

## Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse

Svikt i oppfølgingen av gravid med risikofaktorer ved [redacted] kommune og [redacted]

Saksnummer: [redacted]

**HELSETILSYNET**

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene





# HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

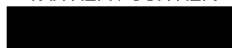


Unntatt fra offentlighet i henhold til offl. § 13 jf. fvl. § 13 første ledd nr. 1

DERES REF. / YOUR REF:



VÅR REF. / OUR REF:



DATO: / DATE:



## Oversendelse av endelig rapport i tilsynssak

Statens helsetilsyn (Helsetilsynet) viser til varsel mottatt [redacted] etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 a, jf. helsetilsynsloven § 6, om en alvorlig hendelse ved [redacted]. Bakgrunnen for saken er den svangerskapsoppfølging [redacted] [redacted], født [redacted], fikk ved [redacted] og [redacted] HF i perioden [redacted] til [redacted].

Helsetilsynet gjennomførte et stedlig tilsyn med [redacted] og [redacted] HF [redacted]. Vi undersøkte om kvinnen fikk forsvarlig helsehjelp og om virksomhetene sørger for at svangerskapsoppfølgingen av gravide med økt risiko blir utført i samsvar med aktuelle lovkrav slik at pasientene får trygge og gode tjenester.

Vedlagt følger endelig rapport i tilsynssaken som er sendt til både [redacted] og [redacted] HF. Kopi av rapporten er også sendt til kvinnen.

Helsetilsynet har merket seg at [redacted] har innført flere tiltak for at lignende hendelser ikke skal skje igjen. Vi ber om at ledelsen informerer kvinnen om hvilke tiltak som er iverksatt. For øvrig vil vi understreke viktigheten av at både kommunen og helseforetaket kontinuerlig arbeider med kvalitetsforbedring, og at ledelsen forsikrer seg om at endringer er forstått og blir etterlevd.

Vi forutsetter at denne rapporten blir gjort kjent for alle de involverte.

Med hilsen

[redacted]  
fung. direktør


[redacted]  
seniorrådgiver

*Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift*

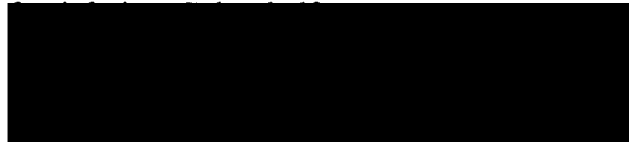
Vedlegg: Rapport av dags dato

Kopi til:

Kvinnen

Fylkesmannen i 

Helsefaglige saksbehandlere:



Juridisk saksbehandler:



## Innhold

Sammendrag.....	5
1 Tilsynets tema og omfang.....	6
2 Aktuelt lovgrunnlag og faglige normeringer .....	6
2.1 Forsvarlig helsehjelp .....	6
2.2 Krav om systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.....	7
2.1 Kommunens ansvar for helsestasjons- og skolehelsetjeneste mv.....	8
2.2 Pasienters rett til informasjon og medvirkning.....	8
2.3 Dokumentasjonsplikt.....	8
2.4 God praksis/risikoforståelse og risikostyring.....	9
3 Forhold ved virksomheten, organisering, rutiner og praksis .....	14
3.1 [redacted] kommune.....	14
3.2 [redacted] sykehus .....	15
3.3 Styrende dokumenter og forventninger.....	15
4 Hendelsen og helsehjelpen.....	17
4.1 Bakgrunn.....	17
4.2 Hendelsen/helsehjelpen .....	17
4.3 Virksomhetenes ivaretagelse av og informasjon til paret.....	20
4.4 Virksomhetenes interne gjennomgang av hendelsen .....	20
4.5 Opplysninger fra paret til Helsetilsynet .....	21
5 Hendelses- og årsaksanalyse .....	22
5.1 Hendelsesanalyse .....	22
5.2 Årsaksanalyse .....	22
6 Helsetilsynets vurderinger .....	25
6.1 Ga [redacted] forsvarlig helsehjelp til kvinnen?.....	25
6.2 Hadde [redacted] lagt til rette for forsvarlige svangerskapskonsultasjoner til gravide med økt risiko?.....	27
6.3 Ga [redacted] forsvarlig helsehjelp i forbindelse med innleggelsen i svangerskapsuke 28? .....	27
6.4 Hadde [redacted] lagt til rette for at gravide med økt risiko som ble henvist på grunn av lavt SF-mål fikk forsvarlig oppfølging? .....	28
6.5 Har [redacted] iverksatt relevante tiltak for å redusere risiko / forhindre at tilsvarende skjer igjen? .....	29
7 Konklusjon.....	29
8 Vedlegg .....	30
Vedlegg 1 – Saksbehandlingsprosessen.....	31
Vedlegg 2 – Referanser.....	32

## Sammendrag

Saken gjelder en [redacted] førstegangsgavid [redacted] med behov for tolk. Svangerskapet ble fulgt opp hos både fastlege og jordmor. Ved kontroll hos fastlege i svangerskapsuke 28 ble det målt SF (Symfyse-Fundus)-mål under 2,5 prosentilen og det ble oppdaget tegn på nyrebekkenbetennelse. Det lave SF-målet ble ikke dokumentert i helsekortet for gravide fordi kvinnen ikke hadde med seg kortet til legen. Kvinnen ble innlagt på sykehus der hun fikk behandling for nyrebekkenbetennelsen. Det fremgikk ikke av journalen eller epikrisen ved sykehuset at kvinnen også var henvist på grunn av det lave SF-målet, men fosteret ble der vurdert som normalt stort ved ultralydundersøkelse. For øvrig var det normale funn.

Ved senere kontroller hos jordmor ble det avdekket avflatende SF-mål i forhold til jordmors tidligere målinger. I svangerskapsuke 34 var SF-målet under 2,5 prosentilen. Jordmor hadde planlagt å kontrollere målet uken etter. Konsultasjonen måtte samordnes med tolk, og jordmor skulle ordne dette dagen etter, men dette ble glemt. Kvinnen ble ikke tilbudt en ny time.

Kvinnens ektefelle prøvde å kontakte jordmor på SMS for å etterlyse timen, men jordmor misforsto hvem henvendelsen kom fra. Kvinnen kom ikke til flere konsultasjoner etter svangerskapsuke 34. I svangerskapsuke 41 henvendte kvinnen seg til sykehuset da hun ikke hadde kjent fosterbevegelser på ca. en måned. Det ble da påvist fosterdød.

Statens helsetilsyn vurderer at det var utenfor god praksis at kvinnen ikke ble henvist direkte til sykehuset da jordmor fikk et SF-mål under 2,5 prosentilen i svangerskapsuke 34. Videre mener vi at det ikke var i tråd med god praksis at kvinnen ikke fikk tilbud om ny konsultasjon etter svangerskapsuke 34. Vi vurderer at avviket fra god praksis samlet sett er så stort at kvinnen ikke fikk forsvarlig helsehjelp.

Statens helsetilsyn har kommet til at [redacted] hadde lagt til rette for forsvarlig svangerskapsoppfølging til gravide med økt risiko. Vi vurderer også at kommunen har arbeidet systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet etter hendelsen.

Kvinnen var henvist av fastlege til sykehuset for både infeksjon og SF-mål under 2,5 prosentilen. Henvisningsgrunnen, det lave SF-målet, ble ikke nevnt i inntakjournalen. Dette var informasjon som skulle vært journalført og skulle fremgått av epikrisen som ble sendt til jordmor og fastlege. Statens helsetilsyn vurderer at det i epikrisen også skulle fremgått spesifikke råd om videre oppfølging knyttet til det lave SF-målet. For øvrig har vi kommet til at kvinnen fikk forsvarlig helsehjelp under innleggelsen i svangerskapsuke 28.

Statens helsetilsyn har kommet til at [redacted] HF hadde lagt til rette for at gravide med økt risiko som ble henvist på grunn av lavt SF-mål fikk forsvarlig oppfølging.

## 1 Tilsynets tema og omfang

██████████ varslet ██████████ om en uventet alvorlig hendelse. Varselet gjaldt den helsehjelpen ██████████ (heretter kvinnen), ██████████ fikk ved ██████████ og ██████████ HF, ██████████. Statens helsetilsyn (Helsetilsynet) besluttet i samråd med Fylkesmannen ██████████ å gjennomføre et stedlig tilsyn med ██████████ og ██████████ i denne saken fordi hendelsen omhandler flere aktører, og fordi den illustrerer viktige utfordringer knyttet til samarbeid mellom helsepersonell innad i kommunen, og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Saken gjelder en ██████████ førstegangsgravid av ██████████. Hun snakket ikke norsk og var avhengig av tolk i møte med helsetjenesten. Kvinnen ble i starten av svangerskapet fulgt opp av både fastlege og jordmor. I svangerskapsuke 28 henviste fastlegen henne til ██████████ på grunn av lavt SF-mål og nyrebekkenbetennelse. Ultralydundersøkelse ved sykehuset viste estimert vekt av fosteret innenfor normalområdet. Etter dette ble kvinnen fulgt opp hos jordmor. I svangerskapsuke 31 fant jordmor et lavt SF-mål og enda lavere i svangerskapsuke 34. Ved siste konsultasjon sa jordmor at hun ønsket en ny konsultasjon med kvinnen for å følge opp veksten. Jordmor skulle avtale ny time med kvinnen etter at hun hadde avklart med tolk. Kvinnen ble imidlertid ikke tilbudt en ny time. ██████████ forsøkte å etterlyse timen via SMS, uten å lykkes. Kvinnen kom til ██████████ i svangerskapsuke 41 da hun ikke hadde kjent liv på lang tid. Hun fødte deretter et dødfødt barn.

Helsetilsynet gjennomførte stedlig tilsyn for å opplyse hendelsesforløpet, og hvordan aktørene i ██████████ hadde lagt til rette for at gravide med økt risiko fikk nødvendig oppfølging i svangerskapet.

Retningslinjene for svangerskapsomsorgen (1) karakteriserer gravide med økt risiko som en gruppe som kan ha behov for ekstra oppfølging, blant annet i form av tverrfaglig samarbeid og eventuelt henvisning. Vi har definert denne kvinnen som en gravid med økt risiko, med mulig behov for ekstra oppfølging fordi hun ██████████ og ikke snakket norsk.

Helsetilsynet har vurdert denne saken med utgangspunkt i den informasjonen vi har fått gjennom dokumenter, samtaler og kommentarer fra involverte. Saksbehandlingsprosessen er beskrevet i eget vedlegg (1).

## 2 Aktuelt lovgrunnlag og faglige normeringer

De sentrale spørsmålene i denne tilsynssaken er om virksomhetene ga kvinnen forsvarlig helsehjelp, og om virksomhetene styres og ledes slik at de sikrer forsvarlig helsehjelp til kvinner i tilsvarende situasjoner.

Nedenfor presenterer vi det aktuelle lovgrunnlaget og forventninger til god praksis for både helsepersonell og virksomheter. Relevante bestemmelser er også gitt i vedlegg til rapporten (3).

### 2.1 Forsvarlig helsehjelp

Det er et grunnleggende krav til helsetjenesten at den helsehjelpen som ytes er faglig forsvarlig. Forsvarlighetskravet gjelder både for virksomheter og for det enkelte helsepersonell og reguleres nærmere i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 16 og helsepersonelloven § 4.

Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard og tar utgangspunkt i hva som må kunne forventes av helsepersonell og virksomheter. Forsvarlighetskravet er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og samfunnsmessige normer. Det innebærer at innholdet bestemmes med utgangspunkt i normer utenfor loven, og endrer seg med fagutviklinger og endringer i verdioppfatninger. Disse normene utgjør på denne måten det som betegnes som god praksis. Samtidig danner normene utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går.

### **2.1.1 Virksomhetens plikt til styring og ledelse**

Virksomheten har plikt til å legge til rette for at helsepersonell kan yte forsvarlig helsehjelp og overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Forsvarlighetsnormen i helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven har et mer helhetlig utgangspunkt enn forsvarlighetsbestemmelsen i helsepersonelloven, og stiller krav til at virksomheten må styre og lede med det siktemål at tjenestene til enhver tid er i samsvar med gitte myndighetskrav.

