



# Statens helsetilsyn

## Norwegian Board of Health

Overlege Stig Ottesen  
Bærum sykehus, Kreftomsorgsavsnittet  
Postboks 34  
1355 BÆRUM

Unntatt fra offentlighet,  
offentlighetsloven § 5 a, jf. fvl. § 13

DERES REF.

VÅR REF. (BES OPPGITT VED SVAR)  
2002/198 GAG

DATO  
5. april 2002

### ADVARSEL I MEDHOLD AV HELSEPERSONELLOVEN § 56

./ Statens helsetilsyn viser til tidligere korrespondanse i saken, senest Deres uttalelse av 27. februar 2002. Helsetilsynet har også mottatt en uttalelse fra Carl-Magnus Edenbrandt datert 5. mars 2002 og kopi av brev fra Jørg Mørland til Helsedepartementet datert 25. februar 2002. Disse følger vedlagt i kopi.

### INNLEDNING

Riksadvokaten besluttet som kjent den 18. desember 2001 at klage over henleggelse av den såkalte Bærumssaken ikke tas til følge. Statsadvokatens henleggelse av saken er med dette endelig.

Slik det har fremgått av tidligere korrespondanse i saken stilte Helsetilsynet tilsynssaken i bero inntil den påtalemessige behandlingen av saken var avsluttet. Tilsynssaken ble tatt opp til avsluttende behandling etter at påtalemyndighetens henleggelse var endelig.

Innledningsvis finner Helsetilsynet det viktig å presisere at Riksadvokatens og Statsadvokatens vurdering av saken var avgrenset til en vurdering opp mot straffeloven § 233. jf. 235 annet ledd (medlidenhetsdrap). Det fremgår av henleggelsen at evt. straffbar overtredelse av legelovens bestemmelser, jf. legeloven § 53 var foreldet.

Spørsmål om foreldelse er ikke aktuelt i tilsynssammenheng, da det ikke gjelder bestemmelser om foreldelse i forhold til å ta et forhold opp til vurdering som tilsynssak. Hvor langt det aktuelle forholdet ligger tilbake i tid kan imidlertid iht praksis bli vektlagt ved vurdering av om det skal reageres med administrativ reaksjon, jf. helsepersonelloven kap. 11 og tidligere etter legelovens bestemmelser.

Slik det fremgår av Helsetilsynets varsel om administrativ reaksjon vurderes det aktuelle forhold opp mot legelovens bestemmelser som gjaldt på det tidspunkt da forholdet fant sted. Det vises til det som fremgår under om grunnlag for å vurdere saken. Eventuell reaksjon på grunnlag av brudd på bestemmelsene, vurderes opp mot helsepersonelloven kap. 11 som i dag regulerer tilsynsmyndighetens reaksjoner mot helsepersonell.

## SAKEN

Helsetilsynet mottok ovennevnte tilsynssak fra Fylkeslegen i Akershus ved ekspedisjon av 30. november 1998 for vurdering av administrative reaksjoner. Saken gjelder vurdering av bruk av "terminal sedering" i behandlingen av en kreftsyk pasient ved Bærum sykehus. Carl-Magnus Edenbrandt, som den gang arbeidet som overlege ved Bærum sykehus, Kreftomsorgsavsnittet (KOA), klaget på den behandling (pas. A) ble gitt ved Bærum sykehus i perioden fra til . Det ble hevdet at pasienten var gitt aktiv dødshjelp.

Saken ble behandlet av Klage- og skadeutvalget ved Bærum sykehus . Utvalget konkluderte med at det ikke forelå tilfelle av aktiv dødshjelp.

Carl-Magnus Edenbrandt anmeldte saken til Oslo politikammer den 21. januar 1999. Anmeldelsen ble oversendt Politiet i Asker og Bærum ved Oslo statsadvokatembeters ekspedisjon av 12. mars 1999.

I brev av 22. mars 1999 avga seksjonsoverlege Stein Kaasa ved Regionsykehuset i Trondheim, seksjon for lindrende medisin, en sakkyndig uttalelse i saken. Uttalelsen ble avgitt etter Helsetilsynets anmodning som ledd i behandlingen av tilsynssaken.

Helsetilsynet avsluttet saken ved to brev av 25. mai 1999 til henholdsvis Bærum sykehus v/direktøren og Dem. De ble kritisert for ikke å ha nedtegnet nødvendig veiledning til aktuelle leger i forbindelse med oppfølgingen av (pas. A) , herunder kritikk for mangelfull journalføring i umiddelbar tilknytning til iverksettelsen av den sederende behandling. Videre kritiserte Helsetilsynet Bærum sykehus for ikke å ha tilstrekkelige rutiner for iverksettelse og oppfølging av "terminal sedering" som behandlingsform.

Blant annet på bakgrunn av diverse medieoppslag besluttet Helsetilsynet å gjenoppta saken i juni 1999.

I anmeldelsen hevdet Edenbrandt at flere pasienter ved Bærum sykehus mottok en behandling som er sammenlignbar med den behandlingen som ble gitt (pas. A) . Helsetilsynet innhentet på denne bakgrunnen kopier av ytterligere 10 pasientjournaler.

I medieoppslagene ble det blant annet fremsatt påstander om at seksjonsoverlege Stein Kaasa var inhabil. Lovavdelingen i Justis- og politidepartementet avga etter anmodning fra Sosial- og helsedepartementet den 3. november 2000 en vurdering av saksbehandlingen i Bærumsaken. Lovavdelingen konkluderte blant annet med at det ikke var grunnlag for å konkludere med at Kaasa var inhabil til å tilrettelegge grunnlaget for avgjørelse i saken, jf. fvl. § 6 annet ledd. Kaasas sakkyndige uttalelse inngår således i vurderingsgrunnlaget for saken.

I brev av 25. oktober 1999 anmodet Helsetilsynet fem nye sakkyndige om å vurdere saken. Seksjonsoverlege Sigbjørn Berentsen, Fylkessjukehuset i Haugesund, og overlege Christina Bolund, docent ved Carolinska sjukhus, avga sine sakkyndige uttalelser den 3. januar 2000. Ledende overlege Per Sjøgren, Bispebjergs Hospital i København, avga sin uttalelse i brev av 4. januar 2000. Overlege Carl-Johan Fürst, docent ved Stockholms Sjukhem, avga sin uttalelse i brev av 20. januar 2000. Overlege professor Georg Sager, Klinisk farmakologisk avdeling ved Regionsykehuset i Tromsø, avga sin uttalelse i brev av 2. februar 2000.

Ved Helsetilsynets brev av 7. mars 2000 ble sakens dokumenter oversendt Riksadvokaten.

Ved brev av 30. juni 2000 avga Helsetilsynet en vurdering av saken til Politiet i Asker og Bærum. I den foreløpige vurderingen som bygdte på de dokumenter som da var tilgjengelige for Helsetilsynet ble det blant annet konkluderte med at ”(pas. A) ble gitt uforsvarlig behandling”. Helsetilsynet påpekte videre ”mangler ved behandlingen av ytterligere 10 pasienter”. I vurderingen ble det presisert at ”vurderingen har vært meget vanskelig på grunn av at det foreligger meget mangelfulle pasientjournaler, særlig for den siste tiden før pasientene dør”. Slik det vil fremgå nedenfor både under fremstilling av saksforholdet og under Helsetilsynets vurdering, har mangelfull og ufullstendig ført pasientjournal medført at det ikke har latt seg gjøre å gi en fullstendig fremstilling av saksforholdet i saken.

Uttalelsen ble utdypet hva angår dokumentasjon av medisinerer ved vårt brev av 24. august 2000.

I brev til landets sykehus datert 6. juli 2000 orienterte Helsetilsynet om de prinsipper Helsetilsynet la til grunn ved vurderingen av saken.

I Helsetilsynets brev av 30. juni 2000 fremgår det at Edenbrandt i vedlegg til brev til Oslo politikammer av 21. januar 1999 nevner en mann på år. Helsetilsynet ba ved brev av 10. mai 2000 Bærum sykehus om å identifisere denne pasienten og oversende hans pasientjournal. Sykehuset kunne ikke identifisere en mann på år, men mente at en mann som døde da han var år, , passet til beskrivelsen. Etter en gjennomgang av journalen finner Helsetilsynet at pasienten ikke ble gitt sederende behandling med kontinuerlig intravenøs tilførsel av sederende medikamenter. Dødsdagen ble han gitt Morfin-Scopolamin på relevant indikasjon. Helsetilsynet fant videre ikke grunnlag for bemerkninger til journalføringen. Helsetilsynet fant etter dette ikke grunnlag for å ta denne pasienten med i den samlede vurderingen.

Helsetilsynet viser til at De tidligere har mottatt kopi av Helsetilsynets saksdokumenter og at De ved Deres advokat mottok kopi av politisaken ved Politiet i Asker og Bærums ekspedisjon av 2. mars 2001. Helsetilsynets brev til Politiet i Asker og Bærum av 30. juni 2000 og de sakkyndige uttalelsene Helsetilsynet har innhentet under behandlingen av saken inngår i kopien av politisaken. Helsetilsynet kan således ikke se at det medfører riktighet når De i Deres uttalelse av 27. februar 2002 sier at De ikke har mottatt eller sett innholdet i Helsetilsynets uttalelse til politiet eller mottatt kopi av de sakkyndige uttalelsene. Helsetilsynet vil bygge vurderingene i saken på politidokumentene og de dokumentene Helsetilsynet har innhentet og mottatt under behandlingen av saken. I Deres uttalelse av 27. februar 2002 viser De til kst. helsedirektør Petter Øgars rapport av 27. april 2000 og at det her siteres fra Aftenposten. Denne uttalelsen er en vurdering av Helsetilsynets behandling av tilsynssaken og har ingen betydning for vurderingen av realiteten i saken her.

## **KRAVET OM FORSVARLIG LEGEVIRKSOMHET M.V.**

Saken vurderes opp mot kravet om forsvarlig legevirksomhet slik det var nedfelt i legeloven § 25. Forsvarlighetskravet er fra 1. januar 2001 videreført i helsepersonelloven § 4. Det sentrale i forsvarlighetskravet er hvordan helsepersonellet burde ha opptrådt i den konkrete situasjonen på bakgrunn av egne kvalifikasjoner, ikke hvordan helsepersonellet burde opptrådt i en ideell situasjon. Innholdet i forsvarlighetskravet utledes blant annet av hva som til enhver tid er allment akseptert innen det aktuelle medisinske fagmiljø. Helsetilsynet bygger derfor vurderingene i denne saken i stor grad på de innhentede sakkyndige uttalelser.

Saken vurderes også opp mot kravene til føring av journal for pasienter, jf. dagjeldende legelov § 43 og forskrift om leges og helseinstitusjons journal for pasient av 17. mars 1989 nr. 277 (journalforskriften), legeloven § 25 tredje ledd om informasjon til pasient og lovens § 26 om opplysninger til pårørende.

