



Planlagt hjemmefødsel og forsvarlig helsehjelp

HELSE OG JUS

LARS T. JOHANSEN

E-post: ltj@helsetilsynet.no

Lars T. Johansen (f. 1958) er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og seniorrådgiver ved Avdeling for spesialisthelsetjenester, Statens helsetilsyn.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JUNE BEATHE HØGSVE IVERSEN

June Beathe Høgsve Iversen (f. 1967) er jurist og seniorrådgiver i Avdeling for spesialisthelsetjenester, Statens helsetilsyn.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

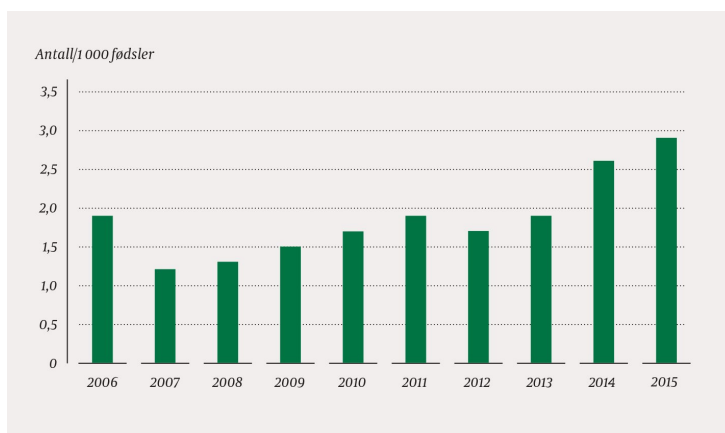
LISE BROEN

Lise Broen (f. 1955) er jordmor og seniorrådgiver ved Undersøkelsenheten, Statens helsetilsyn.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Helsetilsynet har i tilsynssaker som gjelder hjemmefødsler sett at jordmødre har sviktet i den helsehjelpen de ga før, under og etter fødsel. Samhandlingen mellom ansvarlig jordmor ved hjemmefødsel og fødselshjelpere i sykehus har heller ikke vært god nok.

Antall planlagte hjemmefødsler er økende i Norge (1) (fig 1). Studier fra andre land har vist økt perinatal mortalitet ved planlagte hjemmefødsler (2, 3), og det er derfor blitt stilt spørsmål ved om det er trygt å føde hjemme. Resultatene fra studiene kan ikke uten videre overføres til norske forhold fordi organiseringen av hjemmefødsler er forskjellig, som omtalt i Tidsskriftet nr. 12/2016 (4). I Norge er det utarbeidet retningslinjer for hvem som kan støttes i sitt valg om å føde hjemme, og i hvilke situasjoner den fødende eller det nyfødte barnet skal overflyttes til sykehus (5). Retningslinjene skal bidra til utvikling og praktisering av betryggende seleksjons- og overføringsrutiner ved planlagte hjemmefødsler.



Figur 1 Antall planlagte hjemmefødsler per 1 000 fødsler i Norge 2006-15. Tall fra Medisinsk fødselsregister (1)

Mange gravide har et ønske om hvor og hvordan fødselen skal foregå. Noen kvinner ønsker hjemmefødsel fordi samme jordmor kan følge opp både i svangerskap og i fødsel. Fødsel i hjemmet, der bare familie og jordmor er til stede, vil for noen kvinner oppleves som trygt. Andre velger hjemmefødsel fordi de tidligere har hatt dårlig erfaring med fødsel i sykehus. De kvinnene som planlegger hjemmefødsel, har ofte et ønske om naturlig fødsel, uten bruk av tekniske hjelpemidler eller medikamenter (6).

Kvinner som ønsker hjemmefødsel anbefales å inngå skriftlig avtale med privatpraktiserende jordmor, som skal bistå ved fødsel. Avtalen bør omtale forhold som partene har fri rådighet over, i tillegg til hvilke lovpålagte plikter som gjelder. I denne sammenhengen bør det også vises til hvilke rettigheter den fødende og hennes barn har.

