

Kendelse

i

afskedigelsesnævns sag FV 2020-1317

Dansk Sygeplejeråd

for

A

(advokat Steen Hellmann)

mod

X Kommune

(advokat Søren Skjerbek)

1. Uoverensstemmelsen

Sagen angår, om X Kommunes opsigelse af A den 11. juli 2019 fra hendes stilling som sygeplejerske var rimeligt begrundet i hendes forhold. Hovedspørgsmålet er, om det var berettiget at opsiges A uden en forudgående advarsel. I givet fald er der også spørgsmål om godtgørelse for usaglig afskedigelse.

2. Påstande

Klager har nedlagt påstand om, at X Kommune skal betale 385.666,56 kr. til A med procesrente fra klageskriftets indgivelse.

Indklagede har påstået frifindelse.

3. Sagens behandling ved faglig voldgift

Sagen blev mundtligt forhandlet den 14. juni 2021 med højesteretsdommer Lars Hjortnæs som formand og opmand og med følgende sidedommere: Chefkonsulent Anne Hjortskov og specialkonsulent Mette Jacobsen, der begge er udpeget af klager, og chefkonsulent Lotte Bryde og souschef Christel Andersen, der begge er udpeget af indklagede.

Der blev afgivet forklaring af A, B, C, D, E og F.

Efter procedure og votering var der ikke flertal for et resultat blandt de partsudpegede dommere, og afgørelsen skal derfor træffes af opmanden. Der var enighed om, at afgørelsen kan udformes uden gengivelse af vidneforklaringer og uden fuld gengivelse af parternes argumenter.

4. Retsgrundlag

Voldgiftssagen er anlagt i henhold til § 18, stk. 5-7, i Overenskomst for syge- og sundhedsplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter, ernæringsassistenter, professionsbachelorere i ernæring og sundhed, jordemødre, farmakonomer,

tandplejere m.fl. Efter disse bestemmelser nedsættes der et afskedigelsesnævn, der bl.a. kan pålægge en kommune at betale en godtgørelse, hvis en opsigelse ikke findes rimeligt begrundet i den ansattes eller kommunens forhold.

5. Sagsfremstilling

5.1. Botilbuddet Y, hvor A var ansat, er et kommunalt socialpsykiatrisk botilbud. Der er plads til 22 beboere i egne lejligheder. Botilbuddet har bl.a. et tæt samarbejde med praktiserende læger. I 2019 var der 19 medarbejdere på Botilbuddet, hvoraf 4 var sygeplejersker. Der var desuden ansat social- og sundhedsassistenter, pædagogisk personale, køkkenpersonale, en socialrådgiver, en ergoterapeut og en fysioterapeut.

Efter at en 50-årig beboer på Botilbuddet Y var afgang ved døden den 20. maj 2019, blev der af ledelsen og den indklagede kommune iværksat en række tiltag for at afdække forløbet og drage mulige konsekvenser. A blev afskediget som led i denne proces, som bl.a. førte til afskedigelse af nogle medarbejdere og til tildeling af advarsler til andre.

Beboerens dødsårsag var og er efter det oplyste fortsat ukendt.

Beboeren, der var sindslidende med skizofreni, havde gennem en længere årrække indgået i rehabiliterings- og behandlingsforløbet på Botilbuddet Y. Beboeren blev bl.a. behandlet med lægemidlet Leponex.

5.2. Ældre- og Handicapforvaltningen i X Kommune har reguleret medarbejdernes håndtering af medicin i et sæt retningslinjer benævnt "Håndtering af Medicin". I udgaven fra oktober 2018, som var den gældende på opsigelsestidspunktet i 2019, er anført bl.a.:

"Sygeplejerske

Sygeplejerskens ansvar ift. medicin håndtering er, som på andre områder af fagets udøvelse, omfattet af autorisationslovens krav om at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. Sygeplejersken forventes at udvise et skærpet ansvar i forhold til borgernes samlede situation, herunder medicinering.

Borgerens sikkerhed skal være i fokus.

Sygeplejersken er forpligtet til at forholde sig fagligt til ordinationen og handle, hvis der forekommer uklarhed eller usikkerhed eksempelvis i forhold til anden medicin eller hvis kendskabet til borgeren gør, at der opstår mistanke om noget forkert i aktuelle ordination. I den situation skal han/hun kontakte lægen.

Sygeplejersken skal have indgående kendskab til de aktuelle lægemidler, og hvis det ikke er tilfældet, skal han/hun søge den viden ift. virkning, bivirkning og eventuelle interaktioner. Sygeplejersken skal forholde sig til den samlede ordination hos den enkelte borger.

Det er sygeplejerskens ansvar at vurdere borgerens helhedssituation og ud fra denne afgøre, hvorvidt medicin håndtering eller dele af denne kan varetages af anden faggruppe. Ved uddelegering skal det fremgå, at opgaven er uddelegeret til en navngiven medarbejder hos en navngiven borger.

Uddelegering eller overdragelse dokumenteres i EOJ.

Sygeplejersken skal ved uddelegering eller overdragelse stille sin viden og kundskab til rådighed for de, der overtager opgaven."

I en senere udgave fra maj 2019 var de citerede afsnit uændrede.

For medarbejderne på Botilbuddet Y gjaldt i tiden op til den 20. maj 2019 også en medicininstruks for Botilbuddet, hvori var anført bl.a. følgende om lægemidlet Leponex:

"Hvad gør vi, hvis borgere i Leponex behandling får temperaturforhøjelse?

Hvis temperaturen er over 38 grader celsius eller der er symptomer på infektion, specielt halsinfektion, skal vi kontakte sygeplejerske, som tager kontakt til vedkommendes praktiserende læge eller psykiater i forhold til det videre forløb.

Der skal tages akutte blodprøver. Borgeren skal efter aftale med læge holde pause med Leponex behandling, indtil svaret på blodprøverne foreligger.

...

Hvad gør vi, hvis borgeren selv ophører med behandlingen?