Et utvalg nedsatt av Den norske legeforening, Rådet for legeetikk avga 29. juni 2001 ”Retningslinjer for lindrende sedering til døende”. Utvalget har ved utformingen av retningslinjene tatt utgangspunkt i Legeforeningens etiske regler, hva som er å betrakte som god praksis, krav nedfelt i lovgivningen m.v. og retter seg mot behandling i fremtiden. Det fremgår i retningslinjene pkt 8.1. at ”*Retningslinjer utarbeidet av Legeforeningen er en anbefaling som gir uttrykk for hvordan foreningen mener denne behandlingen kan gjennomføres på en forsvarlig og god måte*”. Retningslinjene legges ikke til grunn ved vurderingene da de er utarbeidet etter at forholdet som vurderes i tilsynssaken fant sted.

Tilsynssaken vurderes opp mot de krav som kunne utledes av forsvarlighetskravet, jf. legeloven § 25, og andre krav som fulgte av legeloven, på det tidspunkt behandlingen ble gitt.

### **Er det akseptabelt under gitte forutsetninger å redusere pasienters bevissthetsnivå ved hjelp av medikamenter i livets slutfase for å redusere sterke vedvarende smerter og lidelse?**

Ved behandling med sederende legemidler blir pasientens bevissthetsnivå påvirket ved bruk av medikamenter. Dette omtales også som sedasjon. Bevissthetsnivået kan påvirkes fra døsighet til bevisstløshet. Sedativ behandling blir brukt på flere områder f.eks. ved behandling av psykiske tilstander som angst og psykoser og nevrologiske tilstander som epilepsi. Sedativa brukes også ved enklere diagnostiske prosedyrer som gastroskopi og i anestetiske prosedyrer ved kirurgiske inngrep.

Alle de 6 sakkyndige som har uttalt seg til Helsetilsynet i saken, uttaler at ”terminal sedering” i litteraturen er beskrevet som en behandlingsform til pasienter i terminal fase under særlige forutsetninger. De sakkyndige er ikke sammenfallende når det gjelder spørsmålet om ”terminal sedering” er en etablert og akseptert behandlingsform. **Fürst** og **Sager** uttaler at det ikke er det, men at behandlingsformen er beskrevet og blir brukt. **Sjøgren**, **Berentsen**, **Bolund** og **Kaasa** uttaler at behandlingen er akseptert, men at begrepet ikke er entydig definert.

De sakkyndige knytter spørsmålet nært opp til hva som kan legges i begrepet ”terminal sedering”, og på hvilke indikasjoner behandlingen kan gis, herunder hvilken prognose som oppstilles for pasienten. Samtlige sakkyndige uttaler at pasienter kan gis ”terminal sedering” under gitte forutsetninger.

**Fürst** uttaler at ”terminal sedering” ikke er etablert og akseptert i Sverige eller i de øvrige nordiske landene, men at det under visse forutsetninger ved terminal sykdom ”*tillhör behandlingsarsenalen i palliativ medicin*”.

**Berentsen** definerer begrepet ”terminal sedering” på følgende måte: ”*Med terminal sedering menes medikamentell behandling som gis til uhelbredelig syke pasienter med svært kort forventet levetid, i den hensikt å holde pasienten døsig eller om nødvendig sovende for å lindre ellers uutholdelige plager.*”

**Kaasa** uttaler at ”*det er viktig å understreke at det er en behandling som kun bør benyttes når alt annet er prøvd*”.

**Sjøgren** skriver i sin uttalelse at selv om ”terminal sedering” er omtalt i litteratur er det ”ikke ensbetydende med at metodikken er velundersøgt end sige velbeskrevet, hverken hvad angår indikation, præparatvalg, dosering, effekt etc.”

De fem sakkyndige som har uttalt seg etter at Helsetilsynet tok saken opp til ny behandling, uttaler at når sedasjon tas i bruk som lindrende behandling for pasienter med cancer i en terminal fase, skal sedasjon ikke gis i større grad enn det som er nødvendig for å lindre smertene. Kaasa uttaler seg ikke eksplisitt til dette spørsmålet.

For å besvare spørsmålet om ”terminal sedering” er en etablert og akseptert behandlingsform, er det etter Helsetilsynet vurdering nødvendig å angi hva man skal legge i begrepet. Helsetilsynet legger ved vurderingene i denne saken til grunn at det med ”terminal sedering” menes å **reducere pasienters bevissthetsnivå ved hjelp av medikamenter i livets slutfase for å redusere sterke vedvarende smerter og lidelse. Administrasjonsformen forutsettes i vurderingene i tilsynssaken å være intravenøs tilførsel.** I fortsettelsen omtales dette som sedasjon i terminal fase.

Statens helsetilsyn legger i likhet med de sakkyndige til grunn at det kan aksepteres som faglig forsvarlig, jf. dagjeldende legelov § 25, å benytte sedasjon som behandlingsform under særlige vilkår for pasienter med cancer i en terminal fase med antatt få dager, under en uke, igjen å leve. Etter Helsetilsynets vurdering skal behandlingen som hovedregel ha en beroligende eller døsende effekt på pasienten uten at denne gjøres bevisstløs. Helsetilsynet vil presisere at det er forsvarlig å gi behandling som medfører at pasienten mister bevisstheten i tilfeller hvor nødvendig smertelindring ikke kan oppnås på annen måte og ”alt annet er prøvd”.

### **Under hvilke forutsetninger er sedering i den terminale fasen akseptabelt?**

For at det skal være akseptabelt å ta i bruk sedasjon som behandling for pasienter med cancer i terminal fase må særlige forutsetninger være oppfylt. Spørsmålet om sedasjon bør benyttes som behandling av en konkret pasient i en terminal fase er særlig knyttet til vurderingen av pasientens smertetilstand og eventuell annen lidelse. Videre er det nært knyttet til pasientens diagnose, pasientens forventede levetid (prognose) og pasientens tilstand forøvrig.

**Sager** legger i sin uttalelse følgende premisser til grunn for at det kan være akseptabelt å ta i bruk ”terminal sedering”: ”a) pasienten er i livets absolutte slutfase, d.v.s. noen få dager igjen å leve, b) symptomene er refraktære, d.v.s. at alle tilgjengelige og forsvarlige behandlingsformer er utprøvd uten å gi den ønskede effekt.” Han uttaler videre: ”I en slik situasjon er man enig om å behandle på følgende indikasjoner: Behandlingsrefraktær fysisk smerte, alvorlig dyspne (kvelningsfølelse), fysisk og psykisk sterk uro, agitasjon og kramper. Dersom pasienten har en sjelelig smerte som er refraktær mot behandling og omsorg, kan også dette være en indikasjon.” **Fürst** uttaler om dette: ”Enligt den litteratur som finnes inom området anses behandlingsrefraktära symtom, i första hand smärta, vara indikasjon. Även exstensiell lidande skulle kunna vara det”. **Berentsen** uttaler: ”hovedindikasjonen må være ekstreme smerter som har vist seg refraktære mot maksimalt dosert tradisjonell og avansert smertebehandling”.

Alle seks sakkyndige oppstiller som en forutsetning at alle andre behandlingsalternativer er vurdert og at aktuelle behandlingsalternativer er prøvd. Helsetilsynet viser eksempelvis til **Sager** som i sin uttalelse oppstiller følgende forutsetninger: ”De kliniske ansvarlige må være overbevist om at videre invasive og noninvasive intervensjoner a) ikke har mulighet for å gi en adekvat symptomlindring, b) er relatert til betydelige og ikke-tolerable bivirkninger eller

*økt sykkelighet, eller c) usannsynlig vil kunne gi symptomlindring innenfor en akseptabel tidsramme”.*

Etter Helsetilsynets vurdering er det akseptabelt og forsvarlig å gi sedasjon som behandling til pasienter med cancer i terminal fase dersom følgende forutsetninger foreligger:

- Pasienten har en langt fremskredet cancer
- Pasienten er i en terminal fase med antatt få dager, under en uke, igjen å leve. Helsetilsynet er innforstått med at en slik vurdering er vanskelig og vil være beheftet med usikkerhet, men vil understreke at det må foretas en streng vurdering.
- Pasienten har sterke vedvarende smerter, eller andre sterkt plagsomme symptomer
- Smertene eller symptomene skal være refraktære, dvs. lar seg ikke påvirke av annen behandling og omsorg
- Alternativ smertelindring er vurdert og aktuell smertelindring er forsøkt
- Pasienten må gi sitt samtykke til behandlingen, jf. under
- Det skal være tilgang på tverrfaglighet i beslutningsprosessen, jf. under.

### **Hvilke krav skal stilles til beslutningsprosess, gjennomføring og dokumentasjon av slik behandling?**

Sedasjon i terminal fase for å redusere sterke vedvarende smerter og lidelse er en inngripende behandling. I ytterste fall innebærer behandlingen at pasienten den siste levetiden settes i en bevisstløs tilstand uten mulighet til kontakt med omverdenen og uten mulighet til selv å ta til seg væske og næring. Iverksetting og gjennomføring av behandling som har en slik inngripende karakter medfører etter Helsetilsynets vurdering at det må stilles strenge krav til beslutningsprosess, gjennomføring og dokumentasjon. Det er dessuten grunn til å drøfte spørsmål knyttet til pasientens samtykke særskilt.

Medikamentell lindrende behandling til svært syke pasienter i livets slutfase vil i enkelte tilfeller innebære at pasienten gis så store doser at livet forkortes noe. Dette omtales ofte som en ”dobbel effekt”, jf. bl.a. Sager. Behandlingen lindrer, men forkorter livet. Dette vurderes som forsvarlig i den grad det er en følge av nødvendig behandling som gis pasienten.

Det vises i denne sammenheng til Rt. 2000 s. 646 (Sandsdalen) hvor det blant annet heter:

*”Jeg tilføyer, foranlediget av forsvarerens anførsler at Sandsdalens handling skiller seg fra tilfeller hvor leger i samsvar med legeloven behandler uhelbredelig syke og døende pasienter for sterke smerter. Dette gjelder for eksempel kreftpasienter med smerter som i livets slutfase ikke kan lindres på annen måte enn gjennom tilførsel av opiater og andre smertestillende medikamenter, der behandlingen etter omstendighetene kan medvirke til at pasientens liv forkortes. Denne behandlingen har til formål å lindre smerte, ikke å avslutte livet. Sandsdalen tilpasset ikke dosene av morfin og ketogan med det for øye bare å lindre smerter. Tvert om sørget han for at morfindosen og ketoganoppløsningen var slik at Bjerkmanns liv der og da ble avsluttet.”*

Ved sedasjon i terminal fase for å redusere sterke vedvarende smerter og lidelse, vil en ”dobbel effekt” gjøre seg gjeldende i enkelte tilfeller. Før beslutningen om behandlingsformen er aktuell og kan tilbys må det foretas en vurdering av ønsket effekt, smertelindring, opp mot ikke tilsiktet effekt, herunder forkorting av livet.

