



DET NASJONALE ALDERSHJEM FOR SJØMENN I
STAVERN
Johan Ohlsens gate 1A
3290 STAVERN

Saksbehandler, innvalgstelefon
Marit Kullerud, 33372301

U.off: offl. § 13, jf. fvl. § 13

Avgjørelse i tilsynssak - Tilsyn - Sjømannshjemmet i Stavern - [REDACTED]

Statsforvalteren viser til varsel om tilsynssak i brev av 18. desember 2024. Saken ble opprettet som følge av klage fra pasientens nærmeste pårørende, [REDACTED]. Saken gjelder helsehjelp til [REDACTED] ved Sjømannshjemmet den siste tiden [REDACTED] levde.

Tilsynssaken er avgrenset til å gjelde helsehjelp som pasienten mottok på korttidsopphold i tidsrommet [REDACTED] og frem til [REDACTED] døde [REDACTED]. Vi har vurdert om det ble gitt forsvarlig helsehjelp i denne perioden. Vi har også vurdert om journalføringen var i tråd med reglene, og om pårørende fikk tilstrekkelig informasjon i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven, jf. pasient- og brukerrettighetsloven.

Tilsynssaken ble startet i september, ved en behandlingsmåte der Statsforvalteren ba Sjømannshjemmet selv om å svare på klagen med kopi av svaret til oss. Underveis i saksbehandlingen vurderte vi at det var nødvendig å gjøre en tilsynsmessig vurdering av helsehjelpen som ble gitt opp mot lovverket, og vi endret derfor behandlingsmetode og ba om en lengre uttalelse til oss i brev av 18. desember 2024.

Vi har vurdert saken i et systemperspektiv, slik at vår vurdering gjelder Sjømannshjemmet, og Sjømannshjemmets plikt til å tilrettelegge for forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Konklusjon

Statsforvalteren konkluderer med at Sjømannshjemmet har brutt kravet til forsvarlig behandling etter helse og omsorgstjenesteloven § 4-1. Dette ved at legemidler som ble gitt til pasienten, ikke ble gitt i tråd med leges ordinasjon og svært lenge etter at ordinasjon forelå, jf. legemiddelhåndteringsforskriften §§ 4 og 7, og fordi pasienten fikk mangelfull oppfølging etter fall.

Videre finner vi at mangelfull dokumentasjon i pasientjournalen, om vurderinger og beslutninger knyttet til at medikamenter ordinert for livets slutfase ble gitt og forsinket journalføring av fall, utgjør brudd på helsepersonelloven §§ 16, 39 og 40 jf. pasientjournalforskriften §§ 6 og 10.



Vi konkluderer også med at Sjømannahjemmet, ved at pårørende ikke ble informert som avtalt om endringer i pasientens helsetilstand og om gjentatte fall, brøt plikten til informasjon etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1.

Sakens dokumenter

1. Klage fra [redacted] til Statsforvalteren, mottatt 3. september 2024
2. Oversendelse av klage til behandling, fra Statsforvalteren til Sjømannahjemmet, datert 23. september 2024
3. Orientering om oversendt klage, fra Statsforvalteren til [redacted] datert 23. september 2024
4. Kopi av svar på klage, fra Sjømannahjemmet til Statsforvalteren, mottatt 21. oktober 2024
5. Tilsvar/kommentarer, fra [redacted] til Statsforvalteren, mottatt 22. oktober 2024
6. Ber om utfyllende opplysninger, fra Statsforvalteren til Sjømannahjemmet, datert 10. november 2024
7. Kopi av utfyllende klageoppfølging, fra Sjømannahjemmet til Statsforvalteren, mottatt 29. november 2024
8. Tilsvar/kommentarer, fra [redacted] til Statsforvalteren, mottatt 4. desember 2024
9. Varsel om tilsyn, fra Statsforvalteren til Sjømannahjemmet, datert 18. desember 2024
10. Orientering om tilsynssak, fra Statsforvalteren til [redacted] datert 18. desember 2024
11. Uttalelse og journal, fra Sjømannahjemmet til Statsforvalteren, mottatt 24. januar 2025
12. Oversendelse av uttalelse, fra Statsforvalteren til [redacted] datert 24. januar 2025
13. Kommentarer til uttalelse, fra [redacted] til Statsforvalteren, mottatt 2. februar 2025

Saksfremstilling av de sentrale forhold i tilsynssaken

Statsforvalteren forutsetter at hendelsesforløpet er kjent og saken gjengis derfor ikke i sin helhet. Nedenfor gis det en fremstilling av de forholdene vi mener er sentrale for tilsynssaken.

[redacted] (heretter omtalt som «pasienten») var [redacted] år da det aktuelle forløpet fant sted. [redacted]

[redacted] på Sjømannahjemmet [redacted]

I tiden før det aktuelle hadde pasientens helsetilstand fallert. Den [redacted] skrev fastlegen [redacted] en PLO-melding til hjemmetjenesten om ordinasjon av smertestillende. Det sto at [redacted] kunne ta [redacted] tabletter ved behov så lenge [redacted] spiste godt. Videre sto det at legen gjorde klar ordinasjon av lindrende medisiner, til bruk ved forverring. I en ny PLO-melding den [redacted] skrev legen at medikamentene for lindring ved livets slutt var til bruk dersom [redacted] ikke lenger klarte å svelge medisiner. I pasientens legemiddelliste fremgår det at de medikamenter som ble forordnet den [redacted] De er alle merket med LSF (Livets siste fase).

