

Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse

Alvorlig hendelse med barn som døde etter fødsel ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Saksnummer: 2016/222

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene





HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Universitetssykehuset Nord-Norge HF v. adm. dir.
Postboks 100 Langnes

9038 TROMSØ

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

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:
XXXXXX

DATO: / DATE:
XXXXXX 2017

Oversendelse av endelig rapport i tilsynssak

Statens helsetilsyn viser til tilsynsmessig oppfølging etter varsel om en alvorlig hendelse, knyttet til helsehjelpen xxxxxx, (heretter kvinnen) fikk ved fødeavdelingen UNN, Tromsø da hun fødte sitt tredje barn i xxxxxx.

Vedlagt følger endelig rapport i tilsynssaken. Kopi av rapporten er også sendt til parett.

Statens helsetilsyn har kommet til at virksomheten ikke har oppfylt kravet om å yte forsvarlige helsetjenester i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4. Overvåkingen og fødselshjelpen under den aktive fasen av fødselen var uforsvarlig.

Statens helsetilsyn finner at journalføringsplikten ikke er oppfylt, og at journalen heller ikke oppfylder kravene om hva en journal skal inneholde. Dette var brudd på helsepersonelloven §§ 39 og 40, jf. forskrift om pasientjournal.

Statens helsetilsyn finner etter en samlet vurdering at virksomheten ikke har lagt godt nok til rette for kompetanseutvikling hos nyutdannede jordmødre, og heller ikke sikret at de ikke ble stående alene i krevende og risikofylte situasjoner. Dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. dagjeldende forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

Vi har også noen merknader til områder som kan forbedres. Helsehjelpen som ble gitt ved oppstart av fødselen var utenfor god praksis. Det burde vært gjort en revurdering av seleksjonen som allerede var foretatt. Dette er imidlertid ikke et så stort avvik fra god praksis at det anses som uforsvarlig.

Vi bemerker også at informasjon som ble gitt, og oppfølging av parett manglet kontinuitet i tiden etter utskrivelsen. Pårørende har heller ikke fått informasjon om den interne gjennomgangen etter hendelsen, eller hvilke tiltak som er iverksatt for å unngå at lignende skal skje igjen. De fikk heller ikke gi sin fremstilling av hendelsen. Dette var utenfor god

praksis, men avviket anses ikke som så alvorlig at det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2.

Statens helsetilsyn har presisert deler av rapporten etter at vi mottok kommentarene fra virksomheten. Anførsler og bemerkninger som har kommet etter foreløpig rapport, er nå innarbeidet i den endelig rapporten.

Virksomheten har blant annet anført at det ikke foreligger noen helseopplysninger/anamnese som skulle tilsa at kvinnen skulle selekteres eller overvåkes som risikoføgende. Statens helsetilsyn understreker at vi heller ikke har konkludert med brudd på kravet om forsvarlig helsehjelp i forhold til dette, men at vurderinger rundt selekteringen burde vært drøftet, og vært mulig å gjenfinne i pasientjournalen.

Virksomheten har også uttalt at betraktninger vi har fremlagt i kapittelet som omhandler mulige årsaker til hendelsen i punkt 3.4, fremstår som spekulative, siden saksforholdet i skissene ikke synes å samsvare med hendelsesforløpet. Til dette presiserer vi at vi etter samtaler med involverte, sammenholdt med journalnotat fra jordmor, har lagt til grunn saksforholdet vi har funnet mest sannsynlig.

Vi har i punkt 3.4 forsøkt å peke på «mulige årsaker» til hendelsen. Vi vil presisere at dette er noe som kommer i tillegg til våre tilsynsmessige vurderinger, og at alle faktorer som kan ha bidratt til hendelsen ikke nødvendigvis er uforsvarlige eller avvik fra god praksis. Undersøkelsenheten mener det er relevant å gjøre årsaksanalyser ved alvorlige hendelser for å sikre at saken blir tilstrekkelig opplyst for å komme til det riktige konklusjonene. I dette ligger det et læringsaspekt, som også kan stimulere virksomheten til å gå dypere inn i sin analyse etter alvorlige hendelser for å lære av den.

Vi vil gi en tilbakemelding på virksomhetens kommentarer til informasjon og oppfølging av paret under vår endelige vurdering og konklusjon under punkt 5.1.3. De nye opplysningene som er lagt fram om kontakt med paret, er tatt inn og lagt til grunn for våre vurderinger.

Vi tar til etterretning at det har vært en formell debriefing i fødeavdelingen den 14. mars 2016. Det er opplyst at det samtidig ble gjort en hendelsesanalyse. Se punktet som gjelder virksomhetens kvalitetsarbeid under punkt 5.3, hvor vi har gitt ytterligere kommentarer til virksomheten. Opplysningene er tatt inn og lagt til grunn i våre vurderinger.

Virksomheten har reist spørsmål om hvorfor vi ikke har funnet det nødvendig å vurdere resusciteringen av barnet. Ut fra opplysningene vi hadde da vi mottok varsel om alvorlig hendelse, så vi det som hensiktsmessig å avgrense vår vurdering til selve fødselen. Dersom virksomheten har opplysninger som tilsier at dette også er noe som burde vært gjennomgått, imøteser vi foretakets gjennomgang og analyse av dette. Vi ber da om å bli holdt orientert om mulige funn og konklusjoner etter en eventuell intern gjennomgang.

Statens helsetilsyn ber om tilbakemelding fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF innen 1. oktober 2017.

Med hilsen

xxxxxx

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

Vedlegg: Rapport av dags dato

Kopi til:

xxxxxx

Fylkesmannen i Troms

Helsefaglige saksbehandlere: xxxxxx , xxxxxx, tlf. xxxxxx

Juridisk saksbehandler: xxxxxx, tlf. xxxxxx

Innhold

<u>1</u>	<u>Innledning</u>	8
<u>2</u>	<u>Gjennomføringen av tilsynet</u>	8
<u>3</u>	<u>Opplysningene i saken – saksforholdet</u>	9
<u>3.1</u>	<u>Pasientbehandlingen</u>	9
<u>3.2</u>	<u>Forhold ved virksomheten, rutiner og praksis</u>	15
<u>3.3</u>	<u>Avdelingens interne gjennomgang av hendelsen</u>	17
<u>3.4</u>	<u>Gjennomgang av mulige årsaker til den alvorlige hendelsen</u>	19
<u>4</u>	<u>Aktuelt regelverk</u>	23
<u>4.1</u>	<u>Plikt til å yte forsvarlig helsehjelp</u>	23
<u>4.2</u>	<u>Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet</u>	24
<u>4.3</u>	<u>Plikt til å varsle om uventede alvorlige hendelser</u>	24
<u>4.4</u>	<u>Plikt til å informere pasienten og de pårørende</u>	24
<u>4.5</u>	<u>Helsetilsynsloven og Statens helsetilsyns mandat</u>	25
<u>5</u>	<u>Statens helsetilsyns vurderinger</u>	25
<u>5.1</u>	<u>Fikk kvinnen forsvarlig helsehjelp?</u>	25
<u>5.2</u>	<u>Sikret virksomheten forsvarlig helsehjelp til kvinner i fødsel gjennom tilstrekkelig kompetanse, spesielt ved risikofylte situasjoner?</u>	32
<u>5.3</u>	<u>Har virksomheten arbeidet tilstrekkelig målrettet med forbedring av pasientsikkerheten etter hendelsen?</u>	34
<u>6</u>	<u>Statens helsetilsyns konklusjon og oppfølging</u>	36
<u>6.1</u>	<u>Statens helsetilsyns forventninger og frist for tilbakemelding</u>	37
<u>7</u>	<u>Vedlegg</u>	37

Sammendrag

I denne rapporten oppsummerer Statens helsetilsyn det stedlige tilsynet ved Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø. Bakgrunnen for tilsynet var en uventet og alvorlig hendelse, da en kvinne fødte et barn som døde like etter fødselen. Saken ble opprinnelig utredet som en vanlig tilsynssak, men det var fortsatt mange ubesvarte spørsmål etter at vi hadde mottatt helseforetakets redegjørelse. Dette var årsaken til at vi valgte å foreta stedlig tilsyn.

Kvinnen kom til fødeavdelingen, fordi hun hadde rier, og hun var engstelig for ikke å rekke inn til sykehuset, siden den forrige fødselen hadde gått svært raskt. Svangerskapet hadde vært normalt, og hun var selektert som lavrisikofødende. Også denne gangen var det rask fremgang i fødselen med intense rier. Det oppsto en risvekkelse under utdrivningen av barnet, og dette medførte at siste del av utdrivningen tok tid. Hodet kronet over to rier, og det tok lang tid fra barnets hode var født til resten av kroppen ble forløst. Det var også vanskelig å ha god oversikt over barnets tilstand i denne fasen av fødselen.

Det var en jordmor som hadde ansvaret, og som var tilstede under første del av fødselen. Da det nærmet seg fødsel, tilkalte hun en annen jordmor. Etter at barnets hode var født, tilkalte de mer hjelp. Etter dette kom ytterligere to jordmødre inn. Den ene av disse tok over forløsningen, og trakk barnet ut.

Jordmødrene startet gjenoppliving av barnet med ventilering og hjertekompresjoner. Helsepersonell fra barneavdelingen kom etter få minutter. Barnet døde senere samme dag av skader etter alvorlig oksygenmangel.

Statens helsetilsyn mener at den alvorlige hendelsen kunne skje, fordi ingen av de to jordmødrene gjenkjente situasjonen som oppsto under fødselen som krevende, eller risikofylt. De oppfattet ikke der og da at det hastet med å sette i verk tiltak for å forløse barnet. Dette førte til at det gikk for lang tid fra situasjonen oppsto, og frem til barnet ble forløst.

Vi mener at det er en nær sammenheng mellom ferdighetsnivået hos to av jordmødrene som var til stede under utdrivningen, og helsehjelpen kvinnen og barnet fikk under fødselen. Både jordmoren som hadde ansvar for kvinnen under fødselen, og jordmoren som bisto ansvarlig jordmor under fødselen, var nyutdannede. Selve utdrivningen av barnet er en relativt krevende fase av fødselen. Det er mange praktiske gjøremål, parallelt med observasjoner og vurderinger av livsviktige parametre og tiltak overfor kvinnen og barnet. Det var ikke utarbeidet rutinemessige tiltak i definerte situasjoner som tok høyde for at uerfarne ikke alltid selv vet når de skal be om hjelp. Utover det som er definert som medisinskfaglige risikofaktorer eller symptomer på patologiske fødselsforløp, var det ingen gitte situasjoner der det var klart at en mer erfaren jordmor skulle bistå mindre erfaren jordmor.

Foretaket vurderte hendelsen som alvorlig, og varslet den til Statens helsetilsyn. Til tross for dette, hadde ikke foretaket klart å kartlegge detaljer om hva som faktisk hendte for å forstå hva som var årsaken til at barnet døde. Som en følge av dette ble det ikke identifisert områder med risiko for svikt. Det ble ikke iverksatt tiltak for å unngå at noe lignende skulle skje på nytt. Foreldrepåret ble dermed heller ikke fulgt tilstrekkelig opp etter hendelsen.

Statens helsetilsyn har kommet til at virksomheten ikke har oppfylt kravet om å yte forsvarlige helsetjenester i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-2,

jf. helsepersonelloven § 4. Overvåkingen og fødselshjelpen under den aktive fasen av fødselen var uforsvarlig.

Statens helsetilsyn vurderer at journalføringsplikten ikke er oppfylt, og at journalen heller ikke oppfyller kravene til hva en journal skal inneholde. Dette var brudd på helsepersonelloven §§ 39 og 40, jf. forskrift om pasientjournal.

Statens helsetilsyn finner etter en samlet vurdering at virksomheten ikke hadde lagt godt nok til rette for kompetanseutvikling hos nyutdannede jordmødre, og heller ikke sikret at de ikke ble stående alene i krevende/risikofylte situasjoner. Dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. dagjeldende forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

For øvrig bemerkes at helsehjelpen som ble gitt ved oppstart av fødselen var utenfor god praksis. Det burde vært gjort en revurdering av seleksjonen som allerede var foretatt. Dette avviket fra god praksis er ikke så stort at det anses som uforsvarlig.

Vi bemerker også at informasjon som ble gitt, og oppfølging av paret manglet kontinuitet i tiden etter utskrivelsen. Pårørende fikk ikke den informasjonen de har krav på om den interne gjennomgangen etter hendelsen, og om hvilke tiltak som er iverksatt for å unngå at liknende skal skje igjen. De fikk heller ikke formidle sin versjon av hendelsen til foretaket. Dette var utenfor god praksis, men avviket anses ikke som så alvorlig at det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2.

1 Innledning

Universitetssykehuset Nord-Norge HF, (heretter UNN) varslet den xxxxxx om en uventet alvorlig hendelse. Varselet gjaldt helsehjelpen xxxxxx, født xxxxxx (heretter kvinnen) fikk ved fødeavdelingen ved UNN, Tromsø da hun fødte sitt tredje barn.

Statens helsetilsyn hadde en videokonferanse med foreldrepåret, og besluttet i samråd med Fylkesmannen i Troms å opprette en tilsynssak mot UNN. Vi ba helseforetaket om å redegjøre for hendelsen, gi en årsaksanalyse og svare på spørsmål vi hadde. Vi mottok svar fra helseforetaket den xxxxxx. Det var fortsatt flere uklårheter i saken, og vi fant det derfor mest hensiktsmessig å gjennomføre stedlig tilsyn ved fødeavdelingen ved UNN for å få opplyst saken.

Det var opplysninger som tydet på at ledelsen ikke hadde hatt en god nok gjennomgang etter den alvorlige hendelsen, og at det heller ikke ble gjort målrettede undersøkelser for å finne mulige årsaker til hendelsen. Barnets foreldre ga opplysninger som tydet på at virksomheten ikke hadde gitt dem god nok oppfølging etter hendelsen, og heller ikke hadde svart på spørsmål de hadde rundt fødselen.

I denne rapporten redegjør vi for hvordan vi har undersøkt og vurdert saken, våre konklusjoner og mulige årsaker til hendelsen.

