

---

# Fødselsomsorgen kan bli bedre

---

KRONIKK

LARS THOMAS JOHANSEN

ltj@helsetilsynet.no

Lars Thomas Johansen er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og seniorrådgiver i Statens helsetilsyn.

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

GEIR SVERRE BRAUT

Geir Sverre Braut er spesialist i samfunnsmedisin og ansatt ved Stavanger universitetssjukehus.

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

PÅL ØIAN

Pål Øian er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, professor emeritus og tidligere overlege ved Universitetssykehuset Nord-Norge.

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

---

## **Fortsatt skjer det uønskede hendelser i fødselsomsorgen, og flere av disse kunne vært unngått. Vi må i større grad ta lærdom av egne feil.**

Til tross for en god fødselsomsorg i Norge skjer det uønskede hendelser med alvorlig utfall for mor og/eller barn. I media kan man jevnlig lese om alvorlige hendelser i forbindelse med fødsel, der tema ofte er dødsfall eller skade som følge av manglende eller feil helsehjelp. Disse historiene gjør inntrykk.

Det er ikke bare den berørte familien som blir hardt rammet, det er også de involverte fødselshjelperne. Den psykiske belastningen kan for noen være så stor at de ikke ønsker å arbeide videre i fødselsomsorgen (1). Omkring

halvdelen av slike uønskede hendelser kunne vært unngått hvis fødselen hadde blitt håndtert annerledes (2–4). Hva er det som kan gå galt under fødsel, og hvorfor ser det ut til at samme type hendelser skjer igjen og igjen?

---

## Store forandringer

Det har vært store endringer i norsk fødselsomsorg de siste 100 årene. I 1920 var det tre fødeinstitusjoner i Norge. De fleste fødte hjemme, bare de fattigste fødte på sykehus. Omkring 1970 var antallet institusjoner nesten 200. Nå har vi 45 fødeinstitusjoner, og det fødes i overkant av 55 000 barn årlig (5).

Fødepopulasjonen har også endret seg. Gjennomsnittsalderen har gått opp, og flere kvinner lykkes med å bli gravide selv med kompliserende faktorer som overvekt eller kroniske sykdommer. I dag er det også flere gravide som har innvandrerbakgrunn. Det kan vanskeliggjøre kommunikasjon og innhenting av viktige opplysninger om kvinnens helsetilstand og tidligere fødsler.

I tillegg har det skjedd en dobling av antallet induserte fødsler de siste 15 årene. I 2020 ble nesten hver tredje fødsel igangsatt (5). I dag er det ikke bare risikogravide som blir indusert, men også friske gravide uten komplikasjoner eller reell overtid i svangerskapet. Denne økningen er ikke godt medisinsk begrunnet. Induserte fødsler er ressurskrevende, fordi det kreves tett oppfølging fra både jordmor og lege.

*«Endringene bidrar til at arbeidsbelastningen ved flere fødeavdelinger kan være svært stor»*

Endringene bidrar til at arbeidsbelastningen ved flere fødeavdelinger kan være svært stor. Fødselshjelpere har sagt fra at situasjonen er uholdbar og at noe må gjøres, uten at dette synes å gjøre inntrykk på sykehusledelsen eller politikere. Jordmødre slutter eller truer med oppsigelse. De frykter at de fødende ikke vil få forsvarlig helsehjelp når ressursene ikke er tilstrekkelige.

---

## Hva svikter i fødselsomsorgen?

Norge er et av de tryggeste landene i verden å føde barn i. Den perinatale mortaliteten er lav med bare 3,8 dødsfall per 1 000 fødsler (5). Det er derfor store forventninger til at fødselsomsorgen er trygg og av god kvalitet. Men man kan ikke bare basere seg på offisiell statistikk som perinatal dødelighet, maternell død, antall fødselsrifter eller andre kvalitetsindikatorer når man skal vurdere kvaliteten på fødselsomsorgen (6). For å få et helhetsbilde må også uønskede hendelser registreres og analyseres internt i avdelingen for å se om rutiner og praksis bør endres.