### **Krav til beslutningsprosessen**

De fem sakkyndige som har vurdert saken etter at Helsetilsynet tok den opp til ny behandling, uttaler at beslutningen om å gi sedasjon som behandling til en alvorlig kreftsyk pasient som har kort tid igjen å leve må treffes etter tverrfaglig vurdering og diskusjon. **Berentsen** uttaler at det er behandlende lege som har ansvar for å treffe beslutningen. **Bolund** uttaler at overlegen ved den behandlende enheten har ansvaret for pasientbehandlingen.

Etter Helsetilsynets vurdering har behandlende lege ansvaret for å treffe beslutningen om sedasjon skal gis som behandling. Dette innebærer blant annet ansvar for å innhente tilstrekkelig medisinsk bakgrunnsinformasjon om den behandlingen som vurderes gitt og informasjon om pasienten. Før beslutningen treffes skal spørsmålet vurderes i samråd med annet helsepersonell med erfaring på området og/eller med særlig kjennskap til den aktuelle pasienten. Dette kan være andre leger herunder relevant spesialist, sykepleier, psykolog og psykiater. I enkelte tilfeller kan det også være aktuelt å trekke andre inn i vurderingen.

De sakkyndige uttaler dessuten at pasienten må trekkes inn i beslutningsprosessen. I mange tilfeller gjelder også dette de pårørende. Helsetilsynet slutter seg til denne vurderingen, men vil presisere at pasienten må ha samtykket dersom pårørende skal gis informasjon slik at de kan delta i beslutningsprosessen. Det fulgte av dagjeldende legelov § 25 tredje ledd at pasienten som hovedregel skal informeres om sin helsetilstand og behandling og at pasienten såvidt mulig selv skal medvirke ved behandlingen. Dette gjør seg i særlig grad gjeldende ved en slik inngripende form for behandling som sedasjon i terminal fase. Det fulgte av legeloven § 26 at pasientens pårørende skulle gis opplysning om pasientens tilstand og sykdom og om behandlingen i den utstrekning forholdene tilsa det.

### **Pasientens samtykke til iverksetting av behandling**

Etter norsk og internasjonal rett er det med få unntak påkrevet med pasientens samtykke før medisinsk behandling iverksettes. Pasientens samtykke kan som hovedregel presumeres. Dette omtales som stilltiende samtykke. I dette ligger det at man går ut fra at pasienten ønsker slik behandling uten at dette uttrykkelig uttales. Dette beror på en vurdering av om det ut fra pasientens handlemåte og omstendighetene for øvrig er sannsynlig at hun eller han ønsker behandlingen, f.eks. at man oppsøker helsetjenesten for å få behandling.

Et vilkår for et gyldig samtykke er at pasienten gis tilstrekkelig informasjon om behandlingen, jf. legeloven § 25 tredje ledd, før han/hun samtykker (informert samtykke). Dette gjelder som hovedregel både ved uttalt og stilltiende samtykke.

Slik det fremgår over er sedasjon i terminal fase en inngripende form for behandling. Etter tidligere og gjeldende rett er det snevrere grenser for når presumert samtykke kan godtas i slike situasjoner. Etter Helsetilsynets vurdering er det som hovedregel ikke tilstrekkelig med presumert samtykke ved slik behandling. Helsetilsynet legger vekt på at pasienten som hovedregel vil være ved bevissthet i de tilfeller hvor det kan være relevant og forsvarlig å gi slik behandling.

Som hovedregel kan ikke pårørende samtykke til inngripende behandling på vegne av pasienten. Etter Helsetilsynets vurdering kan ikke pårørende på vegne av pasienten samtykke i at det gis sedering i en terminal fase.

En særlig vurdering som må foretas er om pasientens samtykke er motivert av et ønske om å dø. Dersom dette er tilfelle, vil det ikke foreligge et gyldig samtykke.

Helsetilsynet vil også bemerke at det må søkes å ikke innhente pasientens samtykke i en periode hvor pasienten er påvirket av smertestillende medikamenter i en slik grad at det påvirker pasientens samtykkekompetanse eller i forbigående perioder hvor smertene er særlig sterke. For enkelte pasienter vil det imidlertid ikke være perioder hvor pasienten er mindre påvirket av de sterke smertene, de sterkt plagsomme symptomene eller smertestillende medikamenter. I en slik situasjon må man etter en konkret vurdering lempe på hva som skal kreves for å innhente et uttrykkelig informert samtykke slik det beskrives her.

Etter Helsetilsynets vurdering må det oppstilles strenge krav til informasjon før pasienten kan samtykke til sedasjon i terminal fase. Etter Helsetilsynets vurdering bør pasienten være gitt informasjon om:

- sin tilstand
- sin prognose
- om smertene vil vedvare
- at alternativ smertelindring ikke forventes å kunne gi nødvendig effekt
- hva sedasjon i terminal fase innebærer

Bestemmelser om samtykke til helsehjelp er i dag nedfelt i kapittel 4 i lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63 (i kraft fra 01.01.2001).

### **Gjennomføring**

Gjennomføring av sedering i en terminal fase for å redusere sterke vedvarende smerter og lidelse kan deles i spørsmål knyttet til bevissthetstilstand, valg av medikamenter og dosering, oppfølging, tilføring av væske og ernæring, forholdet til annen behandling og løpende vurdering av om behandlingen skal fortsette.

#### Spørsmål knyttet til bevissthetstilstand

Slik det fremgår over legger Helsetilsynet til grunn at behandlingen som hovedregel skal ha en beroligende eller døsende effekt på pasienten uten at denne gjøres bevisstløs, men at det kan aksepteres å gi behandling som medfører at pasienten mister bevisstheten i tilfeller hvor nødvendig smertelindring ikke kan oppnås på annen måte. Dette må bero på en medisinsk vurdering i det konkrete tilfellet. Ved vurderingen står avveiningen mellom hva som er nødvendig symptomlindring i forhold til ”dobbel effekten” sentralt.

**Fürst** uttaler at dersom pasienten ikke er døende bør doseringen reduseres etter et døgn for å vurdere pasienten. **Bolund** uttaler at ”*revidering av behandlingsplan och dosering av läkmedel minst 2 gånger per dygn efter avsämning med patienten när det är möjligt, ...*”. Videre uttaler hun: ”*Varje dygn skall infusionstakten sänkas med avsikt att patienten skall vakna och kunna kommunicera*”.

Det følger av kravet om forsvarlig legevirksomhet at man ved all form for medisinsk behandling skal foreta en løpende vurdering av behandlingen og om den skal videreføres. Hva dette konkret innebærer vil variere med hva slag behandling det gjelder. Ved behandling av smerter må det foretas en løpende vurdering av om ønsket smertestillende effekt oppnås.

Løpende vurdering av behandlingen er etter Helsetilsynets vurdering meget viktig ved sedering i terminal fase. For å kunne foreta en forsvarlig vurdering i forhold til den videre behandlingen vil det ved slik behandling som hovedregel være nødvendig å regelmessig redusere doseringen for å kunne kommunisere med pasienten. Helsetilsynet legger til grunn at



dette i utgangspunktet bør gjøres en gang pr. døgn. Dette må imidlertid ikke oppfattes som et absolutt krav. Ved vurderingen av om doseringen skal reduseres for å kommunisere med pasienten må det legges vekt på de observasjoner og vurderinger som gjøres under behandlingen. Hvor lang tid pasienten kan forventes å leve bør tillegges stor vekt ved vurderingen. Det må dessuten legges vekt på at pasienten ikke skal påføres unødig lidelse.

### Oppfølging

Behandlingen må gjøres til gjenstand for tett oppfølging. **Fürst** uttaler: ”*Mycket tät uppföljning av sjuksköterska och läkare måste ske*”. **Berentsen** uttaler: ”*Pasientene må i likhet med alle andre terminale kreftpasienter få meget hyppig tilsyn av sykepleier og hyppig tilsyn av lege*”. **Sager** uttaler: ”*Når man først har satt igang behandlingen, kreves det høy klinisk årvåkenhet. Kliniske symptomer må vurderes inntil døden inntreffer*”. **Bolund** uttaler: ”*Övervakning minst 2 gånger per timme och fortlöpande registrering av bedömningar och åtgärder*”.

Etter Helsetilsynets vurdering følger det av kravet om forsvarlig virksomhet at pasienter som gis sedering i terminal fase for å redusere sterke vedvarende smerter og lidelse, må gjøres til gjenstand for tett oppfølging av sykepleier og lege. Hvor tett oppfølgingen skal være må bero på en konkret vurdering i det enkelte tilfellet. Dette kan endre seg under forløpet av behandlingen. Den løpende oppfølgingen bør etter Helsetilsynets vurdering omfatte observasjon av vitale funksjoner, bevissthetsnivå og effekt av smertelindring og sederende behandling. Etter Helsetilsynets vurdering er det viktig at de som følger opp pasienten både har kunnskap om pasienten og behandlingen. Oppfølgingen må være tilstrekkelig til at det kan foretas en løpende medisinsk faglig vurdering av behandlingen i det enkelte tilfellet. Dette vil etter Helsetilsynets vurdering innebære at lege som hovedregel må se til og vurdere pasienten minst en gang pr. døgn og ellers ved vesentlige endringer i pasientens tilstand.

### Valg av medikamenter og dosering

Når det gjelder valg av medikamenter og dosering legger Helsetilsynet til grunn at dette er en medisinsk vurdering som må knyttes opp til den konkrete pasient. **Fürst** uttaler at ”*principen vid sederande behandling bör vara att belasta patienten med så lite läkmedel som möjligt men samtidig att uppnå målet med behandlingen så snabbt som möjligt*”. Helsetilsynet slutter seg til at dette må være en overordnet vurdering ved slik behandling.

### Tilføring av væske og ernæring

Helsetilsynet viser til de sakkyndige som uttaler at det er i overensstemmelse med vanlig strategi ved behandling i terminal fase at pasienten som hovedregel ikke gis væske eller ernæring intravenøst. Det vises imidlertid til **Sager** som uttaler om dette at ”*pasienten bør få tilført væske, evt. intravenøst, dersom dette ikke er mer til skade enn til gagn*”.

Etter Helsetilsynets vurdering vil det som hovedregel ikke være indisert med tilføring av ernæring og væske ved sedasjon i terminal fase. Det vises til at behandlingen kun skal gis over få dager. Det følger imidlertid av forsvarlighetskravet, jf. legeloven § 25, at det må gjøres en konkret vurdering i det enkelte tilfellet.

### Forholdet til annen behandling

**Sjøgren** uttaler at seponering av annen behandling er i ”overenstemmelse med gjeldende prinsipper for ”terminal sedering”.

Under vurderingen av behandlingen gitt til den konkrete pasienten uttaler **Berentsen** blant annet at det var riktig ”å unnlate å gi medikamenter som ikke hadde noen effekt på symptomene”.