2 Gjennomføringen av tilsynet

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

- Statens helsetilsyn mottok xxxxxx et varsel om en alvorlig hendelse fra UNN.
- Statens helsetilsyn mottok xxxxxx dokumenter fra helseforetaket, inkludert utskrift av pasientjournalen.
- Den xxxxxx gjennomførte vi et møte med paret i en videokonferanse.
- Den xxxxxx ba vi foretaket om en skriftlig redegjørelse i saken, og informerte om at det var grunnlag for å opprette en tilsynssak.
- I brev med vedlegg av xxxxxx mottok vi svar på anmodning om redegjørelse fra UNN. Forsendelsen inneholdt uttalelser fra avdelingsleder ved kvinneklinikken og fra jordmødre som var involvert i hendelsen.
- Den xxxxxx tok kvinnen kontakt med Statens helsetilsyn på telefon.
- Den xxxxxx varslet vi UNN om at vi ville foreta et stedlig tilsyn.
- Den xxxxxx mottok vi uttalelse fra paret på e-post.
- Den xxxxxx hadde vi telefonsamtale med en av de involverte jordmødrene som ikke fikk deltatt på intervju under det stedlige tilsynet.
- Statens helsetilsyn gjennomførte stedlig tilsyn ved fødeavdelingen ved UNN den xxxxxx (se vedlegg 1, oversikt over teamet og informasjon om hvilke ansatte som ble intervjuet).
- Den xxxxxx hadde vi telefonsamtale med kvinnen.
- Foreløpig rapport ble sendt til UNN og paret xxxxxx.
- Vi mottok uttalelse til foreløpig rapport fra kvinnen og barnets far datert xxxxxx.
- Vi mottok uttalelse til foreløpig rapport fra UNN (med vedlegg) den xxxxxx.
- Kommentarer fra UNN ble sendt til paret den xxxxxx.
- Vi mottok e-post fra paret med kommentarer til uttalelsen fra UNN den xxxxxx, som ble sendt videre til UNN samme dag.
- Endelig rapport sendes til UNN d.d.

- Endelig rapport sendes til paret d.d.

3 Opplysningene i saken – saksforholdet

Statens helsetilsyn har vurdert denne saken med utgangspunkt i informasjonen vi har fått gjennom dokumenter, intervjuer og kommentarer. Her gjør vi rede for forholdene som har hatt betydning for vår vurdering. Først tar vi for oss hendelsen og behandlingen kvinnen fikk. Deretter går vi gjennom rutiner, praksis og andre forhold ved virksomheten som er relevant for å kunne forstå hvorfor den alvorlige hendelsen skjedde.

3.1 Pasientbehandlingen

3.1.1 Bakgrunn

Kvinnen var tredjegangsfødende. Tidligere fødsler hadde vært normale, men den siste fødselen hadde gått svært raskt. Det var så vidt kvinnen rakk inn til fødeavdelingen før barnet ble født. Kvinnen hadde gjennomgått et normalt svangerskap, og terminen var satt til xxxxxx.

3.1.2 Innleggelse ved fødeavdelingen

Kvinnen tok telefonisk kontakt med fødeavdelingen ved UNN Tromsø kl. 02.36 natt til xxxxxx. Hun hadde nettopp fått rier, og ønsket å komme inn for en undersøkelse, siden forrige fødsel hadde vært rask. Ved innkomsten ca. kl. 03.00, ble riene vurdert å være av middels styrke med 40 sekunders varighet. Det var to rier per ti minutter. Livmorhalsen var 3 cm åpen, og det var tynn, avflatet skjededel. Dette fremgår av partogrammet (grafisk fremstilling av fødselens fremgang). Nedtegnelsen fra innkomsten er gjort etter fødselen.

I jordmornotat under observasjoner og funn ca. kl. 03.00 står det følgende: «Paret oppleves som veldig stresset, og jeg tror de trenger litt tid for å roe situasjonen ned. De har tydelig hatt en ubehagelig opplevelse av så vidt å rekke inn til sykehuset ved forrige fødsel før barnet ble født. xxxxxx og mannen avventer på mottaksrommet for å se utviklingen av forløpet, og om hun går i aktiv fødsel i løpet av kort tid. Lytter på fosterlyden med doppler over et par rier, i rundt 6 minutter. Fin variabel fosterlyd med basalfrekvens på ca.135. Tar ikke en CTG registrering, da kvinnen er selektert som normalfødende». Notatet er nedtegnet etter fødselen.

Kl. 03.16 vurderte ansvarlig jordmor (heretter jordmor 1) at kvinnen var i aktiv fødsel. Livmorhalsen var fortsatt 3 cm åpen, og hodet var festet i bekkeninngangen. Riene tiltok i styrke.

3.1.3 Aktiv fødsel og forløsning

Kvinnen ble overflyttet til fødestuen. Fødselen gikk raskt framover, og fostervannet gikk spontant under en ri kl. 03.48. Fargen på fostervannet ble beskrevet som blakket/rosafarget. Det er angitt at det kom 3 rier/10 minutter av middels til god styrke med 50-60 sekunders varighet. Fosterlyden ble registrert jevnlig fram til kl. 05.06. Deretter lyttet jordmor 1 på fosterlyden fram til hodet ble født, men dette ble ikke journalført.

Det var full mormunnsåpning kl. 04.19. Det er opplyst at kvinnen kjente spontan trykketrang fra kl. 04.24. Jordmor har dokumentert at de ville avvente aktiv trykking, fordi hodet ikke var sluttrotert og ikke hadde kommet helt ned på bekkenbunnen.

Kvinnen har opplyst at hun opplevde flytende overganger mellom de ulike fasene. Av partogrammet fremkommer at hodet sto på bekkenbunnen rett før kl. 05.00.

Mellom kl. 04.17 og kl. 04.56 er riene beskrevet som middels gode med 60 sekunders varighet og frekvens 3/10 minutter. Jordmor 1 har opplyst at riene ble svakere etter at kvinnen

startet å trykke. Kl. 05.05 er det journalført: «Det kjennes sakte, men sikker fremgang når hun trykker under riene, riene er blitt svakere, men pga. fremgang og fin fosterlyd vurderes det ikke som nødvendig å stimulere med syntocinondrypp».

Jordmor 1 trykket på assistanseknappen da fosterhodet sto i utskjæringen, slik at en ekstra jordmor kunne bistå ved fødselen. Jordmor med ansvar for å ha oversikt og fordele ressurser i avdelingen (heretter vaktleder), var under denne vekten opptatt med en annen kvinne. Hun hadde derfor gjort avtale med annen jordmor om å bistå ved fødselen (jordmor 3). På det aktuelle tidspunktet var jordmor 3, som var en erfaren jordmor, opptatt. Den som kom for å bistå, var en yngre jordmor (heretter jordmor 2). Hun kom inn på eget initiativ da assistanseknappen lyste. Dette var umiddelbart før barnets hode ble født.

Det er ikke opplyst hvor ofte, eller hvor lenge det ble lyttet etter kl. 05.06, og heller ikke hvilken frekvens fosterherttet hadde. Jordmor 1 registrerte riene og beskrev disse som «overveiende av middels styrke». Jordmor 1 har journalført alle sine observasjoner i etterkant av fødselen. Under det stedlige tilsynet opplyste jordmor 1 at hun valgte å være så mye som mulig inne hos kvinnen for å trygge henne. Kvinnen har opplyst at ved flere av lyttingene klarte ikke jordmor å finne fosterlyden før neste ri startet igjen.

Jordmor 1 har journalført at følgende skjedde kl. 05.14: «Fosterets hode kommer frem i skjæringen under ri. Jordmor 2 tilkalles og kommer raskt inn. Hodet står og kroner på to rier. Ved neste ri forløses hodet og noe av bakre skulder. Jordmor tror resten av kroppen vil komme, men da gir rien seg. En navlesnor rundt halsen kjennes, men ikke veldig stram. Barnet biter svakt i jordmors finger, som puttes inn i barnet munn. Fosteret har en lilla/blå farge på hodet. Da fosteret blir stående med hodet ute under neste ri også, til tross for lirkning for å prøve å få ut fosteret, tilkalles det mer hjelp. Kl. 05.20 kommer to jordmødre til. Kvinnens ben trekkes godt opp, en av de nye jordmødrene forløser barnet, mens jordmor som er ansvarlig for fødselen støtter perineum. Barnet forløses ved at det blir trukket ut, uten noen hjelp fra ri. Barnet kommer ut blått og helt uten tonus. Det blir lagt på mors bryst og stimulert. Ingen tegn til liv.»

Jordmor 1 og 2 har i tilbakemeldingen på den foreløpige rapporten fortalt at kvinnen kjente trykkestrang kl. 04.24. Kl. 04.56 var hodet ferdig rotert og på bekkenbunnen, og kvinnen begynte med aktiv trykking på hver ri. Videre uttaler de at kvinnen trykket i 29 minutter.

I tilleggsnotat fra jordmor 1 i helseforetakets redegjørelse til foreløpig rapport fremkommer: «Da hodet ble forløst var det noe blått i ansiktet, men ikke noen unormal farge i forhold til andre barn som er i fødsel. Ved andre ri da hodet står ute, skifter barnet fort farge til betraktelig mye mørkere blå farge. Det observeres at blakket fostervann siver ut av nese og munn. Da barnet forløstes ved et hardt drag ut, var det betydelig blått i farge på hele kroppen.»

Jordmor 1 opplyste ved det stedlige tilsynet at det var lange ripauser under utdrivningen av barnet. Hodet kom langt ut da det ble født, og hun oppfattet ikke dette som en vanskelig skulderforløsning. Bakre skulder var også delvis fremfødt. Det oppsto en ytterligere risvekkelse etter at hodet var født. Begge jordmødrene som var til stede, opplevde at fargen på barnet ble tiltagende cyanotisk (blått). Ved det stedlige tilsynet ble det gitt opplysninger om at barnets kropp ikke ble født på neste ri (ri nummer to). De tilkalte da ekstra hjelp ved at jordmor 2 trykket på assistanseknappen («grønn knapp»). De to jordmødrene som var til stede har opplyst ved tilsynet at det var risvekkelse og uvanlig lang pause mellom riene. Vaktleder

(jordmor med hovedansvaret på vakt) har opplyst i sin skriftlige redegjørelse at hodet til barnet sto utenfor skjedeåpningen to rier. I et av journalnotatene fra barneavdelingen er det angitt at hodet ble stående fast over ca. to rier, og at det ble hjulpet ut ved tredje ri.

De to involverte jordmødrene har i deres tilbakemelding på den foreløpige rapporten påpekt at barnets hode ble født på en ri, og at de tilkalte hjelp da barnet ikke ble født på andre ri etter at hodet var ute. De har opplyst at de forsøkte aktiv forløsningshjelp etter at hodet ble født.

Vaktleder og jordmor 3 kom raskt inn på fødestua, siden de var rett utenfor rommet da assistanseknappen ble utløst. Vaktleder oppfattet situasjonen som en vanskelig skulderforløsning. Hun gjorde klar asfyksibordet som var plassert inne på fødestuen. Jordmor 2 stimulerte livmoren til ny ri ved palpasjon, og jordmor 3 besluttet øyeblikkelig forløsning. Barnet ble forløst før ri nummer tre kom. Hun kjente at barnet var slapt og vanskelig å få tak i, men tok tak i bakre skulder og trakk barnet ut på et drag uten ri. Jordmor 1 har anslått at barnets hode totalt ble stående utenfor skjedeåpningen i seks til sju minutter, før resten av kroppen ble født kl. 05.25. I forklaringen fra de involverte jordmødrene etter foreløpig rapport, er dette rettet fra fem til seks minutter. Dette ble vurdert på bakgrunn av det som er journalført om rienes varighet, og intervall under forløsning. Kvinnen opplevde at tiden som gikk fra hodet ble fremfødt og til barnet ble forløst var lengre enn dette, ca. 10-15 minutter.

Statens helsetilsyn finner det ikke avgjørende for våre vurderinger om det i ettertid ikke lar seg gjøre å fastsette hvor mange minutter som faktisk gikk, men vi har merket oss at det er stor diskrepans i forklaringene fra involvert helsepersonell og forklaringen fra paret. Den faktiske tiden som gikk i siste del av utdrivningen kan ha blitt opplevd annerledes for paret enn for fødselshjelperne. Det kan være vanskelig i ettertid for en fødende å skille tiden da hodet kronet fra tiden da hodet var fremfødt.

3.1.4 Behandling etter fødselen

Barnet ble lagt opp på mors mage og avnavlet i løpet av det første minuttet. Barnet var uten tonus, og ble raskt tatt bort til asfyksibordet for å starte gjenopplivning. Det ble ikke tatt blodprøver fra blodkar i navlesnoren, fordi fødselshjelperne prioriterte gjenopplivning av barnet.

Alarmknappen for dårlig barn ble utløst. Jordmødrene startet med gjenopplivning med ventilering og hjertekompresjoner. Helsepersonell fra barne- og ungdomsavdelingen kom raskt til stedet. En sykepleier fra avdelingen for syke nyfødte, (heretter nyfødt intensiv), kom først, forvakt barnelege/lege i spesialisering kom etter to minutter. Bakvakt barnelege/spesialist i barnesykdommer ble tilkalt fem minutter etter at barnet ble født, og kom kort tid etter dette. De resusciterte barnet i 45 minutter. Barnet ble deretter flyttet over til nyfødt intensiv, hvor hun ble lagt på respirator. Apgar poeng var 0-0-0. Barnet døde samme dag xxxxxx.

Jordmor 1 og 2 har i tilbakemeldingen på den foreløpige rapporten skrevet at asfyksialarmen ble utløst da barnet ble forløst. Videre at stoppeklokken på asfyksibordet ble startet da barnet kom til bordet. LIS gjorde to forsøk på å intubere barnet. De skriver også at barnelege i bakvakt kom etter 23 minutter, og fikk da intubert barnet. Det var først etter dette at barnet fikk hjerteaksjon.

Ved utskrivningen av paret ble det avtalt at kvinnen skulle følges opp av psykososialt team etter hendelsen, og at hun ville bli kalt inn til samtale når obduksjonsrapporten forelå.

Vi gjør oppmerksom på at Statens helsetilsyn ikke i de øvrige journaler, dokumenter eller intervjuer har hatt opplysninger om at barnelege ikke kom før etter 23 minutter. Denne saksopplysningen legges derfor ikke til grunn som en del av saksforholdet.

3.1.5 Obduksjonsrapport

Barnet ble obdusert ved UNN, diagnostisk klinikk, avdeling for klinisk patologi den xxxxxx. I konklusjonen fremgår det at obduksjonen har påvist at barnet hadde asfyktiske forandringer og en akutt pneumoni av usikker varighet.

3.1.6 Virksomhetens ivaretagelse av og informasjon til de pårørende

Etter hendelsen hadde en jordmor som ikke hadde vært involvert i hendelsen en samtale med barnets foreldre på nyfødt intensiv. Respiratorbehandlingen av barnet var avsluttet, og det fremgikk at foreldrene ønsket å bli på nyfødt intensiv sammen med barnet om natten. De skulle ha samtale med prest om praktiske detaljer.

