

Uheldige hendelser på fødeavdelinger

Sammendrag

Bakgrunn. Vi ønsket å undersøke om det forelå spesifikke forhold ved helsehjelpen som ble gitt forut for uheldige hendelser i fødeavdelinger, og om årsaksfaktorene lot seg gruppere i generelle kategorier.

Materiale og metode. Data omfatter 47 tilsynssaker innenfor området svangerskapsomsorg og fødselshjelp som ble behandlet i Statens helsetilsyn (n = 32) og Helsetilsynet i tre fylker (n = 15) i tidsrommet 2003–06.

Resultater. Flere forhold lå til grunn for uheldige hendelser, og disse lot seg gruppere i fire hovedkategorier: kommunikasjons- og samarbeidssvikt, uklare ansvarsforhold, kompetansesvikt og svikt i organisering av virksomheten. I om lag to tredeler av sakene kunne årsakene spores tilbake til svikt i organisering av virksomheten og uklare ansvarsforhold.

Fortolkning. Uheldige hendelser ved fødeenheter skyldes ofte forhold som enkeltpersoner hadde lite kontroll over. Modellen med fire hovedkategorier av årsaker kan være nyttig i fødeavdelingens interne forbedringsarbeid.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 2650

Bente Kristin Johansen*

bente.kristin.johansen@kunnskapssenteret.no
Helsetilsynet i Oslo og Akershus
Postboks 8111 Dep
0032 Oslo

Brynhild Braut

Statens helsetilsyn

Petter Schou

Helsetilsynet i Oslo og Akershus

* Nåværende adresse:

Nasjonal enhet for pasientsikkerhet
Kunnskapssenteret

Stortinget har bestemt at fødselshjelpen i Norge skal være desentralisert og differensiert (1). Det er vanskelig å finne gode og utfyllende definisjoner for disse begrepene. Desentralisering kan betraktes som en følge av politiske føringer, og den praktiske konsekvensen innebærer nivådeling av fødeinstitusjonene i kvinneklinikker, fødeavdelinger og fødestuer. Differensiert fødselsomsorg brukes ikke bare i tilknytning til seleksjon av fødende til ulike fødeenheter, men også fordi man tilstreber kontinuitet, tilstedeværelse og unødig intervensjon under fødselsforløpet (2).

Utviklingen mot et desentralisert og differensiert fødetilbud i Norge har vært preget av diskusjon på mange nivåer: faglige, ideologiske, politiske, organisatoriske og økonomiske, og ofte blandes begrepene desentralisert og differensiert. Det gjør debatten unødig komplisert. Noen har beskrevet utviklingen som et paradigmeskifte i synet på normale fødsler (2), mens andre stiller spørsmål ved disse endringene og hevder at det ikke er grunnlag for å påstå at sentralisering har gitt uheldige utfall (3).

I 2004 gjennomførte Statens helsetilsyn et landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner (4). På flere områder knyttet til overvåking av den fødende, avdekket tilsynet uklare retningslinjer og kommunikasjonssvikt mellom lege og jordmor. Ved noen institusjoner påpekte man uavklarte ansvarsforhold på ulike nivåer med uklare styringslinjer mellom jordmødre og leger.

I perioden 1993–2000 avgjorde Statens helsetilsyn 70 saker som gjaldt klage knyttet til svangerskap og fødsel (5). I 18 saker ble det fremmet kritikk mot sykehuset pga. mangelfulle rutiner.

I USA utførte White og medarbeidere en retrospektiv analyse av 90 saker som omhandlet utilstrekkelig håndtering av ulike risikosituasjoner innenfor gynekologi og ob-

stetrikk (6). De fant at de fleste hendelsene var forårsaket av mer enn én faktor. Faktorene lot seg innordne i generelle kategorier: kommunikasjonsproblemer (31%), klinisk kompetanse (31%), diagnostiske forhold (18%), pasientatferd (14%), dokumentasjonssvikt (9%) og systemfeil (9%).

Med støtte i erfaringene fra landsomfattende tilsyn og resultatene fra gjennomgang av fødesakene i Helsetilsynet og i litteraturen, ønsket vi å undersøke om det finnes spesifikke forhold eller årsaksfaktorer som karakteriserer helsehjelpen som ble gitt forut for uheldige hendelser knyttet til svangerskap og fødsler, og om årsaksfaktorene kan grupperes i generelle kategorier. Med uheldig hendelse forstås et utilsiktet og uønsket resultat. Formålet var å oppsummere erfaringene og å skissere en enkel modell som fødeavdelingene kan bruke som supplement til egne resultatdata i arbeidet med intern systematisk evaluering og forbedring.

