Statens Helsepersonellnemnd - HPN-2006-58

Myndighet	Statens Helsepersonellnemnd - Vedtak.
Dato	2006-02-20
Doknr/publisert	HPN-2006-58
Stikkord	Klage på vedtak over advarsel til jordmor, jf helsepersonelloven § 56.
Sammendrag	Advarsel til jordmor - uforsvarlig virksomhet og journalføring. Nemnda kom til at vilkårene for å gi klageren en advarsel var oppfylt. Klageren hadde handlet i strid med kravet til faglig forsvarlighet vedrørende pasient som var innlagt til observasjon grunnet igangsetting av fødsel ved overtidig svangerskap. Det var etter nemndas vurdering kritikkverdig at klageren ikke undersøkte fosterlyden da fostervannet gikk kl 00.45. De nevnte forhold var risikofaktorer ved fødselen, og medførte et krav om ekstra oppfølging og årvåkenhet fra klagerens side, selv om det var foretatt en CTG-registrering i perioden 23.30 til 00.15 som viste upåfallende mønster. Videre skulle klageren kl 01.45 ha undersøkt pasienten, herunder fosterlyden, da det tilkom blodtilblandet fostervann. Det skjerper aktsomhetsplikten at yrkesutøvelsen innebærer risiko for alvorlige skader og død for barnet og den fødende. Nemnda så også svært alvorlig på at klageren i forbindelse med de to refererte undersøkelser både kl 00.45 og 01.45 journalførte god fosterlyd, selv om hun ikke hadde lyttet til fosterlyden. Helsetilsynets vedtak ble stadfestet.
Saksgang	Saksnr: 06/58
Parter	A (Advokat B).
Forfatter	Nina Mår, Helene Braanen, Gunnar Steintveit, Elisabet E. Romøren, Eirik Bø Larsen, Vidar Kårikstad, Aase Tidemann.

SAKENS BAKGRUNN: C var førstegangsfødende og innlagt ved Kvinneklinikken, Universitetssykehuset X (X). Svangerskapet hadde forløpt normalt, med ultralydtermin 20. februar 2004. C var til overtidsvurdering ved X den 5. mars 2004 (42 uker og 2 dager), og ble etter dette innlagt med tanke på igangsetting av fødsel. Det ble funnet umodne vaginale forhold og pasienten fikk en dose Cytotec kl 10.00 for modning. Cytotec er et legemiddel inneholdende Misoprostol, som blant annet kan føre til livmorsammentrekninger. Neste dose skulle settes kl 16.00, men ble utsatt til kl 19.30. CTG og rieaktivitet ble registrert, men det var ikke tegn til nedsatt oksygeninnhold i fosterets kroppsvev eller rieaktivitet.

Klageren overtok ansvaret for C ca kl 22.00. CTG-kontroll tatt kl 23.30 til kl 00.15 viste et upåfallende mønster. Det var ingen rier.

Det tilkom spontan vannavgang med blakket fostervann kl 00.45. Klageren ble tilkalt og inspiserte fostervannet som ble funnet normalt. Pasienten ble bedt om å legge seg igjen og si fra hvis hun fikk rier eller fostervannet endret farge. Da fostervannet ble blodtilblandet kl 01.45 gikk pasienten inn på vaktrommet og fortalte klageren dette. Etter en samtale fikk pasienten beskjed om at alt var normalt og at det ikke var noen grunn til bekymring. Pasienten ble ikke undersøkt ytterligere, men klageren har opplyst at hun var inne hos pasienten flere ganger i løpet av natten, men oppfattet at hun sov.

Om morgenen 6. mars 2004 ble det konstatert avdødt foster og pasienten fødte den 0.0.null kl 17.01 en dødfødt gutt.

Statens helsetilsyn ga klageren en advarsel i vedtak av 7. juli 2005. Advarselen ble gitt som følge av brudd på helsepersonelloven § 4 for den helsehjelp klageren ga pasienten i forbindelse med den aktuelle fødsel. Klageren unnlot å undersøke pasienten, herunder fosterlyden, da det kl kl 01.45 tilkom blodig fostervann etter tidligere vannavgang. Helsetilsynet kom videre til at det var et brudd på helsepersonelloven § 40 å journalføre *god fosterlyd* kl 00.45 og 01.45 selv om klageren ikke hadde lyttet på fosterlyden.