Statens helsetilsyn har de siste par årene hatt fire tilsynssaker som omhandler seks forskjellige fødselsforløp. Noen tilsynssaker ble opprettet som følge av klage fra de som fødte, andre på bakgrunn av bekymringsmeldinger fra helsepersonell. Hendelsene har fellestrekk som vi her vil belyse.

Informasjon

Det fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 at “helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykke skal være gyldig, må pasienten ha fått informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen”.

Videre fremgår av samme lov § 3-2 at “pasienten har rett på informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger”. Denne retten speiles av helsepersonellens plikt til å gi informasjon i helsepersonelloven § 10.

Lavrisikofødende har flere alternativer for valg av fødested. De kan føde ved en ordinær fødeavdeling, på en lavrisikoenhet i fødeinstitusjonen eller hjemme. Kvinnen har derfor behov for å få informasjon om hva de forskjellige alternativene innebærer, før hun kan ta et endelig valg. Informasjonen må gis av jordmor som har nødvendig kunnskap og erfaring, samtidig som den skal være objektiv og ikke preget av jordmors personlige overbevisning. Kvinnen har rett til å få informasjon om mulighetene som ligger i en hjemmefødsel, men også hvilke begrensninger som ligger i overvåkings- og behandlingsmuligheter. Under fødsel må det gis fortløpende informasjon, særlig når noe avviker fra det normale. Det er først når kvinnen har fått nødvendig informasjon at hun kan ta et valg om videre behandling. Forutsetningen for å fortsette fødselen i hjemmet er at kravet om forsvarlig helsehjelp blir oppfylt. Det er jordmors ansvar å sørge for at helsehjelpen er forsvarlig under hele fødselsforløpet.

Flere tilsynssaker har vist at informasjonen som ble gitt før, under og etter en hjemmefødsel, har vært mangelfull og derved utilstrekkelig for å kunne foreta et informert

valg. Det ble ikke alltid gitt adekvat informasjon om det samlede føde- og barseltilbudet som var tilgjengelig for kvinnen. Under fødsel har informasjonen ofte vært mangelfull om funn og anbefalinger når fødselen avvek fra det normale. Tilsynssakene har vist at ansvarlig jordmor ved flere anledninger har gitt selektiv informasjon, hvilket ikke er i henhold til helsepersonellovens krav til å informere pasienten, slik at pasienten blir i stand til å ta egne valg om det videre forløpet.

Seleksjon før og under fødsel

Helsedirektoratet har utarbeidet retningslinjer for hvilke fødende som kan føde hvor, herunder hvem som kan anbefales hjemmefødsel (5, 7). Anbefalinger gitt i nasjonale faglige retningslinjer er ikke rettslig bindende, men normerende og retningsgivende ved å peke på ønskede og anbefalte handlingsvalg. Retningslinjene danner dermed utgangspunktet for den konkrete vurderingen av om helsehjelpen er forsvarlig. I den nasjonale retningslinjen for hjemmefødsel nevnes konkrete medisinske tilstander eller komplikasjoner som kan oppstå i svangerskap eller fødsel, og som gir grunnlag for å velge et høyere fødenivå. Forutsetningen for å gjennomføre hjemmefødsel er at kvinnen er frisk og ikke har hatt komplikasjoner av betydning i tidligere eller nåværende svangerskap. I tillegg må det aktuelle fødselsforløpet være normalt.