Det er viktig å finne bakenforliggende årsaker til svikt. I den forbindelse må man også lytte til pasienter og pårørendes tilbakemeldinger etter uønskede hendelser. I en svært presset arbeidsdag blir ofte kvalitetsarbeidet

nedprioritert. Det er uheldig, for da legges det ikke til rette for å ta lærdom av uønskede hendelser.

I 2004 ble det gjennomført et landsomfattende tilsyn i norske fødeinstitusjoner. Resultatene viste at rutiner og praksis for håndtering av akutte hendelser, tilkalling av lege, ansvarsforhold, dokumentasjon og opplæring av fødselshjelpere kunne bli bedre (7). Det har skjedd forbedringer etter det landsomfattende tilsynet, men erfaringer fra tilsyn og saker fra Norsk pasientskadeerstatning viser at svikt i fødselshjelpen fortsatt finner sted. Det er særlig bekymringsfullt at samme type svikt ser ut til å gjenta seg over tid (2, 3, 8, 9).

Under fødsel oppstår ofte akutte hendelser. De fleste håndteres raskt og i henhold til god praksis. Men utilsiktet skade, komplikasjoner som krever ytterligere behandling, forlenget sykehusopphold eller i sjeldne tilfeller dødsfall kan også forekomme. Internasjonale studier viser at uønskede hendelser skjer hos hver 10. fødekvinne (10). Uønskede hendelser kan være forårsaket av svikt i helsehjelpen, men ikke nødvendigvis. I 2016 kartla Helsetilsynet hvordan tre kategorier av akutte hendelser med uønsket utfall ble håndtert i norske fødeinstitusjoner. Det viste seg at fødselshjelpen sviktet i seks av ti hendelser, og at det alvorlige utfallet var direkte relatert til svikten (8). Vi vil i det følgende omtale noen områder hvor svikt ofte gjentar seg.

**«Det viste seg at fødselshjelpen sviktet i seks av ti hendelser, og at det alvorlige utfallet var direkte relatert til svikten»**

Det er viktig at fostret overvåkes under fødselen. Lavrisikofødende overvåkes med jordmorstetoskop eller håndholdt doppler, risikofødende med elektronisk fosterovervåking (kardiotokografi (CTG), ST-analyse av foster-EKG (STAN)) (11). Flere studier, både i Norge og internasjonalt, har vist at man ikke alltid følger anbefalingen om bruk av CTG-overvåking av risikofødende. I tillegg kan CTG-funn feiltolkes, noe som viser seg å være tilfelle i mange hendelser med uønsket utfall (8, 9).

Ved akutte hendelser er det avgjørende at forløsning skjer på rett tidspunkt for å unngå skade. Ofte er det klare forsinkelser, både i diagnostikk og forløsning, som gir uønskede utfall. CTG-feiltolkning over flere timer eller manglende undersøkelse når det viser seg å være alvorlige tilstander som morkakeløsning eller livmorrupitur, er noen eksempler. Det kan også oppstå tidstap etter at det er besluttet operativ forløsning. Eksempler på det er forsinket transport til operasjonsstua, mangelfull informasjon/kommunikasjon om hastegrad og forsinkelse på grunn av valgt anestesimetode. Forsinket forløsning kan også oppstå fordi ekstraksjonstiden med tang eller vakuüm overstiger anbefalingene om maksimal tidsbruk på 15–20 minutter (8).

En stor andel fødende får behandling med et riestimulerende medikament (oksytocin), og noen blir overstimulert (riene kommer for tett). Svært hyppige rier kan redusere blodsirkulasjonen i morkaken og dermed også oksygentilførselen til barnet. Selv om fødselshjelpere er blitt mer oppmerksom

på faren ved bruk av oksytocin, blir det fortsatt brukt ukritisk. Dette gjelder særlig i de fødslene hvor kvinnen tidligere er forløst med keisersnitt og risikoen for uterusruptur er stor (12).

**«Selv om fødselshjelpere er blitt mer oppmerksom på faren ved bruk av oksytocin, blir det fortsatt brukt ukritisk»**

Blødning etter fødsel er en annen alvorlig komplikasjon som inntreffer relativt ofte. Det er ulike behandlingsmetoder for dette, men uteruskontraherende medikamenter er svært effektive for å stoppe atonisk blødning. Erfaring fra gjennomgang av slike hendelser viser at medikamentene brukes i for liten grad, og når de først brukes, er doseringen ikke i henhold til gitte anbefalinger (8).

