



Helse Bergen HF  
Postboks 1400  
5021 BERGEN

Rebekka Helle, 5557 2263

## Rapport frå tilsyn med Helse Bergen HF Kvinneklinikken

Statsforvalteren i Vestland gjennomførte tilsyn med Helse Bergen HF Kvinneklinikken 9.-12. mai 2023. Vi undersøkte om helseføretaket sørger for at kvinner i fødsel med protraisert forløp (langsam framgang) vert følgde opp i samsvar med aktuelle lovkrav, slik at tenestemottakarane får trygge og gode tenester. Vi undersøkte om helseføretaket sikrar at helsepersonell har naudsynt kompetanse, arbeids- og ansvarsfordeling i arbeids- og vaktlag, informasjonsformidling og samhandling, dokumentasjon, informasjon og medverknad, oppfølging etter uønskte hendingar og korleis Kvinneklinikken nyttar erfaringar frå pasientarbeidet til systematisk læring og forbetring.

Fødeavdelinga har tre kombinerte føde- og barselseksjonar. Tilsynet vart gjennomført ved Føde B.

Tilsynet vart gjennomført som del av årets planlagde tilsyn initiert av Statsforvaltaren i Vestland.

**Det vart ikkje avdekka lovbrøt under tilsynet. Tilsynet er derfor avslutta.**



## Innhald

<b>Rapport frå tilsyn med Helse Bergen HF Kvinneklinikken</b> .....	1
1. Tilsynets tema og omfang .....	2
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet .....	2
3. Framstilling av faktagrunnlaget .....	8
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag .....	16
5. Statsforvaltarens konklusjon .....	17
Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet .....	18

### 1. Tilsynets tema og omfang

I dette kapittelet skildrar vi hva som vart undersøkt i tilsynet.

Vi har undersøkt om Helse Bergen gjennom systematisk styring sikrar at kvinner i fødsel med protrahert forløp (langsam framgang) får forsvarleg helsehjelp, avgrensa til:

- personellets kompetanse
- arbeids- og ansvarsfordeling i arbeids- og vaktlag
- informasjonsformidling og samhandling mellom helsepersonell, særleg ved vaktskifte og flytting av gravide/fødande mellom einingar
- rettidig og fullstendig dokumentasjon
  - o ved bruk av CTG<sup>1</sup>/STAN<sup>2</sup>
  - o bruk av plan for vidare handtering av fødsel
- informasjon og medverknad frå kvinna under opphaldet
- oppfølging av pasient og pårørande, spesielt ved uønskt og eller alvorleg utfall for mor eller barn
- systematisk læring og forbetring av fødselshjelpa ved protrahert forløp

### 2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Statsforvalteren har mynde til å føre tilsyn med spesialisthelsetenesta, etter helsetilsynslova § 4. Eit tilsyn er kontroll av om verksemda sin praksis er i samsvar med gjeldande reglar i lov- og forskrift. Vi gir derfor her ei oversikt over krava som vart lagt til grunn i tilsynet.

---

<sup>1</sup> Kardiotokografi

<sup>2</sup> ST-analyse



Kravet om forsvarleg verksemd går fram av lov om spesialisthelsetenesta m.m. § 2-2, og er ein rettsleg standard. Kravet er mellom anna forankra i anerkjend fagkunnskap, fagleg praksis og allmenne samfunnsetiske normer. Faglege retningsliner og rettleiarar kan vere eitt av fleire bidrag til å gi innhald i kravet. Tilrådingar gitt i nasjonale faglege retningsliner er ikkje rettsleg bindande, men normerande og retningsgjevande ved å oppsummere kunnskap og praksis, og peike på ønskte og tilrådde handlingsval, jf. <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter> (05.06.2023). Vi viser til Helsedirektoratet sine normerande dokument for svangerskap, fødsel og barsel.

Konsensus i relevante fagmiljø er ei viktig kjelde til informasjon om kva som er fagleg forsvarleg praksis. Ved dette tilsynet viser vi særleg til

- Veileder i fødselshjelp, Norsk gynekologisk forening, 2020

Kapittelet «Stimulering av rier» i rettleiaren, revidert i april 2022, skildrar mellom anna venta praksis ved protrahert forløp, kva vurderingar som er venta gjort og kva tiltak som vert tilrådd.

I medisinsk praksis ligg det ikkje føre nokon eintydig definisjon på kva ein normal fødsel er, kor lenge ein normal fødsel kan vare, eller kva som er eit protrahert forløp. Det er likevel venta at kvar fødeavdeling har ein definisjon til klinisk bruk på stadia i forløpet og grensa mellom ein normal fødsel og eit protrahert forløp, samt kjente og etterlevde prosedyrar for venta framgangsmåte og tiltak i slike tilfelle. Føremålet er å sikre involvering av rett kompetanse, rett overvaking og naudsynte vurderingar og tiltak.

Undersøking av nivå for leiande del og rotasjon i bekkenet, mormunnsopninga og riene er ein viktig del av vurderinga kring fødselsprogresjonen. Venta praksis er å nytte eit partogram som gir ei samla oversikt over funna og framgangen, for å følgje ein fødsel og som dokumentasjon. Varsel- og tiltaksliner i partogrammet vert ofte brukt i vurderinga.

Jordmor handterer normale fødselar, og skal kunne identifisere patologi, derunder protraherte forløp. Lege skal alltid verte involvert ved unormale fødselar, som protrahert forløp. Legen har ansvaret for å



gjere ei samla vurdering av situasjonen og lage ein vidare plan. Vidare plan med tiltak vert vurdert ut frå sannsynleg årsak, tilstanden til kvinna og barnet, og tidlegare historie. Det er venta at kvinna vert involvert i planar og tiltak, og at ho får høve til å medverke dersom situasjonen tillèt dette.

Årsaker til protrahert forløp kan vere ineffektive rier, feilinnstilling, misforhold mellom mor sitt bekken og storleiken på fosteret, eller ein kombinasjon av desse faktorane. Oppgåve- og ansvarsfordeling og venta tiltak ved protrahert forløp bør gå fram av eigne rutinar ved fødeavdelinga. Institusjonen er ansvarleg for at helsepersonell får naudsynt opplæring og kunnskap om rutinane.