Det stilles også krav om forsvarlig styring og ledelse. Kravet gjelder på alle ledelsesnivå. Det innebærer at funksjoner som planlegging og organisering av helsetjenester må innrettes på måter som gjør at myndighetskravene etterleves.

### **2.1.2 Krav til helsepersonell**

Ved vurderingen av om helsehjelpen har vært forsvarlig skal det tas utgangspunkt i hva som er god praksis for tilsvarende forhold. Det som står sentralt er hvordan helsepersonellet burde ha opptrådt i en konkret situasjon, ikke hvordan helsepersonellet burde opptrådt i en ideell situasjon. Forsvarlighetsvurderingen av helsepersonells handlinger skal gjøres på bakgrunn av hvordan situasjonen fortonte seg der og da, og hvilke alternativer helsepersonellet hadde til handling. Forsvarlighetsstandarden tar utgangspunkt i hva som kan forventes ut fra kvalifikasjoner, men må også vurderes i lys av arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Fagutøvelsen må etter omstendighetene avvike relativt klart fra god praksis før helsehjelpen anses for å være uforsvarlig.

## **2.2 Krav om systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet**

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a pålegges enhver som yter helsetjenester etter loven å drive systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Det er sammenheng mellom forsvarlighetskravet og virksomhetens plikt til å arbeide med systematisk kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (internkontroll).

Kvalitetsforbedring er en prosess som innebærer å avdekke og dokumentere risiko- og forbedringsområder, og identifisere årsaker. Det må utvikles risikoreducerende tiltak der det er nødvendig, teste dem ut og implementere de tiltakene som viser seg å være effektive. Tiltakene må justeres til resultatet blir som ønsket og forbedring vedvarer. Dette krever at ledelsen fortløpende etterspør resultater når det gjelder kvalitet og pasient- og brukersikkerhet, og umiddelbart gjennomgår alvorlige hendelser for at tilsvarende ikke skal skje igjen.

Virksomhetens plikt til å arbeide med tematisk kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet understøttes nærmere i helsetilsynsloven § 5 og i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften. Dette gjelder planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av virksomhetens aktiviteter. Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig.

### **2.1 Kommunens ansvar for helsestasjons- og skolehelsetjeneste mv.**

Kommunen skal tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. For å oppfylle dette ansvaret, skal kommunen blant annet tilby helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder helsestasjonstjeneste, jf. § 3-2. Bestemmelsen sier ikke noe om pasientens rett til slike tjenester, men pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Jordmor skal være tilknyttet helsestasjonen i forbindelse med svangerskapsomsorgen og barselomsorgen (2). Innholdet i helsestasjonstjenesten er nærmere regulert i forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Kommunens ansvar etter § 3-1 første ledd innebærer en plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4. I forskriften presiseres at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha rutiner for, og legge til rette for, nødvendig samarbeid med blant annet relevante kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester, inkludert private tjenesteytere med avtale med spesialisthelsetjenesten eller kommunen, herunder fastleger. Tilbudet til de gravide på helsestasjonen skal inneholde svangerskapsomsorg og annen helseundersøkelse, rådgivning, oppfølging og henvisning ved behov.

### **2.2 Pasienters rett til informasjon og medvirkning**

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 a og spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 har virksomheten plikt til å sørge for at pasienten får den informasjonen han eller hun har rett til å motta etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Videre skal personellet så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen, jf. § 3-5.

Pasienter har også rett til å få informasjon om den alvorlige hendelsen og de tiltakene virksomheten har iverksatt for å redusere risiko i etterkant av hendelsen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 fjerde og femte ledd.

### **2.3 Dokumentasjonsplikt**

Enhver som yter helsehjelp har plikt til å føre journal for den enkelte pasient. Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk, og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, jf. helsepersonelloven §§ 39 og 40. Forskrift om pasientjournal (dagjeldende) angir nærmere hvilke opplysninger som kan være relevante og nødvendige. Blant annet fremgår det i forskriften § 8 bokstav e at dersom det er relevant og nødvendig, skal journalen inneholde «opplysninger om bakgrunnen for helsehjelpen, opplysninger om pasientens sykehistorie, og opplysninger om pågående behandling. Beskrivelse av pasientens tilstand, herunder status ved innleggelse og utskrivelse.».



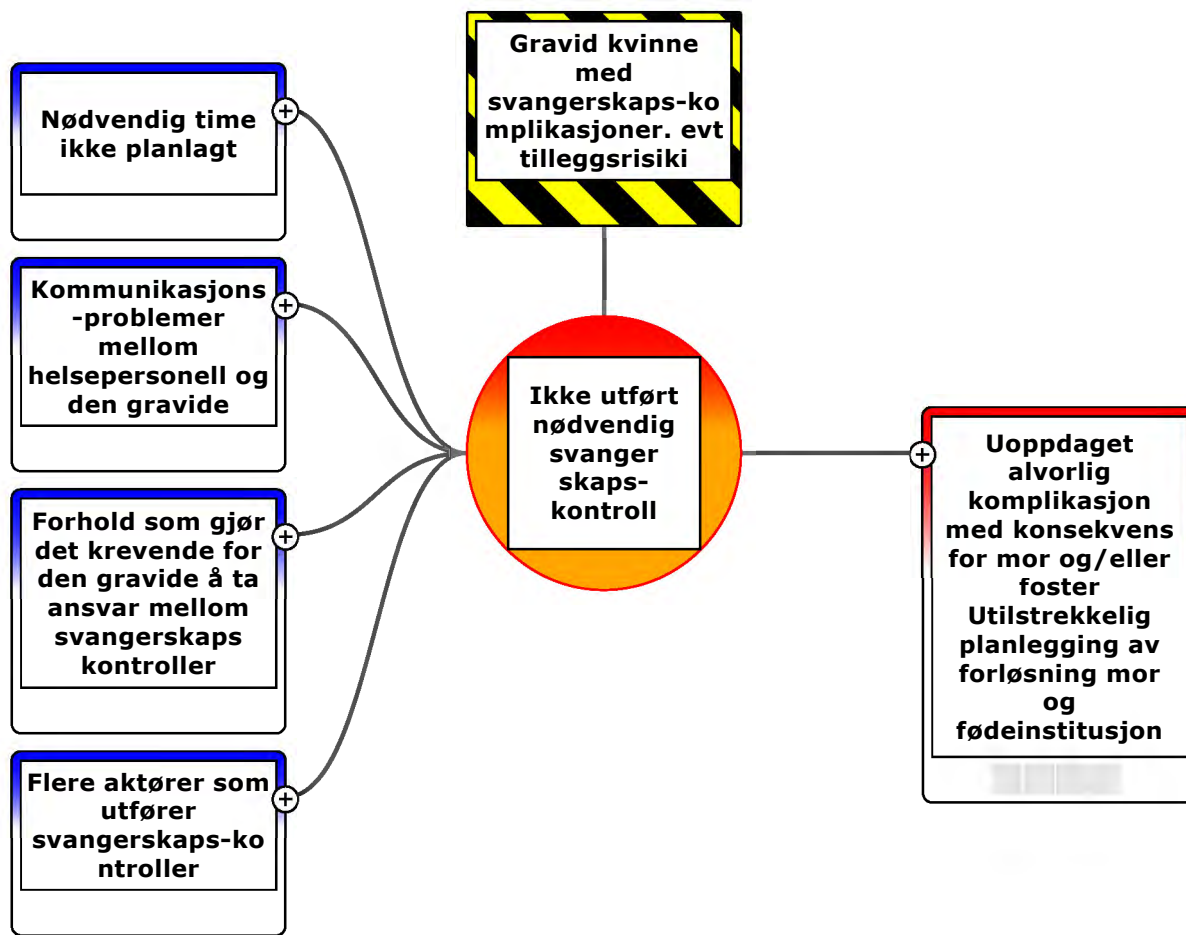
Journalen skal føres slik at den gir en oversiktlig og samlet fremstilling av pasientens helsetilstand, slik at det er lett for helsepersonell å sette seg inn i pasientens helsetilstand og eventuelt videre planlagt helsehjelp. Pasientjournalen er sentral når det er flere som følger opp samme pasient da den skal gi helsepersonell en oversikt over helsehjelpen som er gitt. Slik sikres kontinuitet og forsvarlig pasientbehandling.

I helsepersonelloven § 45 a er det gitt en egen bestemmelse om epikrise som skal sikre pasienten forsvarlig helsehjelp etter utskrivelse fra helseinstitusjon eller behandling hos spesialist. Epikrisen skal sendes til innleggende eller henvisende helsepersonell, til det helsepersonellet som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging, og til pasientens faste lege.

En epikrise er et sammendrag av tilgjengelige journalopplysninger i tilknytning til undersøkelse og behandling av en pasient. Hvilke opplysninger epikrisen skal inneholde, må avgjøres etter en konkret vurdering av hvilke opplysninger som er nødvendige for at videre behandling eller oppfølging av pasienten annet sted i helse- og omsorgstjenesten kan skje på en forsvarlig måte. I mange tilfeller vil det i epikriser blant annet redegjøres for forhistorie eller foranledning til helsehjelpen, hvordan sykdommen eller skaden har oppstått eller utviklet seg, hvilke undersøkelser som er gjort, diagnostisering og hvilken behandling som er gjort eller anbefalt. En epikrise kan også inneholde faglige råd om videre oppfølging og behandling.

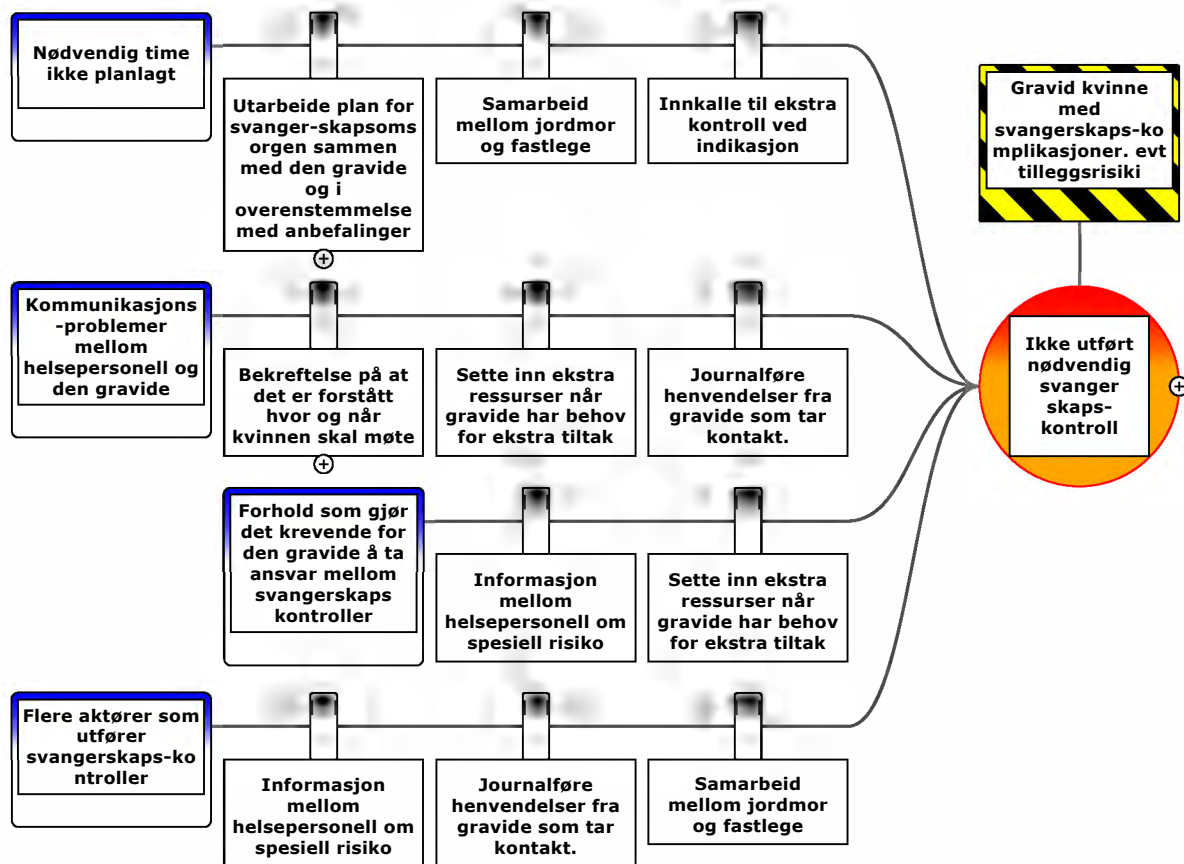
#### **2.4 God praksis/risikoforståelse og risikostyring**

Som det fremgår over forventes det at virksomheter iverksetter tiltak som reduserer risiko i helsetjenestene. Forhold som kan bidra til at kvinner ikke får nødvendige svangerskapskonsultasjoner og mulige konsekvenser av dette er vist i figur 1.