En forutsetning for god fødselshjelp er at jordmor og lege samarbeider når det er nødvendig. Det gjelder også leger i for- og bakvakt. Jordmor alene kan ha ansvar for normale fødselsforløp, men når det oppstår komplikasjoner, skal lege involveres. Erfaring fra mange tilsynssaker viser at fødselshjelpere ikke alltid tilkaller assistanse når det er nødvendig. Da går de utenfor eget kompetanseområde, og risikoen for feilvurderinger øker. I flere uønskede hendelser i fødselsomsorgen har nettopp dette vist seg å være tilfellet (3, 8).

---

## Virksomhetens ansvar

Flere tilsynssaker i fødselsomsorgen viser at fødselshjelpere ikke alltid har tilstrekkelig kunnskap eller ferdighet til å håndtere vanlig hendelser som truende asfyksi, vanskelig skulderforløsning eller alvorlig blødning. Hvorfor har de ikke det? Virksomhetene har ansvaret for at hver enkelt fødselshjelper har den kompetansen som kreves, og de må sørge for regelmessig opplæring og trening. Helsetilsynet har i sine kartlegginger vist at nesten halvparten av fødeinstitusjonene ikke gjennomførte praktisk trening i henhold til nasjonale krav (8, 13). Med det øker også risikoen for at enkelte fødselshjelpere ikke har de nødvendige ferdighetene. I små fødeinstitusjoner, der kompliserte fødselsforløp inntreffer sjelden, er det særlig viktig at det gjennomføres praktisk trening.

**«Nesten halvparten av fødeinstitusjonene gjennomførte ikke praktisk trening i henhold til nasjonale krav»**

Tidligere var det ofte den enkelte helsearbeider som ble ansvarliggjort når det skjedde en uønsket hendelse. Det er imidlertid mer formålstjenlig å søke etter bakenforliggende årsaker til svikt, altså i virksomhetens ansvar for å tilrettelegge driften slik at tjenestene blir forsvarlige (jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2). Helsetilsynet har vist at årsaken til alvorlige utfall i fødselsomsorgen ofte er systemsvikt (2, 3), herunder mangler i rutiner for samhandling, implementering av retningslinjer, opplæring og ferdighetstrening, ansvarsforhold og ikke minst arbeid som skal forbedre

kvalitet og pasientsikkerhet. Det å ta lærdom av alvorlige uønskede hendelser og endre klinisk praksis når det er nødvendig, er en viktig del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet (14).

---

## Kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet

Helse- og omsorgstjenestene skal arbeide kontinuerlig med kvalitetsforbedring. Det betyr at de blant annet skal identifisere svikt eller områder som kan forbedres jf. § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Når samme type uønskede hendelser skjer igjen og igjen, er det nærliggende å stille spørsmål om fødeinstitusjonene i tilstrekkelig grad arbeider med kvalitetsforbedring. Helsetilsynet har kartlagt om fødeinstitusjoner melder alvorlige uønskede hendelser i det interne avvikssystemet og om hendelsene blir relevant vurdert når de først blir meldt. Dessverre viste det seg at bare 9 % av de alvorlige hendelsene ble meldt. Halvparten av disse fikk en relevant vurdering (15). Ser man på hendelser med et svært alvorlig utfall, ble 19 % meldt i det interne avvikssystemet.

Kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet må derfor forbedres. Vi må skape en kultur der kvalitetsarbeidet blir prioritert. Det forutsetter en åpenhet omkring uønskede hendelser. I de tilfellene hvor hendelsen er vurdert av eksterne instanser, tilsynsmyndighetene eller Norsk pasientskadeerstatning, må disse rapportene følges opp og danne grunnlag for det videre kvalitetsarbeidet. Til syvende og sist er det den øverste ledelsen i virksomheten som har ansvar for at arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er etablert og fungerer etter sin hensikt. Etter vår mening bør kvalitetsarbeidet få større plass. Vi må ta lærdom av svikt og etablere nødvendige barrierer for å unngå at liknende hendelser skjer igjen.