Både jordmor og lege må ha kompetanse til å gjennomføre vurderingar og tiltak innan sitt ansvarsområde. Det er venta at fødselshjelparane har naudsynt dialog med kvarandre, konfererer med meir erfaren kollega ved tvil om vidare handsaming, og gjer felles vurderingar ut frå risiko- og fødesituasjon. På dette feltet vil det være lite rom for å fråvike forventningar til god praksis.

Bemanninga ved ein kvinneklinikk må vere tilstrekkeleg til å kunne ivareta forsvarleg overvaking og behandling. Rettleiaren i fødselshjelp tilrår ein-til-ein jordmor og kontinuerleg nærvær av jordmor under aktiv fødsel. Ved ein kvinneklinikk skal det alltid være spesialist til stades, og legebemanninga på dagtid og på vakt må vere tilpassa volumet og oppgåvene ved klinikken.

Normale fødselar vert overvaka med intermitterande auskultasjon, medan det ved protraherte forløp og oxytocinstimulering er venta kontinuerleg fosterovervaking med tilleggsundersøkingar etter behov. Der STAN vert nytta, må involvert helsepersonell ha god kjennskap til risiko, føresetnader og avgrensingar ved denne metoden. Tolking av CTG/STAN kan vere vanskeleg, og er avhengig av kompetanse og erfaring. Det er aksept for ein viss variasjon i tolking såframt helsepersonell med rett grunnkompetanse er involvert, og naudsynt og relevant informasjon vert vurdert i tillegg til CTG-mønsteret. Det er venta at vurderingar, viktige kliniske hendingar og tiltak vert nedteikna i journal, logg eller partogram.

Eit fødselsforløp kan strekke seg over fleire vaktskift, og kan involvere fleire avdelingar. Det er venta at institusjonen har klare og kjende rutinar for informasjonsformidling ved overføring mellom



einingar og mellom vaktlag. Dokumentasjonen bør innehalde informasjon om drøftingar, beskjedar, nærvær, funn ved undersøking og tiltak. Det er også viktig å dokumentere samarbeid, vurderingar og tiltak dersom desse avvik frå institusjonen sine rutinar eller vanleg praksis.

Tiltak som er venta brukt under et fødselsforløpet (lista er ikkje uttømmende):

- kontinuerleg støtte av jordmor i den aktive fasen av fødselen
- fødselsfremmande fysiologiske tiltak
- vurdering av riene kvar time
- undersøking av mormunnsopninga og leiande del i bekkenet, minimum kvar andre til fjerde time avhengig av mormunnsopninga
- vurdering av om det ligg føre feilinnstillingar av fosterhovudet, eller anna avvikande leie
- tiltak sett i verk før mormunnsopninga kryssar tiltakslina i partogrammet, til dømes ernæring/væsketilførsel, stillingsendring, tyngdekraft, rørsle, vasslating, adekvat smertelindring og amniotomi
- vurdering av ristimulerande infusjon med Oxytocin når tiltakslina vert kryssa

Tiltak som skal vere vurdert og/eller sett i verk, ut frå fosterovervaking og mors tilstand:

- ved manglande progresjon skal ein kvar time vurdere om det ligg føre feilinnstilling eller ineffektive rier
- ultralyd som hjelpemiddel under fødsel for å vurdere fosteret
- vente med aktiv trykking dersom leiande del ikkje er kome ned på bekkenbotnen
- evaluer, saman med lege, moglege tiltak ved manglande progresjon etter 30-45 minutt aktiv trykking
- vurdere operativ forløyising etter 60 minutt aktiv trykking både for første- og fleirgangsfødande med eller utan epiduralanalgesi
- dersom det er progresjon, det ikkje er teikn til asfyksi og kvinna samtykker til dette kan ein vurdere om den operative forløyisinga hos førstegangsfødande kan verte utsett med ytterlegare 30 minutt

## Systematisk leiing og kvalitetsforbetring



Verksemder som gir helsehjelp, har ei lovfesta plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbetring og pasienttryggleik. Dette går fram av spesialisthelsetenestelova § 3-4 a. Plikta er presisert i «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten».

Spesialisthelsetenestelova § 2-2 stiller krav til fagleg forsvarleg helsehjelp. Kravet om at helsehjelpa skal vere forsvarleg er også eit krav om forsvarleg organisering av tenesta. Dette omfattar mellom anna at verksemda må gjennomføre organisatoriske og systemmessige tiltak som gjer det mogleg for helsepersonellet å oppfylle plikta til å gje forsvarleg helsehjelp.

Leiarar på alle organisatoriske nivå i helseføretaket må leggje til rette for og følgje opp at helsetenestene er i tråd med gjeldande regelverk og av god nok kvalitet. Det inneber at leiinga må ha kunnskap om kvaliteten på tenestene i verksemda, oversikt over risiko og uønskte hendingar, for å kunne setje i verk rett tiltak for å redusere risiko og ivareta pasienttryggleiken.

Det er venta at leiinga

- har oversikt over personellens kompetanse og behov for opplæring og sørgjer for at personalet har naudsynt kompetanse og ferdigheiter for å sikre at kvinner i fødsel med protrahert forløp får forsvarleg helsehjelp
- har planlagt, lagt til rette og organisert verksemda slik at det er klart korleis undersøking og behandling skal gå føre og kven som har ansvar, under dette dokumentasjon av vurderingar og tiltak
- sørgjer for at ansvar, oppgåvefordeling, informasjonsformidling og samarbeid i arbeids- og vaktlag er avklart og kjend på alle nivå i organisasjonen
- følgjer med på at rutinar som gjelder fødselshjelp fungerer og vert følgde
- har identifisert risikoområde for svikt i helsehjelpa, følgjer med på kvalitet og pasienttryggleik i verksemda og følgjer opp med avbøtande, korrigerande og førebyggjande tiltak
- følgjer med på og analyserer eige verksemd og ser etter variasjonar i fødselshjelpa knytt til aktivitet, tidspunkt på døgnet, helgar, feriar og bemanning. Leiinga brukar erfaringar frå tilsette og pasientar som del av grunnlaget



