPPORT FRA
HELSETILSYNET 11/2004

NOVEMBER
2004

Rapport fra Helsetilsynet 11/2004
Oppsummering av landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner i 2004
November 2004

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

Denne publikasjonen finnes i fulltekst på Helsetilsynets nettsted
www.helsetilsynet.no

Design: Gazette
Trykk og elektronisk versjon: Lobo Media AS

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway
Telefon: 21 52 99 00
Faks: 21 52 99 99
E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Innhold

1 Sammen drag	4
2 Innledning	6
3 Funn og vurderinger	8
3.1 Avgrensning av tilsynet	8
3.2 Seleksjon til rett nivå	9
3.3 Overvåking og oppfølging	9
Overvåking generelt	9
Overvåking av fire utvalgte risikosituasjoner	10
3.4 Håndtering av akutte situasjoner	11
3.5 Journalføring	12
3.6 Styring og ledelse	12
Ledelsens ansvar	12
Ansvarsforhold ved fødestuene	14
Kompetanse	14
Registrering og bruk av resultatdata	14
4 Oppsummering og tilråding	15
4.1 Nasjonale krav til registrering og virksomhetenes bruk av resultatdata	15
4.2 Konsensus i fødselshjelpen	15
4.3 Samhandling og intern kommunikasjon	15
4.4 Erfaringer må bringes tilbake til utdanningsinstitusjonene og fagmiljøene	16
4.5 Ansvar for ledelse, styring og kontinuerlig forbedring	16
English summary:	
Summary of Nationwide Supervision of Maternity Units in 2004	17

1 Sammendrag

Helsetilsynet presenterer i denne rapporten oppsummeringen av funn og erfaringer etter et landsomfattende tilsyn med 26 av landets ca 60 fødeinstitusjoner. Ett tilsyn ble gjennomført i 2003, de andre i 2004. Det er ført tilsyn med fødestuer, fødeavdelinger og kvinneklinikker i landets fem helseregioner. Det ble undersøkt om helseforetakene gjennom systematisk styring og kontinuerlig forbedring sikrer at fødeinstitusjonene er tilrettelagt slik at de oppfyller krav til forsvarlig virksomhet. Tilsynet har hatt et sterkt faglig fokus.

Selv om Norge er et av verdens tryggeste land å føde i, har tilsynet vist at det fortsatt er mulig å bli bedre. Det er først og fremst de enkelte helseforetakene som må sørge for at det som er påpekt ved hvert tilsyn blir fulgt opp og rettet. Tilsynet avdekket også områder som bør følges opp nasjonalt.

Tilsynet undersøkte fire hovedtema:

- seleksjon av fødende til ulike typer fødeinstitusjoner
- overvåking og oppfølging av noen utvalgte tilstander
- håndtering av akutte situasjoner
- læring og forbedring

Fødeinstitusjonene hadde med få unntak utarbeidet seleksjonskriterier. Enkelte fødeinstitusjoner tok imot kvinner som ut fra tilstand og risiko burde vært selektert eller overflyttet til fødeinstitusjon med høyere beredskap. Institusjonene tilrådes å gjennomgå seleksjonskriteriene jevnlig for å se om de blir fulgt og om de er i samsvar med kompetanse og beredskap i egen virksomhet.

Forsvarlig overvåking av fødende er omfattende og krever godt samarbeid mellom lege og jordmor. På flere områder avdekket tilsynet at det var uklare retningslinjer og uklar kommunikasjon mellom lege og jordmor. Mange institusjoner manglet møtesteder der de kunne diskutere faglige spørsmål, samarbeidsforhold og bli enige om faglige rutiner. Dette får innvirkning på det faglige tilbudet til fødende. Hensiktsmessige arenaer for utvikling av samarbeidet bør etableres.

Det er stor usikkerhet knyttet til fødeinstitusjonenes registreringer av ulike komplikasjoner og resultater i forbindelse med fødsler. På nasjonalt nivå foreligger det ikke pålitelige tall som gir grunnlag for oppfatning om hva som kan være akseptabel forekomst av komplikasjoner som for eksempel store postpartumblødning og store perinealrupturer. Helsetilsynet foreslår at sentrale helsemyndigheter og fagmiljøene arbeider seg fram til konsensus om dette.

Det er likevel enighet om at perinealrupturer (grad III og IV) forekommer for ofte. Når skaden har oppstått, er behandlingen i noen tilfeller ikke i samsvar med forsvarlig praksis. Helsetilsynet mener at dette ikke er akseptabelt. Det må arbeides for å finne årsakene til store perinealrupturer slik at forekomsten kan reduseres. Dette er en oppgave som involverer de enkelte fødeinstitusjonene, forskningsmiljø og andre fagmiljøer, og sentrale helsemyndigheter.

Fødselskomplikasjoner kan i stor grad foruties. Likevel vil det i noen situasjoner oppstå akutte og uforutsette situasjoner. Dette hadde de fleste fødeinstitusjonene gode rutiner for å håndtere. Tilsynet avdekket at det flere steder var behov for mer systematisk øving.

Resultatdata blir i liten grad brukt til systematisk evaluering, forbedring og styring av virksomheten. Det var vanskelig å skaffe oversikt over forekomst av ulike forhold og komplikasjoner ved fødsel. Helsetilsynet anbefaler at det bør arbeides for å komme fram til et felles sett av opplysninger som alle fødeinstitusjoner skal registrere på samme måte. Disse opplysningene kan benyttes internt ved den enkelte fødeinstitusjon for å se på trender, og til sammenligning mellom institusjoner. Usikre eller manglende nasjonale tall for flere viktige forhold ved fødsel har så langt gjort det vanskelig for helse-tjenesten å ha tilstrekkelig kjennskap til forekomst og variasjoner av ulike forhold. Manglende oversikt i den enkelte virksomhet begrenser muligheten for helseforetakene til å følge med på og tidlig oppdage forhold som bør analyseres nærmere.

Ved noen fødeinstitusjoner er det uklare styringslinjer og uklart ansvar. Helsetilsynet tilrår en gjennomgang og iverksetting av nødvendige tiltak for å avklare styringslinjer og ansvarsfordeling mellom leger og jordmødre.

2 Innledning

Norge er et av de landene det er tryggest å føde i. For at det fortsatt skal være slik, må det være oppmerksomhet på områder der det er risiko for svikt og settes inn tiltak for å forebygge svikt. Fødselsomsorgen i Norge har stor oppmerksomhet og spørsmål om organisering av tilbudet har vært og er gjenstand for debatt. En slik debatt er positiv fordi det medfører en kontinuerlig oppmerksomhet og vurdering av ulike sider av tilbudet.