---

## REFERENCES

1. Coughlan B, Powell D, Higgins MF. The Second Victim: a Review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017; 213: 11–6. [PubMed][CrossRef]
2. Johansen LT, Øian P. Barn som dør eller får alvorlig skade under fødsel. *Tidsskr Nor Legeforen* 2011; 131: 2465–8. [PubMed][CrossRef]
3. Johansen LT, Braut GS, Andresen JF et al. An evaluation by the Norwegian Health Care Supervision Authorities of events involving death or injuries in maternity care. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2018; 97: 1206–11. [PubMed][CrossRef]
4. Oslo universitetssykehus, Norsk gynekologisk forening. Hvorfor dør kvinner av graviditet i Norge i dag? Rapport maternelle dødsfall i Norge 2012–2018. [https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nasjonalkompetansetjeneste-for-kvinnehelse/Documents/M%C3%B8dred%C3%B8dsrapport%202021\\_web.p](https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nasjonalkompetansetjeneste-for-kvinnehelse/Documents/M%C3%B8dred%C3%B8dsrapport%202021_web.p)

df?

fbclid=IwAR2Dj27QqIfN22kV5YyzeFkEZptGEOUFBofT2f3Q7xSf5vg8Z4NWyWq-3bM Lest 21.2.2022.

5. Folkehelseinstituttet. Medisinsk fødselsregister.

<https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/mfr/> Lest 21.2.2022.

6. Helsedirektoratet. Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI).

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/fodsel-og-abort/erfaringer-med-f%C3%B8dsels-og-barselomsorgen> Lest 21.2.2022.

7. Helsetilsynet. Oppsummering av landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner. Rapport fra Helsetilsynet 11/2004.

<https://www.helsetilsynet.no/historisk-arkiv/rapport-fra-helsetilsynet/rapport-helsetilsynet-2004/oppsummering-landsomfattende-foedeinstitusjoner-2004/> Lest 21.2.2022.

8. Johansen LT, Braut GS, Acharya G et al. How common is substandard obstetric care in adverse events of birth asphyxia, shoulder dystocia and postpartum hemorrhage? Findings from an external inspection of Norwegian maternity units. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2021; 100: 139–46. [PubMed] [CrossRef]

9. Andreasen S, Backe B, Jørstad RG et al. A nationwide descriptive study of obstetric claims for compensation in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 91: 1191–5. [PubMed][CrossRef]

10. Aibar L, Rabanaque MJ, Aibar C et al. Patient safety and adverse events related with obstetric care. *Arch Gynecol Obstet* 2015; 291: 825–30. [PubMed][CrossRef]

11. Den norske legeförening. Fosterovervåkning under fødsel, avnavling og syre-baseprøver fra navlesnor (2014). I: Veileder i fødselshjelp (2020). <https://www.legeföreningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/fosterovervakning-under-fodsel-avnavling-og-syre-baseprover-fra-navlesnor-2014/> Lest 10.4.2022.

12. Al-Zirqi I, Daltveit AK, Forsén L et al. Risk factors for complete uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol* 2017; 216: 165.e1–8. [PubMed][CrossRef]

13. Johansen LT, Pay ASD, Broen L et al. Følges fastsatte kvalitetskrav i fødselsomsorgen? *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; 137. doi: 10.4045/tidsskr.16.1070. [PubMed][CrossRef]

14. Findings, conclusions and essential actions from the independent review of maternity services at the Shrewsbury and Telford Hospital NHS Trust. Ockenden report – final.

[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/1064302/Final-Ockenden-Report-web-accessible.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1064302/Final-Ockenden-Report-web-accessible.pdf) Lest 10.4.2022.

15. Johansen LT, Braut GS, Acharya G et al. Adverse events reporting by obstetric units in Norway as part of their quality assurance and patient safety work: an analysis of practice. BMC Health Serv Res 2021; 21: 931. [PubMed] [CrossRef]

---

Publisert: 27. april 2022. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0208

Mottatt 11.3.2022, første revisjon innsendt 5.4.2022, godkjent 21.4.2022.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. juli 2026.