

Statens helsepersonellnemnd - HPN-2010-210

Myndighet	Statens helsepersonellnemnd - Vedtak.
Dato	2011-01-25
Doknr/publisert	HPN-2010-210
Stikkord	Advarsel til jordmor - uforsvarlig virksomhet. Stadfestet. Helsepersonelloven § 56 jf. § 4.
Sammendrag	<p>Klageren var jordmor ved en fødsel der det ble påvist misfarget fostervann og tilkoblet CTG. Fødselen var i henhold til interne retningslinjer å anse som en fødsel forbundet med risiko. Ansvarshavende lege hadde to ganger sett til pasienten og godkjent CTG, den ene gangen etter å ha blitt tilkalt av klageren. Klageren tilkalte ikke lege på et senere tidspunkt der CTG endret seg betydelig og etter hvert ble patologisk. Det var en grov feilvurdering at hun valgte å avvete situasjonen. Klageren var erfaren og hadde den nødvendige kompetanse til å vurdere CTG. Det forhold at legen hadde godkjent CTG på et tidligere tidspunkt kunne ikke få betydning.</p>
Saksgang	Saksnummer: 10/210.
Parter	Klager: A.
Forfatter	Hans Hugo Kristoffersen, Kirti Mahajan Thomassen, Kristel Heyerdahl, Marte Kvittum Tangen, Åse Senning, Knut Dalen, Atle Larsen.

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

Sakens bakgrunn: Klageren var ansvarlig jordmor i forbindelse med Bs (pasienten) fødsel på fødeavdelingen, V sykehus. Pasienten var annengangsfødende med tidligere normalt svangerskap og fødsel. Det aktuelle svangerskap hadde forløpt normalt, og pasienten hadde ultralydtermin 2. mai 2007. Hun ble innlagt ved fødeavdelingen 30. april 2007 kl. 05.25 på grunn av rier. Innkomst-CTG var normal, og det ble påvist umodne vaginalfunn. Pasienten reiste derfor hjem igjen, men kom tilbake til avdelingen kl. 14.35. Mormunnen var da 5-6 cm og hodet stod i bekkeninngangen.

Klageren overtok det jordmorfaglige ansvaret for pasienten kl. 15.30. Ved vaginalundersøkelse kl. 15.30 var det gode rier med 3-5 minutters intervall, 5-6 cm åpning og hodet var bevegelig i bekkeninngangen. Pasienten var koblet til CTG fra kl. 15.59 til kl. 16.35. Kurven viste hjertefrekvens hos foster mellom 150-160. Ved ny vaginalundersøkelse kl. 16.10 var mormunnen uforandret, hodet var festet i bekkeninngangen og det var palpabel vannblære. Pasienten gikk kl. 16.30 i badekar som smertelindring. Klageren kontrollerte fosterlyd regelmessig under oppholdet i badekaret og frekvensen lå på mellom 135-145 slag i minuttet.

Kl. 17.50 undersøkte klageren pasienten på ny. Det ble påvist misfarget fostervann og det ble koplet til intern CTG-registrering. Kl. 18.00 ble vakthavende lege C tilkalt for vurdering. Pasienten var på dette tidspunktet sterkt smertepåvirket og ba om keisersnitt. Vakthavende lege godkjente CTG kurvene og anbefalte epiduralanalgesi og oksytocininfusjon. Pasienten fikk epiduralanalgesi kl. 18.50, og oksytocininfusjon ble startet kl. 19.40. Mellom kl. 19.10 og 19.25 viste CTG flere ikke risynkrone deselerasjoner.

Vakthavende lege så til pasienten på ny kl. 19.55. Pasienten var på dette tidspunkt smertelindret, og legen besluttet fortsatt oksytocininfusjon. Mormunnen var 9 cm. Vakthavende lege bedømte CTG som reaktiv, og godkjente den. Han forlot deretter avdelingen, fordi han hadde hjemmevakt på sykehusområdet.

Etter kl. 20.40 viste CTG-kurven sene, dype deselerasjoner, og klageren økte oksytocininfusjon fra 75 ml/time til 90 ml/time kl. 20.50. Mellom kl. 21.00 og 21.10 viste CTG-kurven en periode med langsom hjertevirksomhet, og klageren ga pasienten oksygen. Kl. 21.10 endret fosterlyden seg på nytt og kl. 21.20 var mormunnen utslettet. På dette tidspunkt kontaktet klageren en annen jordmor, og barnet ble forløst med fundustrykk kl. 21.42. Barnet var en gutt med vekt på 4150 gram og apgarskåre 0-0-1. Barnet var dårlig og ble tatt hånd om av anestesilege og annen jordmor, og senere overflyttet til Barneavdelingen på Sykehuset W i X. Ved ankomst der kl. 23.45 var tilstanden alvorlig og utredning viste tegn på alvorlig hjerneskade. I samråd med foreldrene ble barnet ekstubert, og døde 1. mai 2007 kl. 22.12.