- følgjer opp at kvinner og deira pårørande får informasjon og moglegheit til å medverke i forløpet
- sikrar at tenesta involverer kvinnene og eller pårørande i etterkant av alvorlege utfall/hendingar og at dei får informasjon om hendinga, vidare tiltak og pasientrettar
- sørgjer for at tilsette ved Kvinneklubben er kjend med interne og eksterne meldeordningar, følgjer med på at desse fungerer og vert brukt i det interne forbetningsarbeidet
- etterspør regelmessig opplysingar om risikofaktorar og risikonivå i klubben og korleis denne kunnskapen vert brukt i kvalitets- og forbetningsarbeidet
- forsikrar seg om at styringssystemet fungerer

### **Informasjon til og medverknad frå pasient**

Pasienten sin rett til medverknad og informasjon er regulert i pasient- og brukarrettslova §§ 3-1 og 3-2. Etter § 3-1 har pasienten rett til å medverke ved val mellom tilgjengelege og forsvarlege behandlingsformer. Forma på medverknaden skal vere tilpassa pasienten si evne til å gi og få informasjon. Etter § 3-2 skal pasientar få den informasjonen som er naudsynt for å få innsikt i helsetilstanden sin og tenestetilbodet, og for å kunne ivareta rettane sine. Informasjon om eige pasientforløp er ein sentral pasientrett. Informasjon til pasientar må bli gjeven på ein måte som gjer at pasienten kan forstå den, og personellet skal freiste å sikre seg at pasienten har forstått innhaldet i informasjonen og kva denne inneber, jf. pasient- og brukarrettslova § 3-5.

Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta §§ 6 til 9 stiller krav om at verksemda brukar erfaringar frå pasientar i arbeidet med forbetring av verksemda.

Det er venta at helseføretaket systematisk sikrar at tenesta:

- involverer kvinna og eventuelt pårørande i planar og tiltak kring fødselshjelpa, med moglegheit for medverknad om situasjonen tillèt dette
- involverer pasient og eller pårørande i etterkant av alvorlege utfall/hendingar og sikrar informasjon om hendinga, vidare tiltak og pasientrettar
- brukar pasientar og pårørande sine erfaringar i forbetningsarbeidet



### 3. Framstilling av faktagrunnlaget

Her vert det gjort greie for korleis verksemdas aktuelle tenester fungerer, inkludert verksemdas tiltak for å sørje for at krava til kvalitet og tryggleik for tenestemottakarane vert haldne.

#### **Kvinneklubben, fødeavdelinga og Føde B**

Fødeavdelinga ved Kvinneklubben (KK) i Helse Bergen er ei av dei største føde- /barseleiningane i Noreg, og hadde i 2022 om lag 4400 fødsjar. Fødeavdelinga er lokalsjukehus for fødande i Bergen og omland og tek imot fødande med komplikasjonar i svangerskapet frå heile vestlandsregionen. Spesialist i fødselshjelp er til stades heile døgnet.

Kvinneklubben har tre kombinerte føde- og barseleksjonar, Føde A, Føde B og Føde C Storcken, der kvar seksjon vert leia av eigen seksjonsjordmor. Dei tre seksjonsoverlegane har delt ansvar for fag, personal og økonomi/drift mellom seg. Seleksjon i fødsel skjer etter fastsette kriterium jamfør eigen fagprosedyre.

Leiargruppa er organisert i ulike arbeidsgrupper/team som saman skal bidra til å løyse utfordringar i og på tvers av seksjonane. Kjerneteamet består av klinikkdirektør, assisterande klinikkdirektørar, administrasjonssjef og klinikkoverlege. Seksjonsjordmødrer og seksjonsoverlegar på nivå 3 inngår i leiargruppa.

Vaktleiar, som er jordmor, er organisert i eigen seksjon, har oversikt over total aktivitet ved fødeseksjonane og koordinerer aktiviteten i Fødeavdelinga og mellom seksjonane heile døgnet. På kvar vakt i kvar seksjon har ei jordmor ansvarsvakt. Ansvarsvakt skal halde oversikt over aktivitet i seksjonen, har mynde til å fordele ressursar og melder eventuelle behov og status ved kvart vaktskift til vaktleiar. Ansvarsvaktene ved Føde A og B deltek fast på vaktrapport for legane der dei orienterer om aktivitet i seksjonane, og gir rapport om fødekvinnene.

Jordmødrene ved Kvinneklubben er tilsett ved ein seksjon (moderpost). Dei fleste nytilsette jordmødrene har 10-30 prosent av stillinga si i fellesvakt som vert avvikla på den seksjonen i fødeavdelinga som har størst behov. Fellesvakter vert planlagd i turnus og merka i vaktboka i forkant





av vakta. Fødeavdelinga har aktivitetsstyrt bemanning, der vaktleiar har fullmakt til å flytte medarbeidarar dit behovet til ei kvar tid er størst.

På dagtid er legane organisert i to fødeteam, med ein lege i spesialisering i forvakt og ein overlege i bakvakt. Definerte oppgåver og ansvarsområde er skildra i eigen prosedyre. På kveld, natt og helg jobbar legane i fire vaktsjikt, med stigande kompetanse og ansvar. Vaktlege 1, og oftast også vaktlege 2, er legar i spesialisering. Vaktlege 3 og 4 er overlegar med spesialistkompetanse. Vaktlege 4 er heimebakvakt etter klokka 21 på kvardagar og etter klokka 17 på helg. Vaktlege 4 kan til ei kvar tid konfererast med og tilkallast ved samtidighetskonfliktar, utfordrande medisinske problemstillingar eller alvorlege hendingar. Legane på vakt har ansvar for alle innlagde pasientar ved Kvinneklubben, både ved Fødeavdelinga og dei gynekologiske seksjonane.

Føde B har fire fødestover i tillegg til startgropa, og har plass til elleve barselpasientar. Det er planlagt med fem jordmødrer, medrekna ansvarsvakt, på kvar vakt i tillegg til sjukepleiar(-ar) og hjelpepleiar(-ar).

### **Kompetansen til personellet ved Fødeavdelinga**

Kvinneklubben har strukturert opplæring for nyttilsette jordmødrer og legar i spesialisering. Kompetanseportalen vert nytta som verktøy for å halde oversikt over opplæring og kompetanseutvikling. I intervju går det fram at Kompetanseportalen i mindre grad er tatt i bruk for overlegane, og at tiltak for vedlikehald av vaktkompetanse er mindre strukturert for spesialistane.