Ca. kl.12.30 den xxxxxx hadde overlege og en sykepleier ved nyfødt intensiv en lengre samtale med foreldrene. Det fremgikk av journalen: «Vi har ingen fullgod forklaring på hvorfor barnet var så alvorlig sykt under fødselen, men det kliniske bildet er nå forenlig med en multiorgansvikt og alvorlig encefalopati. Vi anbefaler derfor at man avslutter intensiv behandling, og går over til palliativ behandling. Foreldrene har forståelse for dette, og de virker godt informert og realistiske».

I tilbakemeldingen på den foreløpige rapporten har avdelingsleder ved kvinneklinikken fortalt at han og jordmor også hadde en samtale med foreldrene den xxxxxx. De spurte foreldrene om det var noe de kunne tilrettelegge for dem. Foreldrene ønsket kontakt med psykososialt team. Videre ble de oppfordret til å ta kontakt med avdelingsleder når som helst, nettopp fordi behov for bistand ofte melder seg etter få dager.

Jordmor 1 og 2 har i deres tilbakemelding på foreløpig rapport fortalt at avdelingsjordmor, jordmor 1, sykepleier og overlege fra nyfødt intensiv, (også involvert i hendelsen) påfølgende formiddag hadde en rask gjennomgang av hva som hadde skjedd.

Overlege ved nyfødt intensiv hadde ytterligere en samtale med foreldrene om kvelden xxxxxx. Sykepleieren som hadde fulgt foreldrene under oppholdet ved nyfødt intensiv, skulle komme på dagvakt neste morgen. De skulle legge en plan for hvordan foreldrene skulle følges opp videre. Det ble opplyst ved det stedlige tilsynet at foreldrene fikk en grundig utskrivningssamtale på barselavdelingen med jordmor. Det foreligger et journalnotat «Postpartum samtale/barselsamtale jordmor» datert xxxxxx. Samtalen foregikk med en jordmor som ikke selv var til stede under fødselen. Det er dokumentert at kvinnen da ble tilbudt samtale med jordmor i psykisk helseteam.

Ved utreisen hadde avdelingssjefen ved kvinneklinikken en samtale med foreldrene. Det ble gitt informasjon om at hendelsen var varslet til Statens helsetilsyn, og om muligheten for å klage. Det ble avtalt at de skulle kalles inn til samtale ved poliklinikken for gjennomgang av obduksjonsrapporten når den forelå. Foreldrene har uttalt at de flere ganger tok kontakt per telefon for å etterspørre obduksjonsrapport, samt få mulige teorier om hva som kunne ha skjedd. De fikk da svar om at de måtte vente til obduksjonsrapporten forelå, og at hendelsen

var uforståelig. I mellomtiden hadde kvinnen poliklinisk konsultasjon hos psykososialt team xxxxxx. Hun måtte selv etterspørre timen hun var lovet.

Kvinnen hadde en time for oppfølging i barneavdelingen den xxxxxx. Det er journalført at hun samme dag ble kontaktet av avdelingssjefen ved kvinneklinikken med informasjon om at det var varslet stedlig tilsyn på bakgrunn av hendelsen. Den xxxxxx fikk kvinnen telefonisk beskjed om at obduksjonsrapporten forelå.

Jordmor 1 har opplyst at hun ikke hadde fått noen føringer den første tiden etter hendelsen om at hun skulle kontakte foreldrene ved utreisen, eller at hun skulle følge dem opp i etterkant. Etter en tid ble hun oppfordret av avdelingsjordmor til å kontakte paret. Derfor tok jordmor 1 telefonisk kontakt med foreldrene først ca. fem uker etter utskrivelsen, fra sin private mobiltelefon. Hun beklaget at det ikke hadde vært mulig å ringe tidligere. Paret kunne kontakte henne på hennes mobiltelefon senere, hvis de hadde behov for det. Det ble ikke gjort noen avtaler utover dette.

I sin kommentar til den foreløpige rapporten har virksomheten vist til journalnotater fra flere møter og telefonsamtaler som ble gjennomført med paret, både før og etter utreise. Virksomheten erkjenner at det må gjøres mer konkrete avtaler for hvordan kontakten skal være. De beklager også at foreldrene har opplevd at oppfølgingen ikke har vært godt nok.

3.1.7 Opplysninger fra de pårørende til Statens helsetilsyn i videokonferanse, telefonsamtaler og e-poster

Statens helsetilsyn mottok informasjon fra barnets foreldre i en videokonferanse den xxxxxx. To representanter fra Statens helsetilsyn og en representant fra Fylkesmannen i Troms deltok.

I samtalen opplyste kvinnen at hun hadde bekymringer om at hun også denne gangen kunne komme til å føde raskt, siden hun tidligere hadde hatt raske fødsler. I telefonkontakt med fødeavdelingen da riene startet, hadde hun blitt rådet til å avvete situasjonen hjemme. Hun valgte å ikke følge dette rådet. Da hun kom til sykehuset, fikk hun råd om at hun enten kunne reise hjem, eller oppholde seg i dagligstua. Dette skal ha vært fordi jordmor var usikker på om kvinnen var i fødsel.

Da hun ble undersøkt etter at hun ankom sykehuset, stusset hun på at det ikke ble tatt en CTG (kardiotokografi). Hun observerte at det ikke ble notert noe i journalen mens hun var inne på fødestuen. Under fødselsforløpet var jordmor til stede mye av tiden, men både kvinnen og hennes mann registrerte at hun ikke noterte ned noe av det hun fant ved undersøkelsene, inkludert registrering av fosterlyden. Kvinnen har opplyst at riene opplevdes som intense fram til utdrivningen. Hun kan ikke tidfeste når hun startet å trykke aktivt, men overgangen fra åpningstid til utdrivning kjentes flytende.

Da kvinnen startet å trykke, fikk hun opplyst at en annen jordmor også skulle være til stede. Hun mener at den andre jordmoren ikke kom inn før etter at barnets hode var født. Kvinnen og hennes mann husker ikke om den andre jordmoren foretok seg noe. De la merke til at jordmor lyttet til fosterlyden flere ganger, men ikke lengre enn i noen sekunder. Det ble aldri lyttet under ri. De opplevde at jordmoren var svært lite erfaren. Da en tredje jordmor kom inn uttalte hun: «Nå skal barnet ut», og hun tok barnet raskt ut. Kvinnen mener at barnet lå på magen hennes i ett eller to minutter.

De fikk god informasjon og omsorg fra ansatte ved nyfødt intensiv både mens barnet var der, og etterpå. Etter fødselen fikk de snakke med en jordmor som var fremmed for dem. Dette var

en god samtale, men de fikk ikke svar på det de lurte på, siden denne jordmoren ikke hadde deltatt i fødselen. De fikk tilbud om psykologstøtte og takket ja til dette. Videre fikk de informasjon om at de ville bli innkalt til ny samtale.

De ble ikke kontaktet innen to uker, slik de var forespeilet. Tre uker etter utskrivelsen tok kvinnen selv kontakt med poliklinikken, og fikk da time den xxxxxx. Flere uker etter fødselen fikk hun en oppringing fra jordmor 1, som sa det hadde vært mye å gjøre på jobb. Hun hadde derfor ikke hatt mulighet til å ringe tidligere. Jordmor 1 spurte dem om de hadde noen spørsmål, og opplyste samtidig at hun ringte hjemmefra. Kvinnen beskriver at hun ble «satt ut» av denne samtalen, og syntes det var vanskelig å snakke om fødselen der og da.

Kvinnen har hatt kontakt med avdelingssjefen ved kvinneklinikken for å få svar på dødsårsaken. Hun stilte spørsmål om hvorfor barnets hodet sto så lenge ute, uten at resten av barnets kropp ble forløst. Avdelingssjefen svarte at fødselsforløpet hadde vært helt normalt. Foreldrene lurte på hvorfor de ikke hadde blitt kalt inn til sykehuset for å snakke om fødselsopplevelsen og overvåkingen. De mener dette ville vært nyttig. De tror at spørsmålene de hadde ikke ble besvart av avdelingssjefen, fordi vedkommende ikke hadde den riktige informasjonen.

Den xxxxxx tok kvinnen kontakt med Statens helsetilsyn på telefon. Hun uttrykte bekymring om at barnet hadde vært presset for lenge på vei ut. Hun hadde sterke rier, men hun mener at siste fase av fødselen tok tid. Hun opplevde at jordmoren var uerfaren, og at hun forholdt seg passiv lenge. Hun syntes også det var rart at jordmor med ansvar for fødselen ikke tok kontakt med henne før det hadde gått fem uker. Hun opplevde at hun ikke fikk noen svar eller vurderinger fra foretaket i samtaler ved psykososialt team.

Den xxxxxx sendte kvinnen en e-post til Statens helsetilsyn om sine observasjoner. Hun gjentok sine bekymringer. I tillegg mener hun at siste del av fødselen ikke opplevdes som normal. Hun synes det tok lang tid fra hun fikk vite at en annen jordmor skulle komme, og frem til jordmoren kom. Det ble ikke iverksatt noen tiltak før en tredje jordmor kom inn. Foreldrenes oppfatning var at barnets skulder satt fast. De anslår at siste del av fødselen varte i ca. 40 minutter, og at barnets hode sto ute i 10-15 minutter. De mener at ansvarlig jordmor hadde mer fokus på våte kleder og støtte av omliggende vev, enn på barnets tilstand. Hun oppfattet heller ikke alvorlighetsgraden etter at barnet hadde kommet ut. De stiller spørsmål om hvorfor det ikke ble tatt syre-baseprøver av navleblod etter fødselen.

Den xxxxxx sendte foreldrene en e-post med kommentarer til sykehusets uttalelse til den foreløpige rapporten fra Statens helsetilsyn. De opplever det som vondt at helseforetaket fraskriver seg alt ansvar etter at datteren deres døde. De reagerer spesielt sterkt på hvordan jordmødrene beskriver siste del av fødselen. Dette strider helt mot deres opplevelse, og de ser det som et forsøk på å rettferdiggjøre at det ikke ble gjort aktive grep for å få barnet ut på et tidligere tidspunkt. De ble aldri spurt om hvordan de som foreldre oppfattet fødselsituasjonen. De forsøkte å forklare dette på telefon, både i møte den xxxxxx og ved å beskrive sine opplevelse skriftlig. De oppfattet imidlertid at helseforetaket ikke tok dette på alvor. Kartleggingen som helseforetaket mener har skjedd på et detaljert nivå, har de aldri blitt gjort kjent med. De fikk bare vite at det var gjort debriefinger av helsepersonell.

De hadde behov for å snakke med noen om det som hadde skjedd, og gå gjennom mulige årsaksforhold. Kvinnen forsøkte flere ganger å ta kontakt per telefon for å etterspørre obduksjonsrapporten, og høre om det var noen teorier på hva som hadde skjedd. De fikk da til

svar at de måtte avvente obduksjonsrapporten, samt at hendelsen var uforståelig. De er også uenige i at det ble gjort forsøk på aktiv forløsning fra jordmor 1 eller 2. De er av en klar oppfatning at hodet sto ute over mange flere rier før barnet ble forløst. De mener at det tok i alle fall ti til femten minutter fra hodet kom ut, og frem til barnet var forløst.

De oppfattet under siste del av fødselen at jordmor hadde problemer med å finne hjertelyden. De mener med sikkerhet at det ved flere anledninger ikke ble funnet hjertelyd før neste ri kom. Det er også ukjent for dem at saken har vært diskutert i Perinatalkomiteen. Det mener det hadde vært interessant for dem å vite utfallet, og hvilke opplysninger som ble lagt til grunn for diskusjonen.

3.2 Forhold ved virksomheten, rutiner og praksis

Kvinneklinikken er organisert under kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken. Den ledes av en avdelingssjef og omfatter også fødeavdelingene i Harstad og Narvik.

Kvinneklinikken Tromsø har en legestab som ledes av avdelingssjefen. Jordmødrene og barnepleierne er organisert i føde- og barselseksjonen Tromsø, som ledes av seksjonsleder. Seksjonen er delt i tre enheter, en for barselavdelingen/barsel poliklinikken/barselhotellet, en for fødeavdelingen/fødepoliklinikken og en for kontortjenesten.

Seksjonsleder har jordmor- og pleiefaglig ansvar i sin seksjon. Det er en fag- og forskningsjordmor i hennes stab som er delegert oppgaver knyttet til kompetansesikring i jordmorgruppa. Hun deltar i utarbeiding av prosedyrer sammen med seksjonsoverlegen.

En av jordmødrene i teamet, vaktleder, har hovedansvaret på vakt. Vaktleder skal ha oversikt og fordele ressurser i avdelingen.

3.2.1 Styrende dokumenter

Statens helsetilsyn har mottatt stillingsbeskrivelser for seksjonsleder og avdelingsjordmor. Vi har også mottatt funksjonsbeskrivelser for fag- og forskningsjordmor, og vaktleder ved føde- og barselenheten. Vi har mottatt en rekke skriftlige prosedyrer, hvor de som er relevante for denne saken gjengis nedenfor:

- «Innkommstatus og anamnese», dok. nr. PR 40141, godkjent av seksjonsoverlegen.
- «Fosterovervåkning under fødsel, avnavling og syrebaseprøver fra navlesnor», dok. nr. RL 4759, godkjent av seksjonsoverlegen, gyldig fra 18. mai 2015.
- «CTG før fødsel og innkomst-CTG», dok. nr. RL 4688, godkjent av seksjonsoverlegen, gyldig fra 19. mai 2015.
- «Seleksjonskriterier gruppe 1: Normal fødsel», dok. nr. PR 17727, godkjent av overlege spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, datert 2. februar 2009.
- «Til nyansatte og vikarer – Velkommen til føde- og barselseksjonen, Kvinneklinikken UNN Tromsø», udatert.
- «Organisasjonskart, oversikt over kvinneklinikken med tre seksjoner, Tromsø, Harstad og Narvik», udatert.
- «Vaktleder føde- og barselenheten, vaktleders oppgaver», datert 12. november 2012
- «Intrauterin fosterdød/dødfødsel f.o.m. svangerskapsuke 22+0», dok. nr. PR 40149, gyldig fra 17. desember 2015.
- «Sjekkliste/oppfølgingskjema ved intrauterin fosterdød/dødfødsel», dok. nr. PR 40148, gyldig fra 17. desember 2015.

Vi har også mottatt en rekke dokumenter vedrørende fagdager, møteplan for «Komplikasjonsmøter vår 2016», program for introduksjonsdag ved føde- og barselseksjonen, program for simuleringsdager og skjema for kompetansekartlegging for jordmor i føde- og barselseksjonen.