Materiale og metode

Helsetilsynet skal føre tilsyn med helsepersonell og helsetjenesten, herunder behandle tilsynssaker på bakgrunn av uheldige hendelser. Sakene behandles først i helsetilsynet i fylkene som hvert år avslutter i underkant av 2 000 tilsynssaker (7). I om lag halvparten av sakene stilles det spørsmål ved om helsehjelpen er faglig forsvarlig. Der helsehjelpen vurderes å være uforsvarlig, avsluttes saken enten med å konstatere dette eller saken oversendes til Statens helsetilsyn for vurdering av formelle reaksjoner. Statens helsetilsyn behandler således de alvorligste sakene. I 2006 behandlet de i alt 252 tilsynssaker.

I perioden 2003–06 vurderte helsetilsynet i fylkene til sammen 274 saker innen fagområdet fødselshjelp og kvinnesykdommer,

Hovedbudskap

- Årsakene til uheldige hendelser ved fødeenheter kan grupperes i fire kategorier
- En gjennomgang av tilsynssaker avdekket at minst to tredeler av uheldige hendelser skyldes svikt i organisering av virksomheten og uklare ansvarsforhold
- Tilsynssaker kan brukes i fødeinstitusjoners interne forbedringsarbeid

og Statens helsetilsyn behandlet 33 saker knyttet til svangerskap og fødsel. Vi gjenomgikk 32 av sakene. Én sak manglet vesentlige opplysninger og ble ekskludert. Dessuten foretok vi en seleksjon av alle avsluttede saker innen samme fagområde og samme periode i tre fylker, Oslo, Akershus og Hordaland. Resultatet ble 15 saker knyttet til svangerskap og fødsler i de nevnte fylkene. Totalt analyserte vi 47 saker.

Sakene ble vurdert med henblikk på bakgrunn, saksforhold, vurderingstema, utfall og konklusjoner. De ble analysert med tanke på om det forelå spesifikke forhold eller faktorer som karakteriserte helsehjelpen som ble gitt, og om faktorene lot seg gruppere i generelle kategorier.

Resultater

Vi fant flere forhold som lå til grunn for uheldige hendelser som ble behandlet av tilsynsmyndighetene. De lot seg gruppere i fire hovedkategorier: svikt i kommunikasjon og samarbeid, uklare ansvarsforhold, kompetansesvikt og svikt i organisering av virksomheten.

I over to tredeler av sakene (34 saker) var bakgrunnen for den uheldige hendelsen sammensatt av faktorer som hørte hjemme i to ($n = 16$), tre ($n = 16$) eller alle ($n = 2$) kategoriene. Årsaken til de fleste uheldige hendelser besto således av mange faktorer som hører hjemme i flere kategorier, og summen av årsaksfaktorer overskrider derfor antall saker. Vi identifiserte til sammen 98 ulike faktorer som lå til grunn for 47 uheldige hendelser. Noen av faktorene er oppsummert i ramme 1–4, som ikke representerer en fullstendig liste, men som gjengir hovedgruppene.

Svikt i kommunikasjon og samarbeid

Kommunikasjonen og samarbeidet sviktet i 29 saker under fødselshjelp og oppsto på flere nivåer: Mellom lege og jordmor, mellom leger, mellom jordmødre og mellom helsepersonell og pasient. De aller fleste hendelser (15 saker) var forårsaket av at jordmor og lege ikke kommuniserte tilfredsstillende. Med kommunikasjonssvikt mellom lege og jordmor menes for eksempel at det fra legens side ble gitt uklare beskjeder eller gjort utydelige avtaler med jordmor om videre oppfølging. Eksempler på kommunikasjonssvikt er gjengitt i ramme 1.

I ti saker var kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient klagetema og mulig medvirkende årsak til de uheldige hendelsene. Det kunne for eksempel dreie seg om at pasienten ikke ble informert om hva som lå til grunn for beslutning om hastekeisersnitt.

I fire saker fant vi at kommunikasjonen mellom jordmødre sviktet. Det handlet eksempelvis om uklar ansvarsdeling mellom jordmor som håndterte fødselen og jordmor med koordineringsansvar (også kalt «hovedvakt», «stjernejordmor», «ansvarshavende jordmor»). Som eksempel på kommunika-

sjons- og samarbeidssvikt mellom legene kan nevnes at forvakt ikke informerte bakvakt om patologiske hendelser.