Hvis borgeren har været ude af Leponex i minimum 48 timer eller der er mistanke derom, kontaktes sygeplejerske, som tager kontakt til psykiater med henblik på ny opstart (der kan være specielle aftaler, jvf. medicinaftaleskema i EKJ)."

På indlægssedlen til lægemidlet Leponex var anført bl.a.:

"Sikkerhedsforanstaltningerne i dette afsnit er meget vigtige. Du skal følge dem for at minimere risikoen for alvorlige livstruende bivirkninger.

...

Fortæl det straks til din læge, inden du tager den næste Leponex-tablet:

...

- hvis du oplever kvalme, opkastning og/eller appetitløshed."

Under overskriften "Behandling af skizofreni" var på indlægssedlen anført om dosis ved opstart, at der skal startes med en mindre dosis, og hvis denne dosis tåles, kan dosis øges langsomt med 25-50 mg af gangen, indtil der i løbet af 2-3 uger er nået en dosis på 300 mg dagligt. Derefter kan dosis efter behov øges yderligere med en uges mellemrum. Under overskriften "Hvis du har glemt at tage Leponex" var anført bl.a.:

"Du må ikke tage en dobbeltdosis som erstatning for den glemte dosis. Kontakt din læge snarest muligt, hvis du ikke har taget Leponex i over 48 timer."

Under overskriften "Hvis du holder op med at tage Leponex" var på indlægssedlen anført bl.a.:

"Hold ikke op med at tage Leponex uden først at spørge din læge, da du i så fald kan få abstinenser. Disse omfatter sveden, hovedpine, kvalme, opkastning og diarré. Hvis du får nogle af disse symptomer, skal du straks kontakte din læge. Disse symptomer kan blive fulgt af flere alvorlige bivirkninger, medmindre du kommer under behandling med dette samme. ..."

På hjemmesiden www.pro.medicin.dk - som indeholder information om lægemidler og behandlingsvejledninger til læger, farmaceuter og andre sundhedsprofessionelle - var om Leponex anført bl.a.:

"Clozapin elimineres hurtigt på grund af den korte halveringstid. Efter ca. 60 timer er stort set alt stof udskilt. Ved pauser eller non-compliance på mere end 48 timer bør genoptagelse af clozapinbehandlingen derfor ske ved langsom optrapning som i begyndelsen og med samme kontrol af hjerte- og knoglemarvsfunktionen.

...

Risikoen for kardial påvirkning og blodtrykssvingninger er størst ved høj initialdosering og for hurtig dosisstigning."

5.3. I X Kommune anvendtes på afskedigelsestidspunktet et digitalt dokumentationssystem benævnt "En Plan", der bl.a. fungerede som en patientjournal.

Når en medarbejder loggede på En Plan, kom en forside frem med en oversigt over de borgere, som var tilknyttet det pågældende sted, f.eks. Botilbuddet Y. For hver enkelt borger, hvor der var foretaget ændringer/tilføjelser i En Plan, efter at den pågældende medarbejder sidst havde været logget på En Plan, fremkom der på forsiden ved login et felt, hvor der stod: "Nyt". Borgerne var på forsiden anført kronologisk i forhold til "Nyt" for dem i En Plan. Den enkelte medarbejder kunne således ved begyndelsen af hver vagt via forsiden på En Plan orientere sig om ændringer/tilføjelser siden den pågældendes seneste vagt.

Den dagældende døgnrytmeseddel for Botilbuddet Y for vagter på hverdage angav følgende om første opgave på aftenvagter:

"14.30-15.00

2 aften medarbejdere planlægger aftenens forløb, evt. sammen med 11-19 medarb. (personalerummet 2. sal)

- Læse En Plan,
- Kalender,
- Tryghedsvurderingerne."

Døgnrytmesedlen for vagter i weekenden angav følgende om første opgave på morgenvagter:

"07.00

2 DV møder ind, og opgaver udføres (se morgenrutiner)

- Læse En Plan,
- Kalender,
- Tryghedsvurderingerne"

Døgnrytmesedlen for vagter i weekenden angav følgende om første opgave på aftenvagter:

"14.30-15.00

2 medarbejdere planlægger aftenens forløb, evt. sammen med 11-19 medarb.

- Læse En Plan,
- Kalender
- Tryghedsvurderingerne"

I perioden fra den 13.-19. maj 2019 er der registreret følgende loginoplysninger for A i En Plan:

Mandag 13. maj 2019	Ingen login
Tirsdag 14. maj 2019	Ingen login
Onsdag 15. maj 2019	Ingen login
Lørdag 18. maj 2019	Ingen login
Søndag 19. maj 2019	Kl. 20.54

Mandag den 13. maj 2019 havde en social- og sundhedsassistent med ansvar for udarbejdelse af rehabiliteringsplaner dokumenteret følgende om den nu afdøde beboer i En Plan:

"Observation: Syg

Kontaktede G til formiddag, om vi kunne mødes over middag, da jeg har nogle ting jeg gerne vil drøfte med hende. Men G har sovet dårligt i nat, har kvalme og har kastet op. Vil sove, vi behøver ikke gøre noget for hende."

Den 19. maj 2019 kl. 12.12 havde en pædagog dokumenteret følgende i En Plan:

"Observation: Kontakt

Var hos G, hun så dårlig ud. Øjnene var matte. Hun var bleg. Hun havde ikke behov for noget, sagde hun".

Den 19. maj 2019 kl. 20.56 dokumenterede A følgende i En Plan:

"Jeg har henvist G til H, grundet de observationer der er foretaget af personalet den sidste uges tid."

5.4. A blev ansat som sygeplejerske på Botilbuddet Y i 2009. Hun havde ikke forud for afskedigelsen i 2019 modtaget tjenstlige påtaler eller advarsler.