Pasienten mottok oppfølging fra [redacted] og den [redacted] er det dokumentert i pasientjournalen at det hadde vært en avklarende samtale i hjemmet, der [redacted] pasienten selv, ektefellen, [redacted] og hjemmetjenesten var til stede. I samtalen ble flere temaer



adressert, blant annet beslutning i samråd med pasientens fastlege om at [redacted] ikke skulle legges inn i sykehus, men motta symptomlindring, noe pasienten og familien var enige i. Også fastlegens ovennevnte ordinasjon av medikamenter for livets siste dager var tema i møtet.

[redacted] ble [redacted] tilsett av tilsynslege grunnet [redacted] og redusert almenntilstand, og det ble startet kur med antibiotika, [redacted]. I journalen står det at [redacted] ble informert om dette, og at det var [redacted] som skulle kontaktes først ved endring av tilstand. I dagene som fulgte tok pasienten medisiner per os, og spiste til måltider.

Den [redacted] gav sykepleier en dose [redacted] dette ble dokumentert under tiltak «behovsmedisin». Det står ikke noe om at lege ble konsultert før ett av medikamentene som var ordinert av fastlege, for livets slutfase, ble gitt. Den [redacted] er det dokumentert, under tiltak «administrere medisiner», at det ble gitt [redacted] tablett og [redacted]. Heller ikke her er det dokumentert noe om at lege ble konferert, eller om hvilken vurdering som ble gjort da medikament forordnet for livets slutfase ble tatt i bruk, utover at pasienten [redacted]. De neste dagene er det journalført at det ble gitt [redacted] flere ganger pr. dag. Den [redacted] ble det i tillegg gitt [redacted]. Står det at pasienten etterspurte [redacted] da [redacted] var urolig. Disse notatene er ført under både tiltak «behovsmedisin» og tiltak «administrere medisiner», vekselvis. Det er ikke skrevet noe under «legenotater» om at det ble besluttet å starte opp å gi disse medikamentene. Det første som er notert fra lege om medikamentene som var forordnet for livets slutfase er den [redacted] der det står: «Tilser pasienten som har behov for å trygges. [redacted] [redacted] har veldig god effekt av dette. Ber om [redacted] i tillegg når [redacted] har behov for det.» Det er dokumentert at pasienten tok vanlige medisiner, per os, i tillegg, flere av de nevnte datoene.

[redacted]
[redacted]

Pasienten falt på sykehjemmet den [redacted]. Det første fallet skjedde da [redacted] var på vei til wc alene, [redacted]. Fallet ble ikke dokumentert i pasientjournalen før to dager senere. Ved det andre fallet ble [redacted] funnet liggende på gulvet på badet, og uttalte selv at [redacted] hadde ligget der 15 minutter. [redacted] uttalte ikke smerte, men det ble vist til at [redacted]. Pårørende ble ikke umiddelbart informert om at pasienten hadde falt, men ble kjent med dette da de kom på besøk. [redacted] som det ble journalført den [redacted] at skulle kontaktes først ved endringer, ble ikke informert av sykehjemmet om fallene. Det er journalført den [redacted] at pasienten, på grunn av fall, «fikk streng beskjed om å ringe på når [redacted] skal forflytte seg ut av sengen».

Pasienten hadde nedsatt almenntilstand og var ikke kontaktbar om morgenen [redacted]. Sykepleier tilkalte legevakslege, da tilsynslege ikke var tilgjengelig. I samråd med pårørende ble det besluttet at pasienten ikke skulle legges inn i sykehus, og at [redacted] heller ikke skulle motta livsforlengende behandling i form av væske eller annen behandling intravenøst. [redacted] ble satt på lindrende behandling for Livets siste dager (legevakslegen omtalte det som «Huseby-regimet», Statsforvalteren legger til grunn at det er tilsvarende Livets siste dager), og pårørende skulle kontaktes ved den minste endring uavhengig av tid på døgnet. Pårørende dro fra sykehjemmet kl. 13.30, pasienten døde samme dag kl. 15.39. Pårørende rakk ikke å komme tilbake, daglig leder ved Sjømannshjemmet satt ved pasientens seng da [redacted] gikk bort.



Klagen

Vi gjengir her de sentrale klagepunktene fra den første klagen av 3. september 2024, samt de to tilsvarene fra samme pårørende i forbindelse med klagesaksbehandlingen, av 21. oktober og 4. desember.

Pårørende klager på at de ikke fikk informasjon de mener de hadde rett på gjennom det aktuelle forløpet. Klager skriver at det ikke medfører riktighet at [redacted] ble informert om at pasienten hadde startet på antibiotikakur den [redacted]. Videre stiller klager spørsmål til hvorfor de ikke fikk informasjon om at det var igangsatt behandling med [redacted] fra den [redacted] og viser til at sykehjemmet startet opp behandling som var forordnet for livets siste fase på dette tidspunkt uten at pårørende ble informert og rådført. Klager påpeker at det først var [redacted] samme dag som pasienten døde, at de ble orientert av lege om at man startet opp medikament-regime for livets siste dager.