De fleste uheldige hendelser var sjelden forårsaket av kommunikasjons- og samarbeidssvikt alene. Vi kunne slå fast at uklare ansvarsforhold (ni saker), kompetansesvikt (15 saker) og svikt i organisering av virksomheten (17 saker) var medvirkende årsaker.

Uklare ansvarsforhold

Vi konstaterte at ansvarsforholdene ikke var tydelig definert i 11 tilsynssaker, noe som i vesentlig grad bidro til det uheldige resultatet. Utydelig ansvarsdeling mellom jordmor og lege forekom i sju saker, mellom jordmødre i tre saker og mellom leger i én sak. Det kunne for eksempel være uklart om og når lege hadde overtatt ansvar for overvåkingen av fødselen. Flere eksempler er nevnt i ramme 2.

I samtlige tilsynssaker i denne kategorien fant vi at hendelsene hadde medvirkende årsaksfaktorer fra én eller flere av de nevnte kategoriene: svikt i kompetanse, som for eksempel mangelfull tolking av fosterregistrering, organisering av virksomheten, som for eksempel medikamentrutiner ved barselavdeling, og kommunikasjonssvikt, som for eksempel ufullstendig videreformidling av nye funn.

Kompetansesvikt

Utilstrekkelig faglig kompetanse hos lege eller jordmor var medvirkende faktor for uforsvarlig helsehjelp i til sammen 29 saker; 12 pekte tilbake på jordmor og 16 tilbake på lege. I to tilsynssaker sviktet kompetansen både hos jordmor og lege eller hos begge legene som var på vakt. Eksempler på kompetansesvikt er beskrevet i ramme 3.

Kompetansesvikt hos lege eller jordmor var sjelden enkeltstående årsaksfaktor for en uheldig hendelse. I 17 av sakene som handlet om kompetansesvikt, avdekket vi at utilstrekkelig organisering av virksomheten var medvirkende faktor. Det handlet for eksempel om at det ikke var etablert rutiner for når jordmor skulle tilkalle lege ved avvikende fosterregistrering eller ufullstendig veiledning og oppfølging av vikarer. I 15 saker i denne gruppen sviktet i tillegg kommunikasjonen mellom helsepersonellet, og i fire saker konstaterte vi samtidig uklare ansvarsforhold.

Svikt i organisering av virksomheten

Vi fant at svikt i organisering av virksomheten var delårsak i 29 hendelser. Med svikt i organisering menes for eksempel ufullstendig opplæring av ansatte i nødprosedyrer eller sviktende system for kontroll av teknisk utstyr. Flere eksempler er nevnt i ramme 4.

Også for hendelsene som falt inn under denne kategorien, konstaterte vi sammenfallende årsaksfaktorer fra de tre andre kategoriene. Kommunikasjon og samarbeid sviktet

Ramme 1

Svikt i kommunikasjon og samarbeid

- Lege gir ikke klar beskjed om hva som skal være videre oppfølging ved risikofødsel.
- Utydelig avtale mellom lege og bakvakt om hvem som tar videre ansvar for komplisert fødsel.
- Jordmor tilkaller ikke lege ved stagnasjon i forløpet og avvikende fosterovervåking.
- Kommunikasjonssvikt mellom lege og bakvakt og mellom jordmor og lege om oppfølging av pasient ved samtidig hetskonflikt.
- Mangelfull informasjon til pasienten etter kirurgisk komplikasjon.

Ramme 2

Uklare ansvarsforhold

- Avvikende fosterovervåking. Uklart om lege eller jordmor har ansvar for videre oppfølging.
- Samtidighetskonflikt. Hadde jordmor eller «koordinerende jordmor» ansvar for oppfølging av risikofødsel?
- Stormrier. Uavklart om fordeling av ansvar mellom jordmor og ansvarshavende jordmor.
- Jordmor tok ansvar for komplisert fødsel i strid med retningslinjer og overflyttet ikke pasienten fra alternativ fødeenhet (ABC-enhet) til ordinær fødeavdeling.

i 17 saker og helsepersonellens kompetanse strakk ikke til i 17 hendelser. Vi observerte samtidig forekomst av uklar ansvarsdeling i til sammen ni saker.