3.2.2 Kompetansehevedende tiltak ved kvinneklinikken

Virksomheten opplyste at de hadde iverksatt ulike tiltak for at ansatt helsepersonell skulle sikres kompetanse innen sitt fagfelt.

De hadde ofte undervisning for de ansatte i kvinneklinikken, og fagdager med ulike temaer og simuleringstrening for akutte hendelser flere ganger i året. Etter hendelsen arrangerte foretaket en fagdag særskilt for personell med nattevaktstilling.

Det ble arrangert kurs i STAN (ST-analyse av elektrokardiogram foster) for sertifisering, men dette hadde ved tidspunktet for hendelsen ikke vært gjennomført det siste året. Årsaken til dette, var at det var blitt stilt spørsmålsteget ved nytteverdien av STAN. CTG-vurderinger ble gjennomgått på morgenmøter eller previsitter.

Det ble arrangert kortere fagmøter eller workshops over noen tid, som hadde ulike temaer. De hadde «komplikasjonsmøter» som var tverrfaglige og åpne for alle. Der diskuterte de særskilte utfordringer eller pasientforløp anonymisert for læring. Møtene ble arrangert månedlig etter en oppsatt plan. Her ble også uheldige pasienthendelser og vanskelige «case» gjennomgått.

Nyansatte fikk et introduksjonskurs, og det var utarbeidet informasjonsmaterieell for nyansatte. Informasjonsbrosjyren hadde en sjekkliste for viktig informasjon som skulle gjennomgås, og som de nyansatte skulle kvittere for at de hadde mottatt.

Vi fikk opplyst at nytilsatte jordmødre som oftest hadde hatt sin studentpraksis ved kvinneklinikken i Tromsø. De ble da kjent med gjeldende rutiner allerede i praksisperiodene som student. De hadde noen opplæringsdager ved oppstart av arbeidsforholdet, og deretter fikk de ansvar for sine egne kvinner.

Nyansatte jordmødre ble tildelt lavrisikofødende til å begynne med, og fikk økende utfordringer etter hvert. Den første tiden ble de spurt om de mestret oppgaven de hadde fått. Det var ingen særskilt oppfølging av nyansatte i form av mentor eller kontaktjordmor. Det hadde heller ikke vært praktisert at en mer erfaren jordmor skulle være til stede ved definerte situasjoner. Jordmødrene kunne søke råd og veiledning hos eldre kollegaer på vakt. Det var en «sterk kultur» for å bistå hverandre. Det skulle alltid være to personer til stede ved alle fødsler ved selve utdrivningen. På dagtid kunne den ekstra personen være en barnepleier, også dersom jordmor var nyutdannet. På natt og enkelte kveldsvakter var det ikke barnepleier på fødeavdelingen, og den ekstra personen på vakt var da en jordmor.

Som oftest var det vaktleder som bisto jordmor under fødsel, når det ikke var barnepleier til stede. På kvelds- og nattevakter var bemanningen lavere enn på dagtid. Vaktleder hadde da ofte ansvar for egne pasienter. Det kunne derfor være en annen jordmor som bisto. Denne jordmoren kunne ha fått oppdraget av vaktleder, men det kunne også være mer tilfeldig hvilken jordmor som bisto. Følgelig kunne det også være tilfeldig hvor mye generell erfaring denne jordmoren hadde. Dette gjaldt også hvor mye kunnskap hun hadde om anamnesen, og om hvordan fødselsforløpet hadde vært.

Ved planlegging av turnus ble den samlede tilgjengelige kompetansen for hvert vaktskift vurdert og vektlagt, slik at de skulle ha nok samlet kompetanse på vaktene.

Virksomheten har etter hendelsen lagt mer undervisning og kompetanseheving i arbeidstiden som faste fagdager i turnus, også for nattestillinger, se under punkt 3.1.8.

3.2.3 Opplæring av de to involverte jordmødrene

Jordmor 1 og jordmor 2 hadde begge praktisert ca. xxxxxx etter gjennomført jordmorutdanning ved tidspunktet for hendelsen. De hadde begge xxxxxx % nattstillinger, og arbeidet derved på en tid av døgnet da ingen fra ledelsen var til stede. Ved det stedlige tilsynet fikk vi opplyst at begge jordmødrene hadde krysset av i opplæringsbrosjyren for mottatt informasjon. Det er uklart hva det innebar. Ingen kontrollerte at de faktisk hadde gått gjennom det de skulle. De to jordmødrene var ikke STAN-sertifiserte. Det var ikke lagt planer for når dette skulle skje.

Som nytilsatte hadde de to jordmødrene fulgt annen jordmor to til tre vakter. Etter dette fikk de selvstendig ansvar for egne kvinner. De søkte råd hos mer erfarne kollegaer ved behov. Det var ikke besluttet at de skulle veiledes av en bestemt kollega, eller at noen skulle følge deres faglige utvikling den første tiden.

De to jordmødrene deltok ikke i undervisning på dagtid, morgenmøter eller previsitter, siden dette skjedde utenfor deres arbeidstid. Begge hadde deltatt ved en simuleringsdag og en fagdag det siste året. En fagdag, samt fagdag spesielt for de med nattevaktstillinger, ble arrangert etter hendelsen.

Enhetsleder for fødeavdelingen/fødepoliklinikken hadde jordmorfaglig ansvar ved fødeavdelingen og personalansvar for sine ansatte. I tillegg hadde hun oppgaven med daglig rekruttering av ekstravakter for å sikre tilstrekkelig bemanning på vaktene. Hun var til stede i avdelingen på dagtid og deltok ved previsittene, mens jordmor med vaktlederfunksjon hadde ansvaret for å koordinere arbeidet og gi veiledning på sin vakt.

3.3 Avdelingens interne gjennomgang av hendelsen

Etter hendelsen hadde ikke ledelsen ved kvinneklinikken hatt en systematisk og samlet gjennomgang av hendelsen sammen med helsepersonellet som var involvert. To av de involverte jordmødrene deltok i et møte den påfølgende morgenen. De øvrige samtalene var «en til en samtaler». Det ble ikke laget skriftlig referat fra noen av samtalene. I virksomhetens uttalelse til den foreløpige rapporten har seksjonsleder for føde- og barselenheten opplyst at hun og øvrig ledelse samme dag som barnet ble født, kartla hva som hadde skjedd. På dette tidspunktet klarte de imidlertid ikke å få frem hva som hadde gått galt.

3.3.1 Debriefing og endring av prosedyren

Det ble gjennomført en debriefing ved fødeavdelingen den xxxxxx. Seksjonsoverlege og leder for fødeavdelingen/fødepoliklinikken (som representanter for avdelingsledelsen) deltok i debriefingen ved barneavdelingen. Jordmor 1 var til stede, de andre jordmødrene var forhindret i å komme. I møtet gjennomgikk de områdene seleksjon, lytting og håndtering under fødsel og hvordan de vektlegger tidligere rask fødsel.

Konklusjonen etter møtet var at det var overraskende at barnet var så asfyktisk. De ble enige om å avvente ytterligere analyser og konklusjoner om den alvorlige hendelsen til den endelige obduksjonsrapporten forelå.

Ledelsen har opplyst at rutinen var at den ansvarlige for fødselen skulle følge prosedyren for oppfølging ved dødfødsler («Intrauterin fosterdød/dødfødsel f.o.m. svangerskapsuke 22 + 0»), når barn dør i forbindelse med fødsel. Prosedyren omhandler hvilken informasjon som skal gis før, under og etter fødsel. I henhold til prosedyren skal det innkalles til samtale ved foreløpig og endelig obduksjonsresultat.

3.3.2 Avvikshåndtering

Ved det stedlige tilsynet fikk vi opplyst at avvik ble meldt i det interne avvikssystemet, og at oppfølging og vurdering av avvik i foretaket var lederforankret. Avvik ble meldt i utvalg for kvalitet og arbeidsmiljø (KVAM) på ulike nivåer i organisasjonen. Hendelsen ble meldt i virksomhetens interne avvikssystem den xxxxxx. I meldingen ble det angitt at årsaken til hendelsen var risvekkelse. Dette ble vurdert som en kjent komplikasjon som kan oppstå under fødselen.

Etter dette ble det konkludert med at hendelsen skulle tas opp i KVAM-møte for fødeavdelingen den xxxxxx som et internt avvik. Behandlingen var ikke avsluttet ved tidspunktet for det stedlige tilsynet. Hendelsen ble også meldt til komplikasjonsmøtet xxxxxx, men det ble besluttet at de skulle avvente behandlingen der til etter at tilsynssaken var ferdigbehandlet i Statens helsetilsyn.

Det ble også sendt melding om uønsket hendelse til det daværende Kunnskapscenteret i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3.

3.1.8 Uttalelser til foreløpig rapport fra helseforetaket

I brev av xxxxxx har UNN gitt kommentarer til den foreløpige rapporten. Her følger også kommentarer fra involvert helsepersonell, samt diverse vedlegg. Gjengivelsen nedenfor er noe forkortet.

Til selekteringen

Det er ifølge UNN ingen opplysninger som tilsier at kvinnen skulle selekteres eller overvåkes som en risikofødende, verken ved innkomst eller underveis i fødselen. Jordmødrene fremholder at kvinnen ble vurdert som lavrisikofødende. Det var ikke vurdert noen brå endring i fødselsfremgangen. Jordmor 1 og 2 anser fødselsforløpet som normalt, inntil fosterets kropp ikke ble forløst på ri nr. 2.

Overvåking og fødselshjelp som ble gitt i den aktive fasen av fødselen

Avdelingens prosedyre ved normale fødsler ble fulgt. Det var ikke indikasjon for kontinuerlig CTG-overvåking. De kan ikke se at tidligere raske normalfødsler gir behov for kontinuerlig overvåking. Det var registrert og dokumentert normal progress i fødsel, normal riaktivitet og fosterlyd.

Informasjon og oppfølging av kvinnen og hennes mann

UNN beklager at timen ved psykososialt team ble utsatt, og at det også var forsinkelse i kontakten med forløsende jordmor. Det anføres at paret hadde en samtale med avdelingsleder og jordmor den xxxxxx. Det vises også til at det ble gjennomført flere møter og telefonsamtaler den xxxxxx, xxxxxx, xxxxxx, xxxxxx, xxxxxx, xxxxxx og xxxxxx. Det vedlegges utskrifter fra møter/samtaler i journalen.

Dokumentasjon i pasientjournalen

Det presiseres at det er vanlig å dokumentere i ettertid, siden det er vanskelig å dokumentere fortløpende under aktiv fødsel. Det erkjennes at dokumentasjonen i siste del av forløpet ikke var tilfredsstillende.

Om virksomheten sikrer forsvarlig helsehjelp til kvinner i fødsel gjennom tilstrekkelig kompetanse, spesielt ved risikofylte situasjoner

Det fremheves at den aktuelle jordmoren hadde ni måneders erfaring fra en universitetsklinikk, og at de anser dette som tilstrekkelig for å kunne håndtere normale fødsler. Videre har alle vaktlag også en erfaren vaktleder som kan konsulteres. Situasjonen var ikke vurdert som risikofylt før situasjonen oppsto, da barnets hode hadde stått over en ri og ikke ble forløst på neste. Da ble det varslet, og flere jordmødre kom øyeblikkelig til. Det vises også til at avdelingen har kontinuerlig internundervisning, fagdager, simuleringstrening og en egen fag- og forskningsjordmor som jobber dedikert med fagutvikling. De har et «nyansatt hefte» som alle ansatte gjennomgår, og som de må signere. Blant annet dokumenteres da at de kjenner til prosedyrer for akutte situasjoner. I fødestuer finnes alarm, både for assistanse, nødsituasjoner og asfyksi.

Virksomheten har etter hendelsen lagt mer undervisning og kompetanseheving i arbeidstiden som faste fagdager i turnus, også for nattestillinger. Det er også mer ferdighetstrening, i tillegg til internundervisning. De har utarbeidet kompetansekartlegging for jordmor som beskriver hvilke obligatoriske aktiviteter jordmor ved avdelingen skal ha gjennomført. På komplikasjonsmøtene skal de også ta opp viktigheten av god journaldokumentasjon. Fosterlyden må dokumenteres bedre enn hva som var tilfellet i denne saken.

Virksomheten har nå gjort en vurdering i forhold til nyansatte i nattestillinger. En del av nattestillingene er nå fjernet og fordelt på alle de ansatte. Per juni 2017 har de ingen nyutdannet jordmor i nattestilling ved avdelingen.

Arbeid med forbedring av pasientsikkerhet etter hendelsen

Det ble gjort en formell debriefing i fødeavdelingen initiert av avdelingsjordmor. Seksjonsleder har opplyst at formell debriefing foregikk ved fødeavdelingen den xxxxxx. Alvorlige hendelser behandles i komplikasjonsmøter. UNN beklager at de ikke har hatt saken i komplikasjonsmøtet etter hendelsen, slik det var planlagt. Dette skulle gjøres på neste komplikasjonsmøte i juni. Videre jobber de fortløpende med pasientsikkerhet og avviksbehandling. Avvik og pasienthendelser gjennomgås i KVAM-gruppemøter og i seksjonsmøter.

Det var møte i Perinataalkomiteen den xxxxxx. Det ble da konkludert med at det var en «mulig unngåelig hendelse» (dvs. at dette forstås som at det kunne vært unngått).

3.4 Gjennomgang av mulige årsaker til den alvorlige hendelsen

Statens helsetilsyn har gjort en vurdering av mulige årsaksfaktorer basert på det foreløpige saksforholdet vi har lagt til grunn for hendelsen. Vurderingen omfatter både hvordan fødselen ble håndtert, og hvordan virksomheten har lagt til rette for å kunne gi forsvarlig helsehjelp under fødselen. Vi presiserer at denne delen av tilsynsrapporten ikke kan gi fullgode svar i forhold til hva som er årsaken til at barnet døde, men at vi her forsøker å peke på mulige årsaker og bakenforliggende årsaker som sammen kan ha hatt en betydning for det alvorlige

utfallet. Årsaksanalysen er altså ikke det samme som en vurdering av om helsehjelpen var forsvarlig.

Først vil vi se nærmere på selve forløpet, og hvilke faktorer som kan ha virket inn på vurderinger og tiltak som ble gjort av de som var involvert i fødselen.

Vi antar at en sannsynlig forklaring på at barnet ble født med en alvorlig asfyksi, er at fosterstress ikke ble oppdaget, og at det tok for lang tid fra den kritiske situasjonen oppsto, til barnet ble forløst.

