

HPN-2008-161

INSTANS: Statens Helsepersonellnemnd - Vedtak.

DATO: 2009-06-22

DOKNR/PUBLISERT: HPN-2008-161

STIKKORD: Advarsel til sykepleier - uforsvarlig virksomhet, mangel på omsorgsfull hjelp og journalføring. Helsepersonelloven § 56.

SAMMENDRAG: Nemnda kom til at vilkårene for å gi klageren en advarsel var oppfylt. På bakgrunn av mistanke om omsorgssvikt hadde en pårørende lagt en MP3-spiller inn på rommet til en totalt hjelpetrengende pasient på aldershjem. Opptaket viste at klagerens kommunikasjon med pasienten vitnet om lite omsorgsfull yrkesutøvelse. Hun snakket til pasienten i en hensynsløs og uakseptabel tone, noe som var egnet til å utløse frykt hos en sårbar pasient. Det ble også dokumentert ved opptaket at klageren ble oppmerksom på at pasienten var langt dårligere på denne kveldsvakten enn det klageren har forklart seg om i ettertid. På bakgrunn av klagerens observasjoner om pasientens tilstand skulle tilsynslegen ha vært varslet og hun skulle også ha varslet pasientens pårørende. På lydopptaket fremgikk også at klageren ga pasienten mat selv om hun hostet og hadde besværet respirasjon, og at klageren forlot pasienten med betydelige respirasjonsplager uten at hun fikk hjelp for dette. Det skjedde det en akutt forverring av pasientens tilstand under måltidet, og forhold under måltidet antas å ha fremskyndet at pasienten døde samme kveld. Klageren ga de pårørende bevisst uriktige opplysninger om det hun trodde var dødstidspunktet, for å beskytte seg selv mot kritikk fra de pårørende. Som primær- og avdelingssykepleier hadde klageren et spesielt ansvar for pasienten. Det var manglende kontroll og oppfølging av ernæring, væske og eliminasjon. Sett i sammenheng med at pasienten hadde spesielle behov, var kartlegging, koordinering og kontroll av hennes ernæringsstatus av særlig viktighet for å forebygge blant annet uttørring. De nære pårørende ble heller ikke møtt med den nødvendige respekt og omsorg verken før pasientens død eller gjennom sorgprosessen etterpå. Klageren kom med flere uttalelser som viste lite omsorgsfull yrkesutøvelse. Hennes omgangsform med de pårørende var uprofesjonell og bidro heller til å øke konfliktnivået dem i mellom enn å medvirke til samarbeid. Klagerens journalføring var også i strid med kravene til journalføring når det gjaldt hvor hyppig pasienten ble tilsett. Helsetilsynets vedtak ble stadfestet.

SAKSGANG: Saksnummer: 08/161

PARTER: A, født 195x.

FORFATTER: Gunnar Steintveit, Ingrid Røstad Fløtten, Kristel Heyerdahl, Håvard Skeidsvoll, Åse Senning, Knut Dalen, Grethe Brundtland.

Saken gjelder: Klage på vedtak om advarsel til sykepleier, jf. helsepersonelloven § 56.

Sakens bakgrunn: B, som var pasient ved R sykehjem, døde 14. juni 2005. Pasienten fikk plass ved R sykehjem, på skjermet enhet, i april 2002. På grunn av tiltakende pleiebehov ble hun overflyttet til pleieavdelingen i juni 2004. Pasientens datter var misfornøyd med den behandling

og pleie og omsorg moren fikk ved R sykehjem. Hun har gjentatte ganger klaget over dette til sykehjemmet både muntlig og skriftlig, og har også klaget til kommuneoverlegen over forholdene. Klagen har i hovedsak rettet seg mot manglende ernæring- og væsketilførsel, eliminasjon, fallskader, forebygging og stell av liggesår og andre sår. Det foreligger også klage over manglende medisinsk behandling, og at det tok lang tid å få innsyn i morens journal når hun ba om det.

Datteren tok, på bakgrunn av mistanke om omsorgssvikt, et lydopptak med en MP3-spiller som ble lagt på morens rom rundt klokka 14.30 den 14. juni 2005. Opptaket varte i cirka seks timer og femten minutter og gjenga lyder fra pasientens rom de siste timene hun levde og en viss tid etter at hun var død. MP3-spilleren ble hentet sent på kvelden den 14. juni. Datteren mente at det fremkom opplysninger på båndet som avslørte straffbare forhold og som avvek fra det som ble rapportert om morens dødsfall av helsepersonellet som var på vakt. Den 16. juni 2005 anmeldte hun forholdet og leverte lydopptaket til politiet. Politiet startet etterforskning mot klageren, hennes kollega C og R sykehjem.

Pasientens datter ba den 2. desember 2005 Helsetilsynet i S om å vurdere om det var gjort feil i forbindelse med morens død. Helsetilsynet i S åpnet tilsynssak mot R sykehjem og tilsynslegen ved sykehjemmet, men konkluderte i brev av 7. april og 26. mai 2006 med at de ikke fant brudd på helselovgivningen, og saken ble avsluttet.

I brev av 2. januar 2007 ba pasientens datter, ved D, spesialist i samfunnsmedisin og allmennmedisin, om at Statens helsetilsyn så på saken på nytt. Etter å ha mottatt en tilleggserklæring datert 28. mars 2007 til obduksjonsrapport av 2. september 2005 fra Universitetssykehuset i T, og en gjennomgang av sakens øvrige dokumenter, besluttet Statens helsetilsyn å vurdere saken på nytt. I brev av 18. februar 2008 ble klageren orientert om at Statens helsetilsyn ville vurdere å gi henne en advarsel. Det ble også åpnet tilsynssak mot R sykehjem.

Statens helsetilsyn ga klageren en advarsel i vedtak av 4. juli 2008. Grunnlaget for advarselen var at klagerens manglende kontroll og oppfølging av ernæring, væske og eliminasjon, som primær- og avdelingssykepleier, var et brudd på kravet til forsvarlig virksomhet og omsorgsfull hjelp, jf. helsepersonelloven § 4. Klagerens kommunikasjon med pasienten og pårørende utgjorde videre et grovt brudd på kravet til forsvarlig virksomhet og omsorgsfull hjelp i helsepersonelloven § 4, og kravet til informasjon i helsepersonelloven § 10. På lydopptaket fremgikk at klageren ga pasienten mat selv om hun hostet og hadde besværet respirasjon, og at klageren forlot pasienten med betydelige respirasjonsplager uten at hun fikk hjelp for dette. Statens helsetilsyn har lagt til grunn at dette var et meget grovt brudd på kravet til forsvarlig virksomhet og omsorgsfull hjelp i helsepersonelloven § 4. Videre var det å ikke fortelle de pårørende at pasienten var død, da de ble varslet, men i stedet å si at hun var svært dårlig, for å unngå ubehag med en pårørende, ikke i samsvar med kravet til omsorgsfull hjelp i helsepersonelloven § 4. Endelig kom Statens helsetilsyn til at journalføringen var så mangelfull at det forelå brudd på journalføringsplikten i helsepersonelloven §§ 39 og 40. Det ble ikke ført korrekt journal for hvor hyppig pasienten ble tilsett og hvilket tidspunkt pasienten døde.