Våre tilsynssaker fra hjemmefødsel har vist at jordmor ikke alltid i tilstrekkelig grad har orientert seg om tidligere kompliserte fødselsforløp eller andre risikofaktorer, før hun støttet kvinnen i hennes ønske om hjemmefødsel. Videre har ikke ansvarlig jordmor alltid identifisert eller tatt konsekvensen av risikofaktorer som har oppstått under hjemmefødsel, og som har gitt grunnlag for overflytting til sykehus. Det er jordmors ansvar å gjøre nødvendige tiltak når risikofaktorene foreligger og ikke vente til situasjonen blir kritisk for mor eller barn. Vi har i flere av våre tilsynssaker vurdert at det har forekommet klare avvik fra god praksis både i den seleksjonen som ble gjort før fødsel, men også underveis i fødselsforløpet. Avvikene fra god praksis har vært av en slik grad at vi har vurdert helsehjelpen som uforsvarlig.

Samhandling og overflytting til sykehus

Det fremgår av helsepersonelloven § 4 at “helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og innhente bistand eller henvise pasienten videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje i samarbeid og samhandling med annet kvalifisert helsepersonell”.

Dette gjelder også for jordmor som bistår ved hjemmefødsel. Jordmor kan ta ansvar for overvåking og behandling av kvinner som har ukompliserte fødselsforløp. Hvis det oppstår avvikende fødselsforløp eller det er tvil om dette, må jordmor sørge for overflytting til sykehus eller konferere med fødselslege om overflytting er nødvendig. Det er derfor særlig viktig at jordmødre som bistår ved hjemmefødsler, praktiserer betryggende seleksjons- og overføringsrutiner, har etablert kontakt med lege og sykehus som kan gi nødvendig bistand i uventede og kritiske situasjoner, og har rutiner for overføring til sykehus. Tilsynssakene har vist at avvikende fødselsforløp har kunnet pågå over lang tid uten at jordmor konfererte med fødselslege eller sørget for overflytting i tide.

Uttalelser fra jordmødre som tilbyr hjemmefødsler og fødselshjelpere i sykehus, viser at det er utfordringer knyttet til samarbeidet mellom yrkesgruppene. Det kan være basale ulikheter i synet på hvordan fødende skal håndteres, men også en manglende forståelse eller respekt for hva de enkelte kan tilby av tjenester. Konsekvensene av manglende samhandling kan bli, slik vi har sett i tilsynssakene, at kvinnen og barnet ikke får nødvendig og forsvarlig helsehjelp.

Retten til medbestemmelse og kravet om forsvarlighet

Det fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 at “pasienten har rett til å medvirke

ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder”. Denne bestemmelsen er også gjeldende for dem som ønsker hjemmefødsel. Å velge en hjemmefødsel ligger innenfor en kvinnes frie valg. Kvinnen kan også nekte å ta imot tilbud om helsehjelp.

I flere av tilsynssakene har ansvarlig jordmor opplyst at kvinnen hadde et sterkt ønske om hjemmefødsel og at det ble lagt avgjørende vekt på dette i vurderingen av om kvinnen skulle støttes i hennes valg om å føde hjemme. Dette gjelder også underveis i fødsel. Ansvarlig jordmor utfordres da på valget mellom å rette seg etter kvinnens ønske eller å la de medisinskfaglige vurderingene være styrende for om kvinnen skal støttes i valget om å føde hjemme. Dersom det oppstår et avvikende fødselsforløp, kan det også være vanskelig å vurdere når grensen er overskredet og fødselshåndteringen blir uforsvarlig. Flere faktorer må i så henseende tas med i vurderingen. Generelt må det være lav terskel for overflytting til sykehus hvis det foreligger økt risiko under en hjemmefødsel. Pasientens sterke ønske om hjemmefødsel må ikke resultere i at ansvarlig jordmor velger en høyere terskel for overflytting. I så fall vil helsehjelpen være uforsvarlig. I en slik situasjon er det jordmors ansvar å være tydelig på når hjemmefødsel må frarådes, og å gi kvinnen den informasjon som er nødvendig for at hun skal forstå risikoen som ligger i å velge bort mer spesialisert fødselshjelp. Tilsynssakene har vist at jordmor ikke alltid gir god nok informasjon og heller ikke er tydelige i sine anbefalinger når det ikke lenger er tilrådelig å fortsette fødselen i hjemmet.