Det er av stor betydning at kvinner kan føde under trygge forhold. Kvinner som skal føde har forskjellige forventninger til hvordan fødselen skal være. De har også forskjellige behov for overvåking, tilsyn og hjelp. Noen klarer seg med lite hjelp, mens andre trenger omfattende overvåking og tiltak for at resultatet skal bli friske nyfødte og friske, fornøyde mødre. Fødselshjelperne kan også ha ulike syn på hva som kan være viktig å vektlegge. Avhengig av hvilket perspektiv man har, vil ulike ønsker og behov bli vektlagt og konklusjonene bli ulike. Ved de aller fleste fødslene går det bra både for mor og barn. Noen ganger får fødselen et annet forløp enn forventet og resultatet blir ikke slik det var planlagt. I slike situasjoner er det viktig at fødselshjelperne har nødvendig kyndighet til å handle raskt og riktig. Det er også viktig at foreldrene får nødvendig omsorg, hjelp og oppfølging til å takle den uventede situasjonen. Det er umulig å forutse alle fødsler som ikke forløper normalt. Derfor må alle fødselshjelpere være beredt på at det kan oppstå vanskelige situasjoner og arbeidsforholdene må legges til rette slik at det er mulig å takle dem. Det er ledelsen for virksomhetene som har ansvar for å legge forholdene til rette for at tjenestene som ytes er forsvarlige.

Helsetilsynet ønsket å undersøke om fødetilbudet var forsvarlig og hadde et sterkt faglig

fokus på utførelsen av fødselshjelpen. Det siste innebærer at det faglige innholdet i fødselshjelpen ble vurdert. Den nærmere avgrensingen og valget av tema ble gjort på grunnlag av vurdering av risiko for svikt. Det innebærer at man gjennomgår tjenesteområder med den kunnskap, oversikt og de erfaringer som er tilgjengelig og velger tema der det er risiko for svikt. For å velge ut relevante tema ved dette tilsynet, ble det drøftet med en gruppe jordmødre og spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer fra hele landet. Det ble valgt fire tema der det er risiko for svikt eller uhell og der konsekvensene av slike hendelser kan få alvorlige følger for mor og barn.

I Norge er det i dag ca 60 fødeinstitusjoner. Det er utført tilsyn med 26 av disse; 6 i Helse Nord, 4 i Helse Midt-Norge, 5 i Helse Vest, 5 i Helse Sør og 6 i Helse Øst. Dette utgjør 6 fødestuer, 10 fødeavdelinger og 10 kvinneklinikker. I alle regionene er det ført tilsyn med fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk.

Tilsynet ble gjennomført som systemrevisjon. Formålet er å vurdere hvordan virksomhetene ivaretar ulike myndighetskrav gjennom sin internkontroll. En systemrevisjon gjennomføres ved gransking av dokument, ved intervju og verifikasjoner. Verifikasjoner er stikkprøver for å undersøke om prosedyrer, instruksjoner og rutiner blir fulgt i praksis og om fysiske forhold tilfredsstiller myndighetskrav. Alle virksomheter som yter helsetjenester, har etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 plikt til å etablere systematiske tiltak som sikrer at virksomheten planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift. Internkontroll er et lovpålagt krav om styringssystem.

Tilsynet ble utført av regionale team i hver helseregion. Disse var satt sammen av medarbeidere med helsefaglig og juridisk kompetanse fra Helsetilsynet i fylkene. Hvert team hadde i tillegg med sakkyndig jordmor og spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer som deltok i planleggingen og gjennomføringen av alle tilsyn i helseregionen. Det er utarbeidet rapporter fra hvert tilsyn. I tillegg har hver region utarbeidet en regional rapport til de regionale helseforetakene. Rapportene er tilgjengelige på www.helsetilsynet.no.

Systemrevisjon er først og fremst utviklet for å kommunisere med den enkelte virksomhet. I denne rapporten trekkes det ut viktige funn eller utviklingstrekk som Statens helsetilsyn mener er relevante i nasjonal sammenheng. Antallet tilsyn og virksomhetene det er ført tilsyn med, gir ikke et representativt bilde for alle fødeinstitusjoner eller situasjonen på nasjonalt nivå. Helsetilsynet mener likevel at oppsummeringen gir et godt bilde av noen utfordringer denne tjenesten står overfor.

Statens helsetilsyns utredning 1/97 *Faglige krav til fødeinstitusjoner* ble utarbeidet etter oppdrag fra det daværende Sosial- og helsedepartementet. Med utgangspunkt i antall fødsler pr. år, faglige krav til beredskap og bemanning definerer utredningen faglige krav til tre typer fødeinstitusjoner: kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue. I utredningen gis også tilrådinger om seleksjonskriterier og hvordan seleksjon av fødende bør være. Stortinget vedtok under behandlingen av St.meld. nr. 43 (1999–2000) *Om akuttmedisinsk beredskap* at Statens helsetilsyns nivådeling av fødeinstitusjoner skal gjøres gjeldende for organiseringen og planleggingen av fødselsomsorgen, jf. Innst. S. nr. 300 (2000–2001).

Kvinneklinikk (nivå 3): Minst 1500 fødsler pr. år, tilstedevakt for fødsels- og anestesilege og vaktberedskap for barnelege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemanning og barneavdeling med intensivbehandling for nyfødte. Operasjonsstue skal være bemannet slik at det skal kunne utføres keisersnitt innen 15 minutter.

Fødeavdeling (nivå 2): Minst 400 – 500 fødsler pr. år, kontinuerlig vaktberedskap for fødsels- og anestesilege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemanning og barnelege tilknyttet fødeavdelingen. Operasjonsstue skal være bemannet slik at det skal kunne utføres keisersnitt innen 30 minutt.

Fødestue (nivå 1): Minst 40 fødsler pr. år, kontinuerlig vaktberedskap av jordmødre (ikke gynekolog), avklarte medisinske forhold og retningslinjer for hvilke fødende som kan tas i mot og for overflytting til annen type fødeinstitusjon.

Etter at veilederen fra Statens helsetilsyn ble gitt ut, er det noen steder opprettet forsterket fødestue. Med det menes jordmorstyrt fødestue med beredskap for nødkeisersnitt.

Noen fødeinstitusjoner benytter benevelser som ikke alltid er i samsvar med disse definisjonene. For eksempel betegner noen fødeavdelinger seg kvinneklinikker selv om antallet fødsler er lavere enn de kriteriene Helsetilsynet har satt opp. Helsetilsynet i fylkene har ved dette tilsynet forholdt seg til den nivådelingen som helseforetakene har fastsatt.

3 Funn og vurderinger

3.1 Avgrensning av tilsynet

Helsetilsynet har vurdert fire problemstillinger:

1. Seleksjon av fødende til ulike typer fødeinstitusjoner:

- Om kriteriene for seleksjon av kvinner til den aktuelle fødeinstitusjonen er forsvarlige, kjent og fulgt
- Om kvinnene får nødvendige undersøkelser ved innkost, og om funn blir adekvat fulgt opp slik at kvinnene får forsvarlig helsehjelp på rett nivå
- Om kvinnene får tilstrekkelig informasjon slik at hun kan ta reelle valg ved planlegging av fødsel.

2. Overvåking og oppfølging

- At overvåking av fødsler generelt og av fire utvalgte risikosituasjoner spesielt er forsvarlig, slik at komplikasjoner blir oppdaget og nødvendige tiltak iverksett
- At kvinner blir overflyttet til fødeinstitusjon med høyere beredskapsnivå i tide.