Etter Helsetilsynets vurdering må spørsmålet om annen behandling skal fortsette, i utgangspunktet vurderes konkret i det enkelte tilfellet. Det må i denne sammenheng legges vekt på at det er pasienten selv som velger om han eller hun skal motta behandling. Dersom pasienten ønsker at tidligere behandling skal fortsette kan dette gjøres dersom dette ikke er mer til skade enn gagn. Det vil imidlertid ikke være riktig å tilby pasienten fortsatt behandling, dersom denne ikke kan forventes å ha effekt.

Spørsmålene knyttet til om annen behandling skal opprettholdes i terminal fase, hvor lenge behandlingen evt. skal opprettholdes, konsekvenser av å unnlate å gi annen behandling m.v. bør tas opp med pasienten på et tidspunkt hvor det ut i fra pasientens tilstand er mulig å drøfte dette, jf. det som fremgår over om informert samtykke.

### Løpende vurdering av om behandling skal opprettholdes

I likhet med annen behandling skal det løpende vurderes om sedasjon skal fortsette. Dette omfatter en vurdering av alle behandlingsmessige tiltak, herunder bl.a. valg av medikamenter, dosering, om forventet effekt oppnås m.v. Ved vurderingen skal det blant annet trekkes inn hvordan pasienten responderer på behandlingen, vurdering av evt. bivirkninger m.v. Det må sikres tverrfaglighet under den løpende vurderingen, på samme måte som ved igangsetting av behandlingen.

### **Dokumentasjon**

De sakkyndige legger i sine uttalelser betydelig vekt på viktigheten av grundig dokumentasjon ved denne form for behandling. Helsetilsynet slutter seg til dette.

Krav til dokumentasjon av medisinsk behandling fulgte tidligere av legeloven § 43 og av forskrift om leges og helseinstitusjons journal for pasient av 17. mars 1989 nr. 277. Det het i forskriften § 6 om krav til journalføring at ”*Journalen skal gi så riktige og tilstrekkelige opplysninger som mulig om pasienten og forhold av betydning for den hjelp han/hun trenger. Journaler skal føres fortløpende, dokumentene skal nummereres, og enhver innføring dateres. Det må gå klart frem hvem som fører journalen*”. I journalforskriften § 7 var det oppstilt krav om at blant annet følgende skulle dokumenteres (forskriften § 7 første ledd nr. 4-6):

”4. Behandling som settes i verk, eventuelle komplikasjoner, legemidler som forskrives, råd som gis m.v.

5. Tidspunkt for konsultasjon, undersøkelse, besøk, telefonsamtale, korrespondanse m.v.

6. Opplysning om undersøkelsesresultater og andre forhold som antas å være av betydning for diagnose, behandling eller prognose. ”

I Helsetilsynets rundskriv vedrørende sykepleiedokumentasjon - journalføring og oppbevaring (I-1/91) fremgikk det blant annet at sykepleiers nedtegnelser som direkte eller indirekte refererer seg til utførelsen av delegerte oppgaver, omfattes av andre profesjoners journalføringsplikt og er dermed en del av pasientjournalen. Videre fremgikk det at denne

skal oppbevares på samme måte. Det het dessuten: ” I tillegg til den delegerte journalføring, foretar sykepleiere ofte nedtegnelser om en pasient som ikke direkte kan sies å være utført etter delegasjon. Slike opplysninger kan ha stor betydning for den enkelte pasients behandling og pleie. Nedtegnelsene kan også få stor dokumentasjonsverdi i ettertid. Det er derfor normalt av stor betydning at sykepleiedokumentasjon blir oppbevart og behandlet som andre journalnotater. Blant annet på grunn av personregisterlovens regler, vil en sykepleier ikke selv ha anledning til å oppbevare notatene slik at de utgjør et register/arkiv med personidentifiserbare opplysninger. Nedtegnelser som ikke makuleres må oppbevares i pasientjournalen. ”Journalen skal først og fremst bidra til å sikre en forsvarlig behandling av pasienten. I forarbeidene til ny lov om helsepersonell (Ot.prp. nr. 13 1998-99, 13.1) hvor plikten til å føre journal videreføres heter det: ”Dokumentasjonsplikten er i hovedsak begrunnet i hensynet til kvalitet og kontinuitet i behandlingen, og hensynet til muligheten til etterprøvbarhet av den helsehjelp som er gitt. Den skriftlige dokumentasjon som foreligger er således både et virkemiddel for kvalitetssikring og en indikator på kvaliteten av det arbeid som utføres”.

Journalføringen skal ivareta at pasienten selv, pårørende, påtalemyndighet, tilsynsmyndighet og andre i ettertid skal kunne foreta en vurdering av alle sider ved den behandlingen som er gitt pasienten. Pasientjournalen vil i denne sammenheng også bidra til å ivareta helsepersonellens rettssikkerhet. Hensynet til å kunne etterprøve behandlingen i ettertid gjør seg gjeldende i særlig stor grad ved inngripende former for behandling slik som blant annet ved sedasjon i terminal fase.

Slik det fremgår over er sedasjon i terminal fase av en meget inngripende karakter. Ved behandlingen benyttes dessuten medikamentene ved en annen indikasjonsstilling enn vanlig. Dette innebærer at det må oppstilles strenge krav til å gjøre oppteignelser i journalen som skal dokumentere behandlingen.

Etter Helsetilsynets vurdering må det ved sedasjon i terminal fase legges betydelig vekt på at journalen skal være ført på en slik måte at den sikrer overføring av informasjon til helsepersonell som deltar eller skal delta i behandlingen på et senere stadium. Føring av pasientjournalen vil således være viktig for å kunne ivareta forsvarlig behandling.

Etter Helsetilsynets vurdering kan det som følge av legelovens § 43 og journalforskriftens §§ 6 og 7 sammenholdt med kravet om forsvarlig virksomhet i legeloven § 25, utledes et krav om at alle sider ved sedering i terminal fase for å redusere sterke vedvarende smerter og lidelse skal dokumenteres i journalen. Dette innebærer etter Helsetilsynets vurdering et krav om at beslutningsprosess og gjennomføring av slik behandling skal dokumenteres i pasientjournalen.

Det kan etter gjeldende rett ikke utledes et krav om at det skal innhentes skriftlig samtykke fra pasienter før behandlingen iverksettes. På grunn av at sedasjon i terminal fase er en så inngripende form for behandling må det etter Helsetilsynets vurdering imidlertid oppstilles krav om at det i journalen skal dokumenteres om samtykke er innhentet og hvilken informasjon som er gitt.

I journalen skal alle sider ved behandlingen dokumenteres. Dette gjelder bl.a. observasjoner, herunder bevissthetsgrad, hvilke medikamenter som er gitt, doseringen, tilføring av væske og næring, vurderinger av om behandlingen skal videreføres og andre vurderinger under behandlingen.

Hvor ofte det skal gjøres nedtegnelser i journalen må bero på en konkret vurdering av hva som er nødvendig for å sikre forsvarlig behandling i det enkelte tilfellet. Etter Helsetilsynets

vurdering skal som sagt alle sider ved oppstart og gjennomføring av behandlingen dokumenteres. Dette innebærer at det i tilknytning til den løpende vurderingen av behandlingen fortløpende skal nedtegnes hvilke vurderinger som gjøres og hvilke behandlingsmessige beslutninger som tas. Etter Helsetilsynets vurdering følger det av at lege skal se til pasienten minst en gang i døgnet at det også bør foretas journalnedtegnelser like ofte. Det er et krav om at endringer i behandlingen, endringer i pasientens tilstand, komplikasjoner og andre forhold som har betydning for behandlingen skal nedtegnes.

## **BEHANDLINGEN AV (PAS. A)**

### **Saksforholdet slik det fremgår av sakens dokumenter**

#### Perioden frem til

(pas. A) hadde en lang sykehistorie knyttet til cancer med flere sykehusinnleggelser både ved Bærum sykehus og Radiumhospitalet.

(pas. A) var siste gang innlagt ved Bærum sykehus fra frem til han døde den . Pasienten ble lagt inn ved kirurgisk avdeling. Allmentilstanden var redusert.



Perioden fra \_\_\_\_\_ til pasienten døde den \_\_\_\_\_

Det er ikke gjort notater av lege i pasientjournalen mellom \_\_\_\_\_ og \_\_\_\_\_, dvs. 5 dager etter at pasienten døde. Det er imidlertid ført daglige sykepleiernotater som utgjør en del av den samlede pasientjournalen.







## HELSETILSYNETS VURDERING

### Ansvarsforholdene ved behandlingen av (pas. A)

Seksjonsoverlege Otnes var medisinsk ansvarlig ved seksjonen (pas. A) var innlagt ved. Det fremgår av sakens dokumenter at Otnes og De i fellesskap foreslo terminal sedering.

Helsetilsynet finner det ved behandlingen av tilsynssaken nødvendig å ta stilling til hvem som var medisinskfaglig ansvarlig for sedasjon av (pas. A) i den terminale fasen.

Det fremgår av journalnotat av at De ville ”for skrive og følge opp behandlingen”. Av politiavhør av Otnes fremgår det at han selv ikke anså seg som medisinsk kompetent til å forskrive slike medikamentdoser det var snakk om ved sedasjon av pasienten og at han derfor overlot ansvaret for dette til Dem. Otnes uttaler videre at han bare har vært med på å bruke behandlingsformen denne ene gangen. Helsetilsynet legger til grunn at seksjonsoverlege Otnes hadde et ansvar for behandlingen av (pas. A), men at han overlot det medisinskfaglige ansvaret for sedasjon av (pas. A) til Dem.

Det fremgår av sakens dokumenter at ass.legene Braathen og Nyheim vurderte pasienten og forordnet endringer i medisineringen henholdsvis og . I Deres seneste uttalelse i saken anfører De at assistentlegene Braathen og Nyheim foretok doseøkningene henholdsvis . og uten å konferere med Dem. De anfører: ”Med samarbeid mener jeg her at jeg anså meg selv som behandlingsansvarlig lege og gikk god for” assistentlegenes vurderinger.

På grunnlag av politiavhørene fremstår det som om både sykepleierne, legene ved avdelingen og De selv la til grunn at De hadde det medisinskfaglige ansvaret for sedasjon av (pas. A) fra . til han døde den . De inntok selv en aktiv rolle ved at De i journalen skriver at De vil forskrive og følge opp behandlingen (journalnotat av ) og fulgte opp behandlingen ved at De tok telefonisk kontakt med sykepleierne ved avdelingen. Sykepleier gir medikamenter etter delegasjon fra lege. Sykepleier har således ikke ansvar for behandlingen. Helsetilsynet går ikke inn på de sykepleiefaglige sidene ved oppfølgingen av pasienten.