I turnusen til jordmødrene er det sett av tid til regelmessige personalmøte og to fagdagar i året. Det går fram av styrande dokument og vart stadfesta i intervju at jordmødrer og nyttilsette legar skal STAN sertifiserast innan tre månader etter tilsetting. Jordmødrene skal gjennomføre resertifisering innan to år.

Det er STAN- møte med kasusgjennomgang kvar onsdag der jordmødrer og legar vekslar på å leggje fram sakene. Tilsette som ikkje har høve å delta i møterommet, kan følgje møtet digitalt eller sjå opptak i ettertid. Både jordmødrer og legar har tilbod om å delta i STAN-møte. I intervju kom det fram at driftsomsyn og andre oppgåver ofte er til hinder for at jordmødrer på vakt ved Føde B kan



delta. Seksjonsjordmor held oversikt over kven av jordmødrene i seksjonen som har vore til stades på STAN-møta.

For legane er det sett av tid til fast undervisning kvar tysdag og fredag, og til STAN-møta onsdagar. Kvar onsdag vert det i tillegg gjennomført eit kort møte for legane for gjennomgang av NPE (Norsk pasientskadeerstatning) saker/tilsynssaker/synergimeldingar og andre saker med læringspunkt. Vi fekk òg opplyst at det er moglegheit for deltaking på eksterne kurs og konferansar for legane, og legar i spesialisering har faste kursplanar som del av spesialiseringa.

Både leiarar og tilsette fortel at det er venta at kvar einskild sjølv held seg oppdatert i Elektronisk kvalitetshandbok, og gjer seg kjend med rutinar og gjeldande retningsliner i avdelinga, også om endringar. Informasjon om endringar i skriftlege rutinar vert formidla i e-post til alle tilsette. Tilsette fortel at det kan være utfordrande å få tid til å lese e-post, men veit at rutineendringar vert formidla i denne kanalen. Leiinga er kjend med risikoen med at formidling av informasjon gjennom e-post kan medføre at nokre medarbeidarar ikkje les informasjon, eller at informasjon vert lest seint. Det vert òg informert om endringar i andre fora, mellom anna på morgonmøte, vaktmøte og personalmøte.

### **Arbeids- og ansvarsfordeling i arbeids- og vaktlag**

I intervju går det fram at fordeling av arbeidsoppgåver er tydeleg og godt kjend i avdelinga, både for jordmødrer, ansvarsvakter, vaktleiarar og legar i vakt. På vakt vert kompetansen i vaktlaget vurdert, og oppgåver fordelt, etter kompetanse og erfaring.

Jordmor har ansvar for fødsjar med låg risiko/normale forløp. Ved behov for legevurdering konfererer stovejordmor med ansvarsvakt før ansvarsvakt kontaktar lege. Stovejordmor kan og ta direkte kontakt med lege ved behov. Som hovudregel vert vaktlege 1 tilkalla først. Tilkalling av lege på høgare nivå vert vurdert ved openbert behov for høgare kompetanse enn kva vaktlege 1 har, eller dersom det er høgare hastegrad enn vaktlege 1 kan innfri. Tilkalling av vaktlege 4 skjer vanlegvis i samråd med vaktlege 3, men både jordmor og vaktlege frå andre sjikt kan kontakte vaktlege 4 direkte ved behov. I motteken dokumentasjon og ved intervju går det fram at vaktlege 3 er den som har det overordna medisinske ansvaret på vakt.



Det er ikkje utarbeidd eigen prosedyre for arbeids- og ansvarsfordeling av oppgåver for vaktlegane ved Kvinneklubben, men ansvaret til legane i dei ulike vaktstikka er kort skildra i prosedyrar for akutte obstetriske tilstander. I intervju er det lik oppfatning av korleis oppgåver og ansvar er fordelt mellom vaktlegane. Det kjem også fram at det er låg terskel for å be om råd, eller assistanse frå meir erfarne kollegaer ved behov.

Ved fødslar med protrauert forløp har lege ansvaret for medisinske vurderingar og tiltak. Vi fekk opplyst at lege vert involvert ved oppstart av oxytocindrypp, ofte over telefon, og seinare etter førespurnad frå jordmor ut frå klinikk og forløp i fødselen. Lege vurderer i kvart tilfelle om fysisk undersøking, samtale med fødekvinna og eigen vurdering på fødestova er naudsynt. Stovejordmor følgjer opp tiltaka som vert bestemt, og kontaktar lege på ny ved endringar eller manglande framgang trass iverksette tiltak.

Kvinneklubben har eigen fagprosedyre for fødslar med protrauert forløp. Det kjem fram i intervju at mange er usikre på korleis protrauert forløp vert definert ved Kvinneklubben. I samtalane går det også fram at det mellom faggrupper kan vere usemje om tiltaka, og kor lenge ein fødsel med protrauert forløp skal strekke ut i tid. Det er semje om at det er legen som tek avgjerd. Usemje og utfordringar om tiltak/tidspunkt for tiltak vert teke opp for diskusjon og refleksjon i eigen faggruppe og eventuelt med næraste leiar. Både tilsette og leiarar erkjenner at det er for få faste tverrfagleg forum for drøfting av praksis mellom faggrupper i avdelinga.

Det er gjennomgåande høgt belegg ved Føde B, og det går fram av intervju at vaktene ved seksjonen ofte er travle. Prioriteringssirkelen vert brukt til å prioritere oppgåver. Kvinneklubben har eigen prosedyre for korleis arbeidsoppgåver er venta prioritert ut frå aktivitetsnivå og tilgjengelege ressursar i seksjonane. Ansvarsvakt har ansvar for å definere drifta i seksjonen på kvar vakt, og informere vaktleiar ved gult og raudt nivå. Opplysingar i intervju stadfestar at retningslina er kjend og implementert.

Det går fram av tilsende opplysningar og intervju at samtidighetskonfliktar førekjem. I vaktlag for legar vert det gjort prioriteringar ved høg aktivitet og samtidighetskonfliktar. I slike situasjonar kan vaktlege 4 tilkallast som ekstra ressurs. I vaktskifte for legane vert det rapportert om aktivitetsnivå i



seksjonane og vaktlegane forsøker, om mogleg, å førebygge samtidigheitskonfliktar ved å vurdere kva for ressursar som er naudsynte for å ivareta oppgåvene.