Det så ut til at fødselen ville gå nokså raskt, siden åpningstiden i denne fødselen var rask, i likhet med kvinnens forrige fødsel. Det skjedde imidlertid ikke. Etter åpningsfasen endret fødselsforløpet karakter. Til tross for en rask åpningsfase, at kvinnen opplevde riene som intense og mormunnen var utslettet, og til tross for at kvinnen fikk trykkektrang fem minutter senere, brukte hodet ytterligere over en halv time på å sluttrotere og komme ned på bekkenbunnen.

Da det tok lengre tid enn først antatt, var det grunn til å være ekstra påpasselig under overvåking av fosterlyden for å fange opp eventuelle avvik. Fosterlyden ble observert med doppler, og jordmor oppfattet at fosterlyden var normal. Vi har som det også fremgår under våre vurderinger punkt 5.1.2 funnet det sannsynlig at det ikke ble lyttet systematisk nok til å fange opp mulig avvik. Det kan være vanskelig å fange opp små endringer i fosterlyden underveis i fødsel. Dette vil spesielt kunne være tilfellet hvor fosterlyden ikke observeres systematisk nok og heller ikke blir notert fortløpende som grunnlag for å vurdere endringer. Det er også svært vanskelig å gjøre en god overvåking med doppler eller trestetoskop, når riene er intense og kommer svært tett. Det er vanskelig å fange fosterlyden eksternt når hodet er på vei ut. I slike tilfeller kan det være nødvendig med annen type overvåking, som for eksempel CTG, helst med intern elektrode.

Da hodet ble synlig i introitus, oppsto det en risvekkelse med lange ripauser. Dette er opplyst fra flere kilder, og vi fikk også det bekreftet av seksjonsleder under tilsynet. Under tilsynet opplyste jordmødrene at riene nesten ble borte under utdrivelsen, og at ripausene var svært lange. Dette førte til en forlenget siste fase av utdrivningen, noe som kan ha vært en ytterligere påkjenning for barnet. Det ble samtidig vanskelig å observere fosterlyden idet hodet langsomt passerte bekkenutgangen. Navlesnoren lå i slynge rundt halsen til barnet, og barnet ble gradvis mer cyanotisk. Det var således flere tegn på at barnet kunne være utsatt for oksygenmangel. I ettertid har imidlertid de involverte forklart at de ikke vurderte det slik at det var noen brå endring i fødselsfremgangen. Fødselsforløpet var helt normalt, inntil fosterets kropp ikke ble forløst på ri nummer to. Til dette bemerkes at det å stå over to rier for et barn som i utgangspunktet er slitent, kan bli for stor belastning, selv etter få minutter.

Etter at barnets hodet ble født, kan det stilles spørsmål om hva som kunne være årsaker til at barnet ikke ble forløst straks. Vanligvis har man tid til å vente på neste ri, når ikke hodet og kroppen fødes på samme ri, da friske barn tåler dette godt. Barn som allerede er utsatt for en oksygenmangel har færre ressurser. Det er usikre observasjoner om fosterlyden de siste 20 minuttene. Det er også vanskelig å registrere fosterlyd, når hodet er født. Det var altså svært usikkert hvordan tilstanden til barnet var. Da hodet var født, så jordmødrene at bakre skulder var synlig. Under slike omstendigheter vil et enkelt håndgrep kunne forløse barnet, eventuelt sammen med manipulering av navlesnor eller avnavling der og da. Jordmødrene gjorde

imidlertid ikke noen av disse tiltakene for å få barnet raskt ut. De identifiserte ikke at barnet hadde behov for å bli forløst. Forløsningen tok derfor unødvendig lang tid.

Etter dette kan vi stille spørsmål om hva som var årsaken til at jordmor 1, og siden også jordmor 2, ikke forsto at det hastet med å iverksette tiltak.

Som vi påpeker ovenfor kunne det i dette tilfellet være vanskelig å få lyttet lenge nok til at avvik kunne fanges opp. De to jordmødrene som var til stede under fødselen var dessuten relativt nyutdannede. Det er derfor mulig at de ikke hadde nok erfaring nok til å forstå faren ved endringen som oppsto under utdrivningen. Jordmor 1 hadde hatt nattevakter i xxxxxx %, i likhet med jordmor 2. Jordmor 1 hadde ikke deltatt på STAN-kurs, og jordmor 2 hadde deltatt, men var ikke sertifisert. Det var heller ingen systematisk veiledning fra eldre jordmor til uerfaren jordmor som kunne bidra til faglig vekst og økt klinisk forståelse, utover tre opplæringsvakter. Dette kan være en grunn til mangelfull overvåking og forsinket forløsning.

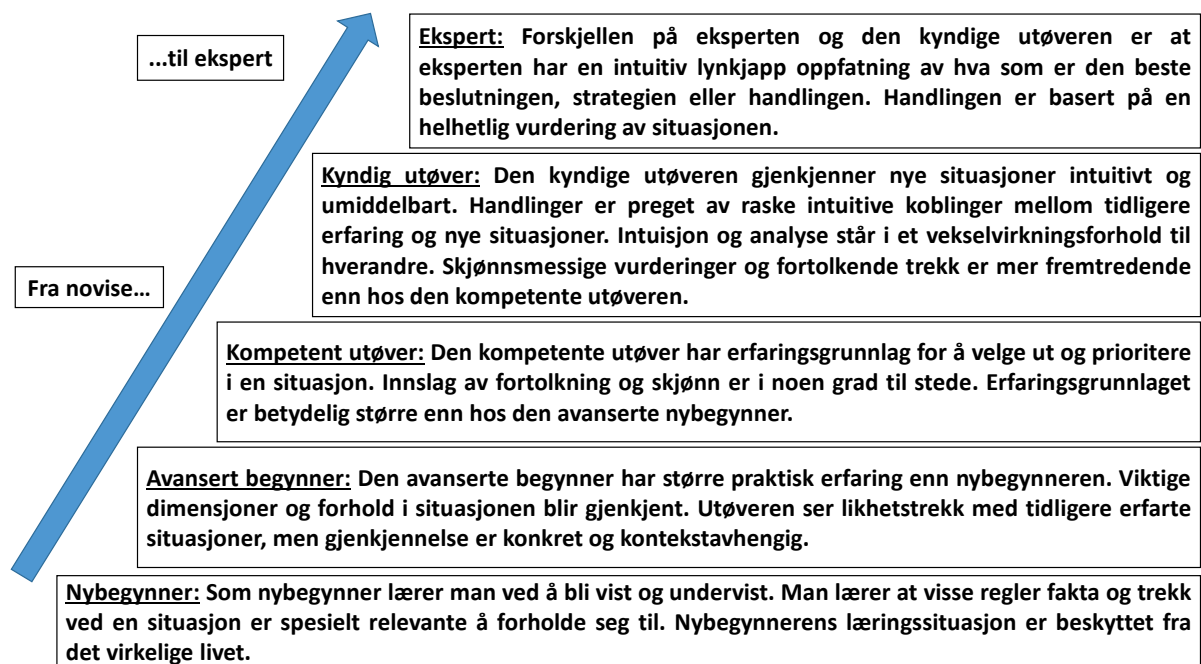
Nyutdannede jordmødre har hatt teoretisk og praktisk undervisning gjennom utdanningen. De har vært fulgt tett i den praktiske håndteringen av fødselshjelpen, men volumet av erfaringer er nødvendigvis beskjedent. Tidsrammen som er satt for utdanningen skal også romme nødvendig teoretisk undervisning.

Statens helsetilsyn legger i likhet med helseforetaket til grunn at utdanningen sikrer jordmor en generell plattform for å kunne ta hånd om normale svangerskap og fødsler. De vil også kunne bistå lege i fødselshjelp til risikofødende, men da under tett samhandling og veiledning. Som nyutdannet skal en jordmor kunne ta ansvar for normale fødsler etter å ha gjennomgått intern opplæring i blant annet lokale rutiner, prosedyrer og håndtering av tilgjengelig utstyr.

Etter jordmorutdanningen foregår det en fortsatt kompetanseutvikling hos jordmor. Dette skjer dels gjennom egen erfaring fra kliniske oppgaver, dels gjennom å se kollegaer utføre faget. Kompetanse utvikles også gjennom mester-svennveiledning, fra teoretisk undervisning i regi av virksomheten eller tilegnelse av fagkunnskap på eget initiativ.

Som nyutdannet skal en jordmor kunne fange opp signaler på avvik og involvere mer kompetent fagperson ved behov. En bred og fullstendig forståelse av hva som er normalt og hva som er avvikende og risikofyllt, utvikles med erfaring over tid.

Som en illustrasjon av hvordan erfaringsbakgrunnen hos et helsepersonell endrer seg over tid, viser vi til en modell om ferdighetstilegnelse av Patricia Benner. Benner er forfatter av boka «From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice». Modellen forklarer hvordan sykepleierarbeidet hos den enkelte utøver endrer seg med større viten og erfaring. Her beskrives prosessen fra nybegynner til ekspert gjennom fem nivåer. Sentralt i dette er anvendelse av erfaring. Modellen er velegnet til å forstå en nyutdannet jordmors utvikling gjennom de første årene i praksis.



Denne hendelsen må også sees i lys av hvordan virksomheten sikret kompetanse og reduserte risiko. Det er et lederansvar å sørge for at helsepersonell som skal utføre bestemte oppgaver har fått nødvendig opplæring i dette. Det er også et krav om sikring av kompetanse ved risikofylte situasjoner. Mangelfull kontroll og styring på disse områdene kan ha bidratt til det uheldige utfallet i denne saken.

Styringstiltak for kompetansesikring

Det var ingen rutinemessig styring av støtte fra kollega med mer erfaring hvor helsehjelpen var særskilt risikofylt (f. eks. utdrivning).

Nyutdannet jordmor ble ofte tilbudt stilling på natt deltid, mens de ukentlige tverrfaglige møtene ble arrangert på dagtid.

En av de andre jordmødrene i teamet ønsket erfaringen som fødselen kunne gi, og var med på fødselen i stedet for den som egentlig skulle bistått.

Vaktjordmor fant at avdelingens rutiner ble ivaretatt gjennom at det var to personer til stede under utdrivningen.

Jordmødre med nattevaktstilling deltok kun unntaksvis på de ukentlige tverrfaglige møtene, jordmødrene som var tilstede under fødselen hadde ikke deltatt.

Da det oppsto signaler på avvik under fødselen, var det ikke jordmor til stede med nok erfaring og kompetanse til å fange opp faresignalene, slik at nødvendige tiltak kunne iverksettes.

Forsinket forløsning

Det var stort fokus på å forebygge alvorlige rifter ved denne fødselen (ensidig fokus).

Det gikk for lang tid uten oversikt over fosterlyden, og uten at nødvendige tiltak med aktiv forløsning av barnet ble iverksatt.

Ingen av de to jordmødrene som var til stede forberedte mottak av dårlig barn samtidig som de tilkalte assistanse.

De hadde ikke nok erfaring til å kunne identifisere hvilke elementer som var viktige, og hvilke som var mindre viktige i situasjonen som oppsto (risvekkelse, forlenget siste fase av utdrivning, navlesnorsslynge om barnets hals og vanskelige forhold for observasjon av navlesnor mens hodet sto i introitus (fosterlyd)). De så ikke at situasjonen fravek fra et vanlig fødselsforløp der jordmor som hovedregel kan avvente forløsningen av resten av barnet etter hodets fødsel.

Jordmødrenes erfaringsbakgrunn

4 Aktuelt regelverk

De sentrale spørsmålene i denne tilsynssaken er om helseforetaket har gitt forsvarlig helsehjelp, og om helseforetaket har rutiner som sikrer forsvarlig helsehjelp i tilsvarende situasjoner. Her presenterer vi det regelverket som er relevant for å vurdere dette.

4.1 Plikt til å yte forsvarlig helsehjelp

4.1.1 Nærmere om forsvarlighetskravet

Det er et grunnleggende krav til helsetjenesten at helsehjelpen som ytes er faglig forsvarlig. Kravet stilles både til helsepersonells utøvelse av helsehjelp og til virksomhetens organisering av helsehjelp, jf. helsepersonelloven §§ 4 og 16 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 (se

vedlegg). Forsvarlighetsnormen i spesialist-helsetjenesteloven har imidlertid et mer helhetlig utgangspunkt enn forsvarlighetsbestemmelsen i helsepersonelloven.

Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet bestemmes med utgangspunkt i normer utenfor loven. Disse normene er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og samfunnsetiske normer og utgjør det som betegnes som god praksis. Samtidig danner normene utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går.

Kravet om forsvarlighet er også et krav om forsvarlig organisering av tjenesten. I dette ligger blant annet at det gjennomføres organisatoriske og styringsmessige tiltak som gjør det mulig for helsepersonellet å oppfylle plikten til forsvarlig yrkesutøvelse. Det følger av dette at virksomheten må styre sin virksomhet med siktemål om at tjenestene er i samsvar med god praksis.

4.1.2 Nærmere om internkontroll

Det er en nær sammenheng mellom kravet til forsvarlighet, kravet til internkontroll og systematisk arbeid for å ivareta pasientenes sikkerhet, jf. helsetilsynsloven § 3 og forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten (se vedlegg). Internkontrollforskriften ble 1. januar 2017 erstattet av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, men saken vurderes ut fra tidligere forskrift som gjaldt på tidspunktet for hendelsen.

Internkontroll skal bidra til faglig forsvarlige helsetjenester, og er et verktøy som skal sikre at daglige arbeidsoppgaver blir utført, styrt og forbedret i henhold til lovens krav. Sykehuset skal således gjennom sin internkontroll tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenester blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Virksomheten skal blant annet skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt og utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helselovgivningen.

4.2 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Helseforetakene skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a (se vedlegg).

Sentralt i dette arbeidet er ledelsens ansvar, og hvordan ledelsen sørger for gode rutiner for gjennomgang av en alvorlig hendelse, jf. utdrag fra rundskriv fra HOD I-2/2013 Lederansvaret i sykehus (se vedlegg).

4.3 Plikt til å varsle om uventede alvorlige hendelser

Helseforetakene har plikt til å varsle uventede alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a (se vedlegg).

4.4 Plikt til å informere pasienten og de pårørende

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 har helseforetakene plikt til å sørge for at pasienten får den informasjonen han eller hun har rett til å motta etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Pasientens nærmeste pårørende 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 § 3-3 og § 3-2 fjerde og femte ledd (se vedlegg).

4.5 Helsetilsynsloven og Statens helsetilsyns mandat

Undersøkelsesenheten i Statens helsetilsyn skal behandle varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten og bidra til at tilsynet raskt identifiserer uforsvarlige forhold, jf. helsetilsynsloven § 2 (se vedlegg).