Helsetilsynet legger etter dette til grunn at De var behandlende lege og hadde det medisinskfaglige ansvaret ved igangsettingen av sedasjon av (pas. A) i den terminale fasen. Helsetilsynet legger videre til grunn at De hadde det medisinskfaglig ansvar for behandlingen i hele den perioden behandlingen ble gitt. De hadde som medisinskfaglig ansvarlig et overordnet ansvar for å sikre forsvarlig behandling av (pas. A) . Innholdet

i dette overordnede ansvaret kan sammenfattes til å sikre at legene som var ved avdelingen hadde tilstrekkelig kunnskap om pasienten og behandlingen, sikre en forsvarlig observasjon og gjennomføring av behandlingen samt sikre at det ble foretatt nødvendige nedtegnelser. Innholdet i Deres behandlingsansvar omtales nærmere i det følgende.

Ass.legene Braathen og Nyheim hadde et behandlingsansvar henholdsvis . og . Begge forholdt seg imidlertid til Dem som ansvarlig for behandlingen. Helsetilsynet legger til grunn at De i den aktuelle situasjonen hadde ansvar for å sikre at det ble foretatt en forsvarlig gjennomføring av behandlingen, herunder observasjoner og oppfølging.

Helsetilsynet legger til grunn at overlege Otnes som seksjonsoverlege primært hadde et ansvar for de rutiner som skulle sikre forsvarlig behandling av pasientene ved seksjonen. Dette er forhold Helsetilsynet tidligere har kritisert sykehuset for. Ass.legene Braathen og Nyheim hadde ved behandlingen av (pas. A) en underordnet rolle når det gjaldt sedasjonen. Forhold knyttet til disse ble ikke vurdert ved Helsetilsynets første behandling av saken som ble tatt opp ved Fylkeslegen i Akershus' ekspedisjon av 30. november 1998. På bagrunn av tiden som har gått og slik saken nå står finner ikke Helsetilsynet det formålstjenelig å ta forhold knyttet til disse legene opp som tilsynssak.

### **Var forutsetningene for bruk av sederende behandling oppfylt i det aktuelle tilfelle?**

På bakgrunn av sakens dokumenter er det klart at (pas. A) ble gitt sedasjon i terminal fase. Det vises til at pasienten ble gitt behandling som reduserte pasientens bevissthetsnivå ved hjelp av medikamenter. Vurderingen av om det forelå indikasjon for å gi behandlingen gjøres opp mot legelovens bestemmelser som var gjeldende når behandlingen fant sted.

#### Helsetilsynets vurdering av om pasienten hadde en langt fremskredet cancer

Journalnotater fra til viser at pasienten hadde en inkurabel cancer med spredning, store smerter og stadig mer redusert allmenntilstand. Sykdomsutviklingen bekrefter en dårlig prognose med sterkt reduserte leveutsikter.

På grunnlag av sakens dokumenter er det klart at pasienten hadde langt fremskredet cancer. Dette vilkår er etter Helsetilsynets vurdering oppfylt.

#### Helsetilsynets vurdering av om pasienten hadde sterke vedvarende smerter

Etter Helsetilsynets vurdering er det åpenbart at (pas. A) hadde store smerter i en lang periode før den . Helsetilsynets vurderingstema er om smertene kan anses å ha vært så sterke at de dannet grunnlag for sedasjon i terminal fase. Helsetilsynet legger til grunn at det må foreligge sterke vedvarende smerter før det kan vurderes å gi behandlingen. Andre sterkt plagsomme symptomer er ikke trukket frem som indikasjon

De sakkyndige uttaler at pasienten hadde refraktære smerter. **Sager** uttaler at pasienten hadde refraktær symptomatologi. **Berentsen** uttaler at ”smertebehandlingen hadde ikke tilstrekkelig effekt”. **Fürst** uttaler at pasienten i følge journalnotater og etterfølgende kommentarer hadde ”behandlingsrefraktära symptom”. **Kaasa** uttaler at ”det kommer ikke klart frem hvor sterke fysiske smerter pasienten hadde på det aktuelle tidspunktet, og hvor disse var lokalisert”. **Mørland** skriver i sin vurdering at pasientens tilstand ikke er detaljert nok beskrevet i det foreliggende materialet.

Etter Helsetilsynets vurdering gis det en mangelfull beskrivelse av pasientens smertetilstand i journalnotat av \_\_\_\_\_. Det fremgår at pasientens lidelse har tiltatt, men det fremkommer ikke hvor sterke smertene var og \_\_\_\_\_. Dette omtales samlet som pasientens lidelse. I journalen beskrives det ikke hvorvidt pasienten har gitt uttrykk for å ha sterke vedvarende smerter. I sykepleiernotatene fremgår det at pasienten sov om natten i døgnene før behandlingen ble igangsatt, senest natt til \_\_\_\_\_ (sykepleiernotat skrevet før behandlingen startet den \_\_\_\_\_). I Deres journalnotat av \_\_\_\_\_ gis det en noe mer utfyllende beskrivelse av pasientens smerter, men det fremkommer heller ikke her hvor sterke smertene var, hvordan deartet seg eller om det var noen plutselig forverring. I ettertid beskriver De blant annet i Deres uttalelse til Fylkeslegen i Akershus smertebildet som sammensatt. Helsetilsynet viser til at det fremgår av Deres uttalelser at De ikke er uenig i at det ikke klart fremgår av pasientens journal hvor sterke fysiske smerter pasienten hadde på det aktuelle tidspunkt. Det vises til det som fremgår over under saksforhold. Annet helsepersonell og pårørende som var i kontakt med (pas. A) \_\_\_\_\_ i dagene før \_\_\_\_\_ har ikke gitt en mer utførlig beskrivelse av smertene eller utviklingen av smertebildet ut over det som fremgår av pasientjournalen, herunder sykepleierdokumentasjonen.

Helsetilsynet finner etter en helhetlig vurdering at det hverken i pasientjournalen eller i etterfølgende uttalelser beskrives at pasienten hadde så sterke vedvarende smerter at de kan anses som indikasjon for sedasjon i terminal fase iverksatt den \_\_\_\_\_.

Helsetilsynets vurdering av om pasienten hadde refraktære smerter og om alternativ smertelindring var vurdert og aktuell smertelindring var forsøkt

Vurderingen av om pasienten hadde refraktære smerter og om alternativ smertelindring var vurdert og aktuell smertelindring var forsøkt er nært knyttet til hverandre.

**Kaasa** uttaler om dette at man kunne ”muligens vurdert å gå over til et annet opioid ..... Det kunne også vært mulig å øke fentanyl dosen og /eller å øke dosen med morfin epiduralt uten at man økte marcaindosen. Om dette ble vurdert kommer ikke klart frem i notatene”. **Sager** uttaler under henvisning til Deres redegjørelse av 23. april 1999 at ”mange typer medikamenter og administrasjonsregimer hadde ikke gitt nok smertelindring”. **Fürst** uttaler at det er ”møjlign att inte alla behandlingsalternativ tillvaratagits”. **Mørland** uttaler: ”Ut fra den foreliggende dokumentasjon synes det som om en del behandlingstiltak mot de mest alvorlige plagene likevel ikke var fullt utprøvd”. **Berentsen** uttaler om dette at ”annen behandling, slik som smertebehandling og \_\_\_\_\_, var forsøkt eller tilbudt i tilstrekkelig grad”.

Det fremgår av pasientjournalen at pasienten forut for \_\_\_\_\_ hadde fått til dels god smertelindring. Dette fremgår senest av notat datert \_\_\_\_\_ hvor det heter: ”Han \_\_\_\_\_, har smerter som riktignok er bra lindret av epiduralanalgesi og andre analgetika, men restsmertene i tillegg til at \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Etter Helsetilsynets vurdering er det en mangelfull beskrivelse i journalen av om det forut for igangsettingen av sederende behandling den \_\_\_\_\_ ble vurdert alternativ smertelindring og evt. hvorfor alternativ smertelindring ikke ble forsøkt. I det etterfølgende journalnotatet av \_\_\_\_\_ og i Deres uttalelse i saken bl.a. av 23. april 1999, gis det en mer utførlig gjennomgang og vurdering av dette. I journalnotat av \_\_\_\_\_ skriver De at ikke alle smerter og plager lot seg lindre. Etter Helsetilsynets vurdering

fremgår det ikke av journalen ført før om smertene ble vurdert som refraktære mot behandling. Det fremgår av journalnotatene skrevet før at pasienten til dels var bra lindret og at pasienten sov.

De sakkyndiges vurdering av om pasienten hadde refraktære smerter, om alternativ smertelindring var vurdert og aktuell smertelindring var forsøkt, er ikke sammenfallende.

Helsetilsynet finner etter en helhetlig vurdering å legge til grunn at pasientens smerter i hvert fall til dels ikke lot seg lindre før den . På grunn av at de sakkyndiges vurdering av om pasienten hadde refraktære smerter, om alternativ smertelindring var vurdert og om aktuell alternativ smertelindring var forsøkt ikke er sammenfallende, finner ikke Helsetilsynet å ha et tilstrekkelig grunnlag for å konkludere på dette punkt.

#### Helsetilsynets vurdering av om pasienten var i en terminal fase

**Fürst** uttaler (s. 5): ”Det finns alltså i journalen motsägande uppgifter om prognosen vid behandlingens start. Det er dock inte möjligt med ledningen av dette bedöma prognos då behandlingen inleddes”. **Bolund** uttaler at det var indikasjon for ”terminal sedering”. Hun uttaler videre: ”Ställningstagandet är dock svårt, då det inte finns ett fullgott underlag för bedömning, eftersom den sker i etterhand och enbart vi anteckningar, som till del också skrevs i etterhand efter patientens död”. Bolund legger i sin uttalelse vekt på at pasienten ba om eget rom og omtaler dette som et ”brytpunkt”.

De øvrige sakkyndige uttaler seg ikke eksplisitt til dette.

Etter Helsetilsynets vurdering er det på grunnlag av pasientens journal vanskelig å vurdere om pasienten var i en terminal fase med antatt få dager, under en uke, igjen å leve. Det fremgår f.eks. av tidligere journalnotater at pasienten ønsker seg hjem med hjemmesykepleie (notat av \_\_\_\_\_). I notat av \_\_\_\_\_ fremgår det derimot at man søker å fremskynde sykehjemsplass uten at dette lykkes. Det fremgår at det var avtalt overføring til sykehjem innen \_\_\_\_\_. I journalnotatene forut for oppstart av behandlingen er ikke pasienten omtalt å være i en terminal fase eller med kort tid igjen å leve. Det fremgår i disse notatene at pasienten har smerter som tiltar \_\_\_\_\_. En vurdering av pasientens prognose fremgår av etterfølgende nedtegnelser og uttalelser, første gang i journalnotat av \_\_\_\_\_. Her fremgår det at leveutsiktene var i størrelsesorden fra dager til en uke.

