

Sammendrag av tilsynsrapport

Fylkesmannen i Vestfold og Telemark mottok en klage fra pårørende februar 2019.

Pasienten hadde blitt innlagt Sykehuset Telemark med funksjonssvikt i mars 18. Sykehuset fant betydelig kognitiv svikt, men ingen sikker kroppslig tilstand som kunne forklare tilstanden. De vurderte at pasienten trengte kontinuerlig tilsyn. Pasienten hadde flere kroppslige sykdommer som kompliserte videre behandling. Overflyttet til sykehjem 1 i Porsgrunn etter et par uker, ble etter en måned flyttet videre til et korttidsopphold på sykehjem 2 i 5 uker. Deretter overflytting til sykehjem 3 for langtids plass hvor pasienten døde etter få dager. Han var vurdert til å ikke være samtykkekompetent.

Klagen gjelder sykehjem 2 hvor pårørende observerte, og journal og dokumentasjon fra sykehjemmet bekrefter at pasienten ved flere tilfeller ble satt fast med belte i rullestol for å hindres fra å reise seg. Dette skjedde også ved anledninger hvor pasienten var alene på rommet med lukket dør. Dette vurderes som bruk av skjerming. Beltet ble brukt for å hindre at pasienten skadet seg ved å falle, men pasienten var ikke samtykkekompetent og ikke i stand til å åpne beltet selv. Pasienten ble overlatt til seg selv, fastspent i en stol uten mulighet til å bevege seg eller tilkalle hjelp.

På sykehjem 1 hadde pasienten kontinuerlig oppfølging. Informasjon om dette ble overført til sykehjem 2. Pasienten hadde både utferdstrang og stor fallrisiko, og falt også flere ganger under oppholdet på sykehjem 2. Tvangstiltakene bærer tydelig preg av at ressurshensyn har gått foran hensynet til pasienten.

Selve bruken av belte kan falle inn under pasient og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Vi påpeker imidlertid at tillitskappende tiltak skal benyttes før bruk av tvangstiltak, ikke for å få pasienten til å godta tvangstiltak. Skjermingen på rommet hadde ikke hjemmel og utgjorde et grovt brudd på retten til selvbestemmelse og var klart i strid med forsvarlighetskravet. Vi finner det ekstra skjerpene at ledelsen under saksgangen har bekreftet at dette ble gjort, og at det ikke har blitt utøvet noen form for selvkritikk. Dette viser en manglende forståelse av grunnleggende prinsipper for å tilnærme seg pasienter med og uten demenssykdom, omsorgsfull hjelp og lovverket rundt rett til selvbestemmelse og tvang.

Fylkesmannen finner lovbruddet så graverende at vi har vurdert om saken burde meldes til politiet med tanke på straffbar overtredelse av helsepersonelloven. Vi viser til lovens § 67 jf. § 16. Med bakgrunn i at saken ligger så vidt langt tilbake i tid, har vi likevel konkludert med at vi ikke gjør det.

Pasienten hadde problemer med å stå og gå, tidvis svelgvansker og problemer med å ta til seg mat og drikke. Personalet hadde observert at pasienten var svært svekket flyttedagen, men satte han likevel opp i en stol, bandt han fast og forlot han, slik pårørende fant pasienten på flyttedagen. Sykepleier hadde målt CRP til 71 og forsøkt å komme i kontakt med legekantoret. Vi finner imidlertid ingen opplysninger om nærmere undersøkelser eller vurdering av pasientens tilstand. Uken før var det startet antibiotikabehandling fordi pasienten hadde CRP på 124, som indikerer bakteriell infeksjon. Vi finner ingen opplysninger om nye kontroller eller oppfølging av CRP. Av legens innkomstnotat fra sykehjem 3 fremgår at pasienten var meget svak og hadde CRP over 200. Pasienten døde få dager etter flyttingen. Ledelsen har likevel vurdert at det ikke var galt å flytte pasienten til tross for hans tilstand, og tar ingen selvkritikk på at pasienten burde ha vært undersøkt nærmere.

Vi vurderer at den oppfølgingen og behandlingen pasienten fikk de siste dagene han var på sykehjem 2 var mangelfull og uforsvarlig, og at pasienten ikke burde vært flyttet til annet sykehjem i den forfatningen han var i.