3. Håndtering av akutte situasjoner

- At fødeinstitusjonene har utstyr og personell for å håndtere akutte, kritiske situasjoner, at det blir gitt opplæring, at det blir øvd og at praksis fungerer
- Om samtidighetskonflikter oppstår og hvordan de blir håndtert

- At foreldre får informasjon og oppfølging etter akutte og uventede hendelser.

4. Læring og forbedring

- Om virksomheten bruker registrering av uønskete hendelser og registrerte resultatdata til evaluering, læring og forbedring av tjenestene.

I forhold til alle tema ble det også undersøkt om ansvars- og oppgavedeling var avklart, om opplæring og kompetanse var tilstrekkelig og om kommunikasjon og samarbeid mellom leger og jordmødre fungerte tilfredsstillende. Læring og forbedring er ikke omtalt som eget tema. Det er tatt opp gjennomgående der det har vært aktuelt. Deretter er det omtalt under styring og ledelse.

Helsetilsynet har vurdert om fødeinstitusjonene gjennom sin internkontroll sikrer at de kravene det er fokusert på i dette tilsynet er overholdt. Kravet til internkontroll er gitt i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 og forskrift om internkontroll i sosial- og helse-tjenesten og skal bidra til å sikre overholdelse av helselovgivningen gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene.

Tilsynet har vurdert om virksomheten drives forsvarlig, jf spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Kravet til forsvarlighet innebærer bl.a. at virksomheten må følge med i den faglige utviklingen og foreta nødvendige endringer i organisering, metoder og teknologi, og sikre kvalifisert personell. Helseinstitusjonene skal etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 sikre forsvarlige journalsystemer. Pasientenes rett til informasjon og medvirkning er regulert i pasientrettighetsloven §§ 3-1 og 3-2.

Rapportene fra hvert tilsyn oppsummer funn som er avdekket i form av avvik og merknader.

Avvik defineres som manglende oppfyllelse av de krav som følger av helselovgivningen.

Merknad betegner forhold som ikke vurderes som avvik, men der tilsynsmyndigheten mener virksomheten har et forbedringspotensiale.

3.2 Seleksjon til rett nivå

Å selektere til rett nivå innebærer å henvise den enkelte fødekvinne til riktig fødeinstitusjon før fødselen starter. I forkant av fødselen foreligger opplysninger som gjør at det i stor grad er mulig å forutsi sannsynligheten for at det kan oppstå komplikasjoner underveis i fødselen. Forsvarlig fødeleshjelp innebærer at det gjøres en systematisk seleksjon på en slik måte at fødselen i størst mulig grad skjer der det er tilstrekkelig kompetanse, beredskap og hjelpemidler til å møte eventuelle komplikasjoner hos mor og barn. Dette er også ønskelig for å unngå at for mange kvinner må overføres til en institusjon på høyere nivå under selve fødselen. Derfor skal hver fødeinstitusjon utarbeide retningslinjer for hvilke fødende de kan ta i mot og hvilke som må overflyttes til institusjon med bedre kompetanse. For at dette skal fungere er det nødvendig med god kommunikasjon og klare rutiner for samarbeid om eventuell overføring til fødeinstitusjon med høyere beredskap. Ved den enkelte fødsel må det tas kontakt så tidlig som mulig, slik at muligheten for overflytting i tide er reell.

Tilsynet avdekket at de ulike fødeinstitusjonene med få unntak hadde utarbeidet seleksjonskriterier og at disse stort sett var kjent og fulgt. Noen fødestuer og fødeavdelinger (5 av 26) tar likevel imot fødende som ut fra tilstanden og risiko for komplikasjoner burde vært selektert eller overflyttet til fødeinstitusjon med høyere beredskap. Ved noen fødeavdelinger kan det òg synes som om terskelen for å overflytte fødende til kvinneklinikk er for høy.

Seleksjon til riktig nivå innebærer også at de gravide får nødvendig informasjon om sin egen tilstand og om fødetilbudet ved den enkelte institusjon slik at de kan gjøre reelle valg. De må òg være så godt informert at de er innforstått med hvorfor det noen ganger er nødvendig å henvise til høyere nivå. Tilsynet viste at det ble lagt til rette for at kvinnene

skulle få god informasjon både om valg av fødeinstitusjon og om fødselshjelpen generelt. Med noen unntak omfattet det også kvinner som hadde behov for tolk. Selv om kvinnene stort sett får god informasjon om fødetilbudet og oftest kan gjøre reelle valg, er det ikke alltid tilfellet. For eksempel opplyser ikke alle fødeavdelinger kvinner med barn i seteleie om at de kan prøve å føde vaginalt dersom de velger å føde på en kvinneklinikk. Alternativet på den aktuelle fødeavdelingen er ofte å bli forløst med keisersnitt.

Etter Helsetilsynets vurdering bør fødestuer og fødeavdelinger regelmessig gjennomgå og vurdere om seleksjonskriteriene er i samsvar med den faglige kompetansen og beredskapen i virksomheten og påse at seleksjonskriteriene blir fulgt. Virksomhetene bør ha velutviklede rutiner for kontakt og samarbeid med fødeinstitusjoner med høyere beredskap og samarbeide om rutiner for overflytting.

3.3 Overvåking og oppfølging

Ved dette tilsynet ble det undersøkt om overvåking av fødsler generelt og av fire utvalgte risikosituasjoner spesielt er forsvarlig, slik at komplikasjoner blir oppdaget og nødvendige tiltak iverksatt.

Overvåking generelt

Det normale fødselsforløpet ivaretas av jordmor. Jordmor danner seg et bilde av fremgang i fødselen. Funn og vurderinger skal dokumenteres fortløpende på et partogram (skjema som skriftlig og grafisk fremstiller fødselsforløpet). Overvåkingen må foregå slik at eventuelle komplikasjoner oppfattes så tidlig som mulig og nødvendige tiltak blir iverksatt. Lege skal konsulteres eller tilkalles når jordmor oppfatter at det ikke lenger foreligger en normal fødsel. Det bør foreligge klare rutiner og være en innarbeidet praksis for når lege skal tilkalles, og være avklart hva som er legens og jordmor sitt ansvar. Ved risikofødsler og når noe uforutsett skjer er det særlig viktig at ansvarsforhold er avklart og at kommunikasjonen mellom fødselshjelperne fungerer godt.

Tilsynet viste òg at det flere steder ikke er klare retningslinjer for når lege skal tilkalles under overvåking av fødsler. Det er heller ikke entydig hva som er jordmores og legens ansvar under overvåking av fødende. Helsetilsynet mener at slike forhold må være avklart og at det er helt nødvendig at dette blir tatt tak i.

Det finnes flere hjelpemidler som benyttes under intensivt overvåking av en fødsel. Elektronisk fosterlydovervåking i form av CTG (cardiotokografi, som viser både riaktivitet og fosterets hjerteraktivitet) og STAN (ST-analyse, som viser fosterets EKG og tolker denne i tillegg til CTG) er eksempler på dette.