Etter Helsetilsynets vurdering beskrives det ikke i journalnotatene før behandlingen ble startet at pasienten var i en terminal fase med antatt få dager, under en uke, igjen å leve. I journalnotater skrevet etter at pasienten døde beskrives pasienten å ha vært i en terminal fase. Vurderingen av om pasienten var i en terminal fase med antatt få dager, under en uke, igjen å leve vil således bero på hvor stor vekt som skal legges på og hvordan man skal forstå etterfølgende notater, skriftlige uttalelser og politiavhør.

Det fremgår av felles uttalelse fra primærkontaktene blant leger og sykepleiere av 9. september 1999 at pasienten klart var i terminal fase. Dette fremgår også av Deres uttaleser til tilsynsmyndigheten og politiet. Sjefflege Gude uttaler i politiavhør at han ikke var i tvil om at pasienten var i terminalfasen da behandlingen ble igangsatt. Av de øvrige som hadde kontakt med pasienten uttaler sykepleier Michelet og Bang at de oppfattet pasienten å være i en terminal fase. Sykepleier Linkjendal uttaler i avhør at hun ikke oppfattet (pas. A) \_\_\_\_\_ å være i en terminal fase den \_\_\_\_\_. Andre som hadde kontakt med pasienten uttaler seg ikke til dette.

I Deres brev av 27. februar 2002 uttaler De: ”Jeg skriver ikke i notatene at (pas. A) var terminal. Men jeg skriver at vi foreslo behandling med terminal sedering. For meg ville det vært utelukket å gi terminal sedering til en pasient som ikke er terminal. At (pas. A) var terminal ligger i begrepet selv – terminal sedering”. Helsetilsynet vil til dette bemerke at et av formålene med å føre pasientjournal er at den i ettertid skal danne et grunnlag for å vurdere behandlingmessige beslutninger i ettertid, jf. over. Det sentrale i denne sammenheng er om det i journalen fremgår hvilke vurderinger som lå til grunn for beslutningen om å tilby sedasjon i terminal fase som behandling, herunder om og på hvilket grunnlag pasienten ble vurdert å være i en terminal fase med få dager igjen å leve. Å vise til at dette følger av at det ble tilbudt pasienten terminal sedering er ikke tilstrekkelig.

Helsetilsynet finner i likhet med de sakkyndige at det er et meget mangelfullt grunnlag for å ta stilling til om (pas. A) var i en terminal fase med antatt få dager, under en uke, igjen å leve da behandlingen ble startet den . På bakgrunn av sakens dokumenter finner Helsetilsynet at pasienten ble vurdert å være i en terminal fase. Helsetilsynet finner imidlertid ikke grunnlag for å ta stilling til om pasienten ble vurdert å ha få dager, under en uke, igjen å leve.

#### Helsetilsynet vurdering av om pasienten ga samtykke til behandlingen

Det fremgår av journalnotat av at pasienten ga sitt samtykke til behandlingen.

Helsetilsynet finner etter en helhetlig vurdering å legge til grunn at pasienten samtykket til behandlingen etter å ha fått informasjon om sin tilstand og behandlingen, men at vurderingene knyttet til omstendighetene rundt samtykket ikke er dokumentert i samsvar med kravet i legeloven § 43 og dagjeldende journalforskrift. På grunn av den mangelfulle journalføringen av omstendighetene rundt samtykket, jf. over, kan ikke Helsetilsynet utelukke at samtykket var motivert av et ønske om å dø.

#### **Helsetilsynets vurdering av beslutningsprosess, gjennomføring og dokumentasjon**

I journalnotat av er det ikke angitt hva behandlingen i den terminale fasen bestod i. Det er heller ikke beskrevet hvordan behandlingen skulle følges opp. Utviklingen i behandlingen og pasientens tilstand frem til døden inntrådte den er heller ikke beskrevet i journalen. Det fremgår av journalnotatet av og etterfølgende notat av at behandlingen var initiert av Dem. De ringte selv opp og ble konsultert av sykepleiere via mobiltelefon fra Roma under behandlingen. Slik det fremgår over hadde De det medisinskfaglige ansvaret for behandlingen.

### Beslutningsprosessen

Det fremgår av pasientjournalen og etterfølgende uttalelser at behandlingsforslaget ble lagt frem for annet helsepersonell og pårørende. Innholdet i disse samtalene refereres ikke i journalen.

**Berentsen** og **Sjøgren** har ikke kritiske merknader til beslutningsprosessen. **Bolund**, **Fürst** og **Sager** påpeker at det er meget mangelfull dokumentasjon av beslutningsprosessen og viser til dette.

Helsetilsynet finner at behandlingen ble drøftet med annet helsepersonell som kjente pasienten og at det ble konferert med pårørende. Beslutningsprosessen er imidlertid mangelfullt dokumentert, da det ikke fremgår hvorvidt det fant sted en tverrfaglig diskusjon av om det var indikasjon for å sette igang behandlingen.

### Gjennomføring

#### *Oppfølging herunder spørsmål knyttet til bevissthetstilstand*

Helsetilsynet viser til det som fremgår over om hvilke krav som stilles til oppfølging ved sedasjon i terminal fase.

**Fürst** uttaler at leges oppfølging ved slik behandling ”*borde en närvarande läkare vara direkt och konkret ansvarlig för behandlingen*”. Om Deres rolle skriver han: ”*övriga läkare tycks ha spelat en underordnad roll*”. Han uttaler at det hadde vært mer naturlig om De under ferien hadde vært konsulent for en kollega med behandlingsansvar.

**Sager** finner det ”*sterkt klanderverdig at behandlende lege ikke var til stede*” ved påbegynnelsen og gjennomføringen av behandlingen.

**Kaasa** uttaler ”*hvorvidt pasienten ble vurdert klinisk av lege i denne perioden, kommer ikke fram av journalnotatene*”. Videre fremgår det: ”*Etter min vurdering bør en slik behandling (terminal sedering) vurderes kontinuerlig av behandlende lege eller den lege han eller hun delegerer ansvaret til*”.

**Sjøgren** vurderer det ikke som kritikkverdig at behandlingen ble fulgt opp av Dem fra Deres ferieopphold.

**Berentsen** uttaler under henvisning til uttalelser fra involvert helsepersonell at ”*det var de tilstedeværende leger som hadde det løpende ansvaret*”. Han uttaler videre: ”*vurderingen av hvordan legene og sykepleierne fulgte opp pasienten vanskeligjøres noe av den sparsomme journalføringen under overlege Ottensens feriefravær*”. Berentsen uttaler at ”*det foreligger ingen opplysninger som tyder på at leger og sykepleiere ikke fulgte pasienten tilstrekkelig opp*”.

Slik det fremgår over finner Helsetilsynet at De hadde det medisinskfaglige ansvaret for behandlingen av (pas. A) . Ingen av de tilstedeværende leger ved avdelingen hadde erfaring eller særlig kunnskap om sedasjon i terminal fase. De formidlet ikke til noen av de tilstedeværende leger hvordan behandlingen skulle følges opp. De hadde heller ikke direkte kontakt med legene ved avdelingen bortsett fra kanskje ved en anledning. Ved dette unnlot De å gi de tilstedeværende leger tilstrekkelig kunnskap om pasienten, behandlingen sedasjon i terminal fase og hvilken oppfølging denne krevde. Helsetilsynet finner at dette hadde betydning for andre legers mulighet for å følge opp behandlingen forsvarlig. Etter

Helsetilsynets vurdering kan ikke kortvarige telefonsamtaler med sykepleierne ved avdelingen erstatte dette. Telefonisk kontakt mellom Dem og legene ved avdelingen er i en situasjon som beskrevet viktig for å kunne ivareta behandlingen.

Helsetilsynet finner hverken på grunnlag av journalnotatene eller etterfølgende notater og uttalelser å kunne legge til grunn at det ble foretatt en løpende systematisk medisinskfaglig vurdering av bevissthetsnivå, vitale funksjoner, effekten av smertelindringen og den sederende behandlingen eller om det fortløpende ble vurdert om behandlingen skulle opprettholdes. Helsetilsynet legger til grunn at De som behandlingsansvarlig lege skulle sikret at dette ble ivaretatt. Etter Helsetilsynets vurdering representerer det et brudd på kravet om forsvarlig legevirksomhet, jf. dagjeldende legelov § 25, at dette ikke ble ivaretatt.

#### *Valg av medikamenter*

Helsetilsynet viser til at valg av medikamenter, medikamentsammensetning og dosering i stor grad må vurderes individuelt for den enkelte pasient.

Helsetilsynet tar Deres anførsel om at angivelsen av dosering i journalnotatet av \_\_\_\_\_ er feil til etterretning.

I Deres seneste uttalelse i saken anfører De at assistentlegene Braathen og Nyheim foretok doseøkningene henholdsvis . og uten å konferere med Dem. De anfører: ”Med samarbeid mener jeg her at jeg anså meg selv som behandlingsansvarlig lege og gikk god for” assistentlegenes vurderinger.

Under henvisning til Deres egen vurdering av at ingen av legene ved Bærum sykehus hadde tilstrekkelig kompetanse til å inneha behandlingsansvaret, at De var behandlingsansvarlig lege og det som fremgår over om innholdet i Deres behandlingsansvar, legger Helsetilsynet til grunn at man ved vurderingen av gjennomføringen av sedasjonen i den terminale fasen må se behandlingen fra . til samlet. Helsetilsynet legger til grunn at De i henhold til legeloven § 25 hadde et ansvar for å sikre forsvarlig behandling av (pas. A) i hele denne perioden.

Helsetilsynet konstaterer at de sakkyndige ikke er sammenfallende i sin vurdering av valg av medikamenter, medikamentsammensetning og dosering under behandlingsforløpet. På denne bakgrunn finner ikke Helsetilsynet å kunne konkludere med hensyn til om medisineringen var i samsvar med kravet om forsvarlig legevirksomhet.

#### *Tilføring av væske og ernæring*

**Fürst** bemerker til dette at ”patienten har dessutom uttrykt ett tvetydigt förhållande till näringstillförsel några dagar innan behandlingen inleddes ...”.

**Sager** uttaler at ”manglande tilförsel av väska kan ha hatt en avgörande betydning för förlopet”.

**Kaasa** uttaler at det er vanlig strategi at ”pasienten ikke fikk tilført väska eller näring intravenöst i livets siste fase”.

**Sjögren** uttaler at det er i overensstemmelse med internasjonal praksis ”at man under ”terminal sedering” ophører med intravenös väska og ernæring”.

**Berentsen** uttaler at manglende næringstilførsel ikke har ”hatt noen prognostisk eller symptomlindrende betydning, og opphør av næringstilførsel har derfor neppe hatt noen betydning for forløpet”.

**Mørland** uttaler: ”Den sakkyndige kan ikke utelukke en negativ effekt av lav væsketilførsel, men vil likevel ikke tillegge manglende væske- eller ernæringstilførsel noen stor betydning i det foreliggende tilfellet”.