Det klages også på manglende informasjon til pårørende om at pasienten falt flere ganger de siste dagene [redacted] levde, og manglende informasjon om at [redacted] ble oppfattet redusert på dagvakt etter det første fallet. Det stilles spørsmål til om oppfølgingen pasienten fikk i forbindelse med fall var trygg nok.

Pårørende mener pasientbehandlingen var kritikkverdig og uforsvarlig.

Uttalelse av 20. januar 2025, ved daglig leder Kari Solem og avdelingsleder Line Engen Andreassen

Her gjengis i hovedsak det som fremkommer i sykehjemmets siste uttalelse til Statsforvalteren. En del av opplysningene er overlappende med det som fremgikk av kommunens tidligere svar som ledd i klagesaksbehandlingen.

Sjømannshjemmet skriver at de var godt kjent med pasienten, [redacted] helsetilstand og hjelpebehov [redacted]. Det vises til at det stort sett var pasienten selv og [redacted] ektefelle de hadde dialog med i forbindelse med behandlingen, og at ektefellen ofte etterspurte informasjon og fikk dette når [redacted] var på besøk. Flere av sykepleierne ved avdelingen hadde aldri møtt, eller snakket med, pasientens [redacted].

Personalet observerte at pasientens helsetilstand og funksjonsnivå fallerte [redacted] de siste månedene [redacted] levde. [redacted] fikk [redacted] et annet rom [redacted] nærmere vaktrom og dagligstue. Dette var et bevisst valg, for at personalet skulle være tettere på og ha mulighet til hyppigere tilsyn.

Sykehjemmet skriver at deres intensjon var å lindre pasientens plager gjennom palliasjon for at [redacted] skulle ha best mulig livskvalitet, ettersom [redacted]. Det ble ikke besluttet å starte opp regime for Livets siste dager (før [redacted] Statsforvalterens kommentar), men medikamentene som var ordinert til dette ble benyttet som en del av symptomlindrende palliativ behandling. Sykehjemmet stiller spørsmål til hvorfor fastlege hadde ordinert de lindrende medikamentene, dersom det ikke var meningen at de skulle brukes uten å konferere med lege først. De skriver at deres tolkning er at det var forventet at pasientens tilstand kunne endre seg fort, og at forverring ikke var uventet. Videre skriver de at de ikke hadde sett for seg at pasienten skulle dø så snart etter at de startet med lindrende behandling, men at dette ikke var noe de kunne kontrollere.



Sjømannshjemmet uttaler at de benytter Larvik kommunes retningslinjer når det gjelder alle prosedyrer og rutiner, og at Larvik kommune på aktuelt tidspunkt ikke hadde en egen prosedyre/rutinebeskrivelse for lindrende behandling i livets slutfase.

Sykehjemmet skriver at tilsynslege eller legevaktslege alltid kontaktes når personalet vurderer at pasienten er på vei inn i livets slutfase. De bekrefter at medikamenter som var ordinert til bruk i Livets siste dager ble benyttet før regime om Livets siste dager var besluttet iverksatt. Da [REDACTED] ble gitt av sykepleiere, fra den [REDACTED] var ikke pasienten vurdert av dem som døende. Det pekes igjen på at medikamentene ble gitt som palliativ behandling, og som lindring av pasientens plager med [REDACTED]. Sykehjemmet skriver at vurderinger og observasjoner ble gjort av sykepleiere i avdelingen. Statsforvalteren vil her bemerke at [REDACTED] ble gitt første gang den [REDACTED].

Sykehjemmet skriver at pasienten var vurdert som samtykkekompetent da man startet opp med disse medikamentene. Det står at [REDACTED] ble forklart hva slags medisiner som kunne lindre [REDACTED] plager, og at ektefellen og en annen pårørende som kom på besøk samme dag også fikk informasjon om hva som ble administrert og hvorfor.

I sykehjemmets andre svar, som ledd av den innledende klagebehandlingen, ble det vedlagt en egen uttalelse fra lege Svein E- Wilvang. [REDACTED]

[REDACTED] Han viser til at sykepleiere valgte å gi morfin som lindrende behandling, i en dose som ansees svært liten og ikke ville ha negativ effekt på en pasient i en lindrende situasjon. Legen skriver at han har kjennskap til sykepleierne ved avdelingen, og tiltro til deres kompetanse og evne til å ta faglige, gode beslutninger til det beste for pasientene. Videre uttaler legen at han ikke anser pasientens forverring under forløpet til å være relatert til medisineren, men at det er mer sannsynlig at det kunne skyldes en kombinasjon av kraftig infeksjon og fall. Hva som forårsaket fallet er det ikke noe endelig svar på, skriver han, men viser til at sannsynlig medvirkende årsaker kunne være både infeksjon og allerede nedadgående almenntilstand.