I perioden 14.-19. maj 2019 havde hun bl.a. til opgave at deltage i at implementere en tværkommunal metode for dokumentation og udveksling af sundhedsdata kaldet Fællessprog3 ("FS3"). Hun havde det overordnede ansvar (sammen med to SOSU-assistenten) for at opdatere og implementere en række individuelle helbredsindsatser og funktionsevnetilstande for nogle af

beboerne på Y. Hun havde kort før den 20. maj 2019 fået besked om, at hun skulle sørge for at få udført disse opdateringer hurtigst muligt.

5.5. Efter det ovenfor omtalte dødsfald den 20. maj 2019 blev en række medarbejdere på Botilbuddet Y anmodet om at udarbejde en skriftlig redegørelse. I sin redegørelse om "mine observationer og vurderinger i arbejdet omkring G fra den 13. maj til 20. maj 2019" anførte A bl.a.:

"13.05. Ikke på arbejde.

14.05. Arbejdede 8-14.30 ...

Da jeg hverken var på team 1 eller 2 den dag, læste jeg ikke En Plan om andre borgere end den pågældende, jeg havde med at gøre. Jeg blev ikke informeret om nogle opmærksomhedspunkter eller bekymring om G.

15.05. Arbejdede 14.30-23.

3 personaler på arbejde indtil kl. 19 derefter 2.

Jeg husker ikke hvilke borgere jeg læste op på og arbejdede med den aften. Der var ikke noget på overlappsedlen, der indikerede et ekstra opmærksomhedspunkt.

...

18.05. Arbejdede 7-15

2 personaler på arbejde.

Jeg husker ikke hvilken gruppe borgere jeg var allokeret og læste op på og mener jeg brugte en del af arbejdstiden hos anden borger. Der var ikke noget på overlappsedlen, der indikerede et ekstra opmærksomhedspunkt.

19.05. Arbejdede 14.30-23-07

2 personaler på arbejde

Der var ikke noget på overlappsedlen eller fra kolleger der indikerede et ekstra opmærksomhedspunkt. Denne dag brugte jeg meget af arbejdstiden hos anden borger. ... Første gang jeg blev gjort opmærksom på at G havde været dårlig, var denne dag kl. 20-20.30. Dette tidspunkt var første gang vi havde en stund uden opgaver og mulighed for at gennemgå dagens status på borgerne og opgaverne. Jeg spurgte kollega I, om hun havde set G til aftensmaden. Hun svarer, at det har hun ikke. Hun oplyser at G er dårlig. Jeg erindrer at vi talte om dette, men husker ikke indholdet, men er efter samtalen havde jeg ikke nogen ualmindelig bekymring for G.

Vi beslutter ikke at forstyrre G, fordi vi ved hun ikke bryder sig om forstyrrelser og kan blive udadreagerende ved henvendelser. Hun er kendt med at have mad hos sig selv, da hun ugentligt køber ind med hendes mor.

Jeg læser de to notater der foreligger i En Plan. Jeg erindrer, at jeg efter samtale med kollega begge notater er bekymret for G's psykiske tilstand, da der ikke var beskrevet flere somatiske observationer i løbet af ugen mellem notatet d. 13 og d. 19. maj.

Jeg overvejede om G's afvisende adfærd, kunne være opblussede symptomer på hendes paranoide skizofreni lidelse.

Vi går til lægekonsulentens mapper for at se hvad G's Clozapine serum værdi er. Vi leder efter den sidste nye blodprøve modtaget d. 7/5-19, som vi ikke kunne finde. Jeg beslutter mig for at henvise G til H, lægekonsulenten for at hun kan tage en ny vurdering på G og hendes medicin compliance.

...

X Kommune har introduceret et nyt dokumentation og arbejdsværktøj i form af et meget kompliceret program, som jeg ikke føler mig fortroligt med, i forhold til daglige tilgange, overblikket samt planlægning af de arbejdsopgaver der foreligger. Dette er også italesat af det personale som bruger det til dagligt. Det er af den tidligere ledelse besluttet, at der dokumenteres for meget og for irrelevant, så det blev besluttet, at vi kun skal dokumentere afvigelser.

...

Da G for en række år siden grundet hendes sygdom begyndte at have vrangforestillinger om mig og blev tiltagende aggressiv og devaluerende og frabad sig kontakt med mig, blev jeg af tidligere ledelse fritaget for alle pædagogiske interventioner med G. De gange, hvor jeg efterfølgende har forsøgt med kontakt igen, er aggressivitet og devaluering mod mig igen opstået i G og det er blevet besluttet, at jeg fortsat skulle trække mig.

G var vurderet til at være "grundlæggende". Dvs. at ansvaret ifm. medicin håndtering er blevet overdraget til 5 navngivne Social- og sundhedsassistenter og hvis borgerens situation ændrer sig, forventer jeg, at et af de navngivne SAA'er tager kontakt til en sygeplejerske.

Den tidligere leder var sygeplejerske, og for sundhedsfaglige har det været kutyme, at lederen havde taget rollen til at bevare overblikket for den sundhedsfaglige gruppe.

G har altid været omtalt som en borger der profiterede af rammerne på Y, men var afvisende og kunne ikke magte at have andet end få og korte interventioner/indsatser med personalet. Personalet har derfor ikke synes det var usædvanligt, at der ikke bliver dokumenteret hvis ikke der har været intervention eller afvigelser.

...".

Der blev den 12. juni 2019 afholdt en tjenstlig samtale med A. I et underskrevet referat af samtalen er anført om A's bemærkninger bl.a.: "G vil altid kontakte mor. Det er den måde, vi samarbejder med G på. G var fuldt selvadm. i medicin. A siger, vi har gjort indsigelser mod En Plan (manglende overblik og kontinuitet) og derfor brugte vi overlappsedlen. ... Vi har arbejdet inden for en ramme, og gjort det vi syntes var rigtigt. Det er en gylden regel, at man ikke fratager folk det de kan selv, og G kunne godt selv. Hun kendte risikoen ved Leponex. Og havde f.eks. selv et termometer".