Diskusjon

Metoden

Undersøkelsen tok utgangspunkt i uheldige hendelser som ble rapportert eller påklaget til tilsynsmyndighetene, og som avstedkom etablering av tilsynssak. Vi kjenner til at det foreligger betydelig underrapportering av uheldige hendelser. Litteraturen viser at forsøk på å estimere underrapportering, gir store variasjoner (8–10). Vi vet dessuten lite om omfang, bakgrunn og alvorlighetsgrad av saker som ikke rapporteres, eller som behandles internt i fødeinstitusjonene og i kvalitetsutvalgene ved sykehusene. Det er derfor ikke mulig å fastslå at sakene som ble analysert i denne studien, er representative for alle uheldige hendelser ved fødeenhetene. Det forutsetter en større undersøkelse

Ramme 3

Kompetansesvikt

- Lege og jordmor med manglende kunnskap og innsikt og/eller feiltolkning av fosterovervåking.
- Lege manglet kunnskap om setefødsler og manglet innsikt i nasjonale og lokale retningslinjer for setefødsel.
- Jordmor erkjente og aksjonerte ikke ved stormrier og avvikende fosterovervåking.
- Lege manglet ultralydkompetanse for svangerskapskontroller.
- Jordmor lyttet ikke på fosterlyd ved blodig vannavgang.
- Lege overså patologisk fosterovervåking og bradykardi ved setefødsel som endte med fosterdød.

Ramme 4

Svikt i organisering av virksomheten

- Manglende opplæring i fosterovervåking.
- Uklare rutiner for tilkalling av sekundærvakt ved komplisert fødsel eller samtidighetskonflikter.
- Ufullstendig opplæring, supervisjon og veiledning av vikarlege.
- Uklare retningslinjer for overflytting fra ABC-enhet til fødestue.
- Mangelfull og tvetydig instruks for ansvarsområdet til jordmor med «ansvarsvakt/koordineringsvakt».
- Ufullstendige kommunikasjonsrutiner ved overflytting av pasient fra postoperativ enhet til barselenhet.

som inkluderer kontrollgrupper av et tilfeldig utvalg pasientjournaler ved fødeavdelingene og/eller en gjennomgang av sakene som er behandlet internt i kvalitetsutvalgene ved sykehusene. Det er likevel grunnlag for å hevde at sakene som blir behandlet av tilsynsmyndighetene, og som vi har analysert i denne studien, gir et reelt, om enn fortettet, bilde av virkeligheten, ettersom samme årsaksfaktorer gikk igjen i ulike tilsynssaker og fordi våre resultater er sammenliknbare med norske (5) og internasjonale funn (6).

Inndeling i kategorier kan diskuteres. Tilsvarende undersøkelser konkluderer med annen nomenklatur, noe som gjør sammenlikning vanskelig, men det finnes også tydelige likhetstrekk. White og medarbeidere fremhever kommunikasjonsproblemer og mangelfull klinisk kompetanse som viktigste medvirkende faktorer til avvikende hen-

delser i nesten to tredeler av de sakene de analyserte (6). Kravitz og medarbeidere konkluderte med at systemfaktorer spiller en avgjørende rolle ved feil innenfor fagfeltet kirurgi (11). Vi har valgt en inndeling som fremstår som en syntese av kategoriene i disse to undersøkelsene (kommunikasjon, kompetanse og organisatoriske forhold), kategorier som ut fra vår erfaring reflekterer sentrale og relevante årsaksfaktorer i tilsynsakene og som kan benyttes i fødeavdelingenes praktiske forbedringsarbeid. I tillegg har vi funnet det hensiktsmessig å legge til «uklare ansvarsforhold» som selvstendig kategori.

Resultatene

Undersøkelsen viser at uheldige hendelser har sammensatte årsaker og ofte skyldes forhold som den enkelte helsearbeider ikke har kontroll over. Kun 12 hendelser var dominert av én årsaksfaktor, og fem av disse skyldtes kompetansesvikt hos helsepersonell uten andre medvirkende faktorer. I disse sakene dreide det seg om bekymringsfull mangel på kompetanse i utførelsen av prosedyrer, fundamental svikt i forståelse og tolking av risikosignaler eller manglende faglig innsikt i administrering av medikamenter.

Det kan selvsagt diskuteres om ikke svikt i kompetanse også skyldes svikt i organiseringen av virksomheten. Ved et blick på de øvrige sakene som involverer kompetansesvikt, fant vi at rutinesvikt, utydelige ansvarsforhold og ufullstendig kommunikasjon også spilte en vesentlig rolle. Med gode systemer for supervisjon og veiledning, opplæring og oppfølging av ansatte og nyansatte, ville kompetansesvikt høyst sannsynligvis vært avslørt. Det dreier seg imidlertid om et felt der virksomhetens plikt til å etablere gode rutiner, oppdaterte prosedyrer og ansvarlig kommunikasjon må avgrenses mot den enkeltes plikt til å opptrø i henhold til helsepersonellovens krav.