Ledelsen ved sykehjemmet ser at dokumentasjon om vurderinger, behandling og effekt var svært mangelfull i aktuelt tidsrom. Det vises til at det i samme tidsrom var ferieavvikling og stort arbeidspress i avdelingen, som en medvirkende årsak til at informasjonen til pårørende ikke var god nok og at pårørende ikke fikk svar når de etterspurte informasjon. Videre vises det til at det var problemer med innlogging i pasientjournal, som også medvirket til at journalføringen ikke ble god nok. De har gjennomgått rutinene for dokumentasjonsplikt i etterkant av saken på grunn av konsekvensene den har medført.

Avslutningsvis oppsummerer sykehjemmet følgende, som de ser representerer svikt i egne rutiner gjennom forløpet:

- Da det ble startet med subkutan morfinbehandling kunne legevaktslege vært kontaktet for konsultasjon da legemidlene som var ordinert som en del av Livets siste dager hadde den forordningsteksten som den hadde. Da kunne legevaktslege vurdert om teksten i forordningene skulle endres. Da dette ikke ble gjort, kunne tilsynslege som var på visitt utført dette den [REDACTED]
- Dokumentasjonsplikten er ikke godt nok ivaretatt
- Dialogen med pårørende kunne vært bedre ivaretatt
 - Nærmeste pårørende burde vært kontaktet og informert selv om pasienten og andre pårørende ble informert



- Nærmeste pårørende burde vært informert om fall selv om andre pårørende kom på besøk like etter fallet
- Nærmeste pårørende kunne vært informert av tilsynslege som var på visitt [REDACTED]

Klagers kommentarer til sykehjemmets siste uttalelse, av 2. februar 2025

Det siste tilsvaret fra pårørende er ført i pennen av [REDACTED] men det står at det er fra [REDACTED] og representerer deres felles situasjonsforståelse.

I tilsvaret står det blant annet at pårørende var innforstått med at [REDACTED] men at deres oppfatning er at det trolig ikke var det [REDACTED] døde av. De viser til lege Wilvang sin uttalelse om at fall kan ha vært medvirkende årsak.

Pårørende spør om medikasjonen var hensiktsmessig, da pasienten var ukritisk til smertelindring, men også opptatt av selvstendighet, og at medisinerne gjorde [REDACTED] mer pleietrengende. Det vises til at sykepleier i samtale med pårørende hadde uttalt at hun ikke visste hvorfor [REDACTED] fikk medikamentene, at [REDACTED] ut fra infeksjonsparameter CRP var i bedring den [REDACTED] og at hun var enig i at [REDACTED] virket sløv.

Det vises igjen til at legemidler ordinert for livets slutfase ble gitt uten at regime for Livets siste dager var iverksatt, og at det er pårørendes oppfatning at dette ikke var intensjonen med fastlegens forordning.

Pårørende peker på manglende vurderinger av pasientens tilstand, beskrivelser av indikasjon og effekt i pasientjournalen. De stiller seg kritiske til dette og til at Sjømannshjemmet begrunner dette blant annet med ferieavvikling og innloggingsproblemer på pc'er.

Pårørende presiserer at sykehjemmet ikke tok kontakt med nærmeste pårørende [REDACTED] da pasienten ikke var kontaktbar om morgenen den [REDACTED] men at det ble gjennomført en samtale ettersom pårørende selv møtte opp på sykehjemmet, på eget initiativ.

Sykehjemmet har kontaktet Statsforvalteren og opplyst om at de ikke kom til å uttale seg ytterligere til klagers kommentarer, men avventer tilsynsmyndighetens avgjørelse i saken.

Statsforvalterens rolle i tilsynssaken

Etter helsetilsynsloven § 4 annet ledd, skal Statsforvalteren blant annet føre tilsyn med helse- og omsorgstjenester i fylket. Som tilsynsmyndighet behandler Statsforvalteren også anmodninger om vurderinger etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4.

Statsforvalterens vurdering

Vi mener det sentrale vurderingstemaet i denne tilsynssaken er om Sjømannshjemmet gav forsvarlig helsehjelp til pasienten i tidsrommet [REDACTED]. Det vi har sett på er sykehjemmets håndtering av legemidler som var ordinert for livets slutfase, og oppfølgingen av fallene [REDACTED] hadde de siste dagene [REDACTED] levde. Vi har også vurdert om journalføringen og informasjon til pårørende var i tråd med lov og forskrift.

Alle temaene vurderes opp mot gjeldende helselovgivning.

Fra helse- og omsorgstjenesteloven siteres det:

§ 4-1 første avsnitt. Forsvarlighet



Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud
- b. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud
- c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
- d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.

§ 4-2 første avsnitt. Kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

§ 4-2a første avsnitt. Om informasjon

Kommunen skal sørge for at det gis slik informasjon som pasient og bruker har rett til å motta etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Tilsvarende gjelder for informasjon til pasientens og brukerens nærmeste pårørende etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 tredje ledd.

Fra helsepersonelloven siteres det:

§ 16. Organisering av virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester

Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

§ 39 første og andre avsnitt. Plikt til å føre journal

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. Plikten til å føre journal gjelder ikke for samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon eller rettledning fra annet helsepersonell.