Vedtaket ble påklaget 22. juli 2008 og klageren kom med ytterligere merknader i brev av 21. august 2008. Klagen ble ytterligere utdypet ved advokat Es brev av 21. oktober 2008. Statens helsetilsyn kom til at det ikke var grunnlag for å omgjøre tidligere vedtak, og oversendte den 27. november 2008 saken til Statens helsepersonellnemnd for klagebehandling.

I brev av 18. november 2008 avsluttet Statens helsetilsyn tilsynssaken som var opprettet mot institusjonen R sykehjem, ved U kommune, og kom til at det forelå brudd på plikten til å ha et styringssystem som sikret at pasientene fikk forsvarlig behandling og omsorgsfull hjelp. Dette hadde medvirket til flere alvorlige overtredelser av helselovgivningen.

Klageren møtte nemndas sekretariat den 22. april 2009 for å legge fram sitt syn på saken. Hun har sendt nemnda ytterligere merknader i brev mottatt 18. og 20. mai 2009.

Begrunnelse for klagen:

Klageren har anført at vilkårene for advarsel i helsepersonelloven § 56 ikke er oppfylt.

De hadde ikke primærsykepleier på R. Brukerne ble delt inn i tre grupper, hvor to grupper hadde tre pasienter og en gruppe hadde to pasienter. Det blir derfor misvisende å bruke ordet primærsykepleier, som betyr at det er samme sykepleier eller hjelpepleier som forholder seg til samme pasient så lenge vedkommende er på avdelingen.

Klageren har til enhver tid sørget for at pasienten fikk tilstrekkelig væske- og ernæringstilførsel. Pasienten var flink til å spise og drikke, men etter hvert som pasienten ble ytterligere redusert ble middagen endret til purékost. Avdelingen hadde matlister til alle brukerne i en plastlomme over benken der de lagde frokost og kvelds, slik at de kunne lese hva pasienten likte av mat og drikke.

Lydopptaket gir videre ikke et fullgodt inntrykk av totalsituasjonen rundt kommunikasjonen med pasienten. Kommunikasjon er langt mer enn ord. Opptaket er utydelig og det fremkommer ikke hva som rent faktisk foregikk i rommet. Det er ikke mulig å se samspillet mellom pasient og pleier, man kan ikke se hånden som stryker ett kinn eller smilet. Klageren var glad i pasienten og følte stor omsorg og godhet for henne. Hun har tilbakevist at hun i sin kommunikasjon med pasienten har vært respektløs og uvennlig. Klageren kan ikke forstå hva det er som gjør at hun høres irritert ut på lydopptaket. Etter klagerens syn gir lydopptaket et misvisende bilde av situasjonen.

Ved vaktskiftet på ettermiddagen den 14. juni 2005 var det ikke rapportert om at pasienten var dårlig. Hadde det vært rapportert, ville de ha tatt hyppigere turer inn til henne. De fikk heller ingen indikasjoner på at hun var dårlig, før like før hun døde. Hun hadde normal hudfarge og lå og sov. At klageren var unøyaktig med hensyn til sine ulike forklaringer om dette, kan komme av at det var gått fem til seks måneder etter pasientens død, og at de akkurat var orientert om av enhetsleder at datteren hadde antydnet at de hadde tatt livet av pasienten. Klageren var i sjokk.

Drikkelister er et internt hjelpemiddel for at ikke personalet skal glemme å gi pasientene drikke. At drikkemengden ikke er ført på alle vakter, betyr ikke at de glemte å gi drikke. Drikkelister er viktigst i begynnelsen før det blir rutine å gi drikke. Klageren vet at pasienten drakk mellom 1500-2000 ml væske hver dag. Etter klagerens oppfatning kan det stilles spørsmål ved om pasienten var dehydrert. Ved dehydrering er kroppen uttørket, mens det piplet vann fra armene til pasienten de siste ukene hun levde.

Klageren fulgte avdelingens rutiner når det gjaldt å registrere væskeinntak/væsketap og næringsverdier i det pasienten spiste. Ikke på noe punkt har hennes arbeid i forhold til registrering vært avvikende fra det som var vanlig praksis ved avdelingen. Rutinene rundt registrering kunne åpenbart vært bedre, men ansvaret for rutinene lå på andre enn klageren.

Et stell av pasienten tok opptil to timer, og ble alltid utført av sykepleier. Etter vanlig kroppsvask og stell av stomi, ble sårstell tatt og til sist passiv fysioterapi for å forebygge raskere utvikling av spasmer i ben og armer. Hun ble påkledd og satt i stol og trillet inn på stua. Den siste tiden før pasienten døde var hun ikke oppe, og sov mer og mer.

Pasienten hadde mange sår, men det er feil å kalle det liggesår. Sårene oppsto som en vannblemme det gikk hull på. Sårene hadde hun til sin død. Behandlingen av sårene, som stod på epikrise fra sykehuset, ble skrevet ned.

Klageren har forsøkt å holde samtalene med de pårørende på et saklig og nøkternt nivå. Hun og andre ansatte ved avdelingen har imidlertid gjentatte ganger opplevd å bli beskyldt for handlinger og uttalelser de ikke kan kjenne seg igjen i. Dette gjelder blant annet en episode der klageren ryddet av bord inne på stua mens pasienten og hennes datter satt der. Pasientens datter skal ha det til at klageren skal ha spurt moren om hun skulle klype henne. Klageren spurte imidlertid om hun skulle kile moren, og det hele var ment som en spøk. Hun forlot en smilende datter og mor, og har ikke, som pasientens datter, oppfattet at det oppstod en konflikt denne dagen. Klageren har heller ikke truet med å anmelde de pårørende slik Statens helsetilsyn hevder.

Etter klagerens syn har hun gjort det hun kunne for å etablere et samarbeid og en kommunikasjon basert på gjensidig respekt, men hun har dessverre ikke nådd fram. At dette ikke har lyktes, kan ikke lastes klageren, selv om hun var den profesjonelle part. Klageren har forsøkt å være konstruktiv og støttende, og har blitt møtt med gjentatte beskyldninger. Dette har vært

belastende for klageren og hun har henvist de pårørende til overordnet lege og avdelingsleder for å skjerme seg. Dette har også sammenheng med at det primært er lege og avdelingsleder som kan/skal gi opplysninger.

De pårørende har fått den informasjon de hadde krav på. Klageren har løpende gitt informasjon både om pasientens helsetilstand og den hjelpen som ble ytt, selv om det ikke alltid er dokumentert i journal. Det foreligger dokumentasjon på to samtaler med pårørende, men disse var det enhetsleder som hadde. Klageren har vært imøtekommende i forhold til ønsker fra de pårørende og lyttet til innspill. Dette kan illustreres blant annet ved at pårørende hadde et ønske om at pasienten skulle trenes opp til å gå og hvor klageren straks kontaktet kommunens fysioterapeut for å få dette vurdert. Fysioterapeuten igangsatte deretter opplæring av blant annet klageren og det ble skaffet til veie en spesiell rullestol.