Ved tilsynet ble det undersøkt om det var klart hvem som har ansvaret når hjelpemidlene benyttes og at den som foretar testene også kan vurdere resultatet. CTG er i utstrakt bruk ved norske fødeavdelinger. Det tas for eksempel innkomst CTG ved de fleste fødeavdelinger, men nytteverdien av dette er dårlig dokumentert. Nyttet verdien av CTG under fødsel er også dårlig dokumentert. Tolkning av CTG er vanskelig og det er et problem særlig med falske positive, men også med falske negative tester. Dette kan blant annet føre til unødig bruk av operative forløsninger. I så henseende synes STAN-teknologien å være et framskritt.

Ved tilsynet ble det flere steder påvist mangelfull dokumentasjon på at CTG registreringene var tolket. Registreringene var ikke signert med dato og klokkeslett. Jordmødrenes kompetanse og erfaringer i tolkning av CTG varierte, og det var eksempler på at klare patologiske funn ikke alltid var oppfattet og at lege derfor ikke var tilkalt i tide. Metodens begrensning skjerper etter Helsetilsynets vurdering virksomhetenes plikt til å utarbeide rutiner for bruk av CTG og for at lege bør tilkalles ved mistanke om patologi.

De stedene STAN var tatt i bruk, var opplæringen systematisk ved at både leger og jordmødre fikk opplæring og ble sertifisert for å benytte testen.

Forsvarlig overvåking krever kompetente fødselshjelpere og godt samarbeid. Jordmødre og leger må derfor ha anledning til å utvikle og vedlikeholde sin kompetanse for å kunne ivareta denne oppgaven tilfredsstillende. Det må også være tilstrekkelig med møteplasser for jordmødre og leger slik at de kan utvikle samarbeidet. Ved mange av fødeinstitusjonene har jordmødre og leger få formelle møtesteder der de kan diskutere faglige spørsmål, samarbeidsforhold og bli enige om faglige prosedyrer og rutiner. Helsetilsynet mener at dette ikke er tilfredsstillende og noe institusjonene bør følge opp.

Overvåking av fire utvalgte risikosituasjoner

For å vurdere overvåkingen må man ha oversikt over forekomst av ulike typer hendelser. Det er omkring 56 000 fødsler i landet hvert år. I Medisinsk fødselsregister (MFR) registreres ulike parametre i forbindelse med alle fødsler. Kvaliteten på flere av parametrene som registreres er imidlertid usikre. De kan i liten grad benyttes til å sammenligne fødeinstitusjonene med hverandre. Tallene fra MFR gir sannsynligvis en pekepinn på nasjonal forekomst av ulike forhold. I MFR-tall fra 2002 var eksempelvis forekomst av store postpartumblødninger (etterbyrdsblødninger) over 500 ml 15,9% og forekomst av perinealrupturer grad III og IV (store rifter i skjedeåpningen) 3,4%. Disse tallene bør oppfattes som minimumstall. Det er grunn til å stille spørsmål ved om registreringene er nøye nok, om fødselshjelperne husker å fylle ut alle opplysningene og om definisjonene er ensartet. Fagmiljøene har heller ikke tatt stilling til hvor ofte man kan forvente at slike komplikasjoner forekommer.

Langsom fremgang

Ved flere institusjoner var definisjonen av langsom fremgang uklar, lite kjent blant jordmødre og leger, eller i liten grad tatt hensyn til. Flere steder var det også uenighet mellom leger og jordmødre om hvilke tiltak som skulle iverksettes ved langsom fremgang. Dette førte til ulik praksis på den enkelte avdeling.

Dersom fremgangen i fødselen ikke går som forventet, må fødselshjelperne vurdere årsakene til dette. De må og vurdere om og når tiltak eventuelt skal iverksettes. I slike situasjoner skal både fosterets og morens tilstand vurderes. Tilsynet påpekte ingen avvik, men fødeinstitusjonene ga enkeltstående eksempler på at tiltak burde vært igangsatt tidligere og at virksomhetens rutiner ikke var fulgt. Helsetilsynet mener at det her er behov for nærmere avklaringer, jfr. omtale i kapittel 4.2.

Truende hypoksi

Overvåking og tiltak ved truende hypoksi (surstoffmangel hos fosteret) ble også undersøkt. Dette er en tilstand som tilsier at fosteret av ulike årsaker ikke tåler den påkjenningen fødselen er. Avhengig av alvorlighetsgrad må tiltak iverksettes og fødselen må om nødvendig avsluttes raskt. Ved noen av fødeinstitusjonene var det uklart og ulikt hvordan denne tilstanden ble oppfattet av jordmødre og leger. Det var enkeltstående eksempler på at dette hadde medført misforståelser, at lege

ble tilkalt seint og at nødvendige tiltak ikke ble iverksatt når de burde. Slike uklårheter er uheldige og kan få konsekvenser for fødende og for fosteret. Helsetilsynet mener at det her er behov for nærmere avklaringer, jfr. omtale i kapittel 4.2.

Perinealrupturer (grad III og IV)

Under en fødsel oppstår det ofte perinealrupturer. Mindre rifter (grad I og II) er oftest uproblematisk. Større rifter der lukkemuskulaturen rundt endetarmsåpningen er helt eller delvis avrevet (grad III) og slimhinnen i endetarmen er ødelagt (grad IV) er mer alvorlige. Det antas at om lag en tredjedel av kvinner med en slik skade, får vedvarende plager og funksjonshemming. Det er derfor viktig å forebygge at denne type skade oppstår.

Det er store variasjoner i tallene på forekomst av større rifter ved de enkelte institusjonene, men på grunn av sannsynlige forskjeller i registreringspraksis, kan opplysningene ikke benyttes til sammenligning. Tallene på nasjonalt nivå er derfor heller ikke pålitelige og de kan sannsynligvis oppfattes som minimumstall. Tilsynsmyndighetene har ikke grunnlag for å fastsette hva som er et akseptabelt nivå for forekomst av store perinealrupturer (grad III og IV).

Årsakene til perinealrupturer er sammensatte og diskuteres i fagmiljøene. Det synes imidlertid å være stor enighet om at det er for mange kvinner som får store perinealrupturer. Det synes også å være enighet om at man blant annet bør se nærmere på hvilke fødestillinger og støtteteknikker som benyttes og på teknikker som benyttes ved instrumentelle forløsninger (vakuumpompe og tang). Når store perinealrupturer oppstår, må behandlingen være forsvarlig. Dette krever erfaring og gode arbeidsforhold. Arbeidet bør ikke utføres av uerfarne leger, men av leger som har reell kompetanse. På dette området varierende praksis og noen steder var ikke praksis i samsvar med virksomhetens skriftlige rutiner for behandling av slike skader.

Store postpartumblødninger

Patologisk blødning ved fødsel er definert som blødninger over 500 ml. De fleste registrerer også blødninger over 1000 ml, som er klinisk mer relevant. Vi har få maternelle dødsfall i Norge i dag, men feil behandling av store postpartumblødninger (etterbyrdsblødninger) er en viktig årsak. Store postpartumblødninger må derfor forebygges så langt som mulig og behandles korrekt. Det er ofte vanskelig å måle mengden blødning

under en fødsel. Blodtapet som blir anslått og registrert i journalen er oftest en underestimert av den faktiske blødningen. Blodtapet kan bli stort dersom en moderat blødning varer over tid.