Vedtaket ble påklaget den 13. juli 2005. Helsetilsynet opprettholdt advarselen og oversendte saken til Statens helsepersonellnemnd for klagesaksbehandling den 7. november 2005. Klagen ble ytterligere utdypet i brev av 13. desember 2005.

KLAGEREN mener at det ikke er grunnlag for å gi henne en advarsel.

Klagerens situasjon er ikke forstått i forhold til hvordan hun handlet da pasienten kom inn på vaktrommet og lurte på om det var normalt at det kunne komme blod med fostervannet. Det er i vurderingene av de sakkyndige og Helsetilsynet ikke lett å se om det er skilt mellom hvordan man forholder seg til blodtilblandet fostervann contra en blødning. Det ene er normalt og forståelig i en situasjon med mange vaginalundersøkelser og litt rieaktivitet. Det andre er en tilstand der man kan mistenke sykdom.

Etter samtalen med pasienten oppfattet klageren situasjonen som normal. Klageren tok på pasientens mage og livmoren var myk og uøm. Det var ingen rievirksomhet og pasienten selv uttalte at det lille hun hadde av sammentrekninger etter Cytotecen var borte. Pasienten hadde akkurat vært på badet og tatt på seg et nytt bind, og på dette tidspunktet ville heller ikke det å sjekke bindet ha fortalt klageren noe. Pasienten fikk beskjed om å ta kontakt ved eventuelt mer blødning, smerter eller rier. Klageren gikk senere inn til pasienten, men hun sov. Dette gjentok klageren jevnlig flere ganger, men hver gang sov pasienten.

Slik klageren har sett det, er heller ikke funnene i obduksjonsrapporten vektlagt for å forstå situasjonen. Obduksjonsrapporten utelater blødning som dødsårsak. I rapportene fram til fødselen er det heller ikke beskrevet noen blødning. Dette viser antakelig at også klagerens vurdering av det blodtilblandede fostervannet og den kliniske situasjonen var riktig. At det ikke ble lyttet på dette tidspunktet skyldes ikke at klageren ikke mente det var viktig, men annet arbeid syntes mer prekært. Lyttingen ble utsatt, og etter hvert ikke utført fordi pasienten sov.

Ifølge obduksjonen antas barnet å ha dødd som en reaksjon på infeksjon i fosterhinnene. Symptomer på dette er vanligvis smerter, irritert og øm livmor, feber, misfarget fostervann og påvirket fosterlyd. Pasienten hadde ingen av disse symptomene. CTG tatt kl 00.30 ga uttrykk for at barnet hadde det fint. Barnet sparket til og med. Ved infeksjoner som påvirker barnet er ofte det første symptomet at barnet blir stille og ikke rører seg. Det er derfor rart at den sakkyndige, Dr Rekkedal, kan si noe om når dette barnet døde. Klageren stiller seg spørsmålet om hvordan hun skulle ha klart å fange opp en infeksjon uten symptomer. Pasienten var trett og det ble viktig å verne om hvilen. Klageren vurderte at det var trygt å la pasienten sove.

Helsetilsynet har ikke vurdert arbeidspresset og de spesielle tilfellene som forelå den aktuelle kvelden. Det er i første rekke arbeidsgivers ansvar å påse at arbeidet blir organisert og at det er nok bemanning. En vurdering av klagerens handlemåte skal vurderes som om man stod oppe i situasjonen, og ikke i etterpåklokskapens lys. Den aktuelle natten forsøkte klageren etter beste evne å gjøre sitt arbeide innefor den faktiske situasjon, men fordi barnet dør blir hennes håndtering sett på som uforsvarlig. Det hadde neppe blitt stilt spørsmål ved arbeidet denne natten hvis gutten hadde levd.

Klagerens nærmeste overordnede, D, har verken gått god for at det var en vanskelig natt med vanskelige kasus, eller bestridt det. Verken D eller klinikksjef E har hatt klageren inne til en gjennomgang av hva som virkelig hendte den aktuelle natten. Det var to andre jordmødre og en barnepleier på vakt sammen med klageren. Etter det opplyste skal ingen av de andre i vaktlaget ha blitt forespurt om arbeidssituasjonen den aktuelle vakten. Det ser heller ikke ut til at rapportark fra vakten er vurdert.