Det ble videre gitt løpende informasjon om utviklingen i pasientens helsetilstand, samtidig som det ble tatt hensyn til at pasienten ikke ble umyndiggjort, og at det derfor var lege som måtte ta stilling til om pårørende skulle gis fullt innsyn i pasientens journal. Pårørende ble informert om at lege var på avdelingen en fast dag i uka og ble oppfordret til å snakke med legen. Da det kom en skriftlig henvendelse fra datterens advokat, ble en kopi av journalen sendt advokaten.

Statens helsetilsyn har funnet journalføringen så mangelfull at det forelå brudd på journalføringsplikten. I journalen fra pasientens dødsdag er det ført inn at klageren har sett til pasienten hvert tiende minutt mellom kl. 19.15 og 20.20 og at dødstidspunktet er satt til 20.20, mens det av lydopptaket fremgår at det har vært noen hos pasienten med halvtimes- eller timesintervaller og at dødstidspunktet er ca. kl. 20.00.

Det er også i forbindelse med påstand om brudd på journalføringsplikten lagt uforholdsmessig stor vekt på lydopptaket. Døren til pasientens rom stod alltid åpen. Det var med andre ord fullt mulig at noen hadde sett til pasienten hvert tiende minutt selv om det ikke var noen inne på rommet hennes. Klageren har vist til at det var vanlig å kikke inn til pasienten når man gikk forbi. Også i forhold til dødstidspunktet er det ikke gitt at journalen er uriktig ført. Både i forhold til journal og lydopptak er det brukt ca. klokkeslett. Det går fram av lydopptaket at klageren forlot rommet for å ringe pårørende, mens C ble igjen og snakket med pasienten. Det har formodningen mot seg at C snakket til en person som ikke lenger levde. At det ikke kunne høres pust etter ca. kl. 20.00, medførte ikke at det som var ført i journal var feil.

Klageren har blitt omtalt som vanskelig. Hun har arbeidet med stort sett det samme personalet i ti år, uten problemer. Klageren ble oppfordret til å søke stilling som sykepleier i 2001, og som ble omgjort til 20 prosents stilling som avdelingsleder i juli 2002. Hvis hun var vanskelig, hadde det vært mulig å frata klageren stillingen ved omgjøringen.

Etter klagerens syn fikk hun problemer med mobbing etter at hun varslet tilsynslegen om delegasjon av kateterisering av menn helt ned til 19 år gamle assistenter. Kateterisering av menn er i utgangspunktet en legeoppgave, men den ble delegert til sykepleiere på 1970-tallet. Sykepleiere må ha opplæring av lege for å kunne utføre dette. Arbeidsoppgaver som er delegert til sykepleier, kan ikke delegeres videre.

Det er ikke grunnlag for å hevde at klageren har handlet grovt i strid med forsvarlig virksomhet og omsorgsfull hjelp, har brutt informasjonsplikten og/eller reglene for journalføring. Skulle Statens helsepersonellnemnd likevel komme til at det foreligger pliktbrudd, er dette ikke egnet til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten eller til å påføre pasienter en betydelig belastning.

Statens helsetilsyn har ikke funnet grunnlag for å endre tidligere vedtak. Det ble i klageomgangen ikke fremlagt nye opplysninger av betydning for saken.

Klageren har ved sine handlinger og unnlatelser klart brutt helselovgivningen på sentrale områder. Pliktbruddene var så grove at de kunne ha gitt grunnlag for tap av autorisasjon. Grunnen til at klageren ikke ble fratatt autorisasjonen var at pliktbruddene lå langt tilbake i tid, og at hun hadde begynt på etterutdanning.

Gjennom hele saken har klageren ikke vist tegn til selvinnsett og rolleforståelse. Selv i den siste klagen fremgår det at hun fremdeles mangler evnen til å ta inn over seg hvilket ansvar hun hadde både som sykepleier, primærpsykepleier og avdelingspsykepleier i forhold til den sykepleierfaglige delen av pasientens helsetilbud. Dette er etter Statens helsetilsyns syn svært bekymringsfullt.

Nemndas bemerkninger:

Spørsmålet for nemnda er om vilkårene for å gi klageren en advarsel er oppfylt, jf. lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64 (helsepersonelloven) § 56. Etter denne bestemmelse kan advarsel gis dersom klageren *forsettlig* eller *uaktsomt* har overtrådt sine plikter og *pliktbruddet er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten eller til å påføre pasienter en betydelig belastning*.

Helsepersonelloven § 4 pålegger helsepersonell å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, jf. helsepersonelloven § 40.

Nemnda har kommet til at vilkårene for å gi klageren en advarsel er oppfylt.

1. Innledning

1.1 Klagerens bakgrunn og stillingsbeskrivelse

Klageren fikk autorisasjon som sykepleier den 15. juni 2001, og har arbeidet ved R sykehjem siden sykehjemmet ble etablert i 2000. Hun har fra 2001 vært avdelingsleder i full stilling ved pleieavdelingen, hvorav 20 prosent var administrativt arbeid. Avdelingen hadde åtte pasienter og det var ansatt tre sykepleiere og syv hjelpepleiere i tillegg til klageren. Klageren arbeidet i turnus som de øvrige ansatte. Nemnda har lagt til grunn at klageren var primærpsykepleier for pasienten fra 2. august 2004 til 14. juni 2005. I klage av 22. juli 2008 har klageren vist til at de ikke hadde primærpsykepleier på R. Etter nemndas syn kan klagerens anførsel ikke føre fram. Det vises til at det både i vitneavhør av enhetsleder og sykepleier F av 27. oktober 2007 og i brev fra U kommune av 8. april 2008 fremgår at klageren var pasientens primærpsykepleier. Videre har kommunen vedlagt prosedyren primærpsykepleie i sykehjem, noe som, etter nemndas syn, også bekrefter at ordningen med primærpsykepleier ble praktisert.

En sentral oppgave for klageren, som avdelingssykepleier, var å sørge for at tjenesten ble drevet på en god og forsvarlig måte i henhold til lover, forskrifter, vedtatte prosedyrer og avdelingens målsetting, jf. stillingsbeskrivelse for avdelingssykepleier. Klageren hadde også overordnet ansvar for å undervise og veilede hjelpepersonell i forbindelse med ernæring. Som primærpsykepleier for pasienten hadde klageren et spesielt ansvar for å utarbeide en pleieplan/behandlingsplan, jf. prosedyren primærpsykepleie i sykehjem. I dette ligger det, slik nemnda har sett det, også et ansvar for å sørge for at pleieplan/behandlingsplan ble fulgt og evaluert/justert om nødvendig.

At klageren var både primær- og avdelingssykepleier, betød at hun hadde et spesielt ansvar for å sikre kontinuitet, stabilitet og individuell omsorg for pasienten.

Klageren har i redegjørelse av 8. april 2008 vist til hvilke oppgaver som hun mente lå til stillingen som avdelingssykepleier, eksempelvis timelister, turnus, en del saksbehandling, delta i møter med de andre avdelingslederne og at medarbeidere kunne komme til henne om de hadde små problemer, og som primærkontakt, eksempelvis se over klær, varsle pårørende hvis de trengte nye og hvis de manglet penger og snakke med pårørende dersom det oppstod dagligdagse problemer. Etter nemndas syn har klagerens fremstilling av det ansvar som følger med stillingen som avdelingssykepleier og oppgaven som primærpsykepleier synliggjort en manglende rolleforståelse og sviktende faglig innsikt.