Figur 1. Trusler som kan bidra til at gravide ikke får nødvendig svangerskapsoppfølging og mulige konsekvenser.

Forventninger til god praksis kan beskrives som risikoreduserende tiltak for hver av truslene som kan bidra til at en kvinne ikke kommer til nødvendige svangerskapskonsultasjoner. Videre kan forventninger til god praksis beskrives som skadereduserende tiltak som kan redusere risiko for alvorlige konsekvenser, selv om kvinnen skulle utebli fra svangerskapskonsultasjoner. Slike risiko- og skadereduserende tiltak er i stor grad formulert i anerkjent fagkunnskap, nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen (1) og Veileder i fødselshjelp (3). Retningslinjene og veilederen er ikke absolutte krav, men en beskrivelse av god praksis.



Figur 2 Eksempler på risikoreduserende tiltak som kan bidra til at alle gravide får nødvendig svangerskapsoppfølging

#### 2.4.1 Tiltak for å redusere risiko for at gravide med økt risiko ikke får utført nødvendig svangerskapskonsultasjon

##### Oppfølging i svangerskapet

Det er i tråd med nasjonale retningslinjer å tilby åtte svangerskapskonsultasjoner til alle gravide, men flere dersom det er behov for det. Gravide bør få tilbud om første konsultasjon så snart som mulig, og senest en uke etter at hun henvender seg til fastlege eller jordmor for å avtale time. Konsultasjonene i basisprogrammet er anbefalt i uke 6-12, 17-19 (innbefatter ultralydscreening), 24, 28, 32, 36, 38 og 40. Etter svangerskapsuke 40 bør kvinnen få tilbud om en kontroll på sykehuset 7-9 dager over termin, eventuelt bør kvinnen få informasjon om når hun skal kontakte sykehuset. Kvinnen bør informeres om basisprogrammet på første svangerskapskonsultasjon. Fastlege og jordmor er primære ansvarspersoner for svangerskapsoppfølgingen, og kvinnen bør informeres om at det er hennes valg om hun ønsker å gå til jordmor, lege eller begge.

Anamnese, screeningundersøkelser, blodprøvetaking, veiledning og målinger av bestemte parametere inngår i konsultasjonene. Det er beskrevet i basisprogrammet når de forskjellige komponentene er anbefalt. Ved avvik fra normale parametere, er det stort sett beskrevet i retningslinjene for svangerskapsomsorgen hvordan dette skal følges opp videre.

Ved hver svangerskapskonsultasjon bør jordmor/lege sjekke om kvinnen har avtalt en neste svangerskapskonsultasjon, og eventuelt sette opp ny time hvis hun ikke har time annet sted. Dette for å sikre videre svangerskapsoppfølging. Kvinner som ikke møter til svangerskapskonsultasjon bør etterspørres. Særlig gjelder dette gravide med økt risiko.

Virksomheten bør også legge til rette for at jordmor/lege kan følge opp at gravide som har vært på svangerskapskonsultasjon får videre svangerskapsoppfølging.

Det bør fortløpende gjøres en individuell vurdering av om den gravide har behov for tettere oppfølging. Det bør også legges til rette for samarbeid mellom de forskjellige aktørene som utfører svangerskapsoppfølgingen. Sårbarhetsfaktorer knyttet til psykisk helse er i retningslinjene foreslått blant annet å være migrasjonsbakgrunn, og traumatiske og stressende hendelser (1). Helsetilsynet legger til grunn at liknende sårbarhetsfaktorer også er relevante ellers i svangerskapsoppfølgingen. I Danmark er det satt særlig fokus på svangerskapsoppfølgingen av sårbare gravide for å forsøke å bedre og formalisere samarbeidet mellom jordmødre og leger, og innsatsen virker å være overførbart til norske forhold (4–6).

Når det er risikofaktorer, eller mistanke om utvikling av svangerskapskomplikasjoner eller annen utvikling som krever tettere oppfølging, bør det settes opp ekstrakonsultasjoner, hvis det ikke er aktuelt å henvise kvinnen til annen instans med en gang (1).

#### Særlig om fosterbevegelser og SF-mål

Gravide kjenner normalt daglig liv fra fosteret fra uke 20. Jordmor og lege bør informere den gravide om at det er viktig å bli kjent med fosterets bevegelsesmønster allerede fra uke 24, og spesielt fra uke 28, og informere henne om hva hun skal gjøre dersom hun kjenner mindre liv eller ikke kjenner liv i det hele tatt (1). Det kan eventuelt deles ut skriftlig informasjon angående dette, og det er tilgjengelig på flere språk.

Fra uke 24 er det anbefalt at det måles SF-mål ved hver svangerskapskonsultasjon. Verdier i området mellom 2,5 og 10-prosentilen kan være tegn på begynnende veksthemming eller identifisering av risikosvangerskap som krever ekstra oppfølging, men dette er mest gjeldende mot slutten av svangerskapet (7–9). Når det er målt avflatende SF-mål ved to målinger, eller det er målt et SF-mål <2,5 prosentilen, bør kvinnen henvises til spesialisthelsetjenesten (1).

#### Informasjon til den gravide

Helsepersonell skal så langt det er mulig sikre at kvinnen har forstått informasjonen som blir gitt. Kommunikasjon gjennom tolk kan være helt nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp og nødvendig informasjon og veiledning til den gravide (10). Språk og kommunikasjonsproblemer medfører risiko i behandlingssituasjonen og i informasjonsformidlingen. Misforståelser eller manglende informasjon kan få svært uheldige følger for utfallet av svangerskapsoppfølgingen. Informasjon om dato, klokkeslett og sted for neste svangerskapskonsultasjon kan med fordel gis skriftlig til gravide der det er kommunikasjonsutfordringer.

Helsepersonell skal vurdere behovet for tolk og eventuelt sørge for at tolk med nødvendige kvalifikasjoner er tilgjengelig ved svangerskapskonsultasjoner (1). Det er viktig å sette av ekstra tid til konsultasjonene da man vanligvis bruker lenger tid på en konsultasjon med tolk enn uten (10).

En gruppe av gravide med økt risiko er innvandrerkvinner med en kulturbakgrunn som er svært forskjellig fra norske forhold når det gjelder det å motta helsehjelp. Innvandrerkvinner kan ha et begrenset sosialt nettverk som innehar tilstrekkelig informasjon om helsevesenet i Norge (11). Dette kan påvirke kvinnens evne til å kontakte helsevesenet ved behov, og det kan være vanskelig for den gravide å forholde seg til veiledningen de får i

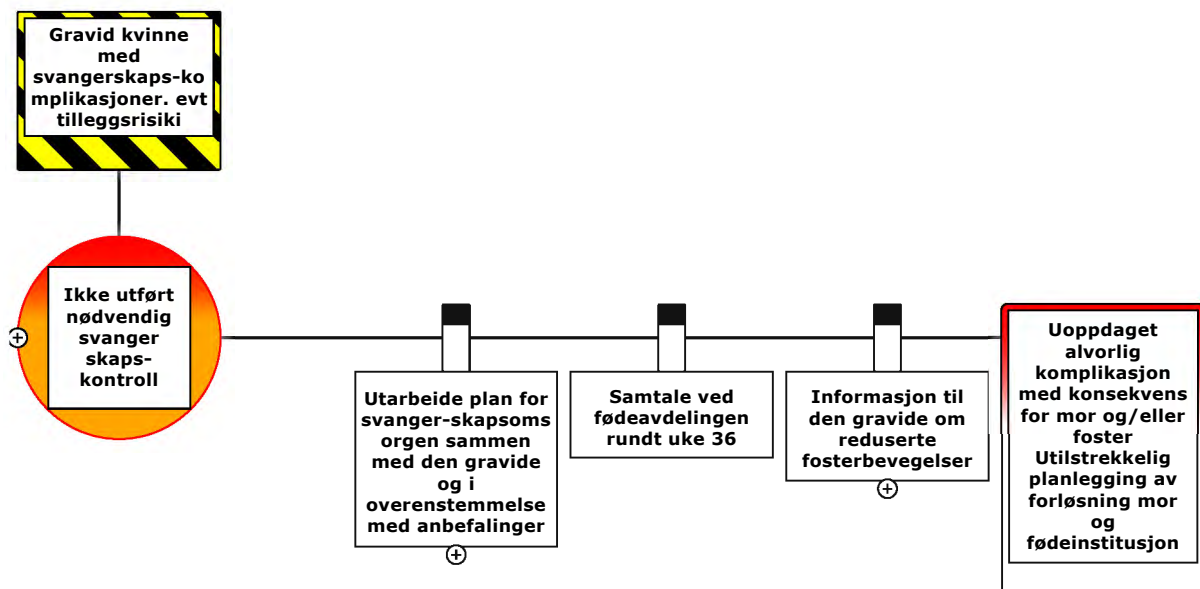
svangerskapskonsultasjonene, hvor mye er lagt opp til at kvinnene selv må ta kontakt hvis det oppstår forandringer. På bakgrunn av dette er det ekstra viktig at jordmor/fastlege forsikrer seg om at kvinnen har forstått hva hun skal gjøre hvis det oppstår tegn på komplikasjoner.

### Dokumentasjon og samhandling med andre aktører

Det er anbefalt at gravide får utdelt et «helsekort for gravide» i papirversjon i starten av svangerskapet. Objektive og subjektive funn, anamnese, resultat av målinger og informasjon som er gitt bør dokumenteres på helsekortet av jordmor eller lege ved hver konsultasjon. Gravide oppbevarer selv helsekortet, og kopi av prøvesvar, og tar det med til konsultasjoner og fødested (1). På denne måten kan jordmor, fastlege, fødestedet og eventuelt andre aktører følge med på utviklingen i svangerskapet. For øvrig kan jordmor og fastlege informere hverandre på andre måter, og de kan informere hverandre ved henvisning til annen instans eller henvise til hverandre. Dette for at begge lettere skal kunne fange opp risikofaktorer og kunne sette inn ekstra tiltak ved behov.

Relevante og nødvendige opplysninger om gravide og helsehjelpen skal også journalføres. Videre bør øvrig kontakt med/henvendelser fra gravide, som eksempelvis bestilling/endring av time journalføres. Dette gjør det mulig å holde oversikt over den videre svangerskapsoppfølgingen. Det gjelder også særlig for gravide med økt risiko for å hindre at det «glipper» i svangerskapsoppfølgingen. Gravide med økt risiko kan ha vansker med å ta ansvar for svangerskapsoppfølgingen selv, og er da mer avhengige av at jordmor/fastlege sikrer at de får tilbud om nødvendige svangerskapskonsultasjoner.

I tillegg til at helsepersonell har en selvstendig plikt til å føre journal, må virksomheten legge til rette for at helsepersonellet blir i stand til å overholde denne plikten.



Figur 3 Eksempler på skadereduserende tiltak

#### **2.4.2 Tiltak for å redusere risikoen for alvorlige konsekvenser i situasjoner der gravide ikke får utført nødvendig svangerskapskonsultasjon**

Gravide som har blitt informert om basisprogrammet for svangerskapsoppfølgingen, og hvor jordmor/lege har forsikret seg om at informasjonen er forstått, vil ha større mulighet til selv å holde oversikt over standard svangerskapsoppfølging. De kan dermed ta kontakt hvis en time blir glemt bort av jordmor eller lege, eller de faller ut av oppfølgingen av andre grunner.