Journalføring

Det fremgår av helsepersonelloven §§ 39 og 40 at “den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere relevante og nødvendige opplysninger i en journal for den enkelte pasient”.

I henhold til Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten § 3, gjeldende fra 1. september 2015, skal helseopplysninger lagres elektronisk. Det betyr at opplysninger som blir skrevet i en papirjournal, skal overføres til en elektronisk journal så snart det lar seg gjøre.

Ifølge nasjonale retningslinjer skal fødselsforløpet dokumenteres i et partogram (5, 8). Det anbefales å bruke varsellinjer og tiltakslinjer i partogrammet, da det vil underlette vurderingen av langsom fremgang i fødsel.

Helsetilsynet har sett at nødvendige opplysninger ikke alltid blir journalført under planleggingen og gjennomføringen av hjemmefødsel. Ansvarlige jordmødre har ikke sørget for å dokumentere hvilken utredning som ble gjort i forkant av fødsel. I flere tilfeller er det i liten grad blitt dokumentert hvilken informasjon pasienten har fått, selv om slike opplysninger var av vesentlig betydning for kvinnens valg av fødested.

Dokumentasjonen under fødsel har også vist seg å være mangelfull. Tilsynssakene har vist at jordmødrene ikke alltid har brukt partogrammet slik det er anbefalt ifølge norske retningslinjer. Jordmor har ikke alltid journalført undersøkelsene hun har gjort, og heller ikke hvilken informasjon hun har gitt underveis i fødsel. Dokumentasjonen av fostrets trivsel (fosterlyd/bevegelser) har også manglet i perioder av fødselsforløpet, hvilket tyder på mangelfull fosterovervåking.

Mangelfull dokumentasjon kan gjøre det vanskelig for andre å vurdere den helsehjelpen som ble gitt. Helsepersonell som etter overflytting til sykehus skal overta ansvaret for pasienten, er helt avhengig av gode journalnotater. Det gjelder særlig i de tilfellene hvor det inntreffer komplikasjoner. Gode journalnotater som beskriver hva som har skjedd, når det inntraff, hvilke tiltak som ble iverksatt, og hvilken informasjon som ble gitt, er avgjørende for at pasienten skal få forsvarlig behandling.

Endelig vil vi også nevne at god journalføring er viktig når tilsynsmyndighetene i etterkant skal gjennomgå en hendelse og vurdere om det ble gitt forsvarlig helsehjelp.

LITTERATUR:

1. Medisinsk fødselsregister (MFR). <http://statistikk.fhi.no/mfr/> (25.1.2017).
2. Wax JR, Lucas FL, Lamont M. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203: 243.e1 - 8.
3. Snowden JM, Tilden EL, Snyder J. Planned out-of-hospital birth and birth outcomes. *N Engl J Med* 2015; 373: 2642 - 53.
4. Blix E. Re: Er det trygt å føde hjemme? *Tidsskr Nor Legeforen* 2016; 136: 1062.
5. Helsedirektoratet. Retningslinjer for hjemmefødsel. Svangerskap, fødsel og barseltid i trygge hender. Oslo: Helsedirektoratet, 2012.
6. Declercq E, Stotland NE. Planned home birth. *Up to data*; 2011, https://www.uptodate.com/contents/planned-home-birth?source=search_result&search-planned%20home%20birth&selectedTitle=1~150 (25.1.2017).
7. Helsedirektoratet. Et trygt fødetilbud – Kvalitetskrav i fødselsomsorgen. Oslo: Helsedirektoratet, 2011.
8. Veileder i fødselshjelp. Norsk gynekologisk forening, 2014. <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodsels-hjelp-2014/Stimulering-av-rier/> (25.1.2017).

Publisert: 26. juni 2017. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0119

Mottatt 1.2.2017, godkjent 24.4.2017.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no