1.2 Pasientens tilstand

Pasienten hadde en omfattende sykehistorie med mange sammensatte lidelser. Hun hadde utlagt tynntarm, pussfylt hulrom i endetarmen, en unormal kanal mellom endetarmen og tilstøtende hulrom og nyresvikt. Pasienten hadde også forkalkning og forsnevring i hjertets venstre lommeklaff og en havarert hoftesammenstilling på venstre side. Pasienten hadde de senere år ikke språk, ble tiltakende hjelpeløs og sårbar med stort behov for omsorg og hjelp. Hun fikk etter hvert store liggesår og hevelser på grunn av væskeansamling i vevet med lekkasjer gjennom huden.

Hun var gjentatte ganger innlagt på V for komplikasjoner, siste gang i februar 2005. Flere av innleggelsene skjedde før pasienten ble flyttet opp til avdelingen der klageren arbeidet og gjaldt pasientens grunnlidelser. Ved flere av innleggelsene var pasienten i dårlig allmenntilstand, dehydrert og hadde nyresvikt som følge av dette. Av sykehusjournalene fremgår at hun var innlagt med blodforgiftning, dyp venetrombose, liggesår og flere tilfeller av benbrudd.

I forbindelse med politietterforskningen ble det rekvirert obduksjon av B og rapport forelå 2. september 2005 fra Universitetssykehuset T. Ifølge obduksjonsrapporten hadde B en lungebetennelse anslagsvis siste to døgn før dødstidspunktet. Det ble funnet fremmedmateriale i luftrørsgrener og luftblærer som passet med fødemidler og det ble antatt at fremmedmaterialet hadde hatt betydning for at betennelsen oppstod. Fremmedmateriale av denne typen når lungene enten ved nedpusting av mageinnhold etter brekning eller nedpusting av mat i forbindelse med svelging (mat i « vranghalsen »). Det fremgår av tillegg til obduksjonsrapporten, etter spesialundersøkelse ved Rikshospitalet, at det forelå utbredte Alzheimerforandringer i hjernen, jf. vurdering av 9. mai 2006.

2. Lydopptaket

2.1 Opplysningene som fremgår av lydopptaket

Som nevnt innledningsvis ble det gjort et lydopptak på pasientens rom fra cirka kl. 14.30 den 14. juni 2005. Opptaket varer i cirka seks timer og femten minutter og gjengir lyder fra rommet de siste timene pasienten levde og noe tid etterpå.

Klageren og hennes kollega C var på vakt den aktuelle kvelden. De delte på oppgavene, slik at de tok ansvar for fire pasienter hver, hvorav aktuelle pasient var en av dem klageren hadde ansvaret for. På opptaket fremkommer det flere episoder som etter nemndas syn viser at klageren har sviktende faglig forståelse og manglende dømmekraft.

Klagerens kommunikasjon med pasienten vitner om lite omsorgsfull yrkesutøvelse. De første to timene er det et mer eller mindre ordløst opptak, bortsett fra pasientens pust og vanlige lyder fra korridoren. Av lydopptaket kan det etter cirka 2 timer og 30 minutter høres at klageren sier til pasienten med utydelig, men uvennlig stemme: « *vi har åtte pasienter å ta oss av. Vi kan ikke stå inne her. Det skjønner ikke du å få med deg (utydelig) og lage bråk (utydelig) lager bråk.* » Det var hensynsløst og uakseptabelt å snakke i en slik tone til en totalt hjelpetrengende og sårbar pasient, og det var egnet til å utløse frykt hos pasienten. Etter nemndas vurdering utgjorde dette et brudd på kravet til omsorgsfull hjelp i helsepersonelloven § 4.

Etter nemndas syn er det også dokumentert ved opptaket at klageren ble oppmerksom på at pasienten var langt dårligere på denne kveldsvakten enn det klageren har forklart seg om. Nemnda viser til at det på lydopptaket etter cirka 4 timer og 30 minutter fremgår blant annet: « *Du har tungt for å svelge* » (utydelig)... « *kvit i ansiktet* » (utydelig) « *akkurat som det skvulper i* » (utydelig) « *å vake fordi at ho* » (utydelig) « *B, B har du ondt, ka?* » (utydelig) « *Det ser dårlig ut men æ tør jo ikke å ringe* ». Nemnda har derfor ikke festet lit til klagerens forklaring om at det ikke var noe unormalt med pasienten denne kvelden. Det vises også til at pasienten døde samme kveld.

På bakgrunn av klagerens observasjoner om pasientens tilstand skulle tilsynslegen ha vært varslet. Det vises til U kommunes prosedyre for « terminal pleie og rutiner ved dødsfall », der det fremgår at det er tilsynslege/behandlende lege som har ansvar for å iverksette terminal pleie.

Klageren skulle også ha varslet pasientens pårørende på dette tidspunkt. Nemnda viser til at klageren var kjent med at de pårørende ønsket å få beskjed hvis pasientens tilstand forverret seg slik at de kunne sitte hos henne. Ved å unnlate å varsle de pårørende ble både pasienten og

familien fratatt muligheten til å ta farvel og pasienten fikk heller ikke en verdig og trygg avslutning på livet som samvær med de nærmeste kunne bidra til.

Nemnda har lagt til grunn at klageren unnlot å varsle de pårørende på grunn av et høyt konfliktnivå med pasientens datter. Det vises til at klageren har uttalt at de på avdelingen hadde snakket mye om at det ville bli synd på dem som var på vakt når pasienten døde fordi det kunne bli bråk med datteren, og at noen takket Gud når pasienten levde når deres vakt var over, jf. klagerens brev av 8. april 2008 til Statens helsetilsyn. Ved å unnlate å kontakte de pårørende har klageren vist uetisk og uprofesjonell atferd og sviktende faglig forståelse. Det var videre i strid med U kommunes prosedyre for « terminal pleie og rutiner ved dødsfall », der det fremgår at de pårørende « snarest mulig skal informeres om vedkommendes tilstand » og at de « pårørende skal få god informasjon og oppfølging ».

Nemnda har kommet til at klageren på dette punktet har handlet i strid med kravet til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp i helsepersonelloven § 4.

Det fremgår videre av lydopptaket etter cirka 4 timer og 55 minutter at pasienten får mat. Klageren har opplyst at det var hun som ga pasienten mat denne kvelden og at hun fikk suppe. På lydopptaket kan det høres puste-, gurgle- og stønnelyder over noe tid i tillegg til spisebestikk. Etter hvert kan det også høres hostelyder som tiltar i styrke. Klageren kommuniserer ikke med pasienten før etter cirka ti minutter da hun spør: « *Var det litt godt. Sånn ja.* » (utydelig) « *Var det godt?* » (utydelig) « *Å svelge, sånn ja.* ». Pasienten fortsetter å stønne, gurgle og hoste kraftigere. Pusten blir tyngre. Lyden av brekninger kan også høres. Pusten forverres ytterligere. Klageren avsluttet matingen og forlot rommet mens pasienten hostet og hadde betydelige pusteproblemer.