Som nevnt over bør jordmor/lege informere den gravide om at det er viktig å kjenne etter fosterets bevegelsesmønster og hva hun skal gjøre hvis hun kjenner mindre liv. Dersom den gravide har fått og forstått denne informasjonen er det større sjanse for at helsetjenesten kan oppdage et risikosvangerskap, forutsatt at den gravide tar kontakt ved redusert fosterbevegelse.

Noen sykehus har en samtale med den gravide på sykehuset rundt svangerskapsuke 36. Dette har de blant annet for å sikre at alle nødvendige prøver er tatt av kvinnen. Noen sykehus setter automatisk kvinnen opp til denne samtalen i forbindelse med ultralydscreening. Andre sykehus har tilbud om dette, men kvinnen må selv ta kontakt for å bestille time. Dette er et ekstra tilbud utover det som er anbefalt i retningslinjene (1), men det er et tilbud som kan fange opp manglende svangerskapsoppfølging.

### **2.4.3 Undersøkelse i spesialisthelsetjenesten ved mistanke om/risiko for vekstretardasjon**

Det bør utføres ultralydundersøkelse i spesialisthelsetjenesten når gravide er henvist pga. avflatende SF-mål ved to målinger, eller et SF-mål <2,5 prosentilen. Forskjellige aktører, både jordmødre og leger, vil kunne måle forskjellige SF-mål. SF-mål som er målt av samme aktør vil derfor tillegges mer vekt. Ultralydmåling av fosterets hode, abdomen og femurlengde bør brukes for å estimere fostervekt og bedømme vekst. I tillegg skal ultralydundersøkelsen omfatte biofysisk profil som er en beskrivelse av fostervannsmengde, fosterbevegelser, pustebevegelser og tonus i fostrets ekstremiteter. CTG undersøkelse (eventuelt med analyse av korttidsvariabiliteten (STV)) inngår også i den biofysiske profilen.

Blodstrøms undersøkelser i navlestreng eller foster kan også være aktuelt å utføre. Vektavvik inntil -14 % er å regne som et normalvektig foster (3). Det bør gjøres en helhetsvurdering der kvinnens tilstand, magens størrelse, fosterets alder, vekt og vekst, fostervannsmengde, fosterbevegelser, CTG med korttidsvariabilitet (STV) og eventuelt dopplerevaluering inngår. I «mors tilstand» bør det inngå en vurdering av både fysiske, psykiske og sosiale/kulturelle forhold for å vurdere videre svangerskapsoppfølging av kvinnen. Det aktuelle vekstestimatet bør sammenliknes med tidligere ultralydmåling. Etter undersøkelser, behandlinger og innleggelse i spesialisthelsetjenesten, bør det sendes epikrise til både fastlege og jordmor med plan for videre oppfølging. Det bør gjøres en individuell vurdering av om kvinnen har behov for ytterligere oppfølging i spesialisthelsetjenesten.

Gravide som får bakterielle infeksjoner har økt risiko for vekstretardasjon hos fosteret (12,13). [redacted] føder i Norge har mer komplikasjoner i svangerskap og fødsel, og mye tyder på at de kan ha behov for tettere oppfølging i svangerskapet (14).

## **3 Forhold ved virksomheten, organisering, rutiner og praksis**

Nedenfor følger en beskrivelse av relevante forhold ved virksomhetenes organisering og styring som er relevante når det gjelder svangerskapsomsorg.

### **3.1**

[redacted] har omkring [redacted] innbyggere og mer enn [redacted] ansatte. Fra [redacted] kommunen slått sammen med [redacted]

Kommunen var på hendelsestidspunktet administrativt organisert med rådmann som hadde [redacted]

### 3.1.1 Organisering av [REDACTED]

[REDACTED] har en stab og fire underliggende virksomheter med hver sin virksomhetsleder. Disse fire er [REDACTED]

### 3.1.2 Organisering av «Helse og sosial»

### 3.2 [REDACTED]

[REDACTED] HF har egen administrerende direktør og er en del av [REDACTED] RHF.

[REDACTED] Helseforetaket har ansvar for å yte nødvendige spesialisthelsetjenester innen svangerskapsomsorg, fødsel og barseloppfølging til befolkningen i sitt geografiske område.

### 3.3 Styrende dokumenter og forventninger

#### 3.3.1 Rutiner – ledelsens forventninger til praksis

Helsetilsynet ba om å få oversendt relevante retningslinjer/prosedyrer som kommunen oppfattet som relevante for temaet for tilsynet. Vi fikk oversendt følgende dokumenter:

Innhold i svangerskapskontrollene (15)

Prosedyren inneholder en oppstilling av tema som forventes tatt opp i løpet av svangerskapskonsultasjonene.

Samarbeid mellom jordmor og fastlege i svangerskap- og barselomsorgen (16)

Dokumentet beskriver ansvar, oppgaver og rammer for samarbeid mellom jordmødre og fastleger. Det beskriver blant annet at kvinnen selv bestemmer hvilken aktør hun ønsker at svangerskapskonsultasjonene skal skje hos. Både fastlege og jordmor skal ta stilling til om den gravide kan følge basisprogrammet eller om det foreligger faktorer som gjør at det er behov for tettere oppfølging. Videre beskrives det at helsekortet må brukes aktivt av jordmor og lege, da dette er eneste samarbeidsdokument. Ved behov

for samarbeid informerer de hverandre gjennom elektroniske meldinger, per telefon eller ved skriftlig kommunikasjon. Både jordmor og lege oppfordres til å sende kopi av henvisninger til hverandre når den ene part har henvist til en annen instans.

#### Aktuelle henvisninger og de vanligste screeninger i svangerskapet (17)

Dokumentet inneholder retningslinjer for hvilke prøver som skal tas og henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Det inneholder også referanser til retningslinjer ved [REDAKERT] HF.

#### SF-mål (18)

Dokumentet beskriver hvordan SF-mål utføres og hvordan avvik i målinger skal håndteres. Det fremgår at ved store eller to gjentatte avviksmålinger med to ukers eller mer mellomrom, henvises den gravide til svangerskapspoliklinikk/fødeavdeling eller annen spesialist for nærmere utredning. Verdier under 2,5 prosentilen henvises alltid til spesialisthelsetjenesten.

#### Forhold mellom nasjonale faglige retningslinjer og praksis i helsestasjon og skolehelsetjeneste (19)

Dokumentet slår fast at aktører i kommunen skal følge nasjonale faglige retningslinjer og også referanser til disse.

#### Lite liv i svangerskapet/stille barn (20)

Dokumentet inneholder hvilke forholdsregler det forutsettes at den gravide er kjent med når det gjelder fosterbevegelser. Det er anført hvilke tiltak den gravide skal gjøre dersom hun oppfatter reduksjon i fosterbevegelser.

Fra [REDAKERT] HF har vi mottatt følgende retningslinjer/prosedyrer:

#### Prosedyre innskrivingsamtale [REDAKERT]

Gjelder alle som har fødeplass i [REDAKERT]. Hensikten er å sikre rett behandling og skape trygghet for kvinnen. Jordmor skal gjøre følgende i løpet av samtalen: Selektere kvinnen, sjekke journal og blodprøver, fylle inn i partus og informere om prosedyrer og rutiner i avdelingen. For fremmedspråklige og asylsøkere skal jordmor sjekke i forhold til transport til sykehuset.

#### Klinisk fagprosedyre: Intrauterin veksthemming [REDAKERT]

Gjelder for gravide kvinner med veksthemmede fostre. Prosedyre for å planlegge og optimalisere behandlingen og forløsningstidspunktet hos fostre med intrauterin veksthemming.

#### **3.3.2 Praksis – hvordan arbeidet vanligvis ble utført**

Ved tilsynet kom det frem at gravide ofte startet svangerskapskonsultasjoner hos fastlege. De ble informert om basisprogrammet for svangerskapskonsultasjonene og at de selv kunne velge om de ville gjennomføre dem hos fastlege, jordmor eller hos begge. I mange tilfeller fikk den gravide en utskrift av hvilke konsultasjoner som var anbefalt i basisprogrammet. Nødvendige blodprøver og ultralydscreening i svangerskapsuke 18 ble rekvirert av enten jordmor eller fastlege.

Helsekort for gravide ble benyttet av både jordmor og fastlege, og det var dette dokumentet som i hovedsak representerte informasjonskanalen mellom dem. Når gravide fikk helsehjelp



ved sykehuset var det praksis at sykehuset sendte kopi av epikrise og prøvesvar til både jordmortjenesten og til fastlege.

Siden antallet svangerskapskonsultasjoner i stor grad ble tilpasset den enkeltes behov, og de kunne velge om de ville gå til jordmor eller fastlege, var det ikke praksis å sette opp et ferdig program for hele svangerskapet. Neste time ble avtalt fra gang til gang hos begge aktørene.

Kommunen hadde lagt til rette for å sende elektroniske meldinger mellom jordmortjenesten og fastlegene. Denne løsningen ble relativt lite benyttet. Det var ikke gjennomført praksis å sende kopi av henvisninger til hverandre når den ene aktøren hadde henvist til en annen instans.

En del beskjeder til og fra jordmortjenesten skjedde via SMS. Ved tilsynet kom det frem at ledelsen forventet at journalføringen var i tråd med helsepersonelloven. Det var imidlertid noe uklare forventninger når det gjaldt journalføring av kommunikasjon per SMS. Virksomheten hadde lenge hatt rutine for at telefonsamtaler skulle journalføres, men hvorvidt kommunikasjon per SMS skulle journalføres var ikke fastsatt. Det var heller ikke klart fra ledelsens side hvorvidt SMS-henvendelser ble journalført. Det var ofte snakk om timeavtaler eller flytting av slike. Jordmødrene hadde mobiltelefon som kun ble benyttet i jobbsammenheng. Det var ikke rutine å journalføre all kommunikasjon som skjedde via SMS, men henvendelser om bekymringer eller råd/veiledning ble journalført.

Kommunen hadde fast ansatte tolker. De skulle helst være statsautoriserte og med en viss erfaring. Helsetjenesten hadde hatt prioritet på tolketjenesten i kommunen. Det ble rutinemessig brukt tolk både hos fastlege og i jordmortjenesten. Dette skjedde oftest med bruk av tolk på telefon. Normalt ble det sendt bestilling av tolk samtidig som det ble satt opp ny time. Ved tilsynet kom det likevel frem at det kunne være utfordringer med at tolken ikke kunne på det oppsatte tidspunktet og at de derfor måtte lage ny timeavtale. Dermed hendte det at jordmor og kvinnen måtte ha kontakt med hverandre på telefon eller SMS for å avtale neste time.

Når det ble gjort ultralydscreening ved sykehuset var det vanlig at den gravide fikk utdelt skriftlig informasjon om reduserte fosterbevegelser. Dokumentet var utarbeidet på mange språk, og inneholdt opplysninger om umiddelbart å ta direkte kontakt med sykehuset i situasjoner der fosteret hadde redusert bevegelse eller ikke beveget seg. I tillegg var det rutine at det ved ultralydundersøkelsen i svangerskapsuke 18 ble satt opp en timeavtale ved fødeavdelingen i svangerskapsuke 36. Formålet med denne samtalen var å avklare at viktige undersøkelser var gjort og om det var nødvendig med spesielle tiltak i forbindelse med fødselen.

## **4 Hendelsen og helsehjelpen**

### **4.1 Bakgrunn**

Kvinnen var en førstegangsfødende på [redacted] år som hadde kommet fra [redacted] tidligere. Hun snakket ikke norsk og forsto lite av språket. Hun snakket litt engelsk, og hun var avhengig av tolk i kontakt med helsetjenesten. Ultralydterminen var [redacted].

### **4.2 Hendelsen/helsehjelpen**

Svangerskapskonsultasjonene startet hos kvinnens fastlege (turnuslegevikar) ved svangerskapsuke 9-10. Legen informerte henne om anbefalte svangerskapskonsultasjoner og

rådet henne til å ta kontakt med jordmortjenesten i kommunen slik at konsultasjonene i svangerskapet etter kvinnens ønske kunne fordeles mellom fastlege og jordmor i kommunen. Legen henviste henne til privatpraktiserende gynekolog som hun var hos i svangerskapsuke 12. Gynekologen henviste kvinnen til ultralydscreening ved [REDACTED].