I X Kommunes brev af 1. juli 2019 om påtænkt opsigelse (underskrevet af chefkonsulent B) henvises der til den tjenstlige samtale, og det anføres i brevet bl.a.:

"Baggrunden for samtalen var et dødsfald på botilbuddet den 20. maj 2019. Den pågældende borger var i behandling med lægemidlet Leponex.

Lægemidlet indebærer høj risiko for bivirkninger, på den baggrund er der udarbejdet en speciel instruks for fremgangsmåden ved det tilfælde at en patient udviser forskellige nærmere beskrevne komplikationer bl.a. feber.

Instruksen var tilgængelig på bostedet i medicinrummet, ligesom eksempler på symptomer/bivirkninger er beskrevet i borgers "indsats" for medicinadministration i En Plan.

...

C henviste til din vagt den 15. maj 2019 – hvor du i din redegørelse havde oplyst, at du ikke kunne huske, om du havde læst op i En Plan. Du henviste dels til, at du ikke havde en fast rutine i den sammenhæng, og til at du var pålagt at koncentrere dig om Fællessprog 3.

C afbrød din forklaring med henvisning til den generelle forpligtelse til at læse i En Plan ved vagtstart, hvilket fik dig til at henvise til den såkaldte overlapsseddel (der blev anvendt på det tidspunkt). Du henviste desuden til at den var udarbejdet af tidligere leder J – angiveligt fordi personalet havde vanskeligheder ved at få overblik i En Plan.

Forhandling og Personalejura bemærker i den forbindelse, at det ved samtaler med dine øvrige kolleger er fremgået, at seddelen blev udarbejdet af "sygeplejerskerne" og efterfølgende godkendt af J.

Undertegnede udtrykte forundring over, at man arbejdede med en mellemløsning i forhold til et registreringsredskab (En Plan), som der er en klar pligt til at anvende.

Forhandling og Personalejura bemærker i samme forbindelse, at der er tale om et system, der er indført for 4 år siden.

Videre i samtalen henviste du til, at G altid ville kontakte sin mor, og at samarbejdet med G fungerede via moren. Videre henviste du til, at G var selvadministrerende med medicin – og til at G fungerede bedst alene.

Udtalelserne fik undertegnede til at konstatere, at dine oplysninger var chokerende og, at du derved havde fralagt dig ansvaret for G – hvilket foranledigede din bisidder til at henvise til, at det spørgsmål hørte under tilsynsmyndigheden.

Forhandling og Personalejura afviser synspunktet, da der netop er tale om din faglige tilgang til din opgaveløsning – en tilgang som ikke er acceptabel.

C præciserede, at G var selvadministrerende – hun fik udleveret sin medicin i doseringspakker til 14 dage ad gangen. Hun pegede samtidig på, at G fortsat var opført i En Plan og at der var en tilknytning til hendes oplysninger direkte i FMK – det forhold gjorde, at der havde været en pligt til at orientere sig om G's forhold.

C bad dig derfor bekræfte, at du var oplært i at anvende En Plan og FMK og at du såvel som dine kolleger havde fået udleveret IT-redskaber – Iphone og I pads – hvilket du gjorde. Du fastholdt dog fortsat, at I ikke havde overblikket i En Plan.

Til din henvisning om brugen af overlapssedlen henviste C til, at den efterfølgende dødsfaldet er fjernet, bl.a. fordi den kunne være en fejlkilde – og at du, hvis du – som du skulle – havde læst i En Plan, ville have kunnet reagere som du skulle.

Til dine fortsatte oplysninger om alternative dokumentationsområder pointerede undertegnede (den ubetingede) pligt, der er i Ældre- og Handicapforvaltningen til at anvende En Plan, FMK, ligesom det blev pointeret for dig, at emnet for samtalen (også) vedrørte din manglende efterlevelse af Leponex instruksen.

Din bisidder, K erklærede sig enig i synspunktet om pligten til at anvende de vedtagne systemer – men fastholdt, at personalet havde gjort indsigelser mod En Plan.

Trods denne tilkendegivelse fra din bisidder fortsatte du med at argumentere – nu med henvisning til, at I havde arbejdet inden for de givne rammer – at I havde gjort det I (min understregning) syntes var rigtigt – at G kunne klare sig selv, og at hun kendte risikoen ved anvendelse af Leponex – og sidst, men ikke mindst – at hun selv havde et termometer (underforstået: at G selv kunne have kontrolleret sin temperatur).

Undertegnede gav på den baggrund udtryk for forfærdelse over din tilgang til G – og konstaterede samtidig, at du havde undladt at efterleve instruksen samtidig med du gav udtryk for, at G kunne have taget vare på sig selv og selv henvendt sig til personalet – hvorved du klart har svigtet dit sundhedsfaglige ansvar.

Forhandling og Personalejura kan i den forbindelse henvise til, at psykiater H har oplyst til sagen, at du, såvel som det øvrige personale, allerede fra den 13. maj 2019 skulle have udvist skærpet opmærksomhed over for G – at hun burde have været tilset hver da, og at det skulle have været sikret, at hun fik mad og væske.

Forhandling og Personalejura må – som C gjorde i samtalen, afvise dit efterfølgende argument med, at det var den rehabiliterende tilgang til arbejdet, som var årsag til den manglende handling i forhold til G.

H har desuden peget på, at hensynet til G's helbred i den konkrete situation burde have været for hensynet og, som du oplyste i samtalen, "reglen" om ikke at gå ind til G.

C slog endnu en gang fast, at der er en pligt til at orientere sig i En Plan samt efterleve Leponexinstruksen – og hvis det af den ene eller den anden årsag ikke er muligt, at der er en pligt til at henvende sig til ledelsen.

Du argumenterede igen – denne gang med at hele personalet havde handlet ens – og at overordnede ansvar (for sagen) påhviler ledelsen, og til at du havde forholdt dig til den ramme, den tidligere ledelse havde sat.

Til det konstaterede C – at overlapssedlen ikke havde virket efter hensigten – og at G sygdomsforløb var faldet mellem to stole.