I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal, og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen.

§ 40 første og andre avsnitt. Krav til journalens innhold m.m

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen.

Fra forskrift om pasientjournal siteres det:

§ 6. Opplysninger om pasientens helse og helseforhold, inkludert opplysninger og vurderinger innhentet ved kliniske og medisinske undersøkelser. Oversikten nedenfor angir hvilke kliniske og medisinske opplysninger som det kan være relevant og nødvendig at fremgår av pasientens journal. Oversikten er ikke uttømmende.

- a. pasientens beskrivelse av sin situasjon og eventuelle ønsker for helsehjelpen
 - b. opplysninger om pasientens sykehistorie og pågående behandling
 - c. opplysninger om symptomer, observasjoner og funn ved undersøkelser, diagnostiske overveielser og andre medisinske opplysninger og vurderinger
 - d. behandlingsplan for pasienten og status i gjennomføringen av planen
 - e. opplysninger om behandling med legemidler, samt virkning og bivirkning av slik behandling.
- Opplysningene skal inneholde navn på legemidlet, virkestoff, styrke, mengde, dosering, indikasjon eller bruksområde og tidspunkt for når legemidlet er gitt. Opplysningene skal også omfatte en samlet og



oppdatert oversikt over relevante opplysninger om pasientens legemiddelbehandling (pasientens legemiddelliste) etter § 9

*f. kritisk informasjon, inkludert alvorlige allergier og alvorlige reaksjoner på legemidler (CAVE)
g. opplysninger om overveielser som har ledet til tiltak som fraviker fra gjeldende retningslinjer*

§ 10, andre avsnitt. Krav til journalføringen

Nedtegning i journalen skal skje uten ugrunnet opphold etter at helsehjelpen er gitt. Nedtegningen skal dateres og signeres av den som har gitt helsehjelpen

Fra legemiddelhåndteringsforskriften siteres det:

§ 4. Virksomhetsleders ansvar

Virksomhetsleder skal sørge for at legemiddelhåndtering i virksomheten utføres forsvarlig og i henhold til gjeldende lover og forskrifter.

§ 7. Krav til istandgjøring og utdeling

Helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte.

Istandgjøring og utdeling av legemidler skal som hovedregel skje på grunnlag av ordinerer gjort til enkeltpasient. Unntatt fra dette er utdeling av legemidler som skjer på grunnlag av ordinerer gjennom virksomhetens prosedyre og gjelder kun situasjoner der slik ordinerer er nødvendig for å kunne yte forsvarlig helsehjelp. Prosedyren skal være fastsatt av virksomhetsleder, og utarbeidet i samråd med helsepersonell med rekvireringsrett til pasient.

Videre viser vi til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Forsvarlighet

Forsvarlighet er en rettslig standard. Innholdet i forsvarlighetskravet bestemmes av normer utenfor loven i form av faglige retningslinjer, anerkjent fagkunnskap og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg i takt med utvikling av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger i samfunnet.

Ved den konkrete vurderingen av om virksomheten har gitt forsvarlig helsehjelp, tar Statsforvalteren utgangspunkt i den generelle beskrivelsen av hva som forventes/hva som er anerkjent som god praksis. Det legges blant annet vekt på gjeldende retningslinjer innenfor fagfeltet. Dersom helsehjelpen skiller seg fra god praksis er den ikke automatisk å betegne som uforsvarlig. Det foreligger et visst slingringsmonn fra god praksis før tjenesteutøvelsen juridisk sett blir å betrakte som uforsvarlig. Når grensen mellom det forsvarlige og uforsvarlige skal trekkes, tas det altså utgangspunkt i en rettslig norm og det utøves tilsvarende skjønn basert på hva det er rimelig og ikke rimelig å akseptere av faglige avvik fra det gode. Kravet om faglig forsvarlighet er en minstestandard. Dersom helsehjelpen blir vurdert å ligge under minstestandard, blir den ansett som uforsvarlig.

Plikten til faglig forsvarlig yrkesutøvelse for det enkelte helsepersonell, må sees i sammenheng med den plikten virksomheten har til å yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Vurderingstema 1: Gav Sjømannshjemmet forsvarlig behandling?

Pårørende klaget på at pasienten fikk medikamenter som var forordnet til livets slutfase, uten at de vilkår fastlegen hadde beskrevet i forordningen var oppfylt. De opplevde at pasienten ble svært sløvet av medisinerne. Det stilles også spørsmål til om oppfølging var god nok, da pasienten ved to anledninger falt på sykehjemmet.



Spørsmål om forsvarlig behandling med legemidler

Som faglig norm legger vi her til grunn Helsedirektoratets nasjonalfaglige råd «Lindrende behandling i livets slutfase», sist faglig oppdatert 18. september 2018, og Helse Bergens prosedyre «Livets siste dager – implementering og bruk av plan for lindring i livets slutfase», sist revidert 11. juni 2024. Sistnevnte er vist til i Helsedirektoratets nasjonalfaglige råd.