### **Informasjonsformidling og samhandling**

Ved intervju går det fram at overflytting mellom seksjonar er eit kjent risikoområde som kan forsinke overvaking og tiltak ved protrahert forløp. Føde B er spesielt utsett då seksjonen tek imot fødande som vert flytta frå Føde C Storcken på grunn av behov for auka overvaking og omsorgsnivå.

Frå fagprosedyren «Muntlig rapport ved vaktskift på Fødeavdelingen» og intervju går det fram at informasjonsoverføring i vaktskifte og ved flytting mellom seksjonar skjer munnleg på stove mellom avtroppande og påtroppande jordmor. Ved journalgjennomgang finn vi ikkje at denne informasjonen alltid vert dokumentert i Natus. Opplysingar som vi fekk i pasientintervju tilseier at påtroppande jordmor har god kunnskap om fødekvinna og hennar fødselsforløp. Ved behov for flytting mellom seksjonar vert vaktleiar kontakta for å finne ledig fødestove.

Ansvarsvakt deltek på vaktmøte for legane og orienterer påtroppande vaktlag om kvinner i fødsel ved kvar seksjon. Vaktlegane orienterer seg om situasjonen i avdelinga i løpet av vakta, men går ikkje visitt til kvar fødekvinne utan at det er indikasjon for dette, eller at lege vert tilkalla av ansvarsvakt eller stuejordmor for vurdering.

### **Rettidig og fullstendig dokumentasjon. Funn ved stikkprøvar i journal**

Kvinneklinikken dokumenterer fødselsforløpet i Dips Arena, Natus og STAN-logg. Systema er ikkje integrert. Det inneber at personalet nyttar samlege tre system for dokumentasjon. I intervju går det fram at det er venta at alt helsepersonell les og gjer seg kjend i alle tre systema når det vert involvert i eit pasientforløp. Det ligg føre eigen fagprosedyre for dokumentasjon i NATUS. Dokumentasjon i tre system er identifisert som ein risiko for svikt og problemstillinga er løfta til administrerande direktør. I brev av 23.06.2023 opplyser Helse Bergen at det i desember 2022 vart bestemt å setje i verk ein prosess for anskaffing av nytt system for lagring og dokumentasjon av fosterovervaking som er integrert med DIPS. Anbudet er snart klart til utsending og implementering er planlagt på nyåret 2024.



Vi gjorde stikkprøvar i 30 journalar til kvinner som hadde født ved Kvinneklubben det siste året, alle med protrahert forløp.

Start av fødsel var dokumentert i samlege journalar, men varsel og tiltakslinja var ikkje korrekt sett opp i sju av 30 journalar. Første stadium av aktiv fødsel varte over 12 timar for fem av 30, og i sju av 30 varte andre stadium meir enn tre timar. I journalane fann vi systematisk vurdering av mormunnsopning og nivå, men berre sporadisk dokumentasjon av pilsaum, for vurdering av innstilling.

Ved intervju går det fram at vurdering av innstilling vert gjort av stuejordmor og ansvarsvakt før lege vert konferert ved protrahert forløp. I 24 av 30 journalar gjekk det ikkje tydeleg fram av dokumentasjonen kva som var vurdert som årsak til protrahert forløp. Vi fann spor av plan for vidare handtering av fødselen i 20 av 30 journalar, men vurderingane og tiltaka var sparsamt dokumentert og sjeldan med konkret vurdering for når neste evaluering skulle skje.

Alle fødekvinne vart stimulert med oxytocin og overvaka med CTG. CTG var regelmessig klassifisert og signert. I 17 av 25 saker fann vi ikkje sikre teikn på at lege hadde klassifisert og signert CTG. I brev av 23.06.2023 opplyser Helse Bergen at praksis ved Kvinneklubben er at legar vert involvert og signerer CTG. Ved intervju kom det fram at jordmor i enkelte tilfelle dokumenterte vurderingar i STAN-loggen etter avtale med lege dersom lege sjølv ikkje hadde høve til dette.

I 20 av 24 fødselar var lege involvert seinast ved 45 minutt trykkesid, og i 20 av 24 tilfelle vurderte lege operativ forløyseing seinast når kvinna hadde trykka i 60 minutt. Vi finn få spor i journal av kva informasjon som vart gitt til kvinnene og kva for oppfølging dei har fått i etterkant av fødselen. I Natus er det kryssa av for bruk av sjekklister, mellom anna oxytocinsjekkliste, men det går i liten grad fram av dokumentasjonen at slike sjekklister er brukt regelmessig, mellom anna i vaktskifte. I brev av 23.06.2023 kommenterer Helse Bergen at når ein kryssar av i Natus, så kryssar ein av for at ein har gjort vurderinga i tråd med rutinen. I Natus er det også haka av for ein-til-ein jordmor i alle journalar. I intervju med tilsette og pasientar går det fram at jordmor ikkje er til stades på fødestova til ein kvar tid, men at fråvær konkret vert avtalt med fødekvinn i kvart tilfelle. Kontinuerleg nærvær



av jordmor vert i fagprosedyre «En-til-en jordmor i aktiv fødsel» definert der jordmor ikkje er ute av fødestova meir enn 10 minutt pr time.

### **Informasjon og medverknad**

I intervju går det fram at både jordmødrer og legar informerer fødekvinna om vurderingar, tiltak og vidare plan ved undersøking på fødestua. Kvinna sine ønsker og behov vert også etterspurd og tillagt vekt inn i den heilskaplege vurderinga når vidare plan for fødselsforløpet vert lagd. Samtalar med pasientar stadfestar at dette vert gjort, men vi finn få spor av at dette vert dokumentert i journal.

### **Samtaler med fødekvinner**

I forkant av tilsynsbesøket inviterte vi 24 kvinner som hadde født ved Kvinneklinikken det siste året til samtale om korleis dei opplevde fødselen. 16 kvinner samtykte til intervju. Alle kvinnene hadde ein fødsel med protrahert forløp. Vi spurde mellom anna om kvinnene fekk god nok informasjon og høve til å medverke under forløpet, kor tid lege vart involvert, og om oppfølging etter fødselen.

Tretten av kvinnene var svært nøgde med hjelpa dei fekk under fødselen. Dei følte seg godt varetatt av kompetent personell og fekk den informasjonen dei trong. Tre av kvinnene var mindre nøgd. Desse trakk særleg fram mangelfull informasjon og manglande høve til å medverke undervegs i fødselen.