Forhandling og Personalejura må samtidig også bemærke, det er et faktum, at du på trods af, at det fremgår af døgnrytmeseddelen, ikke har læst i En Plan, som du skulle, ligesom du derfor heller ikke har reageret på, at G i En Plan to gange op til dødsfaldet er beskrevet som somatisk syg.

C spurgte dig derpå, om det var korrekt, at I havde oplyst dig om at G var syg, hvilket du afviste og henviste til, at ordvalget havde været, at "G var dårlig" og til at det havde beroliget dig.

Du oplyste desuden, at du ikke tolkede oplysninger om "matte øjne" som fysisk men som et psykisk tegn – ligesom du forlod dig på, at G havde givet udtryk for ikke at ville hjælpes, og at du derfor vurderede, at G skulle henvises til psykiater.

Forhandling og Personalejura må slå fast, at du som faguddannet burde have reageret på en oplysning af den karakter – netop i lyset af Leponexinstruksen men også i lyset af, at G blev konstateret somatisk syg den 13. maj 2019.

Efter en kort pause afsluttede C samtalen med at konkludere, at overlappsedlen ikke havde fungeret efter hensigten, at du flere gange i samtalen havde erkendt ikke at have læst i En Plan, at du endog henviste til at G havde sit eget termometer (og derfor selv kunne have taget sin temperatur) og at situationen generelt ikke gav din anledning til bekymring.

C Rønn konstaterede, at du ikke havde handlet, som du skulle i forhold til G, fordi du skulle have kontaktet læge eller psykiater – at du som sundhedsfagligt uddannet sygeplejerske skal være i stand til og faktisk også kan udvise bekymring og omsorg, når en person udviser tegn på sygdom.

C tilføjede, at du derved også havde svigtet/forsømt dine pligter som autoriseret sygeplejerske til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i stillingen i en grad, der gjorde, at hun ikke længere havde den fornødne tillid til dig som ansat i X Kommune, og at du ville blive indstillet til afsked.

Dertil kommer de holdninger, du under samtalen gav udtryk for i forhold til G – herunder indtrykket af ligegyldighed i forhold til opsynet med hende – under alle omstændigheder gør, at vi har mistet tilliden til dig.

C meddelte dig desuden, at du grundet sagens alvor var fritaget for tjeneste, og at sagen ville blive indbragt for Styrelsen for Patientsikkerhed med henblik på deres vurdering af eventuelle konsekvenser for din autorisation.

Forhandling og Personalejura er enig i den vurdering."

I A's høringssvar fremsendt den 9. juli 2019 er anført bl.a.:

"Hændelsesforløb fra den 19. maj til den 20. maj

... Jeg har igennem mindst 4 år ikke været i kontakt med G efter aftale med min daværende ledelse. Grunden var, at G tillagde mig årsager som gjorde hende aggressiv. Derfor var det terapeutisk uhensigtsmæssigt for hende, at jeg var en af de personer der var i kontakt med hende.

...

Kerneopgaven er rehabilitering... Foruden kerneopgaven var min opgaver som sygeplejerske på bostedet er primært at:

...

- Komplekse sygeplejefaglige opgaver.

...

Følgende er notater, som jeg husker dem, der var vedrørende og tilgængelige da jeg d. 19. maj blev opmærksom på G:

- D. 13. maj om formiddagen skrev en SSA, medicinansvarlige og koordinator for G, et notat som en observation i En Plan, at hun havde kontaktet G, men var blevet afvist, da G havde det dårligt og havde kastet op. G afslog hjælp.
- D. 19. om morgenen skrev en pædagog et notat som en observation, at hun havde haft kontakt med G, som havde matte øjne. G afslog hjælp.

Følgende er en redegørelse for min tilstedeværelse, mine arbejdsopgaver og mine observationer og vurderinger de gældende dage, som på tidspunkt var kutymen, og af ledelsen udarbejdede arbejdstilgang på Y:

Lørdag d. 18.05.19: Arbejdede 7-15

- Arbejdede sammen med pædagog
- Der var ikke noget på overlappsedlen, der indikerede et ekstra opmærksomhedspunkt eller bekymring for G. Jeg arbejdede derfor med andre presserende opgaver.

Søndag d. 19.05: Arbejdede 14.30-23-07

- Arbejdede sammen med SSA/koordinator for G
- Der var ikke noget på overlappsedlen eller fra kolleger der indikerede et ekstra opmærksomhedspunkt eller bekymring for G
- Jeg var optaget af flere opgaver med andre beboere.
- Første gang jeg blev opmærksom på at G havde været dårlig, var denne dag ca. kl. 20-20.30, hvor vi fik en mulighed for at gennemgå dagens status på 22 borgere og opgaverne for dagen, som indsatserne beskrev. Kollega kender G langt bedre end jeg og jeg henvender mig derfor til hende.

X Kommunes instruks om Leponex:

Jeg kender instruks om Leponex og følger den, ligesom mine kolleger kender instruks. Jeg indrømmer, at jeg tog det for givet, at min SSA kollega kendte instruks.

...

Medicinhåndtering:

Et sundhedsfagligt personale sikrede hver 14. dag, at der var den korrekte medicin i de dosisdispenserende pakker jf. medicinhåndterings retningslinjer. Medicin håndtering og administration for den enkelte grundlæggende borger er overdraget til SSA gruppen, som har selvstændig autorisation

...".

X Kommune afskedigede A ved brev af 11. juli 2019. I brevet hedder det bl.a.:

"I brev af 1. juli 2019 meddelte Forhandling og Personalejura dig, at det var hensigten at opsige dig fra din stilling som følge af kritisabel opgavevaretagelse.

...

Du har den 9. juli 2019 fremsendt mail indeholdende bl.a. en række ikke læsbare bilag, uddrag af Ældre- og Handicapforvaltningens medicin-håndteringsregler, et referat fra et personalemøde fra 2017, men ikke egentlige bemærkninger til sagsfremstillingen i den påtænkte opsigelse.