I svangerskapsuke 16 var kvinnen til første konsultasjon hos jordmor. En uke senere var hun hos fastlegen igjen. Hun hadde da utslag på nitritt på urinstix, så legen la inn en elektronisk resept på antibiotika til henne. Han sendte og inn urinprøven til dyrkning, og den viste oppvekst av E. coli bakterier. Da kvinnen kom til jordmor igjen 10 dager senere, [REDACTED] oppdaget jordmor at kvinnen ikke hadde hentet ut antibiotika-tablettene. Kvinnen hadde ikke forstått at hun måtte gå på apoteket og hente ut legemiddelet selv. Jordmor informerte henne om hva hun skulle gjøre. De brukte telefontolk ved denne konsultasjonen. Den [REDACTED] fikk fastlegekontoret beskjed om at kvinnen fortsatt ikke hadde hentet ut antibiotika-tablettene og trengte en ny resept.

Det var normale funn ved ultralydscreening i svangerskapsuke 18 ved [REDACTED]. Fosteret hadde hatt normal tilvekst siden ultralydundersøkelsen som ble tatt hos den privatpraktiserende gynekologen i svangerskapsuke 12. Det var ikke kommet frem i henvisningen at kvinnen trengte tolk. Det var derfor en del språkvansker ved undersøkelsen. Kvinnen fikk informasjonsskriv om lite liv.

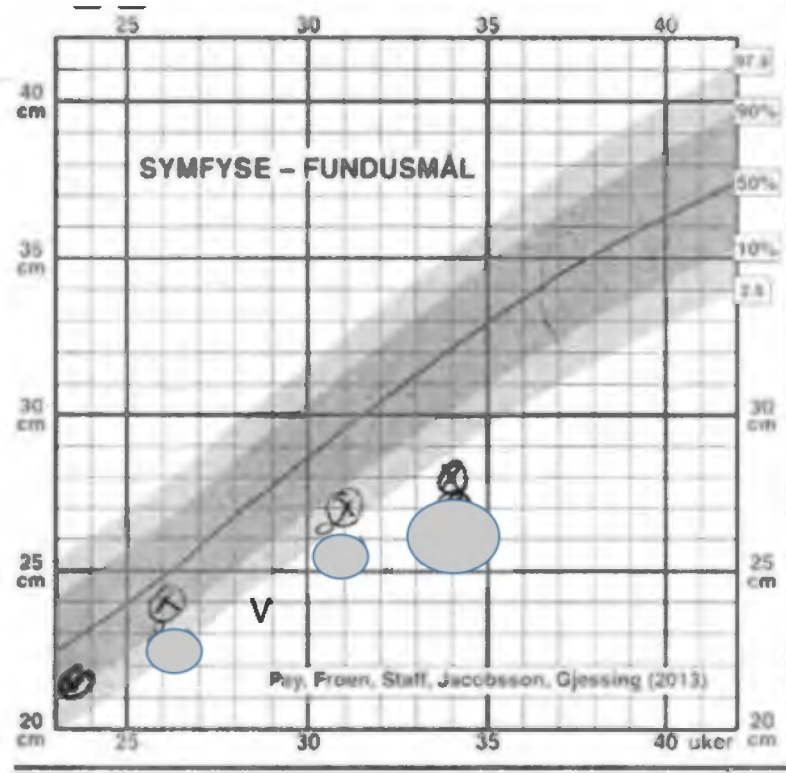
I svangerskapsuke 26 var kvinnen til konsultasjon hos jordmor med tolk på telefon. SF-målet var da 24 cm, over 10 prosentilen.

I svangerskapsuke 28 tok kvinnen kontakt med [REDACTED] fordi hun hadde magesmerter, oppkast og feber. Hun fikk beskjed om å se det an og eventuelt ta kontakt med fastlegen dagen etter hvis hun ikke var bedre. Hun oppsøkte fastlegen dagen etter, den [REDACTED]. Fastlegen fikk et SF-mål som var under 2,5 prosentilen. Han tok derfor kontakt med sykehuset for å diskutere dette. Sykehuset ba fastlegen om å ta infeksjonsprøver, og disse viste tegn til bakteriell infeksjon. Kvinnen ble deretter lagt inn på sykehuset. I henvisningen som ble sendt til sykehuset fremgikk det funn/målinger relatert til infeksjon og at SF-målet var under 2,5 prosentilen. Det er oppgitt i sykehusjournalen at kvinnen ikke hadde med seg helsekortet til sykehuset. Fastlegen hadde heller ikke notert SF-målet han fikk på helsekortet.

Kvinnen ble lagt inn ved observasjonsposten og var innlagt i tre dager. Ved innkomst hadde hun telefontolk. Det ble ikke notert i innkomstjournalen at fastlegen var bekymret for det lave SF-målet. Kvinnen hadde igjen oppvekst av e.coli bakterier i urinen. Hun fikk behandling med intravenøs antibiotika og kom seg deretter. Det ble utført ultralydundersøkelse med vektestimering av fosteret, og den ble vurdert til å være innenfor normalområdet med -10 % vekt. Denne ultralydundersøkelsen ble sammenlignet med tidligere ultralydundersøkelse. For øvrig var CTG normal, dopplerundersøkelse viste normale forhold, og det var normal mengde fostervann. Epikrisen fra innleggelsen som ble sendt til fastlegen og jordmor, inneholdt ikke opplysninger om at fastlegen hadde fått et SF-mål <2,5 prosentilen.

Kvinnen kom deretter til konsultasjon hos jordmor i svangerskapsuke 31. Av helsekortet fremgår det at SF-målet da var på 27 cm, som var på ca. 5-prosentilen, dvs. avflatende fra det jordmor fikk i svangerskapsuke 26.

I svangerskapsuke 34 [redacted] kom kvinnen og [redacted] til en ekstra fødselssamtale hos jordmor med telefontolk. Jordmor målte da SF til 28 cm, dvs. under 2,5 prosentilen. Jordmor skrev i det elektroniske pasientjournalnotatet at fosterhodet mulig hadde begynt å synke ned i bekkenet og stilte spørsmål ved om dette var litt tidlig. Hun ville ta kvinnen inn til ny kontroll etter en uke. Jordmor var på dette tidspunktet ikke klar over at kvinnen tidligere var blitt henvist til sykehuset av fastlegen på grunn av SF-mål <2,5 prosentilen. Jordmor dokumenterte for øvrig på helsekortet at kvinnen kjente bra med liv.



Figur 4 Symfyse-fundusmål. Markeringer med X er målt av jordmor og innført i helsekortet. Markering med V er målt av fastlege samme dag som kvinnen ble innlagt i sykehus, men var ikke innført i helsekortet

Jordmor skulle gi kvinnen en ny time, men ville først sjekke at tolken hadde ledig tid, [redacted]. På ettermiddagen samme dag sendte jordmor en SMS til [redacted] og spurte etter [redacted] svarte, men siden det var så sent på dagen ville jordmor avklare med tolk dagen etter. Dette ble ikke gjort. Etter ca. en uke sendte [redacted] SMS til jordmor for å etterspørre timen. Jordmor forstod ikke hvem SMS 'en kom fra, og spurte derfor hvem som hadde sendt den. [redacted] svarte da med sitt eget navn. Jordmor har opplyst at hun ikke fant navnet blant sine gravide pasienter og trodde derfor at henvendelsen kom fra en «ny» gravid kvinne. Hun hadde ganske fulle timebøker på dette tidspunktet og fant ikke umiddelbart plass til en ny gravid kvinne. Hun skrev derfor i en SMS at hun skulle ringe tilbake neste dag. Både jordmor og [redacted] skal ha forsøkt å ringe hverandre dagen etter, uten å lykkes. Etter dette var det ingen kontakt mellom paret og jordmor.

[redacted] hadde vanligvis samtale med gravide kvinner rundt svangerskapsuke 36. Dette ble satt opp automatisk ved ultralydscreening i svangerskapsuke 18. På grunn av en innloggingsfeil av jordmoren som utførte ultralydundersøkelsen, ble ikke kvinnen satt opp til denne timen.

Etter svangerskapsuke 34 var ikke kvinnen til flere konsultasjoner. Den [redacted] hadde en bekjent spurt hvordan det gikk. Da hun fortalte at hun ikke hadde kjent liv på over en måned,

tok de kontakt med [REDACTED]. Hun kom inn til sykehuset hvor det ble oppdaget intrauterin fosterdød. Fødselen ble satt i gang, og hun fødte et barn på [REDACTED]. Fosteret hadde sannsynligvis vært dødt i flere uker.

### 4.3 Virksomhetenes ivaretagelse av og informasjon til paret

Etter fødselen ble det gjennomført en samtale med paret, hvor de ble informert om videre tiltak og mulighet for obduksjon og bisettelse. De hadde også en samtale på [REDACTED] seks uker etter fødselen for gjennomgang av prøvesvar. Ved tilsynet fikk Helsetilsynet opplyst at [REDACTED] hadde planlagt en ny samtale med paret, etter at obduksjonsrapporten var klar.

Involvert jordmor i [REDACTED] tok også kontakt med paret [REDACTED] for å tilby en samtale. De gjennomførte denne samtalen [REDACTED] hvor de gjennomgikk hva som hadde skjedd. Paret ble informert om sykehusets sorggrupper. De ga uttrykk for at de hadde fått god støtte på sykehuset og av gode venner.

### 4.4 Virksomhetenes interne gjennomgang av hendelsen

Ved tilsynet kom det frem at kommunen ikke hadde hatt en systematisk gjennomgang etter hendelsen, og at de avventet rapport fra Statens helsetilsyn. Ledelsen hadde imidlertid tenkt å gjennomføre en internrevisjon på helsetjenesten for barn (ikke bare for jordmortjenesten). Grunnlaget for dette var at de ansatte arbeidet mye alene og at det derfor var vanskelig for ledelsen å ha oversikt over tjenesteutøvelsen.

Helsetilsynet mottok [REDACTED] brev fra [REDACTED]. Det fremkommer at kommunen har iverksatt følgende tiltak etter hendelsen:

- Kommunen har gjennomgått, revidert og presisert prosedyrer. Blant annet fremgår det at SMS skal journalføres, og SMS skal besvares ved å ringe opp samme dag eller senest neste dag. Rutinen for bruk av tolk er også presisert, særlig med tanke på bestilling og registrering av tolk.
- Kommunen tar i bruk elektronisk kvalitetssystem som skulle igangsettes ved etablering av ny kommune fra [REDACTED]. Dokumenter blir lagt på leseliste med implementeringsstøtte på enkelte dokumenter. Det vil si avkrysning på lest og forstått, og kontrollspørsmål som må besvares riktig for å komme videre eller fullføre leselisten.
- [REDACTED] har etablert internrevisjon i helsestasjon og skolehelsetjeneste. Første tilsyn ble gjennomført [REDACTED]
- Jordmødre har fått opplæring i bruk av «huskelapper» i journalsystemet. Huskelapper gjør at de har oversikt over journaler som ikke er ferdigstilt.
- Det er gjort en henvendelse til leverandør av journalsystem med spørsmål om det kan opprettes oppfølgingsgrupper av sårbare gravide på lik linje med oppfølgingsgrupper i helsestasjon og skolehelsetjeneste.
- Fagkoordinator for jordmødre har i samarbeid med ledelsen utarbeidet en oversikt over hva som defineres som sårbare gravide. Disse kvinnene vil få tettere oppfølging gjennom svangerskapet, og det vil være et tett samarbeid med fastlege. I tillegg vil det kunne etableres kontakt med den helsesykepleieren som skal følge barnet etter fødsel.
- Kommunen har valgt å innføre metodeoppsett for svangerskapsomsorgen i journalsystemet. Metodeoppsettet er identisk med nasjonale faglige retningslinjer for svangerskaps- og barselomsorgen og strukturerer arbeidet i journalen.

I tilbakemelding på foreløpig rapport har [REDACTED] vist til at de ut fra saken ser at det har manglet implementering av prosedyrer. De arbeider systematisk for at dette nå skal være sikret. Involvert jordmor har mottatt veiledning.