Ti av kvinnene fekk samtale med enten jordmor eller lege om fødselen før dei drog frå sjukehuset, nokre av dei etter purring til fødeavdelinga. Dei som fekk ein slik samtale, var i det store og heile nøgde med samtalen, sjølv om fleire opplevde at samtalen kom for kort tid etter fødselen.

Dei fleste kvinnene fortalde at lege ikkje kom til fødestua før rett før barnet vart født, men mange hadde inntrykk av at jordmor hadde konferert med lege også tidlegare i forløpet. Fire av kvinnene fortalde at legen var forsinka på grunn av samtidighetskonflikt. Berre eit fåtal av kvinnene hadde erfart at det vart lagt ein plan for det vidare forløpet undervegs i fødselen.

### **Oppfølging etter alvorlege hendingar**

E-postadresse:  
[sfvlpost@statsforvalteren.no](mailto:sfvlpost@statsforvalteren.no)  
Sikker melding:  
[www.statsforvalteren.no/melding](http://www.statsforvalteren.no/melding)

Postadresse:  
Njøsavegen 2  
6863 Leikanger

Besøksadresse:  
Njøsavegen 2, Leikanger  
Statens hus, Kaigaten 9, Bergen  
Fjellvegen 11, Førde

Telefon: 57 64 30 00  
[www.statsforvalteren.no/vi](http://www.statsforvalteren.no/vi)  
Org.nr. 974 760 665



Helse Bergen har ein eigen fagprosedyre for oppfølging av pasientar og/eller pårørande etter alvorlege hendingar, med sjekkliste for korleis pasient, pårørande og tilsette skal verte følgd opp, og kven som har ansvar for at tiltaka vert gjennomført. Ved intervju kom det fram at denne er kjend og at ansvar for oppfølging av foreldra/paret etter alvorlege hendingar ligg hos seksjonsoverlege eller klinikkoverlegen.

Ved operativ forløyising går det fram av intervju at det er vanleg praksis at operatør oppsøker kvinna i løpet av få dagar etter forløyising for gjennomgang av fødselsforløpet. I nokre tilfelle får kvinna også tilbod om postpartum samtale i poliklinikken seks veker seinare, men dette er ikkje eit tilbod til alle. Ved pasientintervju gjekk det fram at 10/16 kvinner hadde hatt gjennomgang av fødselen med enten jordmor eller lege, nokre etter gjentekne purringar om slik samtale.

Vi fekk opplyst at Kvinneklinikken planlegg eit forbetningsprosjekt der fødekvinne vil få tilsendt eit elektronisk spørjeskjema innan to veker etter fødselen og beden om å melde tilbake behovet for oppfølging. Kvinnene vil deretter få time til dette.

### **Systematisk læring og forbetring**

Ved intervju går det fram at legegruppa får informasjon om fødselar med uheldige og alvorlege utfall på morgonmøte. I same møte vert avvik og andre hendingar diskutert og det grønne korset fylt ut i fellesskap. «Det grønne korset» er eit verktøy som Kvinneklinikken nyttar for å beskrive risiko for pasienttryggleiken på vakt, som reiskap i forbetningsarbeidet ved klinikken. Kvar onsdag har legegruppa også eit kort møte der læring frå NPE-sakar, tilsynssaker og andre saker vert teke opp.

Kvinneklinikken har ei fosterovervakingsgruppe som går gjennom alle fødselar der barnet har Apgar-score mindre enn 7 ved 5 minutt og eller acidose i navlesnora, definert ved pH <7,10, med gjennomgang av forløp og vurderingar med direkte tilbakemelding til dei involverte. Utvalde kasus vert tatt opp på STAN-møte på onsdagar for tverrfagleg gjennomgang og diskusjon.

Ved intervju går det vidare fram at dei tilsette kjenner til Synergi (systemet for melding av uønskte og eller alvorlege hendingar) i og er kjende med kva som skal meldast, men at det ofte er lite tid til dette arbeidet og at det ofte vert nedprioritert. Ved intervju opplyser leiinga at dei rette sakene vert melde i Synergi. Synergimeldingane vert behandla individuelt av seksjonsleiar, og det vert utarbeida



månadlege rapportar som vert gjennomgått på personalmøte. Rapportane vert send til alle på mail. Avviksmeldingar og oppfølgingsarbeid er eit fast tema i Kvalitetsforum, som har møte kvar måned. Kvalitetsforum følger mellom anna opp tilsynssaker, hendingsgjennomgang/-analysar og NPE-saker. Arbeidet i Kvalitetsforum er skildra i eigen prosedyre. Det vert skrive referat frå møta. Gjennom intervju går det fram at det er utfordrande å sikre at læringspunkt frå arbeidet i Kvalitetsforum når ut til aktuelle tilsette i klinikken.

#### 4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

I dette kapittelet vurderer vi fakta i kapittel 3 opp mot lovreglane i kapittel 2.

Helse- og omsorgslovgivinga stiller krav til leiing og systematisk styring for å sikre forsvarlege helsetenester. Kvinner i fødsel (med protrahert forløp) har rett til trygge og gode tenester. Dette stiller krav til organisering, ansvarsfordeling, kompetanse, dokumentasjon, informasjonsformidling og samhandling. Fødekvinnar har rett til informasjon og høve til å medverke. Leiinga må følgje opp at planlagde tiltak vert sett i verk og fungerer slik at kvinner i fødsel får forsvarleg helsehjelp.

Tilsette ved Kvinneklinikken og Føde B får relevant opplæring, kjenner praksis og skriftlege prosedyrar. Dei har lik forståing av korleis oppgåver og ansvar er fordelt. Ved tilsynet har vi ikkje fått informasjon som tilseier anna enn at samarbeidet mellom dei ulike rollene og faggruppene på vakt stort sett fungerer godt. Informasjonsformidling mellom personell på vakt vert gitt munnleg i tråd med skriftlege rutinar, og ved dokumentasjon i journalsystema. Fødekvinne som vi snakka med opplevde at personalet kjende den tidlegare historikken deira og det aktuelle forløpet.