Det fremsendte materiale giver derfor ikke anledning til bemærkninger herfra. Derfor og med henvisning til påtænkt opsigelse af 27. juni 2019 opsiges du hermed fra din stilling i X Kommune til fratrædelse med udgangen af januar måned 2020 – du er fortsat fritaget for tjeneste...".

5.6. Styrelsen for Patientsikkerhed traf den 29. juli 2019 afgørelse om eventuelle konsekvenser for A's autorisation efter hændelsesforløbet op til den 20. maj 2019. I afgørelsen er anført bl.a.:

"Styrelsen har på baggrund af dine udtalelser og den fremlagte dokumentation vurderet, at du ikke har faglige problemer, som fremadrettet vil kunne udgøre en forringet sikkerhed for patienterne. Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at du ved samtalen gjorde rede for relevante faglige overvejelser, at du havde fulgt den hidtidige ledelses instruks, ligesom du fulgte en årelang praksis med at skærme den pågældende borger, som var svært kronisk syg med vrangforestillinger.

Du fremlagde under samtalen dokumenterede oplysninger om, at der forelå en instruks fra den tidligere leder om, at medarbejderne skulle orientere sig i En Plan i forhold til de borgere, de var tilknyttet, og du oplyste at den konkrete borger ikke var i din gruppe. Derimod var du specifikt flere gange gennem årene blevet instrueret i at undgå borgeren, idet du var en del af borgerens tvangsforestillinger. Videre oplyste du, at da en kollega nævnte, at borgeren var dårlig, havde du læst notaterne og drøftet med borgerens koordinator, men du opfattede symptomerne som to enkeltepisoder og ikke langvarig somatisk påvirkning, hvorfor du havde henvist til vurdering ved psykiatrisk lægekonsulent.

Der var således modstridende opfattelser af forløbet set i forhold til indberetningen.

...

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 21. oktober 2019 modtaget instruks for medicin-håndtering samt instruks for samarbejde med behandlingsansvarlig læge. Styrelsen konstaterer, at instruks for medicin-håndtering ikke i tilstrækkelig grad opfylder kravene, idet den blandt andet ikke beskriver konkret, hvordan sundhedsfagligt og ikke sundhedsfagligt personale skal håndtere risikosituationsbestemte lægemidler herunder håndtering af opioider, gentamicin og digoxin. Der var ikke en skriftlig instruks for medicin-håndtering tilpasset de lokale forhold, patientgrupper og personalesammensætning. Instruksen for medicin-håndtering indeholder desuden ikke en beskrivelse af, hvordan personalet kontrollerer, at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen, hvordan personalet sikrer identifikation af patient og patients

medicin og hvordan personalet sikrer, at ikkedispenserbar medicin administreres og dokumenteres korrekt.”

5.7. X Kommune anmodede endvidere revisionsfirmaet BDO om at udarbejde en rapport om forløbet i relation til beboerens dødsfald på Y. I BDO's rapport fra oktober 2019 er anført bl.a.:

”BDO vurderer, at der er flere elementer, der til sammen har dannet grundlag for BDO's hovedkonklusion på afdækning af hændelsesforløbet. Dels har ledelsen ikke sikret tilstrækkelig implementering af fundamentale systematiske arbejdsgange og af tydelige ansvarsområder på Botilbuddet Y. Dels har personalet ikke handlet fagligt korrekt ud fra deres grundfaglighed i forhold til borgerens symptomer, uagtet hvilke vejledninger og retningslinjer der var på tidspunktet for dødsfaldet.

...

Overordnet er det BDO's vurdering, at medarbejderne ikke har handlet tilstrækkeligt professionelt i forløbet med afdøde borger. Der burde have været taget affære på borgerens symptomer, uanset om borgeren var i Leponex behandling eller ej. Men i særdeleshed burde der være taget affære, fordi borgeren var i Leponex behandling.

...

Den såkaldte medicin-instruks (procedure) for Leponex beskriver, hvorledes der skal ageres ved symptomer som temperaturforhøjelse, infektion og halsinfektion. I indsats for medicinadministration henvises til procedure i medicin håndteringsmappen, der står i medicinrummet. I indsats for medicinadministration fremgår ligeledes beskrivelse af symptomer som temperaturforhøjelse, infektion og halsinfektion - fuldstændig som de er beskrevet i instruksen.

BDO vurderer, at der i "Håndtering af medicin", retningslinjer for Ældre- og Handicapforvaltningen fremgår beskrivelse af medarbejdernes ansvar og kompetenceforhold og således burde medarbejderne ikke være i tvivl om, hvorledes der skal handles ved ændringer i en borgers helbredsmæssige situation.

...

Overordnet konklusion på delspørgsmål

Medarbejderne har ikke handlet fagligt korrekt i den konkrete sag med udgangspunkt i deres grundfaglighed. Uagtet at medarbejderne alene med udgangspunkt i deres sundhedsfaglige eller pædagogiske uddannelse burde have handlet på symptomerne hos afdøde borger, har personalet heller ikke handlet efter de regler og retningslinjer, der fremgår af ÆHF-Håndbogen og den lokale medicin håndteringsmappe, i relation til afdøde borger.

...

BDO er oplyst om, at tidligere ledelse i tilbageløb på implementering har kommunikeret til forløbschefen, at medarbejdere på Y havde svært ved at lære dokumentationssystematikken og brugen af En plan og FS3 på tilstrækkeligt

niveau og at det yderligere blev vanskeliggjort på grund af at implementeringsformen var kendetegnet ved, at man implementerede, mens systemet og måden at dokumentere på, stadig var under udvikling. I denne sammenhæng skal det nævnes, at noget tyder på, at tidligere ledelse på botilbuddet i en eller anden grad har 'taget over' og at medarbejdere derfor ikke får dokumentation og En plan tilstrækkeligt omsat til daglig adfærd.

...