Statens helsetilsyn har stilt spørsmål ved forsvarligheten av å gi en så tilsynelatende syk og svekket pasient mat, og nemnda har gjort det samme. Matingen utløste hoste og betydelig pustebesvær for pasienten. Nemnda ser svært alvorlig på at klageren overså pasientens plager og fortsatte matingen i 12-13 minutter mens pasienten hostet og hadde pusteproblemer. Klageren viste heller ingen omsorg for pasienten ved å samtale med henne, trøste og berolige henne. At pasienten så ble forlatt med betydelig pusteproblemer, og ble liggende alene uten tilsyn i cirka 50 minutter, var både uetisk og faglig uakseptabelt. Nemnda viser til at de observasjoner klageren gjorde allerede etter cirka 4 timer og 30 minutter om pasientens svært reduserte tilstand alene tilsa at pasienten skulle ha fått tilsyn ofte og grundig. Etter nemndas syn skjer det en akutt forverring av pasientens tilstand under måltidet, og forhold under måltidet antas å ha fremskyndet døden. Det vises til tillegg til obduksjonsrapporten av 28. mars 2007 der det i konklusjonen fremgår: « *Ved å sammenholde obduksjonsfunnene med de nye dokumentene i saken, inkludert lydopptaket, fastholdes at den tilgrunnliggende dødsårsaken er lungebetennelse. Av lydopptaket synes å fremgå en akutt forverring av Bs tilstand i forbindelse med det siste måltidet. Der er på denne bakgrunn rimelig å anta at forhold under måltidet kan ha fremskyndet døden.* »

Nemnda har kommet til at klageren på dette punktet har brutt kravet til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp i helsepersonelloven § 4.

Det fremgår av lydopptaket at klageren går inn på rommet til pasienten etter cirka fem timer og 56 minutter. Det høres bevegelser i noen minutter før klageren forlater rommet. Etter mindre enn ett minutt kommer klageren tilbake med kollega C, og på dette tidspunktet mente de begge at pasienten var død. Det vises til klagerens politiforklaring av 19. oktober 2005 der hun om dette har forklart at de « *så noen bevegelser i munnen, men deres konklusjon var at hun var død.* ». De drøfter så hva de skal si til de pårørende, og lydopptaket må forstås slik at de blir enige om å si at pasienten var blitt dårligere, men ikke at hun var død slik de hadde oppfattet det: « *Æ tør ikke å ringe* », « (utydelig) *ho kommer til å kvæle oss* », « *B* », « *Det du kan gjøre (utydelig) komme med en gang* », « *Det kan vi gjøre, må komme med en gang før ho er dårlig* », « *Ja, det kan vi gjøre* », « *Det var ikke dumt* ». At klageren bevisst ga uriktige opplysninger til de pårørende om det hun mente var dødstidspunktet, er bekreftet av klageren i brev av 1. desember 2005 til Helsetilsynet i S der det fremgår: « *Da undertegnede gikk ut for å ringe de pårørende, mente vi at hun var død, men pleieren som ble igjen på rommet, sier at hun trakk pusten en eller to ganger etter at undertegnede var gått ut av rommet* ». Det samme fremkommer i politiavhør av klageren av 17.

januar 2006 der hun har forklart at hun « *mente at B kunne være død og de ble enige om at de skulle ringe og si til G at moren var dårlig* ».

Som foran nevnt var det et høyt konfliktnivå mellom klageren og pasientens datter. Etter nemndas syn ga klageren bevisst de pårørende uriktige opplysninger om det hun trodde var dødstidspunktet, for å beskytte seg selv mot kritikk fra de pårørende. Etter nemndas syn har klageren på dette punktet handlet svært kritikkverdig og i strid med kravet til omsorgsfull hjelp, jf. helsepersonelloven § 4.

Nemnda har også merket seg at det gjennom hele lydopptaket er en generell mangel på muntlig kommunikasjon med pasienten. Det er påfallende lite prat fra pleier til pasient. Det forsøkes ikke å gi informasjon til pasienten og klageren prater heller ikke til pasienten i forbindelse med spisehjelp og stell. Som foran nevnt er det heller ingen prat eller trøstende ord når pasienten aspirerer mat og begynner å hoste og å få pustebesvær.

Nemnda har vært oppmerksom på at et lydbånd ikke alltid vil kunne gjengi den reelle situasjon fullstendig. Etter nemndas syn har imidlertid opptaket dokumentert en gjennomgående mangel på observasjon av pasientens tilstand, manglende tilstedeværelse samt fravær av omsorg og omtanke. Situasjonen viser lite faglighet og er etter nemndas syn svært kritikkverdig. Etter nemndas syn fikk pasienten ikke forsvarlig sykepleiefaglig hjelp på sitt dødsleie.

2.2 Bruken av lydopptaket

Lydopptaket ble gjort uten at de ansatte ved sykehjemmet ble informert om dette på forhånd og uten deres samtykke. Det er i utgangspunktet straffbart å gjøre hemmelig opptak av samtale mellom andre ved hjelp av lydbånd eller annen teknisk innretning, jf. straffeloven § 145 a nr. 2.

Nemnda har lagt til grunn at lydopptaket ble innhentet på ulovlig måte. Det er ikke nærmere lovregulert hvilke bevis som kan brukes i forbindelse med tilsynssaker, og det er i utgangspunktet fri bevisførsel. Hvis et bevis er innhentet på ulovlig måte, må det, slik nemnda har sett det, foretas en konkret vurdering av om beviset skal brukes. I denne saken vil en interesseavveining mellom hensynet til personvernet til klageren opp i mot hensynet beskyttelse av pasientenes sikkerhet og til allmennhetens behov for informasjon være avgjørende.

Etter nemndas vurdering er det et alvorlig inngrep i den personlige integritet å bli overvåket på arbeidsplassen, og slik overvåkning er i utgangspunktet ikke akseptabel ut fra personvern hensyn. Nemnda deler Statens helsetilsyns vurdering av at det ikke er ønskelig med et helsevesen der helsepersonell kan risikere overvåkning uten at de vet om det. Likevel har nemnda kommet til at det er grunnlag for å bruke de opplysninger som fremgår av lydopptaket i forbindelse med foreliggende tilsynssak. Nemnda har lagt avgjørende vekt på hensynet til allmennhetens behov for den informasjon som fremgår av lydopptaket og hensynet til pasientens sikkerhet. Det vises til at pasienten var i en svært hjelpeløs og sårbar situasjon der hun ikke tydelig kunne gi uttrykk for sine opplevelser og behov. Hun hadde mange sammensatte lidelser, blant annet manglende språk, og hadde et stort behov for omsorg og pleie. Pasientens pårørende hadde over lang tid hatt mistanke om at pasienten ikke ble tilstrekkelig ivaretatt, uten at de hadde vunnet fram med sine klager. Nemnda har således vektlagt at enkelte av opplysningene som fremgår av lydopptaket ikke kunne erverves på annen måte. Endelig har nemnda lagt vekt på at opptaket er gjort av klagerens yrkesutøvelse og ikke av hennes privatliv og at deler av de opplysninger som fremgår av lydopptaket er bekreftet av klageren (og hennes kollega C) i skriftlige politivhør.