Det er travelt på en fødeavdeling, men det er ikke bare opp til den enkelte ansatte å vurdere hvordan avdelingen ser ut i arbeidsmengde når man starter en vakt. På nattevakt er det færre personer til å håndtere arbeidet, og det er vanskelig å få tak i folk dersom det skulle bli svært travelt. Ved vaktskiftet fordelte de arbeidet så jevnt som de kunne ut i fra de opplysninger som ble gitt i rapporten. Det var et etterslep i avdelingen fra skiftet før. De få gangene klageren gikk forbi vaktrommet da det var på sitt travleste, var ingen av de andre jordmødrene tilstede, heller ikke jordmoren som skulle ha hovedansvaret for avdelingen. Den aktuelle vakten var det flere fødende kvinner med behov for oppfølging. Kasusene hun skulle forholde seg til var ikke av en slik art at hun kunne ha satt seg i telefonen for å beordre folk på jobb, eller ringe overordnede for å klage på situasjonen. Det er heller ikke tradisjon for å ringe overordnet når en føler at arbeidsmengden er for stor. Klageren har etter travle vakter muntlig kommentert dette til andre kollegaer eller overordnede uten at hun føler hun er blitt tatt på alvor.

Klageren prøvde å disponere sin tid, og prioritere pasientene etter beste evne. De symptomene pasientene viser - eller ikke viser - påvirker helsepersonellets avgjørelser i situasjoner hvor man må prioritere raskt.

Vedrørende journalføringen har klageren ønsket å formidle at alt var greit med pasienten etter de observasjoner hun hadde gjort. Klageren har ikke forsøkt å bagatellisere at hun har ført feil i journal ved å skrive god fosterlyd uten å ha lyttet. Hun har ikke forsøkt å forlede noen. Etter en 10-timers travel nattevakt bak seg, med praten av kollegaer som kom på dagvakt surrende rundt seg og med tidspress i form av at alt skulle være klart til vaktskiftet, så ble dette uttrykt ved ordene god fosterlyd. Klageren har forklart at «hånden gikk av seg selv», og hun skrev ord som hadde blitt skrevet tusen ganger før. I skrivende stund forsto hun ikke at hun hadde formulert seg galt. Dette oppdaget hun først neste natt - etter at barnet var dødt - i samtale med foreldrene.

Klageren kan ikke se at hun har brutt yrkesetikken fordi hun med feil valgte ord har ønsket å gi uttrykk for en tilstand. Særlig med tanke på den kontekst journalføringen ble gjort i, sliten etter en belastende vakt. Da hun oppdaget feilen, tok hun selv initiativ til å få dette rettet. Klageren har i en såpass vanskelig situasjon aktivt vedkjent seg feilformuleringen, fortalt det til foreldrene, ledelsen og andre involverte.

Hun har opplevd å bli «hengt ut» i lokale aviser i Y for å skulle ha forfalsket journal, noe som ikke er riktig. Oppslagene er en belastning klageren tar tungt.

Klageren mener det er rart at Helsetilsynet ved ileggelsen av advarsel for brudd på helsepersonelloven har lagt vekt på at hun også har fått en advarsel fra arbeidsgiver.

STATENS HELSETILSYN har i oversendelse til nemnda av 7. november 2005 ikke funnet grunnlag for å endre sitt tidligere vedtak.

Klageren har lagt til grunn at den advarsel hun fikk av sykehuset er tillagt vekt som en støtte for den advarsel som ble gitt av Helsetilsynet. Helsetilsynet understreker at det som ble vurdert var om det at klageren fikk en advarsel fra arbeidsgiver for samme forhold burde medføre at Statens helsetilsyn ikke ga en advarsel i medhold av helsepersonelloven. Klagerens håndtering av den aktuelle fødsel var av en så alvorlig karakter at Helsetilsynet fant grunnlag for å gi en advarsel.

NEMNDAS BEMERKNINGER:

Spørsmålet for nemnda er om vilkårene for å gi klageren en advarsel er oppfylt, jf lov om helsepersonell mv av 2. juli 1999 nr 64 (helsepersonelloven) § 56. Etter denne bestemmelse kan advarsel gis dersom klageren *forsettelig* 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*, se loven § 56.

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

Nemnda har kommet til at klageren handlet i strid med kravet til *faglig forsvarlighet* i forbindelse med Cs fødsel natten til 6. mars 2004, jf helsepersonelloven § 4.