Tilsynet viste at det var forskjellig i hvilken grad virksomhetene hadde rutiner for forebygging av store postpartumblødninger. I tre tilfeller var det påpekt at praksis for å forebygge blødninger ved bruk av oksytocin og observasjon av kvinnen burde gjennomgås. Ved flere fødeinstitusjoner var det forholdsvis liten oppmerksomhet omkring forebygging av store blødninger.

Registrering av denne komplikasjonen gjøres forskjellig og tall på forekomst kan heller ikke her benyttes til sammenligning.

3.4 Håndtering av akutte situasjoner

Tilsynet undersøkte om fødeinstitusjonene hadde utstyr og personell til å håndtere akutte, kritiske situasjoner.

Fødselskomplikasjoner kan i stor grad forutsettes. Dette forutsetter forsvarlig svangerskapsomsorg og klare seleksjonskriterier når det gjelder valg av fødested. I noen tilfeller oppstår det likevel akutte og uforutsette situasjoner som krever rask handling. Eksempel på dette er vanskelig skulderforløsning eller uventet dårlig nyfødt barn. Selv om Norge i dag har lavere perinatal dødelighet enn noen gang tidligere, vil man aldri helt kunne unngå at liv går tapt eller at mor og barn påføres små eller større komplikasjoner. For å redusere antallet av slike alvorlige hendelser, må alle fødselshjelpere vite hva som skal gjøres når noe akutt og uventet oppstår. Det må forutsettes at rutineene er klare, at samhandlingen og kommunikasjonen mellom involverte jordmødre og leger er god og at nødvendig utstyr er tilgjengelig. I motsatt fall kan resultatet bli at nødvendige tiltak iverksettes for seint. Ved større fødeinstitusjoner vil flere ha erfaring med å takle slike akutte og uforutsette situasjoner. Fødselshjelpere ved små enheter og lavrisikoenheter opplever ikke dette så ofte. Det gjør at personellet ved disse institusjonene får mindre erfaring i å håndtere akutte situasjoner. Fødselshjelperne må derfor jevnlig trene på akutte situasjoner og gis anledning til å hospitere eller arbeide på avdelinger der denne type situasjoner forekommer oftere. Også ved store enheter kan det variere hvor ofte den enkelte medarbeider opplever ulike akutte komplikasjoner. Det bør derfor øves regelmessig også ved store institusjoner.

Ved dette tilsynet fant Helsetilsynet ikke at det manglet nødvendig utstyr for å håndtere akutte situasjoner ved noen av fødeinstitusjonene. De fleste hadde innarbeidete rutiner for å informere foreldre etter slike hendelser. Virksomhetene hadde også utarbeidet gode alarmrutiner for å tilkalle nødvendig assistanse når noe akutt og uforutsett oppsto. Ved én institusjon var det uklart hvem som hadde ansvar og skulle tilkalles i akutte situasjoner. Ved ni fødeinstitusjoner ble det påpekt behov for mer systematisk opplæring og trening for leger og jordmødre både i teknikker og i samhandling. Noen av de mindre fødeinstitusjonene hadde lite utstyr de kunne benytte til øving. Det var heller ikke alle fødestuene og fødeavdelingene som hadde sørget for at jordmødre fikk anledning til å hospitere eller arbeide på større enheter slik det er anbefalt i IK-2565, *Faglige krav til fødeavdelinger*. Helsetilsynet ser alvorlig på at så mange av virksomhetene ikke har iverksatt systematiske kompetansehevingstiltak på dette området.

Tilsynet fant at terskelen for å tilkalle lege varierer, og flere eksempler på at ansvar ikke er tydelig nok avklart mellom de to yrkesgruppene. I mange tilfeller kunne også kommunikasjonen vært bedre og misforståelser unngått. Det var også på dette området eksempler på at lege burde vært tilkalt tidligere i forløpet.

Fødeinstitusjonene bør i større grad gjennomgå og analysere slike uheldige situasjoner i et forum der både jordmødre og leger kan drøfte hendelsen sammen. Det vil være faglig stimulerende og kan også gi ledelsen innspill til endringer og forbedringer av praksis både når det gjelder de involvertes handlemåte og virksomhetens rutiner. Dette er en viktig del av internkontrollen som ledelsen av fødeinstitusjonene ikke kan utelate å følge opp umiddelbart.

3.5 Journalføring

Journalen skal være et verktøy for å sikre en forsvarlig behandling. Ved en fødsel skal jordmor føre fødejournale (partogram) der de viktigste opplysningene nedtegnes fortløpende og systematisk. Når en lege foretar vurderinger i forbindelse med en fødsel skal vurderingen dokumenteres. Partogrammet er et funksjonelt arbeidsverktøy for å ivareta behovet for at all relevant informasjon er samlet og er lett tilgjengelig. Det skal brukes for å dokumentere forhold og tiltak under fødselen. Den skal sikre at nødvendig infor-

masjon om forhold, vurderinger og utførte tiltak er kjent for dem som til enhver tid har ansvar for pasienten. Riktig journalføring skal bidra til at avvikende forløp oppdages i tide, at nødvendige tiltak iverksettes og at misforståelser unngås. Nedtegnelser i pasientjournalen skal også sikre at den enkelte pasient kan få nødvendig informasjon om forhold og vurderinger under den aktuelle fødselen, i forbindelse med videre oppfølging og for senere fødsler.

Dersom den helsehjelpen som er gitt av forskjellige årsaker senere skal vurderes, er journalen avgjørende som dokumentasjon. Slike situasjoner kan for eksempel være at pasienten, pårørende, virksomheten, sakkynndige, tilsynsmyndighet eller andre ønsker å gjennomgå omstendighetene knyttet til fødselen.

Ved mange fødeinstitusjoner (19 av 26) ble det påpekt mangelfull journalføring. Noen steder ble praksis vurdert som forsvarlig, men legens faglige vurderinger og beslutninger om tiltak under overvåking av en fødsel kunne ikke alltid gjenfinnes i pasientens journal. Det ble også påpekt at jordmødrene kun unntaksvis signerte CTG etter at de hadde utført og selv vurdert testen. Det vanlige var at testen ble lagt til side i påvente av at legen skulle vurdere den senere. Tilsynet fant også at det ikke alltid var dokumentert at legen hadde gitt informasjon til pasienten etter spesielle hendelser, som for eksempel ved bruk av vakuumpompe eller tang, ved vanskelig skulderforløsning, akutte keisersnitt eller der mor eller barn var dårlig etter fødselen.

Det kan være ulike grunner til at legens vurderinger ofte er sparsomt dokumentert. Kanskje har det sammenheng med at legene under en fødsel ofte formidler vurderinger og beskjeder muntlig til jordmor og andre leger. Helsetilsynet mener at det viktigste er det som blir gjort i forhold til pasienten. Tilsynet viste likevel at praksis for dokumentasjon og føring av vurderinger og tiltak bør endres og forbedres ved flere av fødeinstitusjonene. Helsetilsynet ser alvorlig på at virksomhetene ikke i tilstrekkelig grad har sørget for at rutinene for journalføring er i samsvar med lov og forskrift. Dette er av hensyn til både pasientenes sikkerhet og helsepersonellens rettsikkerhet.