Alle fastleger i kommunen er bedt om å sende dialogmeldinger til jordmor i større grad, og alltid sette jordmor på kopi ved prøvetaking og henvisning. Dette gjelder også for jordmødrene. Hendelsen viser at samarbeid mellom jordmor og fastlege må prioriteres. Samhandling rundt gravide vil være fokus i ny kommune, for å hindre at liknende hendelse skjer igjen.

[REDACTED] har ikke hatt en systematisk gjennomgang av hendelsen, utover at den ble gjennomgått i perinatalutvalget. Ved fremleggelsen i perinatalutvalget var det lave SF-målet ikke bemerket. Sykehuset hadde også undersøkt hvorfor kvinnen ikke hadde blitt innkalt til samtale i svangerskapsuke 36. Dette skyldtes en datateknisk feil der jordmoren på sykehuset hadde benyttet feil innloggings ID i det pasientadministrative systemet.

I tilbakemelding på foreløpig rapport har [REDACTED] vist til at det i innkomstjournalen ikke fremgikk at fastlegen var bekymret for SF-målet. Dette ble mest sannsynlig en følgefeil i epikrisen. Sykehuset bemerker at årsaken til innleggelsen ved sykehuset var nyrebekkenbetennelse og ikke lavt SF-mål. Spørsmål om lavt SF-mål ville normalt vært håndtert i en poliklinisk konsultasjon. I epikrisen manglet det en setning om at til tross for lavt SF-mål, fant de et normalt stort foster og lav terskel for ny henvisning. SF-målet er et usikkert mål med stor interindividuell variasjon. Vekstundersøkelse med ultralyd er standard undersøkelse og vil være avgjørende for videre oppfølging. Sykehuset pleier ikke å avtale ny kontroll om kvinner har vært innlagt på grunn av urinveisinfeksjon og er fremmedspråklige.

Ved sykehuset er de tre overleger som vurderer alle henvisninger som kommer til føde/barsel [REDACTED]. Litt avhengig av opplysninger i henvisningen, får den gravide time til ultralyd på poliklinikken innen 1-2 uker. Resultatet av ultralydundersøkelsen vil så være utslagsgivende for videre oppfølging i tråd med nasjonale føringer. Sykehuset har ikke nedskrevet en rutine for journalføring eller epikriser.

#### **4.5 Opplysninger fra paret til Helsetilsynet**

I samtale med Helsetilsynet kom det frem at paret var særlig opptatt av SMS-kontakten med jordmor. [REDACTED] viste til at da de ikke hørte noe fra jordmor etter svangerskapsuke 34, tok han kontakt på SMS og spurte etter timeavtalen. [REDACTED] også ha forsøkt å ringe jordmor flere ganger, uten å få svar. På dette tidspunktet var hensikten å få en ny time, ikke informere jordmor om at kvinnen kjente lite liv.

Kvinnen fortalte at hun gjennom svangerskapet kjente mye liv. Hun visste hva hun skulle gjøre dersom hun kjente mindre spark, og hadde fått informasjonsskrivet om lite liv ved ultralydundersøkelsen i svangerskapsuke 18. Jordmor pleide også å spørre henne om hun kjente liv. [REDACTED] la hun merke til at det ikke var like mye liv hos fosteret. Paret tok likevel ikke kontakt med helsetjenesten fordi de tenkte det var et tegn på at fødselen nærmet seg.

Paret opplevde at de fikk god informasjon gjennom hele svangerskapet, og god oppfølging på sykehuset etter fødselen.

## 5 Hendelses- og årsaksanalyse

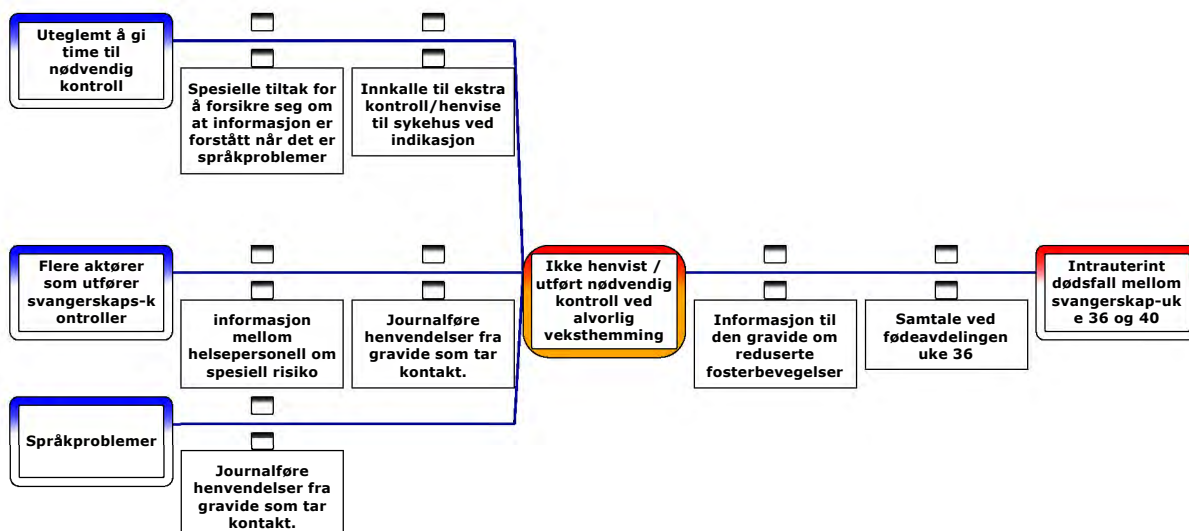
### 5.1 Hendelsesanalyse

På bakgrunn av all informasjonen som er tilgjengelig i ettertid og med kunnskap om den alvorlige hendelsen, legger Helsetilsynet følgende til grunn:

- Kvinnen hadde vist at det var kommunikasjonsutfordringer knyttet til informasjon fra helsepersonell ved at hun ikke forstod at legemidler forskrevet av fastlege måtte hentes på apoteket.
- Ved svangerskapskontroll frem til uke 26 var det normale funn og SF-målet lå over 10 prosentilen.
- Ved kontroll hos fastlegen i uke 28 var SF-målet under 2,5 prosentilen og tegn på nyrebekkenbetennelse ble påvist. Kvinnen ble lagt inn på sykehuset.
- Undersøkelsen på sykehuset viste en fostervekt innenfor det normale (-10 % av forventet vekt), normal fostervannsmengde og normale bevegelser hos fosteret. Det ble ikke skrevet i journalen at kvinnen også var henvist pga. SF-mål under 2,5 prosentilen. Det ble ikke satt opp eller anbefalt noen spesifikk oppfølging av denne problemstillingen.
- Jordmoren var ikke klar over at fastlegen tidligere hadde fått et SF-mål under 2,5 prosentilen da hun målte SF-mål i svangerskapsuke 31 og 34.
- Ved undersøkelsene i svangerskapsuke 31 og 34 falt SF-målet fra litt over 10 prosentilen i svangerskapsuke 26, via om lag 5 prosentilen i svangerskapsuke 31 til under 2,5 prosentilen i svangerskapsuke 34 (jfr. figur 4).
- Jordmor hadde planlagt å ta kvinnen inn til kontroll i svangerskapsuke 35, men timen måtte avklares med tilgjengelig tolk. Det var planlagt å avtale time via SMS.
- Time hos jordmor ble ikke satt opp pga. forglemmelse.
- Da [redacted] etterlyste time på SMS, misforstod jordmor hvem meldingen kom fra og time ble ikke satt opp.
- Samtalen ved sykehuset i svangerskapsuke 36 ble ikke automatisk satt opp på grunn av en datateknisk feil der jordmoren på sykehuset hadde benyttet feil innloggings ID i det pasientadministrative systemet.
- Kvinnen vurderte at det var normalt å ikke kjenne fosterbevegelser mot slutten av svangerskapet, og reagerte ikke da hun helt sluttet å kjenne fosterbevegelser om lag i svangerskapsuke 36.
- Det oppstod fosterdød i svangerskapsuke 36-40.

### 5.2 Årsaksanalyse

I årsaksanalysen har vi valgt å bruke elementene figur 1-3. Her vises noen tiltak (barrierer) som kunne tenkes å ha redusert risiko for det alvorlige utfallet. Vi beskriver barrierer som var planlagt, i drift, manglet, fungerte eller ikke fungerte. I denne analysen tar vi ikke stilling til om helsehjelpen var forsvarlig eller ikke. Det vil vi vurdere i kapittel 6.



Figur 5 Risikoreduserende og skadereduserende tiltak som sviktet/manglet i denne saken

### 5.2.1 Forebyggende barrierer

Forebyggende barrierer er her beskrevet som risikoreduserende tiltak som kunne bidratt til å redusere risikoen for at kvinnen uteble fra nødvendig svangerskapskontroll.

Det sentrale her er at det ikke ble satt opp en time som var ansett som nødvendig. Den umiddelbare årsaken til dette var at det ble glemt. Behovet for først å måtte bestemme indikasjon for kontrolltime, dernest å avklare med tolk når slik time kunne planlegges og dernest ta kontakt med den gravide på SMS for å avtale, var en bakenforliggende årsak til at kvinnen ikke fikk time.

Vi vurderte om andre risikoreduserende og skadereduserende barrierer kunne ha bidratt til å redusere risiko for en hendelse som dette, selv i tilfeller der helsepersonell glemmer å sette opp en timeavtale.

#### Tiltak som kunne tenkes å sikre at nødvendig time ble satt opp

- At det var tiltak for å sikre at nødvendig informasjon var gitt og forstått.
- At det ble iverksatt ekstra konsultasjoner når det var indikasjon for det.

Helsepersonell i kommunen vurderte fra gang til gang hvorvidt det var nødvendig å følge opp gravide med hyppigere kontroller. I dette tilfellet ble kvinnen fulgt opp ut over basisprogrammet. Konsultasjonen i uke 31 ble utført uten at jordmor visste at fastlegen hadde fått et SF-mål under 2,5 prosentilen i uke 28, men hun visste at fosteret var målt til -10% vekstsvik i uke 28. På denne konsultasjonen fikk hun et svakt avflatende SF-mål fra sin egen måling i uke 26. I uke 34 fikk hun så et klart avvikende SF-mål fra sin egen måling 3 uker før. Jordmor fant ikke indikasjon for umiddelbar henvisning til sykehuset selv om SF-målet var under 2,5 prosentilen. Det er grunn til å tro at hun hadde henvist umiddelbart dersom hun også hadde vært klar over det lave SF-målet fastlegen hadde fått. Årsaken til at hun ikke var klar over det, var at hun ikke hadde fått informasjon om det lave SF-målet som var hovedgrunnen for at fastlegen tok kontakt med sykehuset noen uker tidligere.

Sykehuset fant ikke indikasjon for å følge opp kvinnen videre etter at hun var henvist fra fastlegen med lavt SF-mål og nyrebekkenbetennelse. Årsaken til dette var at helsepersonellet ved sykehuset fokuserte på infeksjonen og avskrev veksthemming siden fosteret ved

ultralydundersøkelse ble vurdert som normalt stort og det var normale funn for øvrig. Årsaken til dette kan ha vært at de ikke skaffet eller vurderte opplysninger om utvikling av SF-målene da kvinnen ikke hadde med seg helsekortet til sykehuset.

### **Tiltak som kunne redusert risiko knyttet til at det var flere aktører som utførte svangerskapskonsultasjoner**

Vi legger til grunn at kvinnen var innforstått med basisprogrammet for svangerskapskonsultasjoner. Ut over helsekortet var det ikke kommunikasjon mellom fastlege og jordmor. Fastlege noterte heller ikke SF-målet på helsekortet da kvinnen ble lagt inn på sykehuset. Jordmor var dermed ikke klar over at fastlegen hadde fått et SF-mål under 2,5 prosentilen. Jordmor fikk ikke kopi av henvisningen fastlegen skrev da han tok kontakt med sykehuset angående lavt SF-mål og infeksjon. Årsaken til manglende kommunikasjon mellom jordmor og fastlege var at de ikke fant at det var indikasjon for å informere hverandre utover det som ble skrevet på helsekortet. Det var ikke praksis for at kopi av henvisninger ble sendt mellom jordmor/fastlege. Årsaken til at jordmor heller ikke fikk informasjon om lavt SF-mål fra sykehuset var at det ikke var oppgitt i epikrisen.