Formålet med varselordningen er å bidra til en bedre vurdering av de alvorlige hendelsene ved at tilsynsmyndighetene raskt kommer i dialog med det involverte helsepersonellet og deres ledere, og med pasienter og/eller deres pårørende.

5 Statens helsetilsyns vurderinger

Statens helsetilsyn vil i denne foreløpige tilsynsrapporten vurdere om kvinnen og barnet har fått forsvarlig helsehjelp under oppholdet ved UNN, og om helseforetaket sikret forsvarlig helsehjelp. Det er sentralt i vurderingen hvordan ledelsen sikret nødvendig kompetanse innenfor områder med høy risiko.

Det er også sentralt hvordan virksomheten arbeidet systematisk for unngå at lignende hendelser skulle skje på nytt, og hvilken informasjon og oppfølging de ga til parene. Vurderinger av helsepersonellens handlinger inngår i den samlede vurderingen av helsehjelpen kvinnen og barnet fikk.

Under vurderingen av om kvinnen fikk forsvarlig helsehjelp under oppholdet på fødeavdelingen ved UNN, har vi sett nærmere på disse vurderingstemaene:

- Fikk kvinnen forsvarlig helsehjelp ved innkomst på fødeavdelingen?
- Var overvåkingen og fødselshjelpen som ble gitt i den aktive fasen av fødselen forsvarlig?
- Fikk parene informasjon og oppfølging i tråd med lovkravene etter hendelsen?
- Var dokumentasjonen i pasientjournalen i tråd med lov og forskrift?

Under vurderingen av om virksomheten sikret forsvarlig helsehjelp til kvinner i fødsel, har vi sett nærmere på hvordan helseforetaket sikret tilstrekkelig kompetanse ved fødsler, spesielt i forhold til risikofylte situasjoner.

Videre har vi vurdert om virksomheten hadde arbeidet tilstrekkelig målrettet med forbedring av pasientsikkerheten etter hendelsen. Under dette har vi også vurdert om internkontrollen fungerte, og om forbedringsarbeidet ble gjennomført i tråd med krav som fremgår av helselovgivningen.

Nedenfor gjør vi rede for våre vurderinger i saken.

5.1 Fikk kvinnen forsvarlig helsehjelp?

Under dette har vi vurdert helsehjelpen ved innkomst, under overvåkingen og fødselshjelpen som ble gitt under aktiv fødsel. Nedenfor følger en beskrivelse av hva som er god praksis for hvert av vurderingstemaene.

5.1.1 Fikk kvinnen forsvarlig helsehjelp ved innkomst på fødeavdelingen?

Statens helsetilsyn har vurdert om kvinnen fikk forsvarlig helsehjelp da hun kom inn til fødeavdelingen. I denne vurderingen inngår også om hun ble forsvarlig selektert. Vi har merket oss helseforetakets kommentarer, og viser til vår bemerkning og klargjøring av forsvarlighetskravet innledningsvis i rapporten.

God praksis

Det er god praksis at jordmoren som først får kontakt med den gravide kvinnen, gjør en vurdering av om hun er en risikofødende. Ved telefonhenvendelsen må jordmor vurdere om kvinnen skal tilbys en undersøkelse i avdelingen. Hvis det foreligger risikofaktorer, skal det være lav terskel for å ta imot kvinnen for undersøkelse. Kvinner som tidligere har født raskt, og som har spørsmål om fødsel, skal også tas tidlig inn for undersøkelse. Jordmor skal etterspørre hvordan tidligere fødsler har vært. I tillegg skal hun undersøke om kvinnen har sykdommer av betydning, og om det har vært komplikasjoner i aktuelle svangerskap. Det er viktig at jordmor orienterer seg i «Helsekort for gravide» og leser journalnotater, hvis dette foreligger. Kvinnen kan allerede være selektert til fødsel med høy eller lav risiko i løpet av svangerskapet («rød» eller «grønn»), men det skal alltid gjøres en ny vurdering når kvinnen kommer i fødsel. Seleksjon skal revurderes ved hvert møte med kvinnen og underveis i fødselsforløpet. Fortløpende risikovurdering gjennom graviditet og fødsel er viktig for å kunne gi helsehjelp i tråd med god praksis.

Vanlig innkomststatus skal inneholde vurdering av om kvinnen har rier, og om riene kommer regelmessig. Eventuelt kan mormunnens åpning undersøkes. Ved ytre undersøkelse palperes barnets leie. Måling av puls og blodtrykk inngår også i den rutinemessige undersøkelsen, samt vurdering av kvinnens allmenntilstand. Jordmor skal forhøre seg om når hun sist kjente bevegelse fra fosteret og lytte på fosterlyden. Det skal være lav terskel for å beholde kvinnen i sykehus, hvis hun tidligere har født raskt og har symptomer på begynnende fødsel.

Vurdering

Da kvinnen ble tatt imot på fødeavdelingen kl. 02.59, ble riene vurdert å være av middels styrke med 40 sekunders varighet. Det var to rier per ti minutter. Livmorhalsen var 3 cm åpen og det var tynn, avflatet skjededel. Kvinnen var engstelig, fordi hun tidligere hadde hatt et raskt fødselsforløp. Det var ikke klarlagt om forrige fødsel var en styrtfødsel. Kvinnen var i utgangspunktet selektert som lavrisikofødende («grønn»). Hun ble tilbudt opphold i avdelingens stue/fellesrom i påvente av aktiv fødsel.

Statens helsetilsyn mener at god praksis i dette tilfellet ville vært å tilby kvinnen en seng. De kliniske funnene tilsa at det var sannsynlig at hun var i startfasen av fødselen. Da er det behov for å hvile og samle krefter til mer aktiv fase. Dersom det var ledig rom, burde hun ha blitt tilbudt å ligge på en fødestue, fordi hun tidligere hadde hatt et raskt fødselsforløp. Tidligere svært rask fødsel og den kliniske tilstanden tilsa at hun kunne være i overgangen mellom latensfase og aktiv fase av fødselen. Dette var omstendigheter som talte for å følge kvinnen tett opp, og skape trygge rammer for den fødende og hennes partner.

Jordmor 1 hadde ansvaret for mottak av kvinnen, og gjorde de første vurderingene etter mottak. Hun leste i journalen at kvinnen allerede var selektert til «grønn fødsel», og valgte derfor å overvåke henne i tråd med det. Det er dokumentert at kvinnen var engstelig, fordi hun tidligere hadde født raskt. Dette burde vært tatt med i betraktning, og også ha vært vektlagt under telefonsamtalen og ved mottak. Det var grunn til å stille spørsmål om fosterovervåkingen skulle intensiveres, siden det var en risiko for at også den aktuelle fødselen kunne gå svært raskt, og at kraftige og hyppige rier kunne ha negativ innvirkning på barnet. Vaktlederen ble heller ikke involvert for å diskutere hvordan kvinnen skulle håndteres, eller hvordan barnet skulle overvåkes.

Konklusjon

Helsehjelpen som ble gitt ved oppstart av fødselen var utenfor god praksis. Det burde vært

gjort en revurdering av seleksjonen som allerede var foretatt. Avviket fra god praksis er ikke så stort at det anses som uforsvarlig.

5.1.2 Var overvåkingen og fødselshjelpen som ble gitt i den aktive fasen av fødselen forsvarlig?

Statens helsetilsyn har vurdert om overvåkingen og fødselshjelpen som ble gitt kvinnen og barnet i den aktive fasen av fødselen var forsvarlig. Dette må ses i sammenheng, jf. vår konklusjon nedenfor.

I kommentar til den foreløpige rapporten, har virksomheten undret seg på hvordan det kan legges til grunn at det var et unormalt forløp. De reiser spørsmålet om vi ikke tror på det jordmødrene har dokumentert. Til dette bemerker vi at bevisvurderingene må gjøres ved å sammenholde de ulike kildene, skriftlige dokumenter, uttalelsene under tilsynet, tidspunkt for journalføring og kvinnens forklaring av forløpet.

God praksis

Det fremgår av «Veileder i fødselshjelp 2014» fra Den norske legeförening at lavrisikofødende kan overvåkes med intermitterende auskultasjon med trestetoskop eller doppler. Det foreslås at det gjøres under og etter en kontraksjon, og i minst 60 sekunder. I åpningsfasen av aktiv fødsel anbefales å lytte hvert 15.- 30. minutt. Kvinner som ikke har sykdommer av betydning for svangerskap og fødsel, defineres som lavrisikofødende. Svangerskapet skal ha vært ukomplisert, og fødselen skal starte normalt til termin. Tidligere fødselsforløp skal også ha vært uten alvorlige komplikasjoner.

Risikofødende skal overvåkes med CTG, eventuelt i kombinasjon med STAN eller annen form for avansert fosterovervåking. Risikofaktorer kan foreligge hos mor, eller hos det ufødte barnet. Det kan oppstå komplikasjoner i fødselsforløpet som gjør at fødselen skal karakteriseres som «rød» i stedet for «grønn». Det fremgår av veilederen at «abnorm uterin aktivitet» er en risikofaktor under fødselsforløpet, som skal føre til overvåking med CTG. Ved raske fødsler eller styrtfødsler, kan det foreligge abnorm uterinaktivitet som har betydning for sirkulasjonen i placenta, og dermed også for oksygentilførselen til barnet. Riene kan også være så intense at det ikke lar seg gjøre å observere fosterlyd over 60 sekunder i ripausene. God praksis er da å vurdere om det er nødvendig å oppgradere overvåkingen til kontinuerlig registrering, da helst med intern elektrode som ikke så lett lar seg forstyrre av ytre stimuli. Veilederen understreker viktigheten av å oppgradere fra lav til høyrisikogruppe under fødselen, når kliniske forhold tilsier det.

I andre stadium av fødselen (utdrivningsfasen) anbefales det å lytte under og etter hver ri, minst hvert femte minutt og i minst ett minutt ved hver lytting. Utdrivningsfasen defineres som tiden fra livmorhalsen har full åpning, til barnet er født. Den første delen av utdrivningsfasen er en passiv fase hvor hodet kommer ned til bekkenbunnen. Siste del av utdrivningsfasen er en aktiv fase, den tiden hvor kvinnen trykker aktivt. Det er ulike definisjoner av tidsforløpet i utdrivningsfasen. Hos førstegangsfødende varer den fra en til to timer, og hos flergangsfødende ca. en halv time. Den aktive delen av utdrivningsfasen er perioden hvor fosteret er utsatt for størst belastning, og barnet har størst risiko for oksygenmangel. Registrering av fosterlyd i denne fasen av fødselen er derfor av stor betydning. Måten det blir lyttet på, og hyppigheten av lyttingen er avgjørende for at fosterlyd med tegn til avvik og et truet foster skal bli oppdaget.

Det er god praksis at jordmor overvåker både kvinnen og fosteret under fødselen. Rienes styrke og hyppighet inngår i denne rutinemessige observasjonen. Hvis fødselen viser seg å gå

raskt, må slike vurderinger gjøres ofte. På den måten kan jordmor registrere om riene kommer så tett og er så sterke, at barnet kan få redusert oksygentilførsel.

Det er god praksis å la barnets hode bli født i begynnelsen av en ri. Da vil barnets kropp ofte bli født på samme ri. Hvis ikke kroppen kommer spontant på denne rien, kan en vente til neste ri, dersom det ikke er signaler på at barnet er presset. Dette forutsetter fortløpende god oversikt over barnets tilstand. Stram navlesnor rundt halsen skal løsnes, hvis det er mulig. Jordmor skal gjøre observasjoner relatert til barnets vitalitetstegn ved å kjenne etter pulsasjon i navlesnoren og om barnet suger/biter. Jordmor vil på dette tidspunktet også få inntrykk av om det kan være fastsittende skulder. Hvis det er mistanke om fastsittende skulder, skal det tilkalles hjelp umiddelbart. Hvis deler av barnets kropp (ofte fremre eller bakre skulder) ses i skjedeåpningen, foreligger det ingen fastsittende skulder. Barnet vil da komme spontant når kvinnen trykker. Hvis barnet ikke kommer, må barnet aktivt hjelpes ut. Dette er fordi det er stor sannsynlighet for at navlesnoren på dette stadiet vil være avklemmt. Det kan være aktuelt å klippe over navlesnoren for å få forløst resten av barnet.

Den tiden barnet er utsatt for avklemmt navlesnor, grad av avklemming og tidsintervallet mellom fødsel av hodet og kroppen, vil være faktorer som har betydning for barnets tilstand etter fødselen. Forsinket forløsning av kroppen med mer enn fem minutter kan føre til fosterasfyksi. Hvis barnet allerede er utsatt for oksygenmangel i utdrivningsfasen, vil asfyksi inntreffe raskere ved en ytterligere påkjenning for barnet, som en forsinkelse mellom fødsel av hodet og resten av kroppen.

Vurdering

Om overvåkingen

Overvåkingen ble gjort med trestetoskop og doppler. Fosterlyden ble registrert med doppler fem ganger fra innkomst til det var full åpning på livmorhalsen. Dette er i tråd med nasjonale retningslinjer for overvåking av lavrisikofødende. Ved innkomst var det ingen sikre opplysninger som tilsa at fødselen skulle overvåkes med CTG utover en mulighet for at fødselen kunne komme til å gå fort. Livmorhalsen åpnet seg også fra 3 cm kl. 03.16 til full åpning kl. 04.19, hvilket var svært raskt.

Jordmor observerte denne progresjonen, men gjorde ingen vurderinger av om overvåkingen av kvinnen og barnet nå skulle oppgraderes. Kvinnen har gitt uttrykk for at fødselen var heftig og at riene var intense. Dette samsvarer også med rask progresjon i fødsel. Jordmor har dokumentert i pasientjournalen at det kom tre rier på ti minutter gjennom hele fødselsforløpet. Dette samsvarer imidlertid ikke med kvinnens beskrivelse av riene og den raske fremdriften. Statens helsetilsyn fastholder derfor at vi vurderer at den raske framgangen i fødselen sammen med kvinnens opplevelse av riene, burde ha ført til en vurdering av om det var behov for oppgradert overvåking. Jordmor samhandlet heller ikke med vaktleder for å diskutere dette.

Etter at det var blitt full åpning kl. 04.19, ble fosterlyden registrert seks ganger fram til kl. 05.06. Dette er noe sjeldnere enn de nasjonale anbefalingene. Etter dette er det ikke dokumentert observasjoner av fosterlyd fram til fødselen kl. 05.25.

Det ble opplyst ved det stedlige tilsynet at fosterlyden ble registrert også under aktiv utdrivning. Foreldrene har bekreftet dette, men påpekte at det bare ble lyttet i få sekunder, og at det aldri ble lyttet under ri. Deres oppfatning er at jordmor hadde problemer med å finne fosterlyden, og at neste ri av og til kom før jordmor hadde funnet den. Registrering av

fosterlyd, både frekvens, hvordan og når det lyttes, er helt avgjørende for å følge og dokumentere barnets tilstand også i denne fasen av fødselen.