3.6 Styring og ledelse

Ledelsens ansvar

Ved dette tilsynet var kravet til forsvarlig virksomhet svært sentralt. For å sikre at innholdet i tjenesten er forsvarlig, må ulike komponenter være til stede. Eier og ledelse må sørge for at utstyret er i orden, at personellet har tilstrekkelig kompetanse, at ansvarsforhold er avklart, at nødvendige prosedyrer er utarbeidet og implementert, at forsvarlige vaktordninger er etablert m.v. Forsvarlighetskravet innebærer således også et krav til forsvarlig organisering av virksomheten. Det innebærer blant annet å gjennomføre tiltak som gjør det mulig for helsepersonellet å oppfylle den plikt til forsvarlig yrkesutøvelse som påligger dem.

Ledelsen er faglig ansvarlig for alle sider ved virksomheten. I dette inngår ansvar for å sikre at det blir utarbeidet og iverksatt nødvendige prosedyrer og påse at disse er kjent og fulgt, at nødvendig utstyr er tilgjengelig og ansatte får nødvendig opplæring, og etter- og videreutdanning.

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten og forskrift om internkontroll i sosial- og helse-tjenesten har spesifikke krav til styring og ledelse. Helselovgivningen forøvrig inneholder regler som både dreier seg om innhold i tjenesten og krav til styring og ledelse og disse må ses i sammenheng med kravene til internkontroll. De ansvarlige for virksomheten skal sørge for at internkontrollen fungerer slik at skader eller uhell kan motvirkes. Dette forutsetter at ledelsen følger med på og har styring med det faglige innhold i tjenesten, for eksempel ved rutinemessige registreringer og overvåking av resultater og komplikasjoner, ved systematisk oppfølging av uønskete hendelser, og ved regelmessig gjennomgang av styringssystemet.

Ved noen av fødeinstitusjonene ble det avdekket uklare styringslinjer og ansvarsfordeling. Dette gjelder både ved store fødeavdelinger og ved mindre fødeinstitusjoner. Det ble flere steder beskrevet to atskilte ansvarslinjer, en jordmorfaglig og en medisinsk faglig. Det manglet beskrivelse av hvordan faglige retningslinjer ble utarbeidet og iverksatt, og det ble avdekket mangelfull faglig samhandling mellom jordmorgruppen og legegruppen. I ytterste konsekvens kan dette medføre at faglige retningslinjer utarbeidet av medisinsk faglig leder ikke oppfattes som bindende for jordmødrene selv om retningslinjene er nødvendige for å sikre en forsvarlig

fødselsomsorg. Etter Helsetilsynets vurdering kan slike uklare ansvarslinjer få uheldige konsekvenser for den daglige driften og i verste fall skape utrygge situasjoner der fødselsforløpet avviker fra det normale.

Når det gjelder oppfølging av uønskete hendelser, var det ved mange fødeinstitusjoner uklare ansvarforhold og følge opp meldingene. Uklare ansvarforhold og lite planmessig samarbeid reduserer mulighetene for systematisk styring og kontinuerlig forbedring av fødselsomsorgen. Det reduserer òg mulighetene for at virksomhetene oppfyller kravene til forsvarlig virksomhet. Ved flertallet av institusjonene blir den informasjonen som ligger i rapporter om uønskede hendelser og avvik i for liten grad benyttet til systematisk forbedring av fødselshjelpen. Antallet skriftlig rapporterte avvik var lavt og det er grunn til å stille spørsmål om kulturen for å rapportere uønskede hendelser og om ledelsen benytter slike hendelser til forbedring av tjenestene. Lavt antall avvik kan òg være et uttrykk for usikkerhet om hvilke hendelser som skal rapporteres.

Behovet for formelle arenaer der jordmødre og leger kan drøfte felles faglige utfordringer er omtalt tidligere. Fødselsomsorgen er et felt der det historisk sett er profesjoner med ulikt ståsted som må samarbeide for at resultatet skal bli bra. For jordmødrene er det naturlig å ha som utgangspunkt at fødsel er en fysiologisk prosess som det i minst mulig grad skal intervereres i. Legenes ståsted har tradisjonelt vært å overvåke fødselen på en slik måte at de skal utelukke patologi og interverere dersom det er tegn til risiko eller skade på mor eller barn. Denne ulikheten forsterkes ved at jordmødre i sin hverdag med normale fødsler får bekreftet sin tilnærming, mens legene som for det meste ser ikke-normale fødsler får bekreftet sin. Det bør ikke skapes motsetninger mellom den naturlige, ukompliserte fødselen og moderne teknologi som er nødvendig ved noen fødsler. Ledelsens utfordring er å forene dette slik at tjenestene blir forsvarlige. Målet er at helsehjelpen skal gi størst mulig pasientsikkerhet og friskest mulig mor og barn.

Et gjennomgående trekk er at egne resultatdata dels er for dårlige og dels brukes i for liten grad til systematisk evaluering, forbedring og styring. Dette har i ulik grad direkte og indirekte innvirkning på det faglige tilbudet til fødende.

Ansvarsforhold ved fødestuene

I forbindelse med eierreformen har helseforetakene fått ansvar for å sikre klare retningslinjer for hvilke fødsler de enkelte fødestuene skal håndtere og sikre at de er i stand til å ivareta sine tildelte oppgaver på en forsvarlig måte. I forbindelse med oppfølgingen av St.meld. nr. 43 (1999 – 2000) *Om akuttmedisinsk beredskap* har Sosial- og helsedirektorat klagt gjort ansvarsforhold ved fødestuene. Det kan ikke skilles mellom systemansvar og faglig ansvar, slik som dette er omtalt i Statens helsetilsyns utredning 1/97 *Faglige krav til fødeinstitusjoner*. Fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet må bygge på krav til ledelse slik som det er gjort rede for i rundskriv I-9/2002 *Ledelse i sykehus*.

Da tilsynet ble gjennomført, ble det ved noen fødestuer avdekket at linjeansvaret og det faglige ansvaret var uklart. Det var noen steder også uklar ansvarsfordeling mellom personell tilknyttet fødestuen og uklart hvordan akutte situasjoner skulle håndteres. Dette er ikke forenlig med krav til forsvarlig virksomhet.

Kompetanse

Tilsynet har avdekket at fødeinstitusjonene i ulik grad ivaretar kravet om å sikre at jordmødre og leger får nødvendig opplæring og etter- og videreutdanning. Forholdene synes bedre tilrettelagt for leger enn for jordmødre. Ved de mindre fødeinstitusjonene er det ulikt i hvilken grad jordmødre får hospitere eller helst arbeide ved institusjoner med høyere beredskapsnivå. Det er òg ulikt i hvilken grad fødeinstitusjonene sikrer at medarbeidere har tilstrekkelig øvelse i å håndtere vanskelige og akutte situasjoner. Ved tilsynet var det eksempler på at uerfarne jordmødre og leger under spesialistutdanning i fødselshjelp ble stående alene i situasjoner som de ikke hadde forutsetninger for å takle. Dette er eksempler på forhold som bidrar til å øke risiko for svikt og som ikke er i samsvar med krav til forsvarlig virksomhet.