### **Tiltak som kunne tenkes å redusere risiko for at språkproblemer medførte at kvinnen ikke kom til nødvendig kontroll**

- At alle kontakter mellom den gravide og helsetjenestene ble dokumentert i journalen slik at det var sikkert hvilke beskjeder som faktisk var gitt.

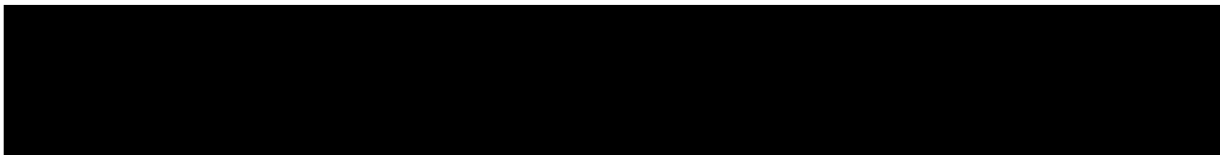
Da kvinnen forsøkte å skaffe seg timen som uteble, skjedde kontakten [redacted] på SMS. Det var ikke rutiner for at pasientkontakter på SMS ble journalført slik at de kunne sees i sammenheng med helsehjelpen som ble gitt. Årsaken til dette var at kommunen ikke oppfattet det som nødvendig.

#### **5.2.2 Skadereduserende barrierer**

Skadereduserende barrierer kunne bidratt til at det ikke oppstod alvorlige konsekvenser på tross av at kvinnen ikke kom til kontrollen det var meningen at hun skulle få da jordmoren oppdaget tegn forenlig med veksthemming hos fosteret.

Sykehuset hadde rutiner for å kalle inn alle gravide til samtale i svangerskapsuke 36. Denne kontakten er ikke en del av kontrollopplegget som er beskrevet i retningslinjene, men vil kunne redusere risiko for at gravide faller ut av kontrollopplegget. Samtalen ble vanligvis automatisk satt opp når de gravide var til screeningundersøkelse i svangerskapsuke 18 ved sykehuset. I dette tilfellet fungerte ikke dette. Årsaken var at jordmoren som utførte screeningundersøkelsen logget seg inn i det pasientadministrative systemet med feil brukerkonto.

Når veksthemming medfører fare for fosteret er det ofte at det i forløpet blir merkbart redusert aktivitet hos fosteret slik at kvinnen selv merker «lite liv». Det anses som viktig at gravide har egen kompetanse til å oppdage og handle på reduserte fosterbevegelser. Vi legger til grunn at kvinnen hadde fått informasjon om dette, men at hun hadde misforstått slik at hun trodde det var normalt at fosteret sluttet å bevege seg i ukene før fødsel.





Noen mulige skadereduserende tiltak:

- At jordmor ved innskrivningssamtalen sjekker at kvinnen har videre svangerskapsoppfølging hos jordmor og/ eller fastlege.
- At jordmor ved innskrivningssamtalen spør kvinnen om hun kjenner normalt med liv og generelt spør om hvordan hun føler seg.

Kvinnen kom ikke til innskrivningssamtalen pga. at den ikke var satt opp pga. en datateknisk feil.

## **6 Helsetilsynets vurderinger**

Helsetilsynet har i denne saken vurdert om kvinnen fikk forsvarlig helsehjelp og om [redacted] kommune hadde tilrettelagt for forsvarlig helsehjelp til gravide med økt risiko i tilsvarende situasjoner. Videre har vi vurdert om kommunen har iverksatt relevante tiltak for å redusere risiko for at tilsvarende skjer igjen.

Vi har også vurdert om [redacted] HF sikret at gravide med økt risiko som ble henvist på grunn av lavt SF-mål, fikk forsvarlig oppfølging.

Helsetilsynet har etter en helhetsvurdering ikke funnet grunn for å opprette tilsynssak mot noe enkelt helsepersonell. Vår vurdering av helsepersonellens handlinger inngår imidlertid i den samlede vurderingen av den oppfølging kvinnen fikk.

### **6.1 Ga [redacted] kommune forsvarlig helsehjelp til kvinnen?**

Helsetilsynet har kommet til at [redacted] kommune ikke ga kvinnen forsvarlig helsehjelp. Det foreligger brudd på:

- helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, jf. helsepersonelloven § 16
- helsepersonelloven § 4

Helsetilsynet vil nedenfor gi en fremstilling av de faktiske opplysningene som lovbruddet/vurderingen bygger på.

#### **6.1.1 Svangerskapsoppfølgingen frem til svangerskapsuke 34**

Helsetilsynet legger til grunn at:

- Kvinnen var en gravid med økt risiko på bakgrunn av at hun kom fra [redacted] tidligere. Hun snakket ikke norsk og forstod lite norsk. Hun snakket også lite engelsk. Hun var avhengig av tolk i kontakt med helsetjenesten.
- Fastlege og jordmor var klar over at kvinnen ikke hadde forstått at det var nødvendig å hente ut legemidler i forbindelse med urinveisinfeksjon tidlig i svangerskapet. På denne bakgrunn hadde helsetjenesten kunnskap om at kvinnen hadde utfordringer knyttet til å forstå helseinformasjon.

Helsetilsynet vurderer at:

- Fastlegen informerte kvinnen om anbefalte svangerskapskonsultasjoner og at hun kunne velge mellom oppfølging hos fastlegen eller jordmor. Kvinnen ble også anbefalt å kontakte jordmortjenesten og hun ble henvist til privatpraktiserende gynekolog for ultralydundersøkelse i svangerskapsuke 12. Dette var i tråd med god praksis.
- Både fastlegen og jordmor benyttet tolk på telefon ved konsultasjoner med kvinnen. Dette var i tråd med god praksis.
- I tråd med god praksis ble kvinnen informert av jordmor om at hun skulle kjenne etter fosterets bevegelser, og hva hun skulle gjøre dersom hun kjente lite liv. Vi

bemerket at hun også fikk denne informasjonen ved screeningundersøkelse ved [redacted] i svangerskapsuke 18. Det var da ikke tolk tilstede, men hun fikk informasjonen skriftlig i tillegg.

- Da kvinnen kom til fastlegen i svangerskapsuke 28 hadde hun magesmerter, oppkast og feber. Fastlegen fant et SF-mål under 2,5 prosentilen. I tråd med god praksis tok han kontakt med sykehuset for å diskutere dette. Etter samtalen tok fastlegen infeksjonsprøver som viste tegn til bakteriell infeksjon og sendte kvinnen på sykehuset etter avtale. Det fremgikk av henvisningen til sykehuset at problemstillingen gjaldt både SF-målet og øvrige funn/målinger relatert til infeksjonen. Dette var i tråd med god praksis.
- Jordmor i kommunen fikk ikke kopi av fastlegens henvisning og resultater fra konsultasjonen ble heller ikke notert i helsekortet siden kvinnen ikke hadde dette med seg. Jordmor ble heller ikke informert på andre måter. I kommunens egne retningslinjer var det oppfordret til at lege og jordmor skulle sende kopi av eventuelle henvisninger til hverandre. Selv om kopi av henvisningen ikke ble sendt til jordmor, vurderer Helsetilsynet at fastlegen kunne legge til grunn at epikrisen fra [redacted] inneholdt vurderinger av henvisningsårsak som var lavt SF-mål og infeksjon, og at jordmors behov for informasjon dermed ble dekket av epikrisen fra [redacted].
- Da kvinnen kom til neste konsultasjon hos jordmor i svangerskapsuke 31, fant jordmor et SF-mål på ca. 5 prosentilen (avflatende fra det hun målte i svangerskapsuke 26). Hun avtalte en fødselssamtale med kvinnen i svangerskapsuke 34. Jordmor målte også SF-mål ved samtalen i svangerskapsuke 34 og fant da et SF-mål under 2,5 prosentilen. Helsetilsynet mener at det ville vært i tråd med god praksis å henvise kvinnen til sykehuset på dette tidspunktet. Det å ikke henvise var også brudd på kommunens egne prosedyrer der det var det beskrevet at verdier under 2,5 prosentilen alltid skulle henvises til spesialisthelsetjenesten.

### **6.1.2 Svangerskapsoppfølgingen etter samtalen i svangerskapsuke 34**

Helsetilsynet legger til grunn at:

- jordmor skulle finne en ny time til kvinnen dagen etter samtalen i svangerskapsuke 34, etter at hun hadde avklart med tolk. Kvinnen fikk imidlertid ikke tilbud om ny time.
  - da kvinnen ikke hørte noe, tok [redacted] kontakt med jordmor per SMS hvor [redacted] etterspurte time til konsultasjon.
  - jordmor misforstod hvem henvendelsen kom fra. Hun spurte hvem som sendte SMS-en og da hun fikk opplyst [redacted] navn og ikke fant det i sitt pasientregister, tolket hun dette som at henvendelsen kom fra en «ny» gravid.
  - jordmor svarte at hun skulle ringe tilbake.
  - både jordmor og [redacted] skal ha forsøkt å ringe til hverandre dagen etter, uten å lykkes.
  - kvinnen fikk ikke tilbud om ny time til konsultasjon.
- Helsetilsynet vurderer at det ikke var i tråd med god praksis at:
    - jordmor ikke tilbød kvinnen en ny time etter samtalen i svangerskapsuke 34.
    - jordmor ikke gjorde en grundigere undersøkelse av hvem henvendelsen på SMS kom fra. Vi bemerker at jordmor selv hadde tatt kontakt med kvinnens mann per SMS tidligere. Dersom jordmor hadde journalført SMS-kontakten, er det sannsynlighet for at hun ville oppdaget at henvendelsen gjaldt den aktuelle kvinnen, og at konsultasjonen var uteglemt.

- jordmor ikke sørget for at kvinnen fikk tilbud om øvrige svangerskapskonsultasjoner. Vi viser til at kvinnen burde fått tilbud om ordinær svangerskapskonsultasjon i uke 36, 38 og 40. Vi mener at jordmor burde hatt særlig oppmerksomhet overfor denne kvinnen som hadde utfordringer knyttet til å forstå helseinformasjon.

### Delkonklusjon

Statens helsetilsyn vurderer at det var utenfor god praksis at kvinnen ikke ble henvist til spesialisthelsetjenesten ved konsultasjonen i uke 34. Vi vurderer også at det var utenfor god praksis at videre konsultasjoner i kommunehelsetjenesten ikke ble tilbudt og gjennomført. Avviket fra god praksis er samlet sett så stort at vi vurderer det som uforsvarlig.

### **6.2 Hadde [redacted] kommune lagt til rette for forsvarlige svangerskapskonsultasjoner til gravide med økt risiko?**

Helsetilsynet har kommet til at [redacted] kommune hadde lagt til rette for forsvarlig svangerskapsoppfølging til gravide med økt risiko, i tråd med krav gitt i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 jf. § 4-2.

Konklusjonen bygger på følgende:

- Kommunen hadde utarbeidet og innført relevante rutiner og prosedyrer for svangerskapsoppfølging. Helsetilsynet viser blant annet til at kommunen hadde prosedyrer for svangerskapskonsultasjonene og hva de skulle inneholde, prosedyrer for henvisninger, SF-mål og lite liv.
- Kommunen hadde også lagt til rette for samarbeid mellom fastlege og jordmor i svangerskapsoppfølgingen. Det var utarbeidet og innført en samarbeidsprosedyre hvor det blant annet fremgikk at det skulle gjøres en vurdering av behov for ekstra oppfølging, og det ble vist til bruk av elektronisk melding ved behov for samarbeid. Fastlege og jordmor ble i prosedyren også oppfordret til å sende kopi til hverandre ved henvisning av gravide til annen instans.
- Kommunen kunne hatt bedre systematiske aktiviteter for å følge med på at svangerskapsomsorgen var i tråd med retningslinjene. Kommunen hadde heller ikke et system/rutiner som i tilstrekkelig grad sikret at den enkelte jordmor/lege holdt oversikt over tilbud om svangerskapskonsultasjoner til gravide pasienter. Helsetilsynet vurderer likevel at disse manglene ikke var av en slik karakter at kommunen ikke sikret forsvarlige svangerskapskonsultasjoner.
- Tilsynet avdekket at kommunen ikke hadde tydelige føringer for hvorvidt SMS-kontakt med pasienter angående timeavtaler skulle journalføres. Det var imidlertid etablert rutine for at telefonsamtaler skulle journalføres. Helsetilsynet mener at virksomheten burde hatt rutine for dette, særlig ettersom det var vanlig praksis å bruke SMS i kontakt med gravide.
- Kommunen hadde lagt til rette for at fastlege og jordmor kunne benytte tolk ved behov. Det var fast ansatte tolker og helsetjenesten hadde prioritet på tolketjenesten i kommunen.

### **6.3 Ga [redacted] HF forsvarlig helsehjelp i forbindelse med innleggelsen i svangerskapsuke 28?**

Helsetilsynet har kommet til at [redacted] HF ga kvinnen forsvarlig helsehjelp i forbindelse med innleggelsen i svangerskapsuke 28, i tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 16 jf. § 4. Vi har imidlertid kommet til at det foreligger brudd på:

- helsepersonelloven § 39, jf. § 40 og forskrift om pasientjournal

- helsepersonelloven § 45 a

Konklusjonen bygger på følgende:

- I samtale mellom fastlege og sykehuset den [REDACTED] var SF-målet fastlegens hovedfokus. I henvisningen til sykehuset fremgikk det også at SF-målet var målt til 23,5 cm og at dette var under 2,5 prosentilen. Det fremgår imidlertid ikke at denne problemstillingen ble tatt opp under innleggelsen ved sykehuset. Størrelsen på kvinnens mage ble heller ikke beskrevet på noe måte. Problemstillingen om lavt SF-mål ble ikke notert i journalen, verken i innleggelsesnotatet eller i øvrige journalnotater. Helsetilsynet vurderer at dette var relevante og nødvendige opplysninger om pasienten som skulle vært journalført, på tross av at det var en enkeltmåling gjort av fastlegen.
- Kvinnen var innlagt ved [REDACTED] i svangerskapsuke 28, i tre dager. Hun fikk behandling med intravenøs antibiotika for infeksjon i tråd med god praksis.
- Under innleggelsen ble det utført ultralydundersøkelse av fosteret. Ved undersøkelsen ble fosterets hode og abdomen målt. Fosteret ble vurdert å være innenfor normalområdet med -10 % vekt. Dette vekttestimatet ble sammenlignet med tidligere ultralydmåling. Det ble også tatt CTG som var normal, gjort dopplerundersøkelse og det var normal mengde fostervann. Dette var i tråd med god praksis.
- Helsetilsynet vurderer at sykehuset i tråd med god praksis sendte epikrise til kvinnens fastlege og jordmor. At fastlegens bekymring for det lave SF-målet ikke ble notert i innkomstjournalen, ble mest sannsynlig en følgefeil som medførte at det heller ikke fremgikk av epikrisen. Vi vurderer at det skulle fremgått av epikrisen at bakgrunnen for fastlegens henvisning til sykehuset var både infeksjonen og SF-mål under 2,5 prosentilen. Dette var relevant informasjon for å sikre forsvarlig oppfølging i primærhelsetjenesten etter utskrivelsen fra sykehuset. Videre skulle det fremgått råd om videre oppfølging, herunder hvilke tiltak som burde iverksettes ved persisterende lavt SF-mål, særlig fordi kvinnen var en gravid med risikofaktorer. Helsetilsynet mener at den mangelfulle informasjonen kan ha fått betydning for de vurderingene jordmor gjorde senere.

#### Delkonklusjon

Statens helsetilsyn mener at sykehuset ga kvinnen forsvarlig helsehjelp under innleggelsen. Vi vurderer imidlertid at det var brudd på journalføringsplikten at SF-målet under 2,5 prosentilen, som kvinnen også var henvist for, ikke ble nedtegnet i journalen. Vi vurderer også at informasjonen om SF-målet og spesifikke råd om videre oppfølging knyttet til det lave SF-målet skulle fremgått av epikrisen. At disse opplysningene ikke fremgikk av epikrisen, kan ha fått betydning for den videre oppfølgingen kvinne fikk i primærhelsetjenesten.

#### **6.4 Hadde [REDACTED] HF lagt til rette for at gravide med økt risiko som ble henvist på grunn av lavt SF-mål fikk forsvarlig oppfølging?**

Helsetilsynet har kommet til at [REDACTED] HF hadde lagt til rette for at gravide med økt risiko som ble henvist på grunn av lavt SF-mål fikk forsvarlig oppfølging, i tråd med krav gitt i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 jf. § 3-4 a.

Ved vurderingen har vi lagt vekt på at ved henvisning til sykehuset på grunn av lavt SF-mål, ble alle henvisninger vurdert av overlege. Avhengig av opplysninger i henvisningen, ble de gravide tildelt en time til ultralyd på poliklinikken innen en-to uker. Sykehuset hadde prosedyrer for intrauterin veksthemming og hvilke tiltak som skulle utløses ved påvist veksthemming. Ved vekstavvik mer enn minus 14 % var det rutine for å avtale en ny ultralydundersøkelse.

Det var vanlig praksis ved sykehuset å dele ut skriftlig informasjon om redusert fosterbevegelse, og informasjon om å ta direkte kontakt med sykehuset dersom kvinnen opplevde redusert eller ingen fosterbevegelse.

Sykehuset hadde ikke en egen rutine for journalføring eller epikrise, men de forholdt seg til helsepersonelloven. Helsetilsynet vil i den forbindelse bemerke at selv om plikten til å føre journal fremgår av lov og forskrift, har virksomheten et ansvar for å følge med på at journalføringsplikten overholdes av de ansatte. Ufullstendig journalføring kan lede til mangelfulle epikriser, som kan ha stor betydning i de tilfellene hvor primærhelsetjenesten skal fortsette oppfølgingen, som eksempelvis gravide.

#### **6.5 Har [redacted] kommune iverksatt relevante tiltak for å redusere risiko / forhindre at tilsvarende skjer igjen?**

I tilbakemeldinger fra [redacted] kommune fremgår det at de etter hendelsen blant annet har revidert og presisert enkelte prosedyrer. Kommunen har tatt i bruk elektronisk kvalitetssystem hvor dokumenter blir lagt på leseliste med implementeringsstøtte. Oppvekstsektoren har etablert internrevisjon i helsestasjon og skolehelsetjeneste, og jordmødrene har fått opplæring i bruk av «huskelapper» i journalsystemet. I tillegg har de utarbeidet en oversikt over hva som defineres som gravide med økt risiko og som skal få tettere oppfølging gjennom svangerskapet. For øvrig er alle fastleger i kommunen bedt om å sende dialogmeldinger til jordmor i større grad, og alltid sette jordmor på kopi ved prøvetaking og henvisning. Dette gjelder også for jordmødrene.

Helsetilsynet vurderer at kommunen har arbeidet systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i tråd med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2.

## **7 Konklusjon**

[redacted] Helsetilsynet har kommet til at [redacted] kommune ikke ga kvinnen forsvarlig helsehjelp. Det foreligger brudd på helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, jf. helsepersonelloven § 16 og § 4.

Videre har vi kommet til at [redacted] kommune hadde lagt til rette for forsvarlig svangerskapskonsultasjoner til gravide med økt risiko, i tråd med gitte krav i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, jf. § 4-2.

Helsetilsynet har til slutt kommet til at [redacted] kommune har iverksatt relevante tiltak for å redusere risiko/forhindre at tilsvarende skjer igjen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2.

#### **[redacted] HF**

Helsetilsynet har kommet til at [redacted] HF ga kvinnen forsvarlig helsehjelp i forbindelse med innleggelsen i svangerskapsuke 28, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 16 jf. § 4. Det foreligger imidlertid brudd på helsepersonelloven § 39, jf. § 40 og forskrift om pasientjournal, samt helsepersonelloven § 45 a.

Videre har vi kommet til at [redacted] HF hadde lagt til rette for at gravide med økt risiko som ble henvist på grunn av lavt SF-mål fikk forsvarlig oppfølging i tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. § 3-4 a.

## **8 Vedlegg**

Vedlegg 1: Saksbehandlingsprosessen

Vedlegg 2: Referanser

## Vedlegg 1 – Saksbehandlingsprosessen

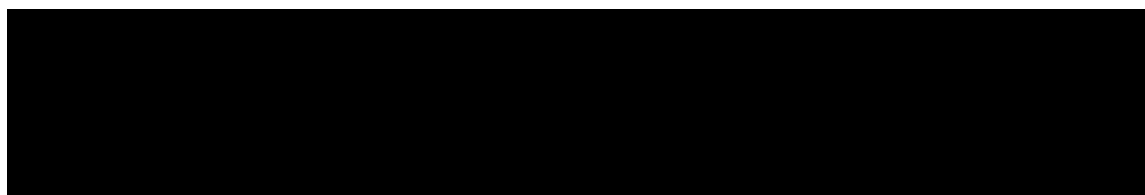
Nedenfor gjør vi kort rede for saksgangen, informasjonsinnhenting og gjennomføringen av tilsynet.

- Helsetilsynet mottok [REDACTED] et varsel om en uventet alvorlig hendelse fra [REDACTED] kommune
- Helsetilsynet gjennomførte stedlig tilsyn med [REDACTED] kommune og [REDACTED] HF, [REDACTED]
- Helsetilsynet har innhentet styrende dokumenter og pasientjournal.
- Helsetilsynet gjennomførte samtale med paret [REDACTED]
- Helsetilsynet utarbeidet en foreløpig rapport av [REDACTED] Rapporten ble sendt til [REDACTED] kommune, [REDACTED] HF og kvinnen.
- Helsetilsynet mottok tilbakemelding på foreløpig rapport fra [REDACTED] HF [REDACTED]
- Helsetilsynet mottok tilbakemelding på foreløpig rapport fra [REDACTED] kommune [REDACTED]

## Vedlegg 2 – Referanser

1. Helsedirektoratet. Svangerskapsomsorgen. Nasjonal faglig retningslinje [Internet]. 2019.
2. Helsedirektoratet. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Nasjonal faglig retningslinje [Internet]. 2019.
3. Forening NG, Jacobsen AF. Veileder i fødselshjelp 2014 [Internet]. 2014.
4. Hansen J, Hammershøi A, Bossi-Andresen G. Tidlig innsats overfor særlig sårbare gravide og spædbørnsfamilier. 2003. 1–189 p.
5. Hovedstaden R. Hånd om sårbare familier.
6. Innsatser til sårbare gravide mangler samarbeidsaftaler på tværs | KOPA - Kompetencecenter for Patientoplevelser [Internet]. [cited 2019 Sep 18].
7. Pay ASD, Frøen JF, Staff AC, Jacobsson B, Gjessing HK. Symfyse-fundus-mål - Prediktiv verdi av ny referansekurve. Tidsskr den Nor Laegeforening. 2017;137(10):717–20.
8. Pay ASD, Frøen JF, Staff AC, Jacobsson B, Gjessing HK. Prediction of small-for-gestational-age status by symphysis–fundus height: a registry-based population cohort study. BJOG An Int J Obstet Gynaecol. 2016;123(7):1167–73.
9. Pay A, Frøen J, Staff A, Jacobsson B, Gjessing H. Prediction of small-for-gestational-age status by symphysis–fundus height: a registry-based population cohort study. BJOG An Int J Obstet Gynaecol [Internet]. 2016 Jun 8 [cited 2019 Oct 23];123(7):1167–73.
10. Helsedirektoratet. Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene IS-1924 2011.
11. Haaland ME. Krevende kommunikasjon om svangerskap og fødsel. En studie av møtet mellom jordmødre og innvandrerkvinner på en norsk helsestasjon. Masteroppgave. 2015.
12. Mazor-drax E, Levy A, Schlaeffer F, Sheiner E. Maternal urinary tract infection : is it independently associated with adverse pregnancy outcome ? 2009;7058.
13. Szweida H, Jóźwik M. Urinary tract infections during pregnancy - an updated overview. Dev period Med. 2016;20(4):263–72.

14.





15.

16.

17.

18.

19.

20.

21.

22.