Vi siterer fra Lindrende behandling i livets slutfase, kapittel 11, Legemidler for fremtidige behov:

«I beslutningsprosessen rundt behovsforskriving, også kalt forutseende forskrivning, for pasienter i livets slutfase må følgende vurderes av ansvarlig behandlende lege: Sykdomsbildet vil raskt kunne endre seg og det er derfor viktig å være forberedt på mulige behov for legemidler og utstyr. Det må gjøres en vurdering av pasientens behov for fremtidig symptomlindring som bygger på:

- Sannsynlighet for at spesifikke symptomer kan oppstå.
- Sannsynlighet for plutselig forverring som kan kreve umiddelbare intervensjoner for symptomkontroll.
- Fordeler og ulemper ved å forskrive legemidlet.
- Beskrivelse av hvilke legemidler som er aktuelle for fremtidige spesifikke symptomer
- Spesifiser indikasjon, dose og administrasjonsform for hvert legemiddel.

Når behovsforskriving er aktuelt:

- Sørg for at aktuelle legemidler er tilgjengelige på behandlingstedet
- Drøft behandlingsprinsippene med både pasient, når det er aktuelt, pårørende og det tverrfaglige team
- Dokumenter behovsforskrivingen i journal/palliativ plan
- I journal/palliativ plan bør det være dokumentert hvem som kan kontaktes når pasientens behov endrer seg
- Revider forskrivning i tråd med endrede behov hos pasienten.»

Videre siterer vi fra Helse Bergens prosedyre, Livets siste dager, kapittel 7.2.4, Kriterier for oppstart:

«(...) Beslutningen at pasienten er døende, må bygge på en tverrfaglig vurdering av behandlingsteamet, minimum lege og sykepleier, og må være tatt før oppstart av Livets siste dager. Med god planlegging for pasienter i livets siste fase vil en i mange tilfeller kunne være i forkant og forutse når pasienten nærmer seg døden, og sykehjemslege, fastlege eller postlege kan forberede og journalføre denne vurderingen. Lege skal dokumentere oppstartsvurderingen i elektronisk pasientjournal når planen tas i bruk. (...)»

Sjømannshjemmet bekreftet at medikamentene, forordnet for livets slutfase, ble gitt før regimet Livets siste dager var besluttet. De skrev at disse ble gitt i palliativ hensikt, for å lindre pasientens plager og bedre hans livskvalitet, og at det ikke var vurdert at pasienten var døende da medikamentene ble tatt i bruk den [REDACTED]. De viste til at det var erfarne sykepleiere som gjorde vurderingene. De stilte også spørsmål til hvorfor medikamentene var forordnet, dersom de ikke skulle kunne benyttes. Sykehjemmet skriver at det er vanlig praksis at sykepleiere kan gi medisiner til Livets siste dager, uten å kontakte lege, når disse er forordnet.

Ledelsen erkjenner at det har skjedd svikt i det aktuelle forløpet. De skriver at lege kunne vært kontaktet da sykepleiere vurderte å starte opp [REDACTED] slik at forordningstekst



skulle stemme med det som reelt sett ble vurdert som pasientens behov, og at tilsynslege burde utført dette da han tilså pasienten den [REDACTED] ettersom det ikke allerede var gjort.

Forskrift om legemiddelhåndtering krever at legemidler gis forsvarlig og i tråd med ordinasjon fra lege. De normerende retningslinjene viser til at forutseende forskrivning skal bygge på beskrivelse av hvilke legemidler som er aktuelle for spesifikke indikasjoner, og at indikasjon nettopp skal være spesifisert. En slik forskrivning skal revideres i tråd med endrede behov hos pasienten.

Ettersom sykehjemmet uttaler at legemidler for livets slutfase ble brukt for en annen indikasjon, kan vi ikke støtte deres argument om at slike medikamenter er ordinert for bruk uten ny legekontakt i pasientens siste livsfase.

Medikamentene ble ordinert halvannen måned i forveien for det aktuelle. Det var således ikke snakk om en situasjon der for eksempel fastlegen klargjorde en ordinasjon fredag ettermiddag, fordi det ble vurdert at livets slutfase kunne inntreffe i løpet av helgen. I en slik situasjon vil man kunne argumentere for at det er mer hensiktsmessig at fastlegen, som kjenner pasienten, gjør dette før helgen setter inn, og at man så ha dialog igjen over helgen om videre plan dersom aktuelt. I en situasjon der pasienten [REDACTED] og det i dagene før ikke hadde vært noen dialog med medisinskfaglig ansvarlig lege om at livets slutfase var nært forestående, synes det ikke rett å benytte en slik «forhånds-ordinasjon», når heller ikke indikasjon stemmer overens. I legens forordning var det spesifisert at medikamentene var til bruk når pasienten ikke lenger kunne ta vanlige medisiner, eller svelge. Pasienten tok tabletter og spiste til måltider samtidig som behandlingen ble iverksatt, og under dagene medikamentene ble gitt. Ettersom sykehjemmet skriver at medikamentene ble gitt for å lindre symptomer i forbindelse med gjennomgått [REDACTED] i en fase der det også ble dokumentert at infeksjonsparametere var synkende og at pusten var i bedring, finner vi det ikke sannsynliggjort at det ikke var tid til at sykepleierne i avdelingen kontaktet lege for å konferere om bruk av medikamentene på en annen indikasjon enn det som sto i forordningen. At tilsynslege Wilvang viser til at [REDACTED] pasienten fikk var lave, sett opp mot [REDACTED] synes ikke relevant opp mot den aktuelle problemstillingen om hva slags indikasjon medikamentene ble gitt på.