Registrering og bruk av resultatdata

Ved fødeinstitusjonene ble det undersøkt hvilke resultatdata som ble registrert og på hvilken måte slike data ble brukt til systematisk analyse og som verktøy for å styre og forbedre tjenesten.

Det er ikke nasjonale krav til hvilke opplysninger som bør registreres i fødeinstitusjoner utover det som skal meldes til Medisinsk fødselsregister (MFR). Opplysningene

som gis til MFR tar lang tid før de blir offisielle i form av årsmeldinger. Bearbejdede data fra den enkelte avdeling blir dessuten i liten grad tilgjengelig for den enkelte institusjon. Disse dataene er derfor i liten grad egnet som grunnlag for løpende evaluering og forbedring.

Helsetilsynet fant store variasjoner i hvilken oversikt de ulike fødeinstitusjonene hadde over resultat i egen virksomhet. Det er ikke tilfredsstillende at så få institusjoner har oversikt over egne resultat og i så liten grad bruker slike opplysninger til analyse og forbedring av tjenestene.

Det er ulikt hva som registreres. Tall på forekomst av ulike komplikasjoner m.v. kan derfor ikke benyttes til sammenligning og de gir etter Helsetilsynets vurdering ikke et riktig bilde av tjenestene.

Det foreligger ikke sikre tall på forekomst og pålitelig nasjonal oversikt over forskjellige forhold innen fødselshjelp, jfr. tidligere omtale av patologiske postpartumbledninger og perinealrupturer (grad III og IV). Helsetilsynet mener at for å kunne styre en helseinstitusjon på en god måte, må lederne ha kunnskap om resultat av egen virksomhet, kjenne til hvor ofte ulike typer av behandling forekommer og hvordan det går med pasientene som blir behandlet.

Det er krav om at helseinstitusjoner skal ha internkontroll. Det innebærer at fødeinstitusjonene skal ha foretatt en analyse av hvor det er risiko for at svikt kan oppstå, ha oversikt over resultat i egen virksomhet og registrere uønskete hendelser. Disse opplysningene skal analyseres med sikte på å avdekke bakenforliggende årsaker og brukes til kontinuerlig forbedring. Denne styringssirkelen er beskrevet i forskriften om internkontroll.

4 Oppsummering og tilråding

4.1 Nasjonale krav til registrering og virksomhetenes bruk av resultatdata

Helsetilsynet mener at det bør arbeides for å komme fram til et felles sett av opplysninger om resultat av egen virksomhet som alle fødeinstitusjoner skal registrere. Manglende eller usikre nasjonale tall for flere viktige forhold omkring fødsel har så langt gjort det vanskelig for helsetjenesten å ha tilstrekkelig kjennskap til forekomst og variasjoner av ulike forhold. Manglende oversikt i den enkelte virksomhet begrenser muligheten for helseforetakene til å følge med på og tidlig oppdage forhold som bør analyseres nærmere. Helsetilsynet vil anbefale at helsetjenesten sammen med sentrale helsemyndigheter arbeider seg fram til en konsensus om hvilke opplysninger alle fødeinstitusjoner bør registrere og at det iverksettes tiltak for å få ensartet registreringspraksis. Inntil videre må hver virksomhet registrere og følge med på resultatene av den behandling fødeinstitusjonen utfører.

4.2 Konsensus i fødselshjelpen

Rapporten har omtalt fire forhold som synes faglig uavklarte. Dette gjelder perinealrupturer (grad III og IV), postpartumblødninger og definisjonene av langsom fremgang og truende hypoksi.

Registreringen av store perinealrupturer (grad III og IV) er for dårlig og tallene er i liten grad kvalitetssikret. Den faglige standard for akseptabel forekomst er dessuten usikker. Årsakene til rupturer er sammensatte og kanskje ikke godt nok klarlagt. Det er også ulike oppfatninger av hva som er de rette tiltakene for å redusere forekomsten. Når det først er oppstått en perinealruptur (grad III og

IV), er det ulike oppfatninger om hvem som bør reparere dem, om dette skal gjøres i fødeseng eller på operasjonsstue, hvilken anestesi som skal benyttes og hvordan de bør følges opp.

Registrering av blødningsmengde ved postpartumblødninger er unøyaktig og det er dårlig kvalitetssikring av rapporteringen til MFR. Det gjør at også tallene om forekomst av postpartumblødninger er usikre. Standard og rutiner for medikamentell profylakse, forebyggende tiltak, tilkalling av personell og øving av prosedyrer kan bli bedre. Det er heller ingen rutiner for eller enighet om slike hendelser spesielt bør gjennomgås når de forekommer.

Definisjonen av langsom fremgang og truende hypoksi i veilederen til Norsk gynekologisk forening er tilsynelatende utdatert og har derfor ikke legitimitet i den praktiske hverdag. Uklar kommunikasjon mellom fødselshjelperne under en fødsel kan få alvorlige konsekvenser for mor og barn.

Helsetilsynet vil anbefale at fagmiljøene sammen med sentrale helsemyndigheter arbeider seg fram til en konsensus på disse områdene.

4.3 Samhandling og intern kommunikasjon

I denne rapporten er det redegjort for nødvendigheten av faglig kompetanse og erfaring, godt samarbeid og god kommunikasjon som klare forutsetninger for en forsvarlig fødselsomsorg. Det framgår også at møteplassene mellom de to sentrale samarbeidspartene i dette, jordmødre og leger, bør bli bedre. Samarbeidet er tett og krever et

gjensidig tillitsforhold. Uforutsette situasjoner må oppfattes og reageres på med tidsmarginer som ofte er svært korte. Virksomhetene må utvikle hensiktsmessige samhandlingsarenaer slik at erfaringer utnyttes og tilbakeføres til alle medarbeidere. Flere felles møteplasser vil kunne bidra til større gjensidig forståelse og omforent oppfatning av forhold som i dag blir oppfattet ulikt og medfører misforståelser.

kontrollen) er i samsvar med myndighetskravene.

4.4 Erfaringer må bringes tilbake til utdanningsinstitusjonene og fagmiljøene

Opplysninger fra dette tilsynet om forhold i fødselshjelpen som kan bli bedre, bør bringes tilbake til utdanningsinstitusjonene og andre fagmiljøer. Det gjelder utdanning av jordmødre ved høyskolene, utdanningen av legespesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer, og fagforeningsmiljøene. Det gjelder også i forhold til ledere av fødeinstitusjoner, fordi rapporten i stor grad omfatter forhold som er relevant i ledelse og styring av fødeinstitusjonene.

4.5 Ansvar for ledelse, styring og kontinuerlig forbedring

Tilsynet har vist at helseforetakene har forbedringspotensialer når det gjelder ledelse og styring av fødeinstitusjonene. Det er påpekt uklare ansvarsforhold på flere nivå.

Helseforetakene har ikke lyktes i å legge til rette for tilfredsstillende samhandling mellom jordmødre og leger. Foretakene anbefales å undersøke om det er forhold som er til hinder for samhandlingen mellom de to profesjonene og at det blir funnet lokale løsninger på dette.