BDO er bekendt med, at der frem til 20. maj 2019 eksisterede en overlapsseddel, som personalet orienterede sig i med henblik på at blive hurtigt opdateret på aktuelle opmærksomhedspunkter vedrørende borgerne. En medarbejder skriver i sin redegørelse: den 19. maj 2019: Der var ikke noget på overlapssedlen eller fra kollegaer der indikerede et ekstra opmærksomhedspunkt. Ydermere fremgår det af personaleredegørelse: I forhold til afdøde borger var det italesat af den hidtidige ledelse at kontakt ligefrem skulle undgås. Det var begrundet i at personale var en del af hendes paranoide, psykotiske forestillinger.

...

Ledelsen på botilbuddet har haft ansvar for at sikre, at botilbuddet levede op til gældende retningslinjer i ÆHF-håndbogen, koordinatorrollen samt retningslinjerne for En plan /FS3 samt ansvar for at botilbuddet havde en vis faglig standard, der svarede til den, der er beskrevet på Tilbudsportalen. Dette har været massivt fraværende i afdøde borgers sag og det er BDO's opfattelse, at der meget tidligere i 2019 burde have været sikkerhed for, at der var tilstrækkelig systematik i tilrettelæggelsen af opgaverne omkring borgerne på Y og i særdeleshed omkring afdøde borger."

6. Parternes argumenter

Klager har gjort gældende, at opsigelsen af A var usaglig og uproportional og har til støtte herfor navnlig anført følgende:

A's adfærd den 14., 15., 18. og 19. maj 2019 kan hverken hver for sig eller samlet set begrunde en opsigelse.

Det kan ikke bebrejdes A, at hun i dagene før den 19. maj 2019 ikke iværksatte yderligere tiltag som følge af, at den nu afdøde beboers koordinator den 13. maj 2019 havde noteret i En Plan, at beboeren havde kastet op. Beboeren var således ikke en del af den beboergruppe, som hun skulle være ansvarlig for, og der var ikke anført en bemærkning om beboerens tilstand på den fysiske overlapsseddel, som blev brugt som supplement til En plan. Det

var navnlig ikke noteret på overlapssedlen for den nu afdøde beboer i perioden den 14. til 19. maj 2019, at beboerens En Plan skulle tilgås. Dette skal ses i lyset af, at ledelsen på Y før den 20. maj 2019 havde indført, at brugen af En Plan kunne suppleres med en fysisk overlapsseddel, hvorpå det var anført, hvis der var noteret forhold, som gjorde, at den enkelte beboers En Plan straks skulle tilgås.

A blev heller ikke gjort direkte opmærksom på af beboerens koordinator, at beboeren den 13. maj 2019 havde kastet op.

A var desuden pålagt en anden – særdeles tidskrævende – opgave med at implementere FS3 i den pågældende periode.

Den medicininstruks for Leponex, som eksisterede på Botilbuddet Y, indebar heller ikke, at A skulle have været særligt opmærksom på beboerens tilstand på grund af dennes Leponexdosering.

Det kan ikke bebrejdes A, at hun ikke fysisk tilså beboeren, når beboeren ikke var en del af klagers beboergruppe, og når A i øvrigt havde fået at vide af ledelsen, at hun i videst muligt omfang skulle undgå fysisk kontakt med beboeren på grund af dennes vrangforestillinger om hende.

A har tværtimod handlet i overensstemmelse med de ledelsesinstrukser, retningslinjer og den praksis for patienthåndtering, som ledelsen havde implementeret og accepteret på Botilbuddet Y.

Det kan ikke bebrejdes A, at medicininstruksen var forældet, eller at ledelsens implementering af En plan muligvis ikke var i overensstemmelse med den håndbog om medicinhåndtering, som X Kommunes Ældre- og Handicapforvaltning har udarbejdet. Det var alene botilbuddets ledelses ansvar at sikre, at botilbuddets retningslinjer og praksis levede op til de krav, som

fulgte af håndbogen, og at botilbuddets medarbejdere kunne varetage deres opgaver fagligt forsvarligt og overholde de pligter, som følger af sundhedslovgivningen. Dette ansvar har ledelsen på Botilbuddet Y ikke levet op til. BDO-rapporten og det reaktive tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed bekræfter klagers opfattelse af, at beboerens død den 20. maj 2019 mest sandsynligt kan henføres til ledelsesmæssige svigt hos X Kommune.

A tilgik den 19. maj 2019 beboerens journal i En Plan, hvoraf alene fremgik, at beboeren havde kastet op den 13. maj 2019 og var observeret med "matte øjne" den 19. maj 2019. A kan ikke bebrejdes, at hun ikke knyttede beboerens matte øjne til oplysningen om, at beboeren seks dage forinden havde kastet op, for A havde ingen oplysninger om, at beboeren i den mellemliggende periode skulle have været somatisk syg (eller feberamt). A besluttede at henvise beboeren til en psykiatrisk lægekonsulent, idet hun vurderede, at oplysningen om beboerens matte øjne umiddelbart var udtryk for et psykosomatisk symptom. Dette kan ikke anses for at være et fagligt fejlskøn i en grad, der kan begrunde en umiddelbar afskedigelse.

På den anførte baggrund kan A ikke bebrejdes, at hun ikke tilgik den afdøde beboers En Plan i perioden 14.-18. maj 2019, og den 19. maj 2019 iagttog hun både sin sygeplejefaglige handlepligt og forholdt sig fagligt til oplysningerne i En Plan om, at beboeren den 13. maj havde kastet op og den 19. maj 2019 havde matte øjne.

Det er i strid med det faktiske hændelsesforløb og hendes udtalelser, når kommunen gør gældende, at A har forsøgt at placere ansvaret for dødsfaldet på den afdøde beboer selv. Både referatet af den tjenstlige samtale og formuleringen af den påtænkte opsigelse viser, at afskedigelsesforløbet generelt bar præg af en usædvanligt konfrontatorisk tilgang fra kommunens side uden skelen til de samlede omstændigheder. A's adfærd og udtalelser

under den tjenstlige samtale den 12. juni 2019 kan således heller ikke begrunde en umiddelbar afskedigelse.

Under alle omstændigheder var opsigelsen ikke en proportional reaktion.