3. Ernæring, eliminasjon og øvrig pleie og omsorg

3.1 Ernæring og eliminasjon

Av hensyn til pasientens lidelser var det spesielt viktig med tilstrekkelig væsketilførsel. Nemnda viser til at pasienten på grunn av utlagt tynntarm, pussfylt hulrom i endetarmen og en unormal kanal mellom endetarmen og tilstøtende hulrom hadde et stort væsketap. I tillegg fremgår det av journalnotatene at pasienten i den siste tiden hun levde utsondret væske gjennom huden, noe som også medførte stort væsketap. Pasienten hadde videre nyresvikt på grunn av dehydrering, noe som understreket viktigheten av at pasienten fikk tilført tilstrekkelig væske.

Etter nemndas vurdering fikk pasienten ikke tilstrekkelig væsketilførsel og det var heller ikke tilstrekkelig kontroll med inntatt væskemengde. I pleieplanen for pasienten er det registrert at hun skulle ha minst 1500 til 2000 ml drikke per døgn. Det er fra 25. juni 2004 til 14. juni 2005 ført drikkeliste for pasienten. Det er på en av sidene i drikkelisten notert at pasienten skulle ha minimum 1800 ml væske per døgn. Drikkelisten er imidlertid ført ufullstendig slik at det er vanskelig å ha kontroll med hvor mye væske pasienten fikk i seg. Enkelte dager er det ikke ført opp inntatt væske i det hele tatt, andre ganger kun på dagvakt eller kveldsvakt. Ved de tilfellene det er påført mengde inntatt væske på både dagvakt og kveldsvakt, har pasienten ved flere tilfeller ikke fått den anbefalte mengde drikke. Så ufullstendig drikkelisten ble ført for pasienten, var den lite egnet for det formål å sikre at hun fikk tilstrekkelig med væske. I pasientens journal er det ført noen få notater med angivelse av hvor mye pasienten har drukket i antall ml og spredte notater om at pasienten « *har drukket godt* ».

Det har også vært en manglende kontroll av pasientens væsketap. Nemnda viser til at journalen i all hovedsak mangler observasjon og systematiske registreringer av væsketap. Av drikkelisten fremgår det at mengde utskilt urin, ble registrert i en kort periode fra 25. mai 2005, men også dette ble ført mangelfullt. Væsketap gjennom stomi og fistel er ikke kontrollert.

Endelig viser nemnda til at tilførsel og kontroll av øvrig næring heller ikke har vært god nok. I pasientens pleieplan fremgår det at pasienten spiste brødmat selv og at hun måtte ha hjelp til middag og drikke. Som tiltak er det vist til at det må settes av god tid til måltidene. I journalen mangler det imidlertid en beskrivelse av, og fokus på, næringsverdien i det pasienten fikk å spise. Det er kun notert om pasienten har spist lite eller godt, uten at det i all hovedsak fremgår hvor mye eller lite.

Oppsummeringsvis slås fast at pasienten over lang tid ikke fikk dekkende tilførsel av væske og ernæring. Hennes ernæringsbehov ble heller ikke kontrollert på en tilstrekkelig måte. Sett i sammenheng med at pasienten hadde spesielle behov, var kartlegging, koordinering og kontroll av hennes ernæringsstatus av særlig viktighet for å forebygge blant annet uttørring. Klageren hadde som primærsykepleier et spesielt ansvar for å kontrollere pasientens ernæringsstatus og iverksette tiltak om nødvendig. Som avdelingssykepleier hadde klageren også et overordnet ansvar for å undervise og veilede det øvrige personalet i forhold til ernæring og eliminasjon.

Den manglende kontrollen og oppfølgingen av ernæring, væske og eliminasjon utgjorde et brudd på kravet til faglig forsvarlighet, jf. helsepersonelloven § 4.

3.2 Øvrig pleie og omsorg

Det var klagerens ansvar som primærsykepleier å utarbeide en pleieplan for pasienten. Pasientens pleieplan er håndskrevet, udatert og lite systematisk oppbygget. Den inneholdt hovedpunktene « *emosjonelt, fysisk, ernæring, eliminasjon og personlig hygiene* », men skilte i svært liten grad mellom mål, ressurser/behov og tiltak. Mål/tiltak var heller ikke tematisk beskrevet. Pleieplanen var ikke oppdatert i forhold til pasientens utvikling og endrede behov. Nemnda viser eksempelvis til at det av pleieplanen fremgår at pasienten prater, går med følge og sitter i egen stol når hun spiser. Dette var ikke den reelle situasjonen de siste månedene pasienten levde. Det vises også til at iverksetting av tiltak mot dehydrering, som måling av drikke, ikke fremgår av pleieplanen. Videre var pleieplanen heller ikke oppdatert i forhold til at pasienten hadde liggesår og ødemer og systematiske tiltak i forhold til dette.

Etter nemndas syn var pasientens pleieplan mangelfull og hadde redusert verdi for å sikre pasienten god pleie og behandling. Både de små og store mål i pleieplanen må jevnlig følges opp og evalueres. Fordi pleieplanen skulle være et middel for å oppnå god pleie og omsorg, styrke det forebyggende arbeid og arbeidet for å bevare de funksjoner den enkelte hadde, ser nemnda svært alvorlig på at denne ikke er dekkende på flere sentrale områder. Nemnda viser til brev fra U kommune av 8. april 2008 der det fremgår at målene i pleieplanen skal « *sikre god og helhetlig pleie gjennom fokus på de individuelle behov og tiltak i forhold til dette* ». Manglende kartlegging av pasientens behov for sykepleie og tiltak for å dekke disse utgjør et brudd på kravet til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp i helsepersonelloven § 4.

Det foreligger en rekke anklager fra pasientens datter om klanderverdig pleie og omsorg. Nemnda viser eksempelvis til en episode som skal ha skjedd 12. juni 2005, jf. vitneavhør av pasientens datter av 17. juni 2005. Datteren kom til sykehjemmet cirka kl. 15.00 og fant sin mor våt, kald, tilsølt og i en forkommen tilstand. Hun skal ha gått til klageren og bedt henne om å se til moren. Klageren skal ha svart nei og vist til at dette måtte kveldsvakten ta seg av. I brev av 8. april 2008 har klageren forklart at datteren må ha kommet til henne mellom kl. 15.00 og 15.15 mens hun var alene på vakt og avsluttet papirarbeid etter et dødsfall. Hun skal ha fortalt datteren at ettermiddagsvakten snart kom og kunne ta seg av dette, noe som også ble gjort.

Nemnda har forståelse for at det i forbindelse med vaktskifte kunne være vanskelig å ta seg av stell og klesskift alene. Det vises til politiavhør av 27. oktober 2005 med enhetsleder F der det fremgår at de måtte være to til stede ved klesskift og at et vaktskifte vanskeliggjorde dette. Etter nemndas syn kunne imidlertid klageren ha formidlet sitt budskap på en mer hensynsfull måte eventuelt kunne hun ha blitt med for å se til pasientens behov for stell og pleie.

Pasientens datter har i vitneavhøret også vist til en episode der klageren skal ha « *tvangsforet* » hennes mor slik at hun hostet opp mat. Smekken skal ha vært full av mat og væske. Klageren har ikke tilbakevist datterens påstand, og nemnda har lagt til grunn at episoden har skjedd. Nemnda har ved denne vurdering også vektlagt at det i saken fremkommer andre opplysninger om at klageren i forbindelse med mating har vist pasienten lite omsorg og omtanke, jf. lydopptaket. Etter nemndas syn handlet klageren ikke i samsvar med faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp i helsepersonelloven § 4.