Det var etter nemndas vurdering kritikkverdig at klageren ikke undersøkte fosterlyden da fostervannet gikk kl 00.45. Nemnda har ved sin vurdering lagt vekt på at pasienten var innlagt til observasjon på sykehus grunnet igangsetting av fødsel ved overtidig svangerskap. De nevnte forhold var risikofaktorer ved fødselen, og medførte et krav om ekstra oppfølging og årvåkenhet fra klagerens side, selv om det var foretatt en CTG-registrering i perioden 23.30 til 00.15 som viste upåfallende mønster. Nemndas syn finner også støtte i sakkyndig uttalelse fra jordmor Jorunn Kverndalen Frisch av 24. april 2005 der det fremgår:*« Det er ulike tradisjoner/prosedyrer i Norge på bruk, - og det noen vil kalle overforbruk av CTG. Det er noen steder helt selvsagt at man tar CTG, når vannet har gått selv om denne nylig var avsluttet og normal, mens det andre steder vil oppfattes som unødvendig når fostervannet er normalt og det ikke er rier. Det skal uansett lyttes etter fosterlyd og beskrives om den er normal i frekvens. Hvis en infeksjon er under utvikling vil fosterlyden sannsynligvis stige i frekvens»*.

Videre skulle klageren kl 01.45 ha undersøkt pasienten, herunder fosterlyden, da det tilkom blodtilblandet fostervann. Pasienten har uttalt at hun oppsøkte klageren på vaktrommet for å spørre om det var normalt at det var så mye blod i fostervannet. Klageren har opplyst at hun forklarte pasienten at det er normalt at det kommer blod sammen med fostervannet, se avhør av klageren datert 11. juni 2004. Videre har klageren opplyst at hun etterspurte flere opplysninger om fostervannet, men at hun oppfattet at det kun var blodtilblandet fostervann i toalettet og at det derfor ikke hadde noen hensikt å inspisere nærmere, se brev av 7. juni 2005. Det var etter klagerens oppfatning ikke tegn på at noe var galt.

Slik nemnda ser det, skulle imidlertid klageren selv ha undersøkt pasienten for å vurdere mengde blødning. På denne måten kunne hun ha avklart om det var tale om en normal tilstand eller indikasjon på at noe kunne være galt. Klageren skulle videre ha lyttet på fosterlyden og foretatt en vurdering av om det var nødvendig med ny CTG-registrering. Etter nemndas vurdering skjerper det aktsomhetsplikten at yrkesutøvelsen kan innebære risiko for alvorlige skader og død for barnet og den fødende.

Klageren har anført at obduksjonsrapporten bekrefter at det ikke har vært noen morkakeløsning som kunne medført fare for barnet. Det har vist at hun vurderte rett da hun ikke oppfattet det blodtilblandete fostervannet som farlig. Nemnda viser til at det ved obduksjon ikke ble påvist noen entydig dødsårsak, se endelig obduksjonsrapport av 3. mai 2004. De opplysninger som fremgår av obduksjonsrapporten, har imidlertid mindre betydning for saken. Nemnda deler klagerens oppfatning av at saken ikke skal vurderes i etterpåklokskapens lys. Det er klagerens handlinger på bakgrunn av de opplysninger som var kjent på det aktuelle tidspunkt som er gjenstand for vurdering. Nemnda har ved sin vurdering lagt vekt på at pasienten var innlagt til observasjon på sykehus grunnet igangsetting av fødsel ved overtidig svangerskap. Som det fremgår foran var de nevnte forhold tilstrekkelig til å rubrisere fødselen som en risikofødsel som skulle overvåkes spesielt. Da det tilkom ytterligere risikofaktorer som vannavgang og blodtilblandet fostervann, etter siste CTG-registrering, ble klagerens aktsomhetsplikt skjerpet ytterligere. De nevnte forhold gjorde at terskelen for undersøkelser, herunder lytting av fosterlyd og igangsetting av CTG-registrering, burde ha vært lav.

Nemndas syn finner også støtte i begge de sakkyndige vurderinger. Jordmor Jorunn Kverndalen Frisch uttaler:*« Jordmor skal inspisere for å vurdere mengde blødning, slik at man kan vurdere om dette er naturlig mengde blod eller varsel om patologi. Man lytter på fosterlyden, og kobler til en CTG-test hvis det er mye blod»*. Det fremgår i uttalelse av 8. november 2004 fra overlege Ottar Rekkedal: *« Heller ikkje etter at fostervatnet vart blodblanda fann jordmor grunnlag for ny registrering. No har det kome til to nye faktorar, fostervatnavgang og fostervatnet har vorte blodig. Hos ei kvinne som vert indusert grunna overtid burde dette føre til ny registreing før pasienten fekk beskjed om å sove»* .