Der det ved tilsynet er avdekket svikt i rutinene for dokumentasjon, må ledelsen for virksomheten sørge for at det iverksettes tiltak slik at rutiner er i samsvar med myndighetskravene.

Ved fødeinstitusjoner hvor det er uklare styringslinjer og ansvarsfordeling, må helseforetakene snarest iverksette nødvendige tiltak. Disse må være i samsvar med myndighetskravene til ledelse i sykehus. Tilsynet viste òg at mange fødeinstitusjoner i for liten grad bruker egne resultatdata til systematisk evaluering, forbedring og styring av virksomheten. Helsetilsynet tilrår derfor at det foretas en gjennomgang og iverksettes tiltak for å sikre at styringssystemene (intern-

Summary of Nationwide Supervision of Maternity Units in 2004

Summary of Report from the Norwegian Board of Health 11/2004

The Norwegian Board of Health in the counties carried out nationwide supervision of 26 of the 60 maternity units in the country's five health authorities. The investigation looked at whether the health trusts, through systematic management and continuous improvements, ensure that maternity units are organized in such a way that they meet the requirements for sound professional standards. Four main areas were investigated:

- selection of women to different types of maternity unit
- monitoring and follow-up of a selection of conditions
- dealing with acute emergencies
- learning and improvement

Although Norway is one of the safest countries in which to give birth, supervision of the services has shown that there is room for improvement. Both in relation to selection of women to the most appropriate level of care, and monitoring and follow-up during delivery, areas have been identified in which improvements can be made. Reliable national figures on the incidence of different conditions and the results of maternity services are not available. Not all the health trusts have organized their services in such a way as to ensure that necessary communication and cooperation between physicians and midwives take place, and allocation of responsibility is not clearly defined in all places. Leadership and management can also be improved.

It is recommended that a national data set should be developed, based on data that shall be registered in all the maternity units. This data set can be used both for internal quality improvement and to provide a country-wide overview. Attempts should be made to reduce the incidence of some birth complications. The health trusts must develop appropriate arenas for the development of cooperation. Unclear lines of management should be clarified. The administrators must also ensure that results are used for systematic evaluation, improvement and management of the units.

Rapport fra Helsetilsynet

Utgivelser 2003

1/2003 På feil sted til rett tid? Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger - kartleggingen 2002 og utviklingen 1999-2002 (februar 2003)

2/2003 Kartlegging av tilgjengeligheten til lege – ”Når hjelpen kan vente litt” (februar 2003)

3/2003 Oppsummering etter tilsyn med smittevernet i intensivavdelinger september 2002 (februar 2003)

4/2003 Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helse-tjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002 (mars 2003)

5/2003 Styrket smittevern i kommunene - sluttrapport fra prosjektet (februar 2003)

6/2003 Der det er hjerterom... Kartlegging av belegg i psykiatriske akuttavdelinger 2002 (mai 2003)

7/2003 Kartlegging av kommunenes beredskap på smitte-vernområdet pr. juni 2003 (august 2003)

8/2003 Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlege-ordningen (september 2003)

9/2003 Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgs-sektoren – tilsynserfaringer 1998-2003 (oktober 2003)

10/2003 Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud (oktober 2003)

11/2003 Rapport til Helsedepartementet om Helsetilsynets oppfølging i Dent-O-Sept saken (oktober 2003)

Utgivelser 2004

1/2004 Oppsummering etter tilsyn med kommunenes smittevernberedskap ved 6 flyplasser med internasjonal flytrafikk. Mars - mai 2003 (februar 2004)

2/2004 Fortsatt for fullt. Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger. Kartlegging 2003 og utvikling 1999-2003 (februar 2004)

3/2004 Oppsummeringsrapport for landsomfattende tilsyn med pasientrettigheter i somatiske poliklinikker (februar 2004)

4/2004 Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelse-tjenester til voksne med psykiske problemer (februar 2004)

5/2004 Tannhelsetjeneten i Norge. Omfanget av den offentlige tannhelsetjenesten for de prioriterte gruppene og bemanningssituasjonen i tannhelsetjenesten (mars 2004)

6/2004 Medisinalmeldingene 1804. Et tilbakeblikk på første årgang av en tradisjonsrik rapport (april 2004)

7/2004 Meldesentralen – årsrapport 2001-2002 (april 2004)

8/2004 Kosmetisk kirurgiske inngrep i Norge (april 2004)

9/2004 Fortsatt press på plassene. Kartlegging av belegg i psykiatriske akuttavdelinger 2003 og utvikling 2002-2003 (mai 2004)

10/2004 Tilsyn med kodepraksis (juni 2004)

11/2004 Oppsummering av landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner i 2004 (november 2004)

Serien ble etablert i 2002. Alle utgivelsene i serien finnes i fulltekst på Helsetilsynets nettsted www.helsetilsynet.no. Enkelte utgivelser finnes i tillegg i trykt utgave som kan bestilles fra Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post postmottak@helsetilsynet.no.

Tilsynsmeldinger fra Helsetilsynet

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Helsetilsynet. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosial- og helsetjenestene og for offentlig debatt om tjenestene. Tilsynsmeldingen gir uttrykk for Helsetilsynets syn på sosial- og helsetjenestene i landet og er et viktig policydokument.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no. De nyeste kan også bestilles i trykt utgave fra Helsetilsynet.

I serien *Rapport fra Helsetilsynet* formidles resultater fra tilsyn i sosial- og helse-tjenesten.

Serien ble etablert i 2002 og utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no.

Rapport fra Helsetilsynet 11/2004

Oppsummering av landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner i 2004

Helsetilsynet i fylkene utførte landsomfattende tilsyn med 26 av landets ca. 60 fødeinstitusjoner i landets fem helseregioner. Det ble undersøkt om helseforetakene gjennom systematisk styring og kontinuering forbedring sikrer at fødeinstitusjonene er tilrettelagt slik at de oppfyller krav til faglig forsvarlighet. Tilsynet undersøkte fire hovedtema:

- seleksjon av fødende til ulike typer fødeinstitusjoner
- overvåking og oppfølging av noen utvalgte tilstander
- håndtering av akutte situasjoner
- læring og forbedring

Selv om Norge er et av de tryggeste landene å føde i, har dette tilsynet vist at det er rom for forbedringer. Både når det gjelder seleksjon til rett nivå, overvåking og oppfølging under fødsel har tilsynet påpekt områder som kan forbedres. Det er ikke pålitelige nasjonale tall på forekomst av ulike tilstander og resultater ved fødselshjelp. Alle helseforetakene har ikke lagt til rette for nødvendig kommunikasjon og samarbeid mellom leger og jordmødre, og ansvarsforhold er ikke avklart alle steder. Også ledelse og styring kan forbedres.

Det tilrådes at det blir utarbeidet et nasjonalt sett av data som skal registreres ved alle fødeinstitusjoner som både kan brukes til internt forbedringsarbeid og til nasjonale oversikter. For noen komplikasjoner bør forekomsten søkes redusert. Helseforetakene må utvikle hensiktsmessige samhandlingsarenaer for fødselshjelpere, og der det er uklare styringslinjer bør disse avklares. Ledelsen av virksomhetene må også sørge for å bruke egne resultat til systematisk evaluering, forbedring og styring av virksomheten.