Skriftlege prosedyrar byggjer på nasjonale faglege tilrådingar. Under fødselen vert kvinnene overvaka, vurderte og følgde opp ut frå klinikk og risikofaktorar. Dokumentasjonen av vurderingar, tiltak og planar er ofte sparsamt og kortfatta skildra i pasientjournalen, men naudsynt og relevant informasjon som grunnlag for medisinske vurderingar og avgjerder i fødselsforløpet vert dokumentert. Informasjon om tilstanden til fødekvinnar, faglege vurderingar og tiltak vert også utveksla munnleg mellom involverte helsepersonell.





Sjølv om vi ved stikkprøver i eit avgrensa utval journalar fann at dokumentasjon var noko knapp i somme av dei, gir det aleine ikkje grunnlag for å konkludere med svikt i styring. Høg aktivitet, dokumentasjon i tre system som ikkje er integrerte, og til tider knappe notat om vurderingar og tiltak, utgjer ein vesentleg risiko for at naudsynte opplysningar ikkje er tilgjengeleg ved behov under fødselen og heller ikkje i ettertid. Problemet med tre dokumentasjonssystem har vore kjend i lengre tid, og er meld til øvste leiing. Det pågår ein prosess med å få på plass nytt system som integrerer dokumentasjon av fosterovervaking og DIPS.

Opplysningar i intervju tilseier at Føde B søker å legge til rette for at kvinnene får informasjon og høve til å medverke. Det er kjend kven som har ansvaret for oppfølging etter alvorlege hendingar. Meldingar om uønskte og alvorlege hendingar vert følgd opp. Opplysningar i intervju samsvarer med skriftlege prosedyrar og andre mottekne opplysningar om korleis leiinga følgjer opp område med risiko for svikt, og brukar kunnskapen til forbetring.

Etter å ha samanhalde skriftlege og munnlege opplysningar opp mot aktuelle krav i helselovgjevinga, har vi ikkje avdekt svikt i styringa med behandlingstilbodet til kvinner i fødsel med protrahert forløp.

## 5. Statsforvaltarens konklusjon

Her presenter vi konklusjonen av undersøkinga vår, basert på vurderingane i kapittel 4.

**Det vart ikkje avdekket lovbrøt under tilsynet. Tilsynet er derfor avslutta.**

Rapporten vert sendt til Statens helsetilsyn for å verta publisert på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

Med helsing

Sjur Lehmann  
fylkeslege og avdelingsdirektør

Rebekka Helle  
assisterande fylkeslege

*Dokumentet er elektronisk godkjent*



## Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

I dette vedlegget omtaler vi korleis tilsynet vart gjennomført, og kven som deltok.

Varsel om tilsynet vart sendt 21.11.2022. Førrebuande møte med verksemda vart gjennomført 10.03.2023.

Tilsynet vart innleia med eit kort informasjonsmøte 09.05.2023. Oppsummerande møte med gjennomgang av funn og presentasjon av foreløpig konklusjon vart halde 12.05.2023.

Ein del dokument vart tilsendt og gjennomgått på førehand, mens andre dokument vart overlevert og gjennomgått i løpet av tilsynsbesøket. Følgjande dokument vart gjennomgått og vurderte som relevante for tilsynet:

Opplysingar i brev av 21.12.2022 frå Helse Bergen:

- Vaktleder -funksjon (EK)
- Tilkallingsrutiner og alarmer (EK)
- Supervisjon til LIS (EK)
- Fødeteam (EK)
- Beskriving av rollefordeling for jordmødrene ved akutte hendingar
- Forløpsbasert organisering og ansvarsvakt frå 08.03.2021
- Vaktrapport leger (EK)
- Muntlig rapport ved vaktskift på Fødeavdelingen (EK)
- Informasjon om vaktmøter for legene ved Kvinneklinikken (EK)
- Dokumentasjon i Natus, svangerskap, fødsel og barsel (EK)
- Beskrivelse av kvalitetsstyringsystemet til Helse Bergen HF (sentral EK)
- Handlingsplan for internkontroll ved Kvinneklinikken (EK)
- «Det grønne korset» (sentral EK)
- Synergi (EK)
- Videre melding av synergisaker og varsling (EK)
- Kvalitetsforum (EK)
- Hendelsesgjennomgang (sentral EK)
- Varslingsplikt til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskomisjon for helse og omsorgstjenesten (sentral EK)
- Oppfølging av pasient og/eller pårørende etter alvorlige hendelser (spesialisthelsetjenesteloven §3-3a) (sentral EK)
- Sjekkliste etter alvorlige hendelser (sentral EK)
- Notat om retningslinjer og styring av praksis, datert 21.12.2022
- Organisasjonskart Kvinneklinikken: Fødeavdelingen
- Ledelseskart, illustrasjon arbeidsgrupper/team KK



- Opplæring av jordmødre
- Introperiode for nyansatte LIS uten tidligere erfaring i gyn/obst
- E-post om fortløpende lagring av opptak av STAN-undervisning, 20.04.2022
- E-post om rutineendring 17.07.2022
- Sjekkliste Trygg fødsel
- Evaluering av ansvarsvaktrollen, jordmødre juni 2022
- E-post oppfølging av ny vaktrapport 31.01.2022
- Sjekkliste føde/barsel (EK)
- Prioriteringssirkelen (EK)
- E-post om evaluering av VL og AV-møtet, 18.08.2022
- Det grønne korset oktober 2022, leger
- Forbedringsarbeid- Hvordan arbeider KK med avvikshendelser?
- Oppfølging av pasientrelaterte hendelser
- Synergirapport november 2022
- Tilbakemelding til Statsforvalteren i tilsynssaker: 22/1165, 21/11560, 21/1466, 21/553, 20/5791, 20/5607, 19/7730, 19/7580, 19/12180
- Oversikt over synergimeldinger knytt til ovennevnte tilsynssaker
- Hendelsesgjennomgang, *synergi 440879*, tiltaksliste og framdriftsplan
- Hendelsesgjennomgang, *synergi 464235+463662*, tiltaksliste revidert
- Hendelsesgjennomgang, *synergi 442753*, handlingsplan/tiltaksliste

Opplysinger i brev av 09.01.2022 frå Helse Bergen:

- Kriterier for fødsel for Føde A og Føde B (EK)
- Kriterier for fødsel på Storken (EK)

Opplysinger i brev 10.02.2023 frå Helse Bergen:

- Utdyping/bakgrunnsinformasjon frå klinikkdirektør, datert 10.02.2023
- Synergi, månedsrapporter, Kvinneklubben, april-november 2022
- Synergisaker april-desember 2022; sammendrag og tiltak fra fødeavdeling og legegruppen
- Referat Kvalitetsforum januar-desember 2022
- Oversikt over fødselsulykker, KK, 2018-22
- Oversikt over protrauert forløp, KK, 2021-22
- Oversikt over meldinger sendt Statens helsetilsyn etter §3-3a 2021-22
- Sjekkliste- ledelsens gjennomgang av intern styring og kontroll, fødeavdelingen, 2021-22

Opplysinger i brev frå Helse Bergen 24.03.2023:

- Tilsette ved Føde B
- Legar i vakt ved fødeavdelinga
- Setefødsel (EK)
- Tvillinger (EK)
- Tang (EK)
- Vakum (EK)
- Overvåking av fosterlyden, revidert 20.03.23 ja: kommunisert ut til ansatte?