Vi er uenige med Sjømannshjemmet i at slike medikamenter bør kunne gis uten ny kontakt med lege. Vi mener heller ikke at sykepleierens erfaring innen palliasjon i seg selv tilsa at medisinene kunne gis uten kontakt med lege.

Vi er enige med Sjømannshjemmet i at saken representerer svikt. Vi mener imidlertid at sykepleierne ikke bare kunne, men skulle, ha tatt kontakt med lege før de gav medikamentene som var forordnet til livets siste fase, for å få en ny forordning i tråd med formålet.

Sykepleiere må forholde seg til sitt faktiske mandat ved utdeling av medikamenter og sikre at all medikamenthåndtering skjer i tråd med legens ordinasjon. Hvis dette ikke etterleves, kan praksisen bli tilfeldig og personavhengig, noe som gjør helsehjelpen uforsvarlig. Erfaring på et fagfelt erstatter ikke plikten til å overholde lovkravene.

Ut fra sakens opplysninger, kan vi ikke se at det var uforsvarlig i seg selv at pasienten fikk de medikamentene som ble gitt i tidsrommet [REDACTED] men det var ikke i tråd med gjeldende lovkrav og de anbefalte retningslinjer på fagområdet. Da regime for Livets siste fase ble iverksatt den [REDACTED] ble retningslinjer fulgt og vurderingene begrunnet, hvilket vi mener var forsvarlig og riktig i situasjonen.



Spørsmål om fall/fallforebygging

Pasienten hadde to fall i tilsynsperioden. Sykehjemmet uttaler at de plasserte [REDACTED] på et rom nærmere vaktrom, for å kunne tilse [REDACTED] oftere. [REDACTED] fikk streng beskjed om å ringe på hvis [REDACTED] skulle ut av sengen, eksempelvis på wc, etter at [REDACTED] falt. De uttalte imidlertid også at pasienten ofte ikke ønsket hjelp til å utføre den typen gjøremål.

I denne saken synes det tydelig at sykehjemmet ikke, i tilstrekkelig grad, iverksatte tiltak etter det første fallet som kunne forebygges at [REDACTED] falt igjen. Aktuelle tiltak kunne for eksempel vært bruk av sengehest, fastvakt, eller velferdsteknologi, noe som i så fall måtte vært forankret i faglige vurderinger. Det ene fallet ble ikke dokumentert i journalen før to dager etter at det skjedde. For å forebygges fall, følge opp med tiltak og sikre forsvarlige tjenester, er det vesentlig at slike uønskede hendelser dokumenteres.

Konklusjon vurderingstema 1

Statsforvalteren konkluderer med at behandlingen til pasienten var uforsvarlig fordi legemiddelhåndteringen ikke fulgte lovkravene eller normerende retningslinjer på fagfeltet og fordi pasienten fikk mangelfull oppfølging etter fall.

Vi har ikke grunnlag for å si at medisineringen eller fallene bidro til å forverre [REDACTED] helsetilstand, eller fremskyndet dødsfallet, men vi mener ledelsen skulle hatt tydeligere retningslinjer og i større grad satt de ansatte i stand til å utøve helsehjelp i tråd med lovkravene.

Vurderingstema 2: Var Journalføringen i tråd med lov og forskrift?

Klager pekte på vurderinger ble mangelfullt dokumentert i pasientjournalen.

Sjømannshjemmet viste selv til svikt når det gjaldt dokumentasjonsplikten, og til at dokumentasjon om vurderinger, behandling og effekt var svært mangelfull i det aktuelle tidsrommet.

Bestemmelsene i helsepersonelloven og pasientjournalforskriften stiller krav til både innhold og form i pasientjournalen. De vurderingene som beskrives i sykehjemmets uttalelse, er i hovedsak ikke dokumentert i pasientjournalen.

Statsforvalteren er enig med Sjømannshjemmet sin vurdering om mangelfull dokumentasjon i denne saken. Kravene til journalføring endres ikke ved ferieavvikling eller ved teknologiske utfordringer. Vi ser at det er skrevet i pasientens journal alle dager gjennom forløpet, på andre tiltak enn dem som saken først og fremst berører. Det var etter vår oppfatning således mulig å skrive i pasientjournalen.

Vi vurderer at opplysninger om oppstart av medikamenter som var forordnet for livets slutfase, men som ble gitt for en annen indikasjon, likevel var informasjon som var helt nødvendig for at journalen skulle gi en oversiktlig fremstilling av pasientens helsetilstand og for at det skulle være lett for helsepersonell å sette seg inn i [REDACTED] behov og videre plan for helsehjelp.