Helsetilsynet finner det på grunnlag av de sakkyndige uttalelsene ikke uforsvarlig at pasienten ikke ble tilført ekstra væske eller ernæring i perioden fra . til han døde den

#### *Forholdet til annen behandling*

Behandling med hjertemedisin ble stoppet før sedasjon i terminal fase ble igangsatt. Helsetilsynet har i denne sammenheng spurt de sakkyndige om det har hatt betydning for forløpet at man hadde avsluttet behandling med hjertemedisin.

**Fürst** uttaler at ”det er umöjligt att uttala sig om patienten avlidat på grund av utsatt hjärtmedicin”.

**Sager** uttaler at ”det å avslutte behandling av hjertemedisin kan ha påvirket forløpet”, men at det er problemer knyttet til administreringen av dette.

**Sjøgren** uttaler at seponering av annen behandling er i ”overenstemmelse med gjeldende prinsipper for ”terminal sedering”.

**Berentsen** uttaler: ”i den foreliggende situasjonen var det helt riktig å holde seg til medikamenter som var egnet til å lindre pasientens plager, og å unnlate å gi medikamenter som ikke hadde noen effekt på symptomene”.

Helsetilsynet finner etter en helhetlig vurdering at det i den konkrete saken ikke var uforsvarlig at annen behandling ble avsluttet. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ De sakkyndige har ikke uttalt seg om konsekvensene av at disse medikamentene ble seponert. Det fremgår ikke av pasientjournalen at det er foretatt noen konsekvensvurdering av seponeringen.

#### Dokumentasjon

Alle de seks sakkyndige som har uttalt seg til Helsetilsynet uttaler at det er meget mangelfull journalføring.

Slik det fremgår over har ikke lege ført journal i perioden fra behandlingen ble igangsatt den 25. juli og frem til pasienten døde den . Første journalnotat er den . Det er ført sykepleiernes notater i den aktuelle perioden. Disse utgjør en del av pasientens journal, men kan ikke erstatte leges opptegetninger. Sykepleiernes notatene er dessuten mangelfulle, ufullstendige og ikke gjennomgående ført kronologisk.

Slik det fremgår over er det etter Helsetilsynets vurdering nødvendig at alle sider ved beslutningsprosessen som leder til at det igangsettes terminal sedering i terminal fase dokumenteres i journalen. Dette skal bidra til å sikre forsvarlighet ved den løpende vurderingen av om behandlingen skal fortsette og annen oppfølging under behandlingen. Journalen skal også bidra til at det i ettertid kan dokumenteres hvilke vurderinger som er



gjort. Det vises for øvrig til det som fremgår over om mangler ved journalføringen både før \_\_\_\_\_ og i perioden \_\_\_\_\_. Etter Helsetilsynets vurdering tilfredsstillende ikke journalen kravene til journalføring, jf. dagjeldende legelov § 43 og journalforskrift.

Plikten til å føre journal er en individuell plikt for den enkelte lege. Slik De og Brynjulf Otnes (uttalelse datert ”23. april 2002”) viser hadde legene som behandlet (pas. A) \_\_\_\_\_ et selvstendig ansvar. Avdelingen hadde dessuten et ansvar for å ha rutiner for føring av pasientjournal. Det viser til det som fremgår over om at Helsetilsynet ikke har opprettet tilsynssak overfor andre leger og til kritikk av Bærun sykehus i brev av 25. mai 1999. På grunn av at sedasjon i terminal fase er en inngripende form for behandling finner Helsetilsynet å legge til grunn at De som behandlingsansvarlig lege også hadde et ansvar for å sikre at det ble ført journal under behandlingen mens De var i Roma.

### **Fremskyndet den gitte behandlingen dødstidspunktet ut over det som er en påregnelig bivirkning av akseptert behandling?**

Spørsmålet om behandlingen fremskyndet dødstidspunktet ut over det som er en påregnelig bivirkning av akseptert behandling inngikk ikke uttrykkelig i Helsetilsynets mandat til de sakkyndige. **Jørg Mørland** konkluderer i sin sakkyndige vurdering til politiet med at han finner at det ”foreligger betydelig sannsynlighet for at den aktuelle behandling i løpet av de siste 4-5 døgn har fremskyndet døden hos pasient (pas. A) \_\_\_\_\_”.

Hvorvidt behandlingen fremskyndet dødstidspunktet er ikke avgjørende for Helsetilsynets vurdering av om behandlingen var forsvarlig. På dette grunnlag sammenholdt med at det etter Helsetilsynets vurdering ikke foreligger tilstrekkelig grunnlag for å ta stilling til om behandlingen fremskyndet dødstidspunktet, tas det ikke stilling til spørsmålet.

### **Helsetilsynets samlede vurdering av behandlingen av (pas. A) \_\_\_\_\_ – oppsummering**

Helsetilsynet legger i likhet med Dem selv til grunn at De hadde det medisinskfaglige ansvar for behandlingen, herunder ansvar for vurderingene som lå til grunn for oppstart av behandlingen og ansvar for å sikre en forsvarlig gjennomføring og dokumentasjon av behandlingen.

På bakgrunn av sakens dokumenter er det klart at pasienten hadde store smerter de siste ukene før behandlingen ble iverksatt. Det beskrives imidlertid hverken i pasientjournalen eller i etterfølgende uttalelser hvorvidt pasienten hadde så sterke vedvarende smerter at de kan anses som indikasjon for sedasjon i terminal fase eller i hvor stor grad smertene var refraktære mot behandling. Helsetilsynet finner ikke å ha et tilstrekkelig grunnlag for å konkludere om pasienten hadde refraktære smerter, om alternativ smertelindring var vurdert og om aktuell alternativ smertelindring var forsøkt.

Det fremgår dessuten ikke av pasientjournalen eller uttalelser fra andre bl.a. i politiavhørene, en nærmere vurdering av hvor lang tid man antok pasienten hadde igjen å leve. Det er uttalt at han ble vurdert å være i en terminal fase. Dette kan imidlertid gjelde et betydelig lengre tidsrom enn det som ligger i ”terminal fase med få dager, under en uke, igjen å leve”. Helsetilsynet finner således ikke grunnlag for å ta stilling til om pasienten ble vurdert å ha få dager, under en uke, igjen å leve.

Etter en helhetlig vurdering har Helsetilsynet videre kommet til at pasienten samtykket til behandlingen etter å ha fått informasjon om sin tilstand og behandlingen, men at vurderingene

knyttet til omstendighetene rundt samtykket, herunder om samtykket var motivert av et ønske om å dø, ikke er dokumentert i samsvar med kravet i legeloven § 43 og dagjeldende journalforskrift. På grunn av den mangelfulle journalføringen kan ikke Helsetilsynet utelukke at samtykket var motivert av et ønske om å dø.

Helsetilsynet finner det meget klanderverdig at det ved en så inngripende form for behandling ikke foretas nedtegning av disse vurderingene. Ved inngripende former for behandling, eksempelvis sedasjon i terminal fase, er det ved siden av å gi forsvarlig behandling, av stor betydning å sikre at det i ettertid kan foretas en vurdering av om det forelå indikasjon for behandlingen.

Helsetilsynet finner at behandlingen ble drøftet med annet helsepersonell som kjente pasienten og at det ble konferert med pårørende. Beslutningsprosessen er imidlertid mangelfullt dokumentert, da det ikke fremgår hvorvidt det fant sted en tverrfaglig diskusjon av om det var indikasjon for å sette igang behandlingen.

Helsetilsynet finner etter dette at den mangelfulle journalføringen frem til [redacted] er i strid med kravene til journalføring i dagjeldende legelov § 43 og journalforskrift.

De igangsatte og fulgte som behandlingsansvarlig lege opp behandlingen ved telefonisk kontakt med sykepleiere ved avdelingen pasienten var innlagt. De uttaler selv at grunnen til at De valgte å følge opp selv skyldtes ”*manglende kompetanseressurser*”. Det vises til Deres egen vurdering av at ingen av legene ved Bærum sykehus hadde tilstrekkelig kompetanse til å inneha behandlingsansvaret. Helsetilsynet finner det uforsvarlig, jf. dagjeldende legelov § 25, at De i forbindelse med beslutningen om å igangsette behandlingen ikke sikret at legene ved avdelingen fikk inngående informasjon om behandlingen sedasjon i terminal fase og om pasienten. Helsetilsynet finner det også uforsvarlig at De som behandlingsansvarlig lege ikke sikret at det ble foretatt en løpende systematisk medisinskfaglig vurdering av bevisstetsnivå, vitale funksjoner, effekten av smertelindringen og den sederende behandlingen samt at De ikke sikret at det fortløpende ble vurdert om behandlingen skulle opprettholdes. Helsetilsynet har også lagt vekt på at De ikke hadde kontakt med legene som behandlet pasienten i perioden fra [redacted] til [redacted]. Legene ved avdelingen skulle vært gitt informasjon om de vurderinger som lå til grunn for beslutningen om å igangsette behandlingen og hvordan behandlingen skulle følges opp.

Helsetilsynet finner det i strid med legeloven § 43 sammenholdt med journalforskriften at behandlingen ikke ble fortløpende dokumentert av lege i perioden [redacted] til [redacted]. Føring av pasientjournal er viktig for å kunne ivareta forsvarlig behandling over tid. Helsetilsynet finner at De ved skriftlig og muntlig å påta Dem ansvaret for behandlingen hadde et ansvar for å sikre at det ble foretatt nedtegnelser også i perioden [redacted] til [redacted]. Det vises videre til det som fremgår over om den enkelte leges og avdelingens ansvar for føring av pasientjournal.

Ut over det som er en påregnelig bivirkning av akseptert behandling, har ikke Helsetilsynet vurdert hvorvidt den gitte behandlingen fremskyndet dødstidspunktet. Dette bygger på at det anmeldte forholdet er henlagt av påtalemyndigheten og det som fremgår over om at det vurderes som forsvarlig at lindrende behandling kan forkorte livet i den grad det er en følge av nødvendig behandling som gis pasienten.

## **ØVRIGE PASIENTER SOM HAR MOTTATT SAMME BEHANDLING - PASIENTER SOM BLE NEVNT I ANMELDELSEN**

Det fremgår av Edenbrandts brev til Oslo politikammer av 21. januar 1999 at han også ønsker undersøkt ”*Mistankar om tidligare fall av medlidenhetsdrap vid sjukhuset, som fremkommit gjennom vittnesmål från pårörande, personal och journalhandlingar (se vedlegg).*” I vedlegg til brevet nevner Edenbrandt ti pasienter.

Helsetilsynet har innhentet kopi av disse pasientenes journaler fra Bærum sykehus.

Behandlingen av disse pasientene er vurdert i sakkyndig uttalelse fra Rettstoksikologisk institutt datert 15. november 2000 og docent, överläkare Carl Johan Fürst datert 27. november 2000. Helsetilsynet viser til uttalelsene.