Helsetilsynet i W har innhentet uttalelse av 26. februar 2009 fra sakkyndig lege, spesialist i fødselshjelp og gynekologi, D. Statens helsetilsyn har innhentet sakkyndig uttalelse av xx 2010 fra jordmor og fylkessykepleier E.

Klageren ble gitt en advarsel ved Statens helsetilsyns vedtak av xx 2010. Etter Statens helsetilsyns vurdering var klagerens handlemåte i strid med kravet til faglig forsvarlighet i helsepersonelloven § 4. Klageren fulgte ikke opp pasienten på en god nok måte, og skulle ha tilkalt vakthavende lege på et tidligere tidspunkt. Statens helsetilsyn fant at selv om det er en enkeltstående hendelse, er forholdet av en så alvorlig karakter at advarsel skal gis.

Vedtaket om advarsel ble påklaget ved brev av xx 2010. Statens helsetilsyn fant at det i klageomgangen ikke hadde kommet nye opplysninger av betydning for saken og kom til at det ikke var grunnlag for å omgjøre vedtak om advarsel. Saken ble sendt til Statens helsepersonellnemnd for klagebehandling xx 2010.

Klageren har anført: Klageren er uenig i at vilkårene for å gi henne en advarsel i denne saken er tilstede.

Hendelsen har sterkt preget klagerens virke som jordmor i etterkant. Hun ser i ettertid at hun skulle ha ringt til legen, og at hun skulle ha stått hardere på for å få han til å foreta keisersnitt eller i det minste bli værende i avdelingen. Klageren har tatt inn over seg at hun burde ha handlet annerledes.

Det klageren stiller seg undrende til er at hun alene blir stilt til ansvar for den tragiske situasjonen. Både hun og legen burde ha foretatt seg mer i forhold til CTG-kurven. Det faktum at legen forlot fødestuen både kl. 18.00 og kl. 19.55, gjorde at hun begynte å tvile på sine egne vurderinger. CTG-kurven kunne umulig ha vært så dårlig som klageren tolket den til når legen godkjente den og forlot avdelingen ved flere anledninger. Klageren har vist til vedtak om advarsel fra Statens helsetilsyn der det på side 4 er påpekt at samarbeid er viktig og at legen må være lydhør overfor jordmors observasjoner om mulig patologisk utvikling.

Klageren ser det slik at når hun først har tilkalt og involvert legen i fødselen, så har de begge et ansvar for å foreta de riktige grep og valg knyttet til den fødende kvinnen og fremgangen i fødselen. Etter klagerens syn har hun tatt tak i situasjonen da hun tilkalte legen, og det føles derfor uforholdsmessig at kun hun er stilt til ansvar for dødsfallet. Klageren ser at hun og legen skulle ha avtalt videre fremgangsmåte før han forlot avdelingen rundt kl. 18.00.

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*, jf. loven § 56.

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

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.

Det fremgår av pasientens helsekort for gravide at hun hadde knuter på livmoren (myomer). Dette er et forhold som kan påvirke rieaktivitet og fremdrift av fødselen. Det fremgår ikke av sakens opplysninger om klageren var kjent med denne opplysningen og hadde dette med seg i sine vurderinger. Nemnda påpeker at å lese tidligere journalnotater og helsekort for gravide for å vurdere om det der fremgår opplysninger som kan ha konsekvenser for fødselsforløpet, er god praksis.

Ved undersøkelse kl. 17.50 ble det påvist misfarget fostervann og klageren koplet til intern CTG-registrering. Kl. 18.00 ble vakthavende lege tilkalt for vurdering fordi klageren ikke var komfortabel med CTG-kurven og fordi pasienten var sterkt smertepåvirket. Vakthavende lege godkjente CTG og bestemte at pasienten skulle få epiduralanalgesi og oksytocininfusjon. Etter nemndas syn kan klageren ikke bebreides for at hun på dette tidspunktet innrettet seg etter legens ordinasjoner, da dette var vurderinger som hørte til legens ansvarsområder. Klageren har i sitt brev av xx 2010 uttalt at hun var sterkt uenig i legens vurdering, og at hun burde ha gitt sterkere uttrykk for sin uenighet overfor legen. Hvis klageren var uenig i de vurderinger vakthavende lege gjorde, savner nemnda at klagerens overveielser og vurderinger ble nedfelt i pasientens journal.