Videre vurderer vi at forsinket journalføring av fallet den [REDACTED] som først ble dokumentert [REDACTED] bryter med krav i forskrift om at journal skal føres løpende og uten ugrunnet opphold.



Konklusjon vurderingstema 2

Journalføringen av helsehjelp til pasienten representerer brudd på krav i lov og forskrift fordi den mangler viktig og relevant informasjon om blant annet smertelindring, legemiddelhåndtering og oppfølging av fall.

Vurderingstema 3: Informerte Sjømannshjemmet de pårørende i tråd med lovverket?

Pårørende klaget på at de ikke fikk tilstrekkelig informasjon om behandlingen til pasienten underveis i forløpet på Sjømannshjemmet.

Sjømannshjemmet skriver at det ikke ble gitt god nok informasjon til pårørende, og peker på flere punkter der nærmeste pårørende burde vært kontaktet og informert, til tross for at andre pårørende var til stede på besøk.

Etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven har nærmeste pårørende rett til informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes. Plikten til å gi slik informasjon er nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven.

Også her er Statsforvalteren enig med sykehjemmets vurdering i at det skjedde svikt. Vi mener pårørende skulle hatt mer konkret informasjon gjennom forløpet, gitt avtalen som var laget om hvem skulle ha informasjon. fra pasienten ble syk med [redacted] og helt frem til [redacted] døde. Det står tydelig i pasientjournalen hvilken av de pårørende som skulle kontaktes først. Det er flere ganger dokumentert at denne pårørende skal kontaktes ved alle former for endringer i pasientens tilstand. Til tross for at noen av de pårørende, som tilfeldigvis var på besøk, fikk en del informasjon underveis, er det vanskelig å se at det er gode grunner for at sykehjemmet valgte å ikke forholde seg til opplysningene i pasientjournalen om hvilken pårørende som alltid skulle ha informasjon. Vi kan ikke se at det har noen betydning for saken at sykepleiere i avdelingen aldri hadde møtt eller snakket med [redacted] tidligere.

Konklusjon vurderingstema 3

Mangelfull informasjon til nærmeste pårørende, i henhold til de avtaler som var gjort, i pasientforløpet utgjør et brudd på Sjømannshjemmets plikt til informasjon etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Samlet konklusjon

Statsforvalteren konkluderer med at Sjømannshjemmet har brutt kravet til forsvarlig behandling etter helse og omsorgstjenesteloven § 4-1. Dette ved at legemidler som ble gitt til pasienten, ikke ble gitt i tråd med leges ordinasjon og svært lenge etter at ordinasjon forelå, jf. legemiddelhåndteringsforskriften §§ 4 og 7, og fordi pasienten fikk mangelfull oppfølging etter fall.

Videre finner vi at mangelfull dokumentasjon i pasientjournalen, om vurderinger og beslutninger knyttet til at medikamenter ordinert for livets slutfase ble gitt og forsinket journalføring av fall, utgjør brudd på helsepersonelloven §§ 16, 39 og 40 jf. pasientjournalforskriften §§ 6 og 10.

Vi konkluderer også med at Sjømannshjemmet, ved at pårørende ikke ble informert som avtalt om endringer i pasientens helsetilstand og om gjentatte fall, brøt plikten til informasjon etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1.

Vi har ikke funnet grunnlag for opprette tilsynssak rettet mot det enkelte helsepersonell som har vært involvert i saken.



Oppfølging av saken fra sykehjemmets side

Statsforvalteren ser positivt på at Sjømannshjemmet som følge av saken har gjort en gjennomgang opp mot klagen i sykepleiergruppa, og at dere har sett på rutiner og samarbeidet om hvordan disse kan forbedres. Videre at det skal avholdes tværfaglig samhandlingsmøte og internundervisning om Livets siste dager, palliasjon og medikamenter. Det er også positivt at saken er gjennomgått på ledelsesnivå i Larvik kommune.

I denne saken har vi påpekt flere lovbrudd. For å påse at endring skjer og at fremtidig pasientsikkerhet blir ivaretatt, finner vi det nødvendig å følge opp lovbruddene til disse er rettet. Vi ber i den sammenheng om en tilbakemelding til oss, der dere angir hvilke tiltak dere vil sette i verk for å rette opp i de problemområder som vår avgjørelse illustrerer. Dette slik at tiltakene er beskrevet, og slik at det foreligger plan for innføring med tidsangivelser og at det fremgår hvem som har ansvar å følge opp tiltakene. Vi ber samtidig om en beskrivelse av hvordan ledelsen vil følge med på at tiltakene virker etter hensikten. Vi viser til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9.

Vi ber om å motta en tilbakemelding **senest innen 28. april 2025**.

Vi forutsetter at kommunen gjør vår avgjørelse kjent for involvert helsepersonell.

Avsluttende bemerkninger

Statsforvalterens avgjørelse er ikke et enkeltvedtak og kan ikke påklages etter forvaltningslovens bestemmelser.

Med hilsen

Linda Endrestad (e.f.)
fagsjef

Mats Foshaug
ass. fylkeslege

Dokumentet er elektronisk godkjent

Kopi til:

LARVIK KOMMUNE

Postboks 2020

3255

LARVIK