Det ble heller ikke gjort en oppgradering av overvåkingen da andre fase av fødselen viste seg å dra ut i tid, etter at første fase var rask. Det ble ikke gjort observasjoner av mulig pulsasjon i navlesnor etter at hodet var fremfødt, og navlesnoren var synlig om barnets hals.

Etter Statens helsetilsyns vurdering var overvåkingen ikke i tråd med god praksis.

Om fødselshjelpen

Fødselsprogresjonen var dårligere i utdrivningsfasen enn i åpningsfasen. Mormunnen var utslettet kl. 04.19, og kvinnen begynte å kjenne trykkektrang kl. 04.24. Åpningsfasen varte i kort tid. Da progresjonen i den passive delen av utdrivningsfasen ble dårlig til tross for at kvinnen hadde trykkektrang, var det grunn til å stille spørsmål om hva som kunne være årsaken til dette. Jordmor 1 burde ha konferert med vaktleder med hensyn til endringen i fødselsforløpet, og vurdert om det var indikasjon for å sørge for annen type overvåking.

Kl. 05.05 vurderte jordmor at riene var blitt svakere. Hodet kronet over to rier før det ble født. På dette tidspunktet var det en klar risvekkelse, og det var risiko for forsinkelse i tidsperioden mellom fødsel av hodet og resten av kroppen. Da hodet ble fremfødt, holdt både jordmor 1 og jordmor 2 seg passive og avventet ytterligere rier. De vurderte at det ikke forelå fastsittende skulder, siden noe av bakre skulder var synlig. Navlesnoren lå på dette tidspunktet i slynge rundt barnet.

På bakgrunn av situasjonen med at barnets hode hadde stått godt synlig i utskjæringen i flere minutter, over flere rier og gjennom flere lange ripauser, var det en risiko for mer eller mindre konstant avklemming av navlesnor. Det kunne også være risiko for alvorlig asfyksiutvikling denne siste delen av fødselen, dersom navlesnoren lå om barnets hals. Det er også vanskelig å ha god oversikt over barnets fosterlyd ved ekstern lytting, når barnet står så langt ute. Det er da vanskelig å få sikre observasjoner av fosterlyden. Signalene kan lett forveksles med mors puls, som også er nokså høy og ligner barnets puls i denne fasen av fødselen.

Da navlesnoren ble synlig etter fødselen av barnets hode, burde forholdene som er beskrevet over, vært tatt i betraktning. Barnet burde vært forløst med aktive håndgrep umiddelbart. Skulderen var dessuten også synlig på dette tidspunktet, og det var gode muligheter for å kunne hjelpe barnet frem aktivt ved å ta tak i skulderen/armhulen, og løfte barnet ut. Det viste seg også at barnet ble tiltagende cyanotisk under den lange ripausen som nå oppsto. Til tross for disse funnene gjorde de to jordmødrene heller ikke nå tiltak for å få ut barnet, utover «lirking» og å forsøke å få frem kontraksjon ved ytre stimulering over uterus. Det ble ikke gjort avklipping av navlesnor i introitus, eller forsøk på aktiv forløsning av barnet ved tak i skulderen som var synlig. Først da barnet heller ikke kom på neste ri, tilkalte de hjelp i henhold til prosedyren for fastsittende skuldre. Også den neste ripausen ble uvanlig lang. Jordmødrene som nå kom til, skaffet seg oversikt over situasjonen og forberedte asfyksibordet til mottak av barnet. Da det ikke kom ri som forventet, iverksatte den ene jordmoren (jordmor 3) aktiv forløsning med enkle håndgrep.

Statens helsetilsyn vurderer at det oppsto en unødvendig forsinkelse i forløsningen, og at tidsforløpet og observasjonene av barnet tilsa at barnet kunne ha en truende asfyksi. Etter Statens helsetilsyn sin vurdering var fødselshjelpen som ble gitt kvinnen og barnet i den aktive fasen av fødselen ikke i tråd med god praksis.

Samlet konklusjon

Statens helsetilsyn finner at overvåkingen og fødselshjelpen som ble gitt under den aktive delen av fødselen ikke var i tråd med god praksis. Vi mener at avvikene fra god praksis samlet er så store at det anses som uforsvarlig, og dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4.

5.1.3 Fikk paret informasjon og oppfølging i tråd med lovkravene etter hendelsen?

Statens helsetilsyn har vurdert om paret fikk forsvarlig oppfølging etter den alvorlige hendelsen. I denne vurderingen inngår om det ble gitt god nok informasjon og ivaretagelse av paret.

God praksis

Pasient og pårørende skal motta informasjon underveis i behandlingen som er nødvendig for å få innsikt i helsehjelpen og de valgene som foretas. Helsepersonellet har ansvaret for å legge til rette for en god og åpen dialog og et godt samarbeid. I tilfeller hvor flere spesialister er involvert i behandlingen, har de et felles ansvar for å gi den oppfølgingen pasient og pårørende har krav på, og behov for.

Informasjonen bør være så korrekt og fullstendig som mulig, og bør gis så tidlig som mulig. Dette gjelder uavhengig av om det er mistanke om svikt i helsehjelpen. Dersom pasienten blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, skal pasient og/eller pårørende informeres om hva som skjedde og hva årsaken kan ha vært. Det skal gis informasjon om hvilke tiltak virksomheten vil iverksette for å unngå at lignende hendelser skal skje igjen.

I veileder fra Helsedirektoratet IS-2213 om rett til informasjon ved alvorlige hendelser angis at det i noen tilfeller kan være usikkert hva som er årsaken til hendelsen. Virksomheten bør i slike situasjoner gi foreløpig informasjon om hva de vil foreta seg for å undersøke hva som var mulig årsak til hendelsen, og dele den informasjonen de har skaffet seg så langt om hva som faktisk skjedde. Pasient/pårørende skal tilbys mer informasjon om mulige tiltak på et senere tidspunkt, når årsaken til hendelsen er nærmere klarlagt.

Det er fortrinnsvis helsepersonellet som har vært involvert i hendelsen som kan gi den beste informasjonen om hendelsen. Dersom dette vurderes som vanskelig, kan en fast kontaktperson være et godt tiltak for å opprette god dialog og kommunikasjon.

Vurdering

Kvinnen fikk ikke snakke med ansvarlig jordmor rett etter hendelsen. Hun snakket med en jordmor hun ikke hadde sett tidligere, og som ikke hadde kjennskap til hva som hadde gått galt. Ifølge foretaket, har imidlertid paret også hatt samtale med avdelingssjefen og jordmor. I samtalen fikk de informasjon om at hendelsen var varslet til Statens helsetilsyn, at de kunne klage på behandlingen, samt at de kunne få bistand til å klage. De fikk ikke anledning til å fortelle om sin opplevelse av fødselen.

De fikk også tilbud om direkte kontakt med avdelingen, dersom det var noe de hadde behov for etter utskrivelsen. Det var i dette møtet at det ble avtalt at de kunne få tilbud om oppfølging av psykososialt team. Kvinnen ble imidlertid ikke kontaktet for videre oppfølging fra kvinneklinikken etter to uker, slik avtalen var. Det ble ikke lagt til rette for kontinuitet og god dialog fra virksomheten. Det fremsto som tilfeldig, da den ansvarlige jordmoren ringte opp fra sin private telefon lenge etter hendelsen.

Kvinnen har opplyst at hun hadde kontakt med avdelingssjefen ved kvinneklinikken for å få svar på dødsårsaken. Avdelingssjefen svarte at fødselsforløpet hadde vært helt normalt, dette uten å referere til konkrete detaljerte opplysninger om hendelsesforløpet. Foreldrene lurte på hvorfor de ikke hadde blitt kalt inn til sykehuset for å snakke om fødselsopplevelsen og overvåkingen. Som det fremgår i journalnotatene fra kontakten som har vært, ble det ikke erkjent at det faktisk forelå en alvorlig hendelse som det var grunn til å undersøke nærmere. Dermed ble mulige årsaker til hendelsen ikke identifisert eller formidlet til kvinnen. Statens helsetilsyn bemerker at virksomheten må legge til rette for åpenhet og god dialog, selv om det ikke synes å være nye opplysninger av betydning. Etter en alvorlig hendelse kan det dukke opp nye spørsmål i tiden etter hjemreise. Selv om det ikke er mulig å gi klare svar, er det viktig at foreldrene opplever foretaket som lyttende og imøtekommende.

Konklusjon

Paret fikk noe informasjon etter den alvorlige hendelsen, men de fikk ikke opplysninger som kunne belyse årsaken til at det hendte. Kontinuiteten på oppfølgingen var ikke optimal, noe virksomheten har beklaget. Det var i flere tilfeller tatt kontakt med paret, men det ble ikke gitt tilbakemelding om den interne gjennomgangen etter hendelsen, eller om hvilke tiltak som var iverksatt for å unngå at liknende skal skje igjen. De fikk heller ikke fortelle hvordan de selv hadde oppfattet fødselsforløpet. Dette var utenfor god praksis.

Avviket er imidlertid ikke så stort at det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2, jf. § 3-3.

5.1.4 Var dokumentasjonen i pasientjournalen i tråd med lov og forskrift?

Statens helsetilsyn har vurdert om journalføring ble utført i tråd med kravene i lov og forskrift.

Virksomheten har anført at det ikke er uvanlig at partogrammet skrives i etterkant av en fødsel, selv om observasjonene blir gjort underveis. Dette fordi ivaretagelse av den fødende prioriteres spesielt. Det erkjennes at dokumentasjonen i partogrammet under siste del av fødselen ikke var tilfredsstillende.

God praksis

Pasientjournalen skal føres fortløpende. God dokumentasjon i pasientjournalen har som hovedformål å bidra til forsvarlig helsehjelp fra involvert helsepersonell. Ved fødsler skal de involverte dokumentere alle relevante observasjoner i alle deler av forløpet.

Dokumentasjonen skal i hovedsak skje fortløpende. Det kan også dokumenteres i ettertid, dersom situasjonen tilsier dette. Det kan være beskrivelser eller observasjoner og tiltak som gjøres under en aktiv fase av fødselen. Unntaksvis kan det være behov for dokumentasjon i ettertid også i andre situasjoner, for eksempel ved særlig stor aktivitet.

Tilgang til elektronisk journal på fødestuen vil gjøre det mulig å være til stede hos kvinnen samtidig som dokumentasjon foretas. Hvis det ikke er elektronisk tilgang der, må jordmor nedtegne viktige opplysninger og funn, og legge dette inn i den elektroniske journalen så snart det er mulig.

Vi understreker viktigheten av fortløpende dokumentasjon i journalen, både fordi det dokumenterer hvilken helsehjelp som er gitt, gir fortløpende oversikt av et pasientforløp og

også sikrer at den eller de som overtar ansvaret for videre behandling kan gi forsvarlig helsehjelp. Observasjoner og funn gjennom fødsel bør derfor dokumenteres fortløpende, så langt det lar seg gjøre. Dette fordi visualisering av funnene gjennom et partogram kan bidra til lettere å vurdere om fødselsprosessen er normal, eller eventuelt avviker fra det normale.

Vurdering

Jordmor 1 journalførte alle opplysninger fra fødselsforløpet etter fødselen. Observasjoner, vurderinger og informasjon som var gitt under delen av forløpet som var rolig, ble også ført i ettertid. Fosterlydsregistreringer ble ikke journalført i det hele tatt de siste 19 minuttene av fødselsforløpet, noe som etter vår vurdering er et brudd på journalføringsplikten.

I denne hendelsen ville nedtegninger i et partogram kunne gitt bedre oversikt over den brå endringen som oppsto med manglende fremgang i fødselens andre fase. Dette kunne bidratt til bedre diagnostikk og involvering av mer erfaren jordmor, slik at tiltak ble iverksatt før situasjonen ble alvorlig og livstruende.

Videre vurderer vi at manglende dokumentasjon av innholdet i en utreisesamtale etter et fødselsforløp med et så alvorlig utfall også kan ha komplisert muligheten til å yte helsehjelp i tråd med god praksis i den videre oppfølgingen av kvinnen og hennes mann. Innholdet i samtalen eller plan for den videre oppfølgingen var ikke kjent for øvrige helsepersonell, og det kan ha medvirket til at oppfølgingen etter hendelsen ble mangelfull, se kapittel 5.1.3.

Konklusjon

Statens helsetilsyn vurderer at journalføringsplikten ikke er oppfylt, og at journalen heller ikke oppfyller kravene som er satt til hva en journal skal inneholde. Vi har her særlig vektlagt at samtlige opplysninger om kvinnen og den helsehjelpen som ble gitt underveis i fødselen, ble dokumentert i ettertid. Dersom det er hovedregelen at all dokumentasjon gjøres i ettertid, bør ledelsen se nærmere på rutiner for dokumentasjon ved avdelingen.

Videre ble registreringer av fosterlyden de siste 19 minuttene ikke dokumentert i det hele tatt. Dette var brudd på helsepersonelloven §§ 39 og 40, jf. forskrift om pasientjournal.

5.2 Sikret virksomheten forsvarlig helsehjelp til kvinner i fødsel gjennom tilstrekkelig kompetanse, spesielt ved risikofylte situasjoner?

Statens helsetilsyn har vurdert om helseforetaket hadde sikret tilstrekkelig kompetanse ved fødsel, spesielt i forhold til risikofylte situasjoner.

Virksomheten har kommentert punktet etter at de mottok foreløpig rapport. Det anføres at de ikke har mottatt noen bekymring i forhold til kompetansen til de aktuelle jordmødrene. Det vises til at nyutdannet jordmor med ni måneders erfaring fra universitetsklinikk bør være i stand til å ivareta en normal fødsel hos flergangsfødende. I tillegg er det en erfaren vaktleder som kan konsulteres på alle vaktlag.

God praksis

Ledelsen har det overordnede ansvaret for at helsehjelpen de fødende mottar er forsvarlig. I denne saken er det mest sentrale spørsmålet om virksomheten har lagt til rette for at kompetent personell er til stede og kan håndtere selv de mest risikofylte situasjoner som oppstår under en fødsel.