4. Kontakt med de pårørende

4.1 Kommunikasjon og konflikt

Over tid utviklet det seg et relativt høyt konfliktnivå mellom klageren og pasientens datter. Nemnda viser til en omfattende mengde brev og e-poster fra pasientens datter der dette fremgår. Datteren reagerte blant annet på måten klageren snakket til moren hennes, og på hvordan hun selv ble behandlet som pårørende, når hun tok opp forhold vedrørende moren. Klageren har om en episode i brev av 8. april 2008 forklart at: « *jeg orienterte G om at hun ikke måtte gå å fortelle usannheter om ansatte på avdelingen, og hvis hun mente at det ble gjort noe som hun var uenig i, tok hun det opp med pleier der, eller hun kom til meg som enhetsleder. G ville diskutere dette, men jeg sa at det ikke var mer å diskutere, det var reglene her på avdelingen og det fikk hun forholde seg til* ».

Videre har både pasientens datter og datterdatter vist til flere situasjoner der de opplevde klagerens kommunikasjonsform og opptreden som ubehagelig og lite omsorgsfull i forbindelse med pasientens død. Nemnda viser til at da pasientens datterdatter ankom R sykehjem dagen etter at mormoren døde, skal klageren ha møtt henne med en knapp kommentar, før hun snudde ryggen til og gikk, jf Hs e-post til Statens helsetilsyn av 30. oktober 2007.

Etter å ha forlatt mormorens rom ønsket datterdatteren å snakke med klageren om mormorens siste dager og timer. Klageren skal ha opplyst at mormoren hadde spist godt, nærmest vært « *glupsk* » kort tid før hun døde, og at dette fenomenet kalles for « *det siste måltidet* ». Dette er også bekreftet av pasientens datter i tillegg til vitneavhør av 17. juni 2005. Denne episoden har klageren ikke kommentert. I brev av 8. april 2008 har klageren skrevet at pasientens datter kom med flere påstander, da hun var på sykehjemmet dagen etter morens død, og at klageren derfor skal ha sagt til henne at hun var: « *lei av alle beskyldningene, så hvis hun ikke hadde flere spørsmål angående B, hadde jeg arbeid å gjøre. Jeg sa også til G at jeg kunne ha anmeldt henne for æreskrenkelse i forbindelse med klipe-episoden, G gikk deretter til politiet, og fikk et tillegg til anmeldelsen om at jeg skulle ha skreket etter henne da hun gikk. Jeg antar at G utpekte meg som en av de « slemme » fordi jeg prøvde å sette litt grenser for henne* ».

Disse episodene vitner om at de nære pårørende ikke ble møtt med den nødvendige respekt og omsorg verken før pasientens død eller gjennom sorgprosessen etterpå. Klageren har kommet med flere uttalelser som viser lite omsorgsfull yrkesutøvelse. Hennes omgangsform med de pårørende var uprofesjonell og bidro heller til å øke konfliktnivået dem i mellom enn å medvirke til samarbeid. Etter nemndas vurdering var klagerens opptreden i forbindelse med pasientens død

spesielt kritikkverdig. Klageren viste de pårørende en lite støttende og empatisk holdning og hun hadde heller ikke fokus på de pårørendes behov i en slik situasjon. Kommunikasjon med de pårørende må forutsettes holdt i en profesjonell tone, og uttalelser som kan oppfattes som unødvendige, upassende, truende og krenkende er klart uakseptable. Som primærsykepleier og avdelingssykepleier hadde klageren et særlig ansvar for å møte de pårørende på en respektfull og god måte. Nemnda viser spesielt til prosedyre for primærsykepleie i sykehjem der det fremgår at klageren hadde hovedansvaret for omsorgen og kontakten med den enkelte pasient og dens pårørende.

Nemnda har forståelse for at det i noen tilfeller kan være vanskelig å forholde seg til enkelte pårørendes krav. Det er imidlertid også en del av den faglige profesjonalitet å ta vare på og å samarbeide med det som oppleves som krevende pårørende. Etter nemndas syn skulle klageren, som den profesjonelle part, ha forsøkt å finne en løsning på konflikten, eksempelvis ved å ta initiativ til møter med de pårørende for å diskutere samarbeidsproblemene, ved å ta saken opp med sin leder eller ved å si fra seg rollen som primærsykepleier.

Klageren har ikke klart å kommunisere med de pårørende på en tilfredsstillende måte og har vist lite omsorgsfull atferd i forbindelse med utførelse av sitt arbeid. Hennes yrkesutøvelse inngir heller ikke til tillit. Klageren har på dette punktet handlet i strid med kravet til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, jf. helsepersonelloven § 4.

4.2 Pårørendesamtaler og informasjon til pasientens pårørende

Det fremgår av prosedyre for primærsykepleie i sykehjem at primærsykepleier skal ha kontakt med pårørende minst en gang per måned, eller etter nærmere avtale, for eksempel ukentlig den første tiden. I brev av 8. april 2008 fra U kommune fremgår det at det skal være minimum to dokumenterte pårørendesamtaler hvert år rundt hver pasient. Det uttales videre: « *I mange tilfeller dreier det seg om flere. Det avhenger helt av pasientens situasjon og utvikling, sykdomstilstand og behandling, forandring i behov, tilstand, medisinsk behandling, sykdomsutvikling og andre relevante forhold kan kreve at vi må ha langt oftere pårørendesamtaler.* »

Nemnda har lagt til grunn at pasientens datter ikke ble innkalt til pårørendesamtaler av klageren. Det vises til at det ikke foreligger dokumentasjon om pårørendesamtaler i pasientens journal. I kardex er det skrevet flere notater om at datter har vært der, hva hun mener og ønsker, men ingen refleksjon rundt dette. I en situasjon som den aktuelle kunne regelmessige og forhåndsplanlagte pårørendesamtaler, utenfor den hektiske arbeidshverdagen, vært en mer egnet arena for å formidle informasjon til de pårørende.

På bakgrunn av det store konfliktnivået og den vanskelige kommunikasjonen mellom klageren og pasientens pårørende kan det stilles spørsmål ved om de fikk all relevant informasjon om pasienten. Nemnda viser spesielt til at det ikke er gjennomført pårørendesamtaler, der slik informasjon vanligvis gis. Nemnda legger likevel til grunn at pasientens datter har fått informasjon om morens helsetilstand og innholdet i helsehjelpen som ble gitt. Det vises til at pasientens datter nesten daglig var på sykehjemmet for å besøke sin mor, og nemnda har lagt til grunn at hun ved denne kontakten fikk informasjon av pasientens pleiere. Hun har også hatt en rekke samtaler med tilsynslege I, jf. legejournalen og opplysninger fra pasientens kardex.

Etter nemndas vurdering foreligger det ikke brudd på kravet til å gi informasjon i helsepersonelloven § 10.

5. Journalføring

Dokumentasjonsplikten er i hovedsak begrunnet i hensynet til kvalitet og kontinuitet i behandlingen, og hensynet til etterprøvbarhet av den helsehjelp som er gitt, jf. Ot.prp.nr.13 (1998-1999) side 111 . Dokumentasjonen skal blant annet inneholde korrekte opplysninger om pasientens tilstand, foretatte vurderinger og tiltak, forskrivning og videre oppfølging.