Helsetilsynets vurdering avgrenses til vurdering av sedasjon av pasienter i den terminale fasen. Det fremgår av pasientjournalene at (*pas. B*) og (*pas. C*) ikke ble gitt sedasjon i terminal fase. Behandlingen av disse pasientene vurderes derfor ikke. Det fremgår videre at (*pas. D*). \_\_\_\_\_ ikke ble behandlet av Dem. På grunn av at behandlingen ligger tilbake til og at de sakkyndige ikke har vesentlige bemerkninger til behandlingen ut over mangelfullt ført pasientjournal, finner ikke Helsetilsynet det nødvendig å vurdere behandlingen.

### **Saksforholdet slik det fremgår av sakens dokumenter**







**Helsetilsynets vurdering av behandlingen**

Helsetilsynet foretar en samlet vurdering av behandlingen gitt til disse 7 pasientene.

Det fremgår av sakens dokumenter at samtlige pasienter hadde langt fremskredet cancer. Selv om det i pasientjournalen ikke uttrykkelig fremgår hvorvidt alle pasientene ble vurdert å være i en terminal fase, finner Helsetilsynet på grunnlag av det som fremgår om pasientenes sykdom i sakens dokumenter å kunne legge til grunn at samtlige pasienter var i en terminal fase med få dager igjen å leve.

Det fremgår av pasientjournalen for

Helsetilsynet finner på grunnlag av sakens dokumenter å legge til grunn at samtlige pasienter hadde sterke vedvarende smerter eller andre sterkt plagsomme symptomer. Det fremgår av pasientjournalene for flere av pasientene at det både var vurdert og forsøkt alternativ behandling. For de pasienter hvor dette ikke fremgår finner Helsetilsynet i likhet med den sakkyndige Carl Johan Fürst at det ikke vurderes som relevant.

Når det gjelder beslutningen om å tilby sedasjon i terminal fase som behandling, finner Helsetilsynet at det ikke fremgår av sakens dokumenter hvorvidt igangsettingen av behandlingen ble vurdert i samråd med annet helsepersonell med erfaring på området og/eller med særlig kjennskap til den aktuelle pasienten. Det fremgår ikke av pasientjournalene hvorvidt pasientenes samtykke ble innhentet eller om behandlingen ble drøftet med pårørende. De uttaler selv at De pleide å diskutere behandlingen med annet helsepersonell, pasient og pårørende. Flere av pasientene var dessuten så påvirket av smerte eller andre symptomer at det var vanskelig å innhente et uttrykkelig samtykke. Helsetilsynet finner etter dette ikke grunnlag for bemerkninger på dette punktet.

Det fremgår ikke av sakens dokumenter hvorvidt det ble foretatt en løpende medisinskfaglig vurdering under behandlingen. Gjennomgående er det ikke angitt time eller døgndose for medisineringen. Konsentrasjonen av tilsatt virksomt medikament fremgår således ikke. Hastigheten er angitt i mm uten tidsangivelse og angivelse av sprøytevolum. I Graseby smertepumpe kan det anvendes sprøyter av ulik størrelse.

Etter Helsetilsynets vurdering foreligger det mangler ved journalføringen for samtlige pasienter. Det vises blant annet til at det ikke er ført journalnotater under gjennomføringen av den sederende behandlingen eller etter at pasientene døde og, at det i nedtegnelsene under behandlingen ikke er angitt døgndose for medisineringen. Dette gjelder for samtlige pasienter. Helsetilsynet vil presisere at sykepleiernotater ikke kan erstatte leges journalføring. Sykepleiernotatene er dessuten til dels usystematisk ført. Helsetilsynet finner at det gjennomgående er mangelfullt dokumentert hvilke vurderinger som



lå til grunn for beslutningen om å tilby sedasjon i terminal fase som behandling. Man kan imidlertid si at dette for enkelte av pasientene, indirekte følger av beskrivelsen av pasientens tilstand. Etter Helsetilsynets vurdering er føringen av pasientenes journaler ikke i samsvar med kravene til journalføring, jf. dagjeldende legelov § 43 og journalforskrift.

Helsetilsynet har etter en konkret vurdering valgt ikke å tillegge de påpekte forholdene knyttet til behandlingen av disse 7 pasientene vekt ved vurderingen av om det er grunnlag for å gi Dem en administrativ reaksjon i medhold av helsepersonelloven. Helsetilsynet har ved denne vurderingen lagt vekt på at behandlingene ligger langt tilbake i tid og at de påpekte forholdene ikke vil påvirke reaksjonsvalget i tilsynssaken.

## **Behandling av andre pasienter ved KOA**

I vedlegget til Carl-Magnus Edenbrandts anmeldelse pkt. 5 fremgår det før de aktuelle pasientene listes opp: *”Ur några journal handlingar plockade ur arkivet på måfå får man lätt intrycket att patienter sederas något eller ett par dygn innan de avlider oavsett om de har fysiske smärtor eller ej. Derfor bör man gå inn i arkivet för att se vilka rutiner man har, vilka holdningar dette speglar, om denna behandlingen påskyndar döden och om det är riktigt att i denna situation det sker”*.

I KRIPOS' vitneavhør fremgår det at Carl-Magnus Edenbrandt sier følgende om hvordan han kom frem til de andre pasientene som er nevnt i vedlegg til hans anmeldelse. Han ba først dataavdelingen om en liste over alle som var døde av kreft fra 1990 til 1998 (ca. 150 pasienter hvert år). Han fikk ikke alle listene, fordi det ble for mye for han å gjennomgå. Edenbrandt plukket ut 50 pasientjournaler som han gjennomgikk nøye. Kriteriene for utvelgelsen var enten fordi de var unge da de døde, ellers på ”måfå”. I vitneavhøret fremgår det: *”I en del av de 50 journalene han gjennomgikk var journalnotatene så dårlige at det var umulig å se hva som faktisk hadde skjedd med pasienten”*.

Ti journaler ble plukket ut fordi *”han mente de hadde noe for seg, som han tenkte ville underbygge den holdningen som ble viktig i forhold til ”(pas. A) saken”*. Dette var pasienter som ikke hadde spesielle smerter, men som var fortvilet eller bekymret. Han så også at i de fleste av disse sakene, at *Dormicum* var blitt brukt på galt vis”.

Etter Helsetilsynets vurdering kan ikke Edenbrandt sies å ha foretatt en systematisk gjennomgang av pasientbehandlingen ved KOA for å finne ut hvem som kan ha fått behandling som har redusert pasienters bevissthetsnivå ved hjelp av medikamenter. Kriteriene for utvelgelsen av 50 journaler er ikke gode nok i så måte. Vi vet dessuten ikke hvor mange pasientnavn som har vært gjennomgått for å velge de 50.

Det kan således ikke sies å ha vært foretatt en systematisk gjennomgang for å finne ut hvor mange pasienter som har mottatt en behandling som har bestått i å redusere pasienters bevissthetsnivå ved hjelp av medikamenter ved Bærum sykehus.

På grunnlag av vurderingene over finner Helsetilsynet at det ut fra en tilsynsmessig tilnærming vurderes som tilstrekkelig at det er innhentet pasientjournaler for 11 pasienter for en vurdering av bruk av sedasjon i terminal fase ved KOA.

## Konklusjon

Helsetilsynet viser til at det over er konkludert med at De utøvet uforsvarlig legevirksomhet, jf. dagjeldende legelov § 25, da De i forbindelse med beslutningen om å igangsette behandlingen av (pas. A) den ikke sikret at legene ved avdelingen fikk inngående informasjon om behandlingen sedasjon i terminal fase og om pasienten.

Helsetilsynet finner det også uforsvarlig at De som behandlingsansvarlig lege ikke sikret at det ble foretatt en løpende systematisk medisinsk faglig vurdering av bevissthetsnivå, vitale funksjoner, effekten av smertelindringen og den sederende behandlingen samt at De ikke sikret at det fortløpende ble vurdert om behandlingen skulle opprettholdes. Helsetilsynet har også lagt vekt på at De ikke hadde kontakt med legene som behandlet pasienten i perioden fra . til \_\_\_\_\_. Det vises til at Deres egen vurdering av at ingen av legene ved Bærum sykehus hadde tilstrekkelig kompetanse til å inneha behandlingsansvaret.

Helsetilsynet har videre konkludert med at det foreligger brudd på plikten til å føre pasientjournal, jf. dagjeldende legelov § 43 og forskrift om leges og helseinstitusjons journal for pasient av 17. mars 1989 nr. 277 (journalforskriften), i perioden frem til og med \_\_\_\_\_. Det vises til det som fremgår over.

Forholdet blir således å vurdere opp mot helsepersonelloven § 56 om advarsel. De øvrige bemerkningene til behandlingen av (pas. A) og andre pasienter er ikke vektlagt ved vurderingen av om det er grunnlag for å gi Dem en advarsel.

Helsepersonelloven § 56 som lyder:

*Statens helsetilsyn kan gi advarsel til helsepersonell som forsettlig eller uaktsomt overtrer plikter etter denne lov eller bestemmelser gitt i medhold av den, hvis pliktbruddet er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten eller til å påføre pasienter en betydelig belastning.*

*Advarsel er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.*

Det fremgår av forarbeidene til helsepersonelloven (Ot prp nr 13 1998-99 s. 36) at ”i en behandlings- eller pleiesituasjon vil vurderingen av om det enkelte helsepersonell har opptrådt uaktsomt eller uforsvarlig ofte være den samme”. Helsetilsynet går derfor ikke nærmere inn på dette. Helsetilsynet finner videre at det foreligger uaktsomt brudd på plikten til å føre journal.

Det fremgår av forarbeidene til helsepersonelloven (Ot prp nr 13 1998-99 s. 246) at ”egnet til sikter til en objektiv vurdering av overtredelsens art”. Sedasjon i terminal fase er en svært inngripende form for behandling hvor pasienten er i en særlig sårbar situasjon. Det vises til det som fremgår over om hvilke krav som stilles til beslutningen og gjennomføring av behandlingen. Både uforsvarlighet ved deler av behandlingen og mangelfull dokumentasjon vil i seg selv kunne innebære en fare for sikkerheten i helsetjenesten da slike forhold kan få stor betydning for den helsehjelp som gis. Etter Helsetilsynets vurdering er forholdene av en slik karakter at de er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten.

De gis etter dette en advarsel i medhold av helsepersonelloven § 56.

Advarsel er et enkeltvedtak som kan påklages til Statens helsepersonellnemnd, jf. forvaltningsloven § 28 og helsepersonelloven § 68. Helsetilsynet setter i henhold til tvistemålsloven § 437 krav om at klagemuligheten må benyttes før det kan reises søksmål om gyldigheten av vedtaket ved domstolene.

Med hilsen

Lars E. Hanssen  
helsedirektør

Gorm Are Grammeltvedt  
underdirektør

Kopi:

Bærum Sykehus ved direktøren  
Carl-Magnus Edenbrandt  
Riksadvokaten  
de sakkyndige  
Fylkeslegen i Akershus

Saksbehandler: Gorm Are Grammeltvedt