Vakthavende lege kom innom og så til pasienten på ny kl. 19.55. Pasienten var på dette tidspunkt smertelindret, og legen besluttet fortsatt oksytocininfusjon. Vakthavende lege bedømte CTG som reaktiv, og godkjente den.

Avgjørende for nemndas vurdering om at klageren har handlet faglig uforsvarlig var at hun kl. 20.41, på et tidspunkt der CTG-registreringen endret seg betydelig og ble patologisk, ikke tilkalte lege. Nemnda legger til grunn at klageren som erfaren jordmor hadde den nødvendige kompetanse til å vurdere CTG. Det forhold at legen hadde vurdert pasienten og godkjent CTG kl. 18.00 og 19.55 kan ikke få betydning for vurderingen av klagerens opptreden kl. 20.41 og etter dette. Etter nemndas syn var det en grov feilvurdering fra klagerens side at hun på dette tidspunktet valgte å avvente situasjonen. Denne vurderingen må klageren bære ansvaret for alene uavhengig av legens tidligere opptreden. Klageren hadde ekstra grunn til på ny å kontakte lege dersom hun var i tvil i saken. Nemnda har også funnet støtte for sine vurderinger i de sakkyndige uttalelsene fra jordmor og fylkessykepleier E av xx 2010 og spesialist i fødselshjelp og gynekologi, D av xx 2009, der det fremgår at lege skulle ha vært tilkalt kl. 20.41. D har uttalt at det var absolutt forløsningsindikasjon kl. 20.50.

Det var også i strid med forsvarlighetskravet at klageren ikke tolket CTG-registreringen som patologisk kl. 21.10, og at hun ikke senest på dette tidspunkt kontaktet lege.

Det påligger det enkelte helsepersonell et selvstendig ansvar for å påse at forsvarlig helsehjelp blir gitt, jf. helsepersonelloven § 4. Forsvarlighetskravet innebærer at klageren, som ansvarshavende jordmor, hadde en selvstendig plikt til å vurdere pasientens tilstand etter at legen hadde forlatt pasienten. Fødselen var i henhold til interne retningslinjer å anse som en fødsel forbundet med risiko på grunn av misfarget fostervann. I en slik situasjon er det viktig at ansvarshavende jordmor, som er hos pasienten kontinuerlig, observerer avvik og tilkaller lege når det er nødvendig. Etter nemndas vurdering skjerper det aktsomhetsplikten at yrkesutøvelsen kan innebære risiko for alvorlige skader og død for barnet og for den fødende.

Det er åpenbart at klageren og vakthavende lege ikke har kommunisert og samarbeidet godt nok underveis. I foreliggende situasjon burde legen og klageren avtalt videre oppfølging av pasienten. Dette hadde de begge et ansvar for.

Nemnda har forståelse for at klageren mener at hennes opptreden må vurderes i sammenheng med legens opptreden i saken. Statens helsetilsyn har imidlertid valgt å ikke forfølge en administrativ sak mot legen, og nemnda har ikke foranledning til å vurdere hans forhold. Nemnda vil understreke at uavhengig av legens opptreden i saken, må klagerens opptreden kl. 20.41 da hun ikke tilkalte legen, anses som klart uforsvarlig. Det er dette som har vært avgjørende for nemndas vurdering av om det er grunnlag for å gi henne en advarsel.

Nemnda har etter dette kommet til at det foreligger brudd på helsepersonelloven § 4 om forsvarlig virksomhet. Pliktbruddene er etter nemndas vurdering uaktsomme idet klageren hadde handlingsalternativer. Klagerens handlinger og unnlaterer er egnet til å påføre pasienter en betydelig belastning, jf. helsepersonelloven § 56. Den fødende og barnet i saken fikk ikke adekvat helsehjelp og fødselsovervåkingen var ikke forsvarlig.

Vilkårene for å gi advarsel i medhold av helsepersonelloven § 56 er således til stede. 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 isolert sett innebærer en overtredelse av forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4. Nemnda viser 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.

Etter nemndas syn anses klagerens pliktbrudd å være av en så alvorlig karakter at de samlet kvalifiserer for en advarsel. Det er etter nemndas oppfatning spesielt alvorlig at klageren, i en situasjon med fare for stor skade, ikke oppfattet den risiko barnet var utsatt for, og at hun ikke tilkalte lege på et tidligere tidspunkt. Nemnda viser i den sammenheng særlig til at CTG-registreringen var avvikende, og etter hvert patologisk, uten at klageren på ny kontaktet lege.

Klagen har ikke ført frem og det påklagede vedtak stadfestes.

Vedtaket er enstemmig.

Konklusjon: Statens helsetilsyns vedtak av xx 2010 stadfestes.