- Forbedringsteam. Fosterovervåkning
- Evalueringsskjema forsterovervåkning KKB
- ONEWS (EK)
- Kvalitetsforum, oppdatert 21.03.23 (EK)
- Avvikshendelser, oppdatert 21.03.23 (EK)
- Risikostyringsmål 2023: Pasientsikkerhetstiltak, kvalitetsindikatorer (EK)
- Trygge fødsler indikatorer 1,2 og 3 ; hvor langt kommet?
- Operasjonell risiko Føde A, FødeB og Føde C Storken
- Risikovurdering induksjoner
- Risikovurdering smertelindring
- Risikovurdering manglende integrasjon mellom systemer
- Beredskapsplan Føde A, B og C Storken
- Risikovurdering overordnet nivå Kvinneklinikken

Opplysingar frå Helse Bergen 29.03.2023:

- Stillingsoversikt vaktlederjordmødre
- Fullmaktsmatrise nivå 1,2 og 3
- Fullmaktsmatrise KOL
- Stillingsbeskrivelse seksjonsoverlege, KK
- Informasjon om legelederutvikling og SOL organisering/ansvarsområder ved KK (3 dokument)

Opplysingar frå Helse Bergen 09.05.2023:

- Samandrag og statistikk over antal fødsler, bemanning og raudt nivå februar-april 2023
- Kopi av dei siste fire vurderingane frå fødselsovervåkingsgruppa

Opplysingar frå Helse Bergen 16.05.2023:

- En-til-en jordmor i aktiv fødsel (EK)

Publikasjonar som er relevante for dette tilsynet:

- Norsk gynekologisk forening, «Veileder i fødselshjelp» (2020)
- Perinataalkomiteen, årsrapport 19-21
- Protrahert forløp, Helse Bergen (EK)

På førespurnad fekk Statsforvaltaren identifiserte 93 journalar frå Kvinneklinikken etter følgjande kriterium

- Alle kvinner som har født i perioden 15.03.2022-15.03.2023 med protrahert forløp (ICD-10 O63.0 og O63.1) og:
  - a) barnet har fått hypotermibehandling eller
  - b) nyfødd med Apgar <5 etter 5 minutt (ICD-10 P21.0, P21.1 og P21.9) eller



- c) nyfødd med metabolsk acidose (pH < 7.00 og BD  $\geq$  12 i arteria umbilicalis) eller
- d) nyfødd med diagnose ICD-10 P90 eller P91 eller
- e) maternelle eller perinatale dødsfall (ekskludert de med intrauterin fosterdød ved innkomst i fødeavdelinga eller alvorlege misdanningar) eller
- f) nyfødd med Apgar < 7 etter 5 minutt eller
- g) nyfødd overflytta nyfødt intensiv etter fødselen, uansett orsak

- Dei 20 siste fødslane regnet bakover frå 15.03.2023 koda med protrahert forløp (O63.0 og O63.1), men utan ovannemnde utfall.

Vi gjorde stikkprøvar i 30 av 93 journalar, og inviterte 25 av kvinnene i dette utvalet til intervju. 16 kvinner vart intervjuet. Val av journal for stikkprøvar og pasient for intervju vart gjort ved tilfeldig uttrekk.

I tabellen under gir vi eit oversyn over kven som vart intervjuet, og kven som deltok på oppsummerande møte ved tilsynsbesøket:

Namn	Funksjon/stilling	Intervju	Oppsummerande møte
Clara Gram Gjesdal	Viseadministrerende direktør, Helse Bergen HF	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Susanne Albrechtsen	Klinikkdirektør, Kvinneklubben	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Agnethe Lund	Klinikkoverlege	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Kari Hege Tvedt	Seksjonsjordmor Føde B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Jørg Kessler	Seksjonsoverlege	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ferenc Macsali	Seksjonsoverlege	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mona Espeseth	Vaktleder	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Renate Sandland Gundersen	Jordmor, føde B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ann Kristin Stavenes	Ansvarsvakt, Føde B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marit Rønning Skårn	Lege i spesialisering, vaktsjikt 1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Anders Einum	Lege i spesialisering, vaktsjikt 2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Josefine Hande Orlien	Jordmor, Føde B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



Namn	Funksjon/stilling	Intervju	Oppsummerande møte
David Forsse	Overlege, vaktsjikt 3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Marte Olsen	Ansvarsvakt, Føde B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Inger Lise Johansen	Jordmor, Føde B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hanne Vassbotn Olsen	Lege i spesialisering, vaktsjikt 1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kristin Løvall	Lege i spesialisering, vaktsjikt 2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sindre Grindheim	Overlege, vaktsjikt 3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Martha Svarstad Vadset	Assisterande klinikkdirektør	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pål Farsund	Spesialrådgjevar, FoU	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sissel Thunes	Jordmor, rådgjevar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lorenz Erland Linde	Seksjonsoverlege	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**Desse deltok frå tilsynsmyndigheita:**

- ass. fylkeslege, Erik Andreas Torkildsen, Statsforvaltaren i Rogaland, fagrevisor
- jordmor, Mari Landsverk Hagtvedt, Sykehuset i Vestfold, fagrevisor
- rådgjevar, Ida Holmås Aalerud, Statsforvaltaren i Vestland, revisor
- fagdirektør, Anne Grete Robøle, Statsforvaltaren i Vestland, revisor
- ass. fylkeslege, Rebekka Helle, Statsforvaltaren i Vestland, revisjonsleiar