Der må således lægges vægt på, at A havde mere end 10 års anciennitet hos X Kommune uden nogen forudgående påtaler eller advarsler.

Der er heller intet, der tyder på, at en advarsel ikke ville have været tilstrækkelig til at korrigere A's adfærd fremover, eller at hun ikke ville være i stand til at følge nye korrekte retningslinjer, som måtte blive implementeret på Botilbuddet Y efter beboerens død den 20. maj 2019.

Indklagede har gjort gældende, at opsigelsen af A var sagligt begrundet i hendes forhold og har til støtte herfor navnlig anført følgende:

Det var i strid med gældende retningslinjer og generelle handlepligter, at A ikke som sygeplejerske reagerede over for en beboers sygdom/somatiske symptomer, idet den pågældende beboer var i behandling med Leponex. Hun efterlevede ikke sine pligter ifølge Ældre- og Handicapforvaltningens retningslinjer for medicin håndtering, idet hun ikke forholdt sig fagligt til Leponex-ordinationen i den aktuelle situation og forsømte at kontakte beboerens læge. A undlod også at handle i forhold til beboerens risiko for non-compliance med Leponexbehandlingen, selv om hun efter retningslinjerne havde pligt til at have et "indgående" kendskab til de aktuelle lægemidler, der blev administreret til beboerne, og selv om det er kendt faglig viden, at non-compliance med Leponexbehandling hos en borger kræver handling, hvilket også fremgår af indlægssedlen for Leponex.

A fulgte heller ikke medicininstruksen for Botilbuddet, hvoraf fremgik, at hvis beboerens temperatur oversteg 38 grader, skulle ved Leponexbehandling læge

kontaktes og blodprøver tages akut, og der skulle holdes pause med Leponex efter aftale med lægen, indtil svar på blodprøven forelå. Hvis der var mistanke om, at beboeren havde været ude af Leponexbehandlingen i mere end 48 timer, skulle en psykiater kontaktes med henblik på ny opstart.

Sygdomsbehandling af den nu afdøde beboer var i kernen af A's arbejds- og kompetenceområde, og da A havde arbejdet med denne beboer i 10 år og derfor havde et indgående kendskab til beboeren, var der tale om en velkendt kerneopgave for A. Hun var heller ikke i en så presset arbejdsmæssig situation, at det på nogen måde kunne fritage hende for den generelle pligt til at læse op på beboernes journaler i En Plan.

BDO-rapporten bekræfter, at A ikke i dagen op til beboerens død havde levet op til de faglige krav og ikke havde fulgt de gældende retningslinjer i medicin håndbogen og den lokale medicin håndteringsmappe. Den vurdering, som Styrelsen for Patientsikkerhed har foretaget i forhold til mulig fratagelse af A's autorisation, har et andet sigte end kommunens vurdering som arbejdsgiver af, om der er grundlag for ansættelsesretlige sanktioner.

Det er ikke korrekt, at beboeren tilhørte en beboergruppe, som klager ikke havde noget fagligt ansvar for, og det er heller ikke korrekt, at A havde fået besked af ledelsen på at holde sig helt fra beboeren, fordi denne skulle have særlige vrangforestillinger i forhold til A – der har været tale om så vidt muligt at undgå at se beboeren direkte i øjnene og lignende.

A har desuden erkendt flere gange at have forsømt at orientere sig om beboerne i En Plan ved vagtstart. En Plan indeholder patientjournalen, og ved at tilgå En Plans forside kunne hun umiddelbart se, hvilke beboere der var registreret nye observationer om siden seneste vagt, og dermed kunne hun let se, hvilke beboeres journal hun straks skulle se nærmere på. En Plan skabte således overblik over ændringer siden seneste vagt, som en sygeplejerske

skulle forholde sig til, og A's kritik af En Plan er ikke relevant for sagen. Ledelsen på Y havde ikke accepteret, at medarbejderne helt kunne undlade at orientere sig i En Plan ved starten af en vagt og nøjes med at se på en overlapsseddel. Overlapssedler blev brugt, men angik medicin håndteringen. og det har desuden formodningen imod sig, at ledelsen af et botilbud og autoriserede sundhedspersoner på bostedet skulle have etableret en praksis om ikke at orientere sig i beboernes patientjournaler, idet en sådan praksis ville være i strid med grundlæggende principper for sygeplejefaglig behandling. A havde modtaget uddannelse i brugen af En Plan, som desuden havde været anvendt på Botilbuddet i 4 år på det omhandlede tidspunkt.

Herudover søgte A under den tjenstlige samtale efter dødsfaldet at fralægge sig det sygeplejefaglige ansvar for beboeren, herunder ved at give udtryk for, at beboeren uanset Leponexbehandlingen kunne have taget vare på sig selv under sygdom. At A fastholdt, at der ikke var noget særligt at bebrejde hende i forløbet – bl.a. at situationen, som den fremstod den 19. maj 2019, ikke krævede akut handling, men at det var nok at advisere en psykiatrisk lægekonsulent, der skulle komme til stede nogle dage senere – støtter yderligere, at det var med rette, at X Kommune havde mistet tilliden til, at A kunne varetage opgaverne i sin stilling som sygeplejerske på Botilbuddet forsvarligt.

De ledelsesmæssige mangler i forhold til tilrettelæggelsen af arbejdet på Y, der muligvis også var, medfører ikke, at kommunen skulle se bort fra, at der ikke længere var den fornødne tillid til A's varetagelse af stillingen som sygeplejerske.

7. Opmandens begrundelse og konklusion

Denne voldgiftssag angår alene, om X Kommune var berettiget til at opsiges A som sket. Parterne har oplyst, at årsagen til, at en beboer på Botilbuddet Y afgik ved døden den 20. maj 2019, er ukendt.

X Kommunes opsigelse af A blev begrundet med manglende tillid til hendes varetagelse af opgaven som sygeplejerske på Botilbuddet Y, og kommunen henviste herved til overtrædelser af retningslinjer for arbejdet og til hendes holdning og