Nemnda har lagt til grunn at klageren, den kvelden pasienten døde, førte uriktig journal når det gjelder hvor hyppig pasienten ble tilsett. Det vises til journalnotat av 14. juni 2005 der det fremgår: « *B sovnet kl 20.30. Hun har vært blek og spist lite. Kokte tomatsuppe til henne og ga henne 19.15. Vært inne og sett til henne hvert 10 min p.g.a. at det pipler mye vann av kroppen*

hennes. Jeg gikk inn ca 20.20 så endring på ansiktet til B og hentet C inn, vi så at det gikk mot slutten så jeg gikk ut for å ringe pårørende. G svarte ikke på telefon så jeg ringte barnebarnet i W. Etter telefonsamtalen med barnebarnet gikk jeg inn til B og da var hun nettopp død, sovnet bare inn. »

Det som er notert i journal er ikke i samsvar med det som fremgår av lydopptaket om hvor hyppig pasienten ble tilsett. Av lydopptaket fremgår det at pasienten ble tilsett langt sjeldnere enn det klageren har notert i journal. Nemnda viser til at det av opptaket kun kan høres noen inne på rommet til pasienten med intervaller på en halvtime eller en time, men også opp til en og en halv time. Det kan registreres at det er noen inne på rommet ca. kl. 16.25, kl. 17.00, kl. 18.25, kl. 19.00, kl. 19.25 og kl. 20.25. Nemnda har ved sin vurdering av om klageren har ført uriktig journal lagt avgjørende vekt på de opplysninger som fremkommer av lydopptaket.

Det er i journal notert at dødstidspunktet var cirka kl. 20.20. Som foran nevnt oppfattet klageren at pasienten var død før hun gikk for å ringe til de pårørende, men C har forklart at pasienten muligens trakk pusten etter dette. Nemnda finner det ikke tilstrekkelig bevist at døden inntraff før 20.20. Det er på dette punktet derfor ikke noe å innvende til journalføringen.

Etter nemndas vurdering har klagerens journalføring vært i strid med kravene til journalføring når det gjelder hvor hyppig pasienten ble tilsett, jf. helsepersonelloven § 40.

6. Vurdering etter helsepersonelloven § 56

Nemnda har etter dette kommet til at det foreligger brudd på helsepersonelloven § 4 om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp og helsepersonelloven § 40 om krav til journalføring. Pliktbruddene var etter nemndas vurdering til dels forsettlig og til dels uaktsomme.

Klagerens handlinger og unnlatelser var videre egnet til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten og til å påføre pasienter en betydelig belastning, jf. helsepersonelloven § 56. Det er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten og til å påføre pasienter en betydelig belastning at sårbare og totalt pleietrengende pasienter, som er innlagt på institusjon, ikke får den oppfølging, behandling, pleie og omsorg de har behov for. Uakseptabel opptreden og lite omsorgsfull hjelp er videre egnet til å påføre pasienter en betydelig belastning idet de ikke vil føle seg ivaretatt i en sårbar situasjon.

Vilkårene for å gi klageren en advarsel er således tilstede. Det må da også foretas en vurdering av om advarsel *skal* gis.

Ikke ethvert brudd på forsvarlighetsnormen vil kunne gi grunnlag for advarsel til tross for at handlingen og/eller unnlatsen isolert sett innebærer en overtredelse av forsvarlighetskravet og kravet til omsorgsfull hjelp i helsepersonelloven § 4 og kravene til journalføring i helsepersonelloven § 40. Nemnda viser imidlertid til forarbeidene til helsepersonelloven som angir formålet med reaksjonen advarsel til « *å reagere på en alvorlig overtredelse av pliktregler og bidra til å forhindre fremtidige pliktbrudd av denne art* », jf. Ot.prp.nr.13 (1998-1999) punkt 20.2.1 fjerde avsnitt.

Slik nemnda ser det, er pliktbruddene av alvorlig karakter og innenfor kjerneområdet for klagerens virksomhet. Hun har vist både omfattende faglig svikt og mangelfull etisk dømmekraft. Klagerens handlemåte ligger betydelig under den faglige og etiske standard som kreves av sykepleiere, og det er etter nemndas vurdering helt klart nødvendig å gi klageren en advarsel. Nemnda har forståelse for at saken har vært en belastning for klageren og hennes familie, spesielt på bakgrunn av stor offentlig interesse og medieoppmerksomhet. Dette er imidlertid forhold som ikke kan oppveie for de sterke offentlige hensyn som tilsier at advarsel gis.

Oppfølgingen av pasienten var uforsvarlig over lang tid. Statens helsetilsyn har i brev av 18. november 2008 kommet med kritikk av U kommune. Det fremgår at flere brudd på internkontrollplikten har medført flere alvorlige brudd på helselovgivningen. Etter nemndas vurdering hadde imidlertid klageren, som sykepleier, primærsykepleier og avdelingssykepleier, et selvstendig ansvar for å gi pasienten forsvarlig behandling, pleie og omsorg.

Etter nemndas syn har klageren ikke innsett sakens alvor. Det vises til at hun i sine brev i liten grad viser innsikt i hvorfor hennes handlemåte eller unnlatelser var i strid med kravet til faglig

forsvarlighet og/eller omsorgsfull hjelp. At flere av hennes uttalelser om dette er gitt så sent som tre til fire år etter at det aktuelle forhold fant sted gir, slik nemnda har sett det, grunn til bekymring. Klageren fremstår med dette som lite korrigierbar. Etter nemndas syn mangler klageren også etisk refleksjon, og hun viser heller ikke at hun kan se situasjonen fra de pårørendes side.

Hensikten med advarsel, å forhindre fremtidige pliktbrudd av denne art, gjør det etter nemndas vurdering nødvendig å gi klageren en advarsel.

Statens helsetilsyn har vurdert om det var grunnlag for å tilbakekalle klagerens autorisasjon, men kom til at det ville være en for streng reaksjon på bakgrunn av at klageren hadde avsluttet arbeidsforholdet ved R, at hun hadde tatt videreutdanning og at det på vedtakstidspunktet var gått lang tid siden pliktbruddene fant sted. Etter nemndas syn må imidlertid klageren ved lignende pliktbrudd i fremtiden, selv om de skulle være av mindre alvorlig art, forvente at autorisasjonen hennes blir tilbakekalt.

Nemnda ser at saksbehandlingen har vært svært langt i denne saken, og forstår at dette har vært en ekstra belastning for klageren. Dette forhold får imidlertid ikke betydning for nemndas vurdering av om advarsel skal gis. For vurderinger etter helsepersonelloven er det hensynet til pasientsikkerhet, kvaliteten i helsetjenesten og tillit til helsepersonell og helsetjeneste som vil være det vesentlige, jf. helsepersonelloven § 1.

Klagen har ikke ført fram og det påklagede vedtak stadfestes.

Vedtaket er enstemmig.

Konklusjon: Statens helsetilsyns vedtak av 4. juli 2008 stadfestes.

Sist oppdatert 27. mai 2010