Nemnda ser videre svært alvorlig på at klageren i forbindelse med to refererte undersøkelser, både kl 00.45 og 01.45, journalførte *god fosterlyd*, selv om hun ikke hadde lyttet til fosterlyden. Det vises til at dokumentasjonsplikten i hovedsak er begrunnet i hensynet til kvalitet og kontinuitet i behandlingen, og hensynet til etterprøvbarhet av den helsehjelp som er gitt, se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) side 111. Dokumentasjonen skal blant annet inneholde opplysninger om pasientens tilstand, foretatte vurderinger og tiltak, forskrivning og videre oppfølging.

Klageren har anført at hun forsøkte å formidle at pasienten og barnet hadde det bra, og at hun brukte en formulering som hun hadde skrevet så mange ganger før. Etter nemndas vurdering er det et klart avvik fra god jordmorpraksis å journalføre god fosterlyd når man ikke har lyttet. Det er faktiske opplysninger knyttet til de funn man gjør og den helsehjelp man gir som skal journalføres så presist som mulig. Skulle man ikke få tid til å gjøre de observasjoner man burde gjort, må det uttrykkes tydelig i journal slik at de som overtar vet dette. Opplysninger i journal vil danne grunnlag for videre undersøkelser og oppfølging av pasienten. Det er således viktig at den som overtar kan stole på at de opplysninger som er journalført er riktige.

Klageren har videre anført at hun selv fortalte at det som sto i journalen var feil, men dette kan ikke få avgjørende betydning i saken.

Det forhold at klageren er gitt en advarsel av arbeidsgiver, har ikke hatt betydning for nemndas vurdering.

Nemnda har etter en samlet vurdering kommet til at klageren har brutt kravet til faglig forsvarlig virksomhet, jf hpl § 4. Klagerens journalføring har videre vært i strid med helsepersonelloven § 40.

Pliktbruddene var, etter nemndas vurdering, egnet til å påføre pasienten en betydelig belastning. Ved å unnlate å undersøke pasienten og fosterlyden, ble pasienten og barnet utsatt for risiko for alvorlige skader og død. En slik undersøkelse kunne ført til et annet behandlingsopplegg og en alvorlig situasjon for barnet kunne ha blitt oppdaget. Videre kan feilaktig innføring i journal være egnet til å utsette pasienter for feilbehandling og/eller manglende behandling. Klageren har handlet dels uaktsomt og dels forsettelig.

Spørsmålet er så om klagerens manglende undersøkelse av pasienten og barnet og den feilaktige journalføringen var så alvorlige forsømmelser at de kvalifiserer til en advarsel. Ikke ethvert brudd på helsepersonellovens regler vil gi grunnlag for en advarsel etter hpl § 56. Etter nemndas praksis må en enkeltstående feilvurdering være relativt grov for å kvalifisere til advarsel. I denne sammenheng vises det også til lovens forarbeider som angir formålet med reaksjonen advarsel til *«å reagere på alvorlig overtredelse av pliktregler og bidra til å forhindre fremtidig pliktbrudd av denne art»*, jf Ot.prp.nr.13 (1998-1999) pkt 20.2.1 fjerde avsnitt.

Klageren har anført at det var et stort arbeidspress på den aktuelle vakten, men dette forhold kan ikke få vesentlig betydning. På bakgrunn av viktigheten av undersøkelsen og at den ville tatt relativt kort tid å utføre, skulle undersøkelsen vært foretatt selv i en travel situasjon. Etter nemndas syn anses klagerens pliktbrudd å være av en så alvorlig karakter at de kvalifiserer for en advarsel. Det var etter nemndas vurdering en grov feilvurdering når klageren, i en situasjon med fare for stor skade, ikke foretok de nødvendige undersøkelser og i ettertid feilaktig førte inn i journal at slike undersøkelser var foretatt.

Klagen har ikke ført fram, og det påklagede vedtak stadfestes.

Vedtaket er enstemmig.

KONKLUSJON: Statens helsetilsyns vedtak av 7. juli 2005 stadfestes.