I henhold til nasjonale føringer som fremgår av veileder IS-1877 «Kvalitetskrav til fødselsomsorgen», fra Helsedirektoratet utgitt i 12/2010, skal helsepersonellet ha ferdigheter innen fosterovervåking og diagnostikk relatert til nivået på fødselshjelpen (om det er ved fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk). Virksomheten skal legge til rette for fortløpende undervisning og praktisk trening. Jordmødre som yter fødselsomsorg ved fødestuer skal ha internundervisning minst en gang hver annen måned. Tema og hvem som har deltatt på undervisningen skal loggføres. De skal delta i ferdighetstrening i akutte prosedyrer minst to ganger årlig, og det skal foreligge en plan for vedlikehold av kompetanse.

Ifølge anbefalingene for kompetansesikring ved kvinneklinikker, skal ledelsen legge til rette for formelle møteplasser med ukentlig internundervisning for leger og jordmødre. Dette bør være obligatorisk. Det bør være kasuistikkgjennomgang etter avvik og kompliserte fødsler felles for både leger og jordmødre. Det skal være obligatorisk praktisk trening og teoretisk gjennomgang av akutte situasjoner som kan oppstå på fødeavdelingen minimum to ganger per år, og oppmøtet skal loggføres. Virksomheten må vurdere om de som ikke har deltatt, skal innkalles.

Det skal være regelmessig undervisning i fosterovervåking og diagnostikk, og kompetansekrav til jordmødre og leger innen tolkning og bruk av ulike metoder for fosterovervåking. Det anbefales opplæringsprogram for nyansatte og vikarer, hospitering for jordmødre og leger og tid til fagutvikling for alt helsepersonell. Kvinneklinikkene bør ha ukentlig fordypningstid skjematisk for overordnede leger og ledende jordmødre, og perinatalkomiteenes arbeid skal følges opp, slik at læring spres.

I tillegg til dette må kompetansesikring også skje gjennom styring av ressurser. God praksis for å sikre nødvendig kompetanse under helsehjelpen, er bevissthet omkring styring av ressurser og identifisering av risikoområder hvor spesiell kompetanse er av særlig betydning for å kunne yte forsvarlig helsehjelp.

Selve utdrivningen av barnet er risikofylt. Påkjenningen for barnet kan være stor i denne fasen, og det er flere ulike observasjoner og tiltak som skal iverksettes samtidig. Ledelsen må sikre at de minst erfarne fødselshjelperne får støtte til å gi forsvarlig helsehjelp, også i krevende og risikofylte situasjoner.

Å legge til rette for systematisk rapportering fra en nyutdannet jordmor til mer erfaren vaktjordmor ved definerte situasjoner, f. eks. ved endringer av fødselsforløp eller ved fødselens overgangsfaser, kan også være et kompetansesikrende tiltak.

Vurdering

Virksomheten har avholdt flere ulike kompetansesikrende tiltak og kurs, og de har tverrfaglige fora for refleksjon og gjennomgang av kasuistikker. Det var imidlertid ingen tiltak som sikret deltakelse på de mange aktivitetene. Siden læringsaktivitetene var på dagtid, kunne det være vanskelig for de som jobbet i nattevaktstillinger å delta på dette, slik tilfellet var for jordmødrene som var involvert i denne hendelsen. Vi fikk opplyst at de to jordmødrene hadde 50 % nattevaktstillinger, og de var ikke STAN-sertifisert. Siden det var kommet signaler om at nytteverdien av STAN var usikker, hadde denne undervisningen opphørt. Vi legger derfor til grunn at CTG-undervisningen foregikk på morgenmøter og previsitter. De jordmødrene som kun gikk nattevakter hadde ikke fått noe tilbud i stedet for dette.

Det er ikke et formelt krav om at det skal være to jordmødre til stede ved alle fødsler, men de nasjonale kvalitetskravene for fødselsomsorgen stiller krav om at virksomheten legger til rette for, og følger med på ferdigheter hos helsepersonell som yter fødselshjelp. Selv om helsepersonellet selv har plikt til å holde seg faglig oppdatert og selv må sørge for å innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og begrensninger, har også ledelsen et ansvar for å unngå at det oppstår risikofylte situasjoner.

En jordmor som har relativt liten erfaring, vil ha mindre mulighet til å kunne gjenkjenne risikofylte situasjoner. Det vil da heller ikke være alle situasjoner hvor en uerfaren jordmor kan gjenkjenne en situasjon som krever at mer erfaren jordmor tilkalles. Det er i slike tilfeller ikke tilstrekkelig å ha en vaktleder som kan bistå ved tilkalling. Virksomheten har det overordnede ansvaret for å sikre at denne risikoen reduseres. Ved fødeavdelingen var det ingen særskilt oppfølging av nyansatte eller uerfarne jordmødre i form av mentor eller kontaktjordmor. Det var heller ingen særskilt styring av mer kompetent jordmor til krevende/risikofylte situasjoner.

Etter Statens helsetilsyns vurdering er selve utdrivningen en risikofylt fase av fødselen. Det er da det er størst fare for asfyksiutvikling. Det er mye å ta stilling til, samtidig som det er praktiske oppgaver som skal utføres i forbindelse med selve mottaket av barnet. Derfor bør en jordmor med mer kompetanse som hovedregel bistå uerfarne jordmødre i denne fasen av fødselen. Veiledning av mer erfaren jordmor i krevende/risikofylte situasjoner vil ikke bare være risikoreducerende der og da, men også gi mulighet for individuell vurdering av kompetanseutviklingen hos den enkelte/uerfarne jordmoren. På denne måten vil det legges til rette for en kompetansesikring i det omfanget og på de områdene det er behov for.

Konklusjon

Statens helsetilsyn finner etter en samlet vurdering at virksomheten ikke hadde lagt godt nok til rette for kompetanseutvikling hos nyutdannede jordmødre, og heller ikke sikret at de ikke ble stående alene i risikofylte situasjoner. Dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. dagjeldende forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

Vi ser det som positivt at virksomheten nå har gjort noen endringer med undervisning og kompetanseheving, også for nattetstillinger. Det er også økt volum på ferdighetstrening.

5.3 Har virksomheten arbeidet tilstrekkelig målrettet med forbedring av pasientsikkerheten etter hendelsen?

Vurderingstemaet er om virksomheten har arbeidet målrettet med forbedring av pasientsikkerheten etter hendelsen. Under dette skal det også vurderes om internkontrollen fungerer, og kvalitetsforbedringsarbeidet blir gjennomført i tråd med krav som fremgår av helselovgivningen.

I kommentar til den foreløpige rapporten har virksomheten uttalt at denne saken har vært gjenstand for diskusjon og gjennomarbeiding i KVAM-møte, fagdager, tverrfaglig møte og i Komplikasjonsmøte. I tillegg har de gjennomført personlige samtaler og debriefinger.

God praksis

Helseforetakene skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Sentralt i dette arbeidet er ledelsens ansvar, og hvordan ledelsen sørger for gode rutiner for gjennomgang av en alvorlig hendelse, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Vi viser også til utdrag fra rundskriv fra HOD I-2/2013.

Årsaker til og konsekvenser av hendelsen skal klargjøres. For uønskede hendelser som kan gjenta seg, skal det iverksettes tiltak for å hindre gjentakelse.

Virksomheten må gå gjennom hendelsen, kartlegge forløpet og foreta en analyse av hva som har skjedd. Dette som ledd i sitt pasientsikkerhetsarbeid og som følge av plikten til internkontroll. Formålet er læring, evaluering, forbedring og iverksetting av rutiner og tiltak for å unngå at noe lignende skal skje på nytt.

Å identifisere mulige sårbare områder etter en alvorlig hendelse forutsetter tydelige føringer og ansvars plasseringer. Dette fordrer også at detaljer om hendelsesforløpet sikres på et tidlig stadium. Vi vet erfaringsmessig at den enkeltes oppfatning om detaljer i hendelsesforløpet vil blekne etter kort tid. Ledelsen må derfor sikre at opplysningene blir nedfelt skriftlig etter samtalene med de involverte. Det kan også være ulike og til dels motstridende opplysninger som fremkommer om hendelsen ved gjennomgangen i ettertid. Det påligger foretaket å avklare de faktiske forhold så godt det lar seg gjøre.

Vurdering

I dette tilfellet vurderte kvinneklinikkens ledelse allerede tidlig etter hendelsen at det var uforståelig at barnet ble født med en så alvorlig asfyksi. Dette til tross for at risikofaktorer hadde tilkommet under fødselen. Det var få vurderinger om mulige forklaringer på den alvorlige hendelsen, og det savnes flere refleksjoner rundt mangelfull lytting den siste del av fødselsforløpet, da barnets hode sto ute. Som en følge av dette ble det ikke identifisert noen områder med risiko for svikt, og det ble heller ikke iverksatt tiltak for å unngå at noe lignende skal skje på nytt. Det var ingen opplysninger av betydning som kunne bringes videre til kvinnen og hennes mann, slik at de kunne få svar på sine spørsmål. Paret ble heller ikke spurt om å gi sin oppfatning av fødselsforløpet, hvilket hadde vært nyttig i forhold til kartlegging av hendelsen.

Det var uheldig at ikke alle jordmødrene som var direkte involvert i hendelsen fikk deltatt i debriefingen.

Statens helsetilsyn fastholder at ledelsen har hatt en avventende holdning. Det ser også ut til at debriefingen som ble gjort ved nyfødt intensiv til en viss grad ble benyttet til analyse og påpeking av mulige årsaker til hendelsen. Debriefing er en organisert gjennomgang med de involverte med sikte på å støtte den enkelte involverte i den traumatiske opplevelsen av hendelsen, og den skal styres av ledelsen. Målsetningen med debriefing er å ta vare på de som er berørt av hendelsen og å forebygge senere utvikling av posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Debriefing er følgelig noe annet, og har et annet formål enn en gjennomgang av alvorlig hendelse med sikte på avklaring av de faktiske forhold og læring.

Det ble ikke iverksatt tiltak for å kartlegge hendelsesforløpet, utover enkeltstående samtaler mellom leder og involvert helsepersonell. Det ble ikke laget referat, eller helhetlig beskrivelse av hendelsesforløpet. Det ble ikke gjort tiltak for å se på mulige årsaker til hendelsen eller stilt spørsmål til det som fremkom om hendelsen. Det kan være vanskelig å få inn fosterlyden når barnet står så langt ute med hodet. Det var likevel aldri spørsmål om pulsslag som ble registrert, kunne ha vært mors pulsslag. Det savnes en bedre kartlegging av detaljer rundt hendelsen, og at dette ble tatt tak i umiddelbart. Her vil vi særlig nevne beskrivelser av

detaljer omkring auskultasjonen, nærmere kartlegging av de ulike tidspunktene for observasjoner og tiltak, særlig i den fasen der minutter kan ha avgjørende betydning for utfallet

Selv om en obduksjonsrapport kan gi noen svar, innebærer ikke dette at en kan legge arbeid med å kartlegge hendelsen grundig helt til side. Jo lengre tid som har gått uten at detaljert informasjon fra de involverte nedfelles, jo vanskeligere blir det å få mest mulig korrekte opplysninger å arbeide ut fra.

I ettertid er hendelsen gjennomgått i komplikasjonsmøte og i KVAM, samt at det har vært møte i Perinaltalkomiteen hvor konklusjonen var at det var en «mulig unngåelig hendelse.»

Konklusjon

Virksomheten kom noe sent i gang med målrettet arbeid for å kartlegge mulige årsaker til hendelsen, og tilnærmingen til hendelsen kunne vært mer grundig. Det var utenfor god praksis at analysearbeidet ikke startet med en gang og avdekket nødvendige detaljer i forløpet, og at paret ikke fikk gi sin fremstilling av hendelsen. Avviket fra god praksis vurderes ikke så stort at det medfører brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

Statens helsetilsyn ønsker en orientering med referat fra Komplikasjonsmøte og møte i Perinaltalkomiteen. I tillegg ønsker vi nærmere belyst hva som var grunnlaget for at hendelsen var å anse som «mulig unngåelig» i konklusjonen fra Perinaltalkomiteen.

6 Statens helsetilsyns konklusjon og oppfølging

Statens helsetilsyn har kommet til at virksomheten ikke har oppfylt kravet i om å yte forsvarlige helsetjenester i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4. Overvåkingen og fødselshjelpen under den aktive fasen av fødselen var uforsvarlig.

Statens helsetilsyn vurderer at journalføringsplikten ikke er oppfylt, og at journalen heller ikke oppfyller kravene til hva en journal skal inneholde. Dette var brudd på helsepersonelloven §§ 39 og 40, jf. forskrift om pasientjournal.

Statens helsetilsyn finner etter en samlet vurdering at virksomheten ikke hadde lagt godt nok til rette for kompetanseutvikling hos nyutdannede jordmødre, og heller ikke sikret at de ikke ble stående alene i en risikofylt situasjon. Dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. dagjeldende forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

For øvrig bemerkes at helsehjelpen som ble gitt ved oppstart av fødselen var utenfor god praksis. Det burde vært gjort en revurdering av seleksjonen som allerede var foretatt. Dette avviket fra god praksis er ikke så stort at det anses som uforsvarlig.

Informasjon som ble gitt og oppfølging av paret manglet kontinuitet i tiden etter utskrivelsen. Dette var utenfor god praksis, men avviket anses ikke som så alvorlig at det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2.

Vi bemerker også at arbeidet med læring og forbedring etter hendelsen var utenfor god praksis, men avviket anses ikke så alvorlig at det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

6.1 Statens helsetilsyns forventninger og frist for tilbakemelding

Statens helsetilsyn ber om

- at dette brevet blir gjort kjent for alle de involverte.
- at de ansvarlige for virksomheten går gjennom saken for å se på hvordan de kan forebygge at lignende hendelser skjer igjen, og informerer foreldrepåret om dette.
- å bli orientert om behandlingen hendelsen har hatt i Komplikasjonsmøte og møte i Perinataalkomiteen. Vi ønsker kopi av referater fra de aktuelle møtene og ønsker nærmere belyst hva som var grunnlaget for at hendelsen var å anse som «mulig unngåelig» i konklusjonen fra Perinataalkomiteen.
- at vi holdes orientert dersom foretaket finner grunn til å se nærmere på helsehjelpen barnet fikk etter fødselen.
- at dere også sender Fylkesmannen i Troms en kopi.

Vi ber om en tilbakemelding på den endelige rapporten innen 1. oktober 2017. Dersom virksomheten ønsker et møte med oss for en gjennomgang av den endelige rapporten, ta kontakt med en av saksbehandlerne.

7 Vedlegg

- Oversikt over deltakere fra Statens helsetilsyn ved det stedlige tilsynet.
- Deltakere på stedlig tilsyn fra UNN.
- Regelverk med utdrag fra helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven, helsetilsynsloven, forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten og rundskriv fra HOD I-2/2013 «Lederansvaret i sykehus», pasient- og brukerrettighetsloven.