Videre kan det drøftes hvorvidt kategorien «uklare ansvarsforhold» og «svikt i organisering av virksomheten» er atskilte enheter. Det er opplagt at uklare ansvarslinjer må klarlegges og håndteres ved organisatoriske grep. Vi fant det likevel riktig å skille ut «uklare ansvarsforhold» som selvstendig kategori. Utydelige ansvarslinjer kan få dramatiske konsekvenser når det oppstår akutte hendelser som krever raske beslutninger – forhold som ikke er ukjente på en fødeavdeling. Avklaring av ansvarslinjene i disse situasjonene handler ikke bare om hvordan ansvarsforholdene er strukturert og organisert på avdelingen, men også om helsepersonellens evne til å forutse de enkelte situasjonene før de oppstår og definere ansvarsområdene i tråd med hva situasjonen krever. Vi anser det derfor som formålstjenlig at disse hendelsene blir trukket frem og analysert som en særskilt kategori.

Dersom man slår sammen de to sist nevnte kategoriene, ville antall saker som kan

sies å skyldes organisatorisk svik og uklare ansvarsforhold, til sammen utgjøre to tredeler av tilsynssakene.

Det er åpenbart at kategoriene flyter over i hverandre, og inndelingen kan virke konstruert og begrensende. Modellen gir imidlertid en god oversikt over hva som hyppigst foranlediger uheldige hendelser på en fødeavdeling og som blir behandlet i tilsynsapparatet. Vi mener derfor at den kan ha pedagogisk og praktisk betydning. Det vil være uheldig om alle hendelser ender opp med én forklaringsvariabel og havner i sekken merket «svikt i organisering av virksomheten». Anvendt med forsiktighet med tanke på de begrensninger som alltid foreligger når enkelte skisser skal beskrive kompliserte hendelser, mener vi at modellen som her er beskrevet kan være et nyttig verktøy i forbedringsarbeidet.

Konklusjon

Gjennomgangen viser at minst to tredeler av årsakene til uheldige hendelser innen fødselshjelp kan spores tilbake til svikt i organisering av virksomheten og uklare ansvarsforhold. Årsaksfaktorene kan grupperes i fire hovedkategorier: svikt i kommunikasjon og samarbeid, uklare ansvarsforhold, kompetansesvikt og svikt i organisering av virksomheten.

Kategoriene overlapper hverandre, men vi mener likevel at de gjenspeiler hovedårsakene til uheldige hendelser ved fødeavdelingene, og at modellen kan benyttes som supplerende verktøy i fødeinstitusjonenes interne forbedringsarbeid.

Litteratur

1. Innst. S. nr. 300 (2000–2001). Innstilling fra sosialkomiteen om akuttmedisinsk beredskap.
2. Backe B, Øian P, Nilsen ST et al. Desentralisert og differensiert fødselshjelp – et paradigmeskifte. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 606–7.
3. Moster D, Lie RT, Markestad T. Fornuft og følelser i fødselsomsorgen. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2818–20.
4. Oppsummering av landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner i 2004. Rapport fra Helsetilsynet 11/2004. Oslo: Statens helsetilsyn, 2005.
5. Holmboe J, Molne K, Jenssen H. Tilsynssaker knyttet til svangerskap og fødsler. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3185–7.
6. White AA, Pichert JW, Bledsoe SH et al. Cause and effect analysis of closed claims in obstetrics and gynecology. Obstet Gynecol 2005; 105: 1031–8.
7. Statens helsetilsyn. Tilsynsmelding 2006. Oslo: Statens helsetilsyn, 2007.
8. Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten – forebygging og håndtering. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3184–9.
9. Barach P, Small S. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting system. BMJ 2000; 320: 759–63.
10. Cullen DJ, Bates DW, Small SD et al. The incident reporting system does not detect adverse drug events: a problem for quality improvement. Jt Comm J Qual Improv 1995; 10: 549–52.
11. Kravitz RL, Rolph JE, McGuigan K. Malpractice claims data as a quality improvement tool. Epidemiology of error in four specialties. JAMA 1991; 266: 2087–92.

Manuskriptet ble mottatt 15.5. 2007 og godkjent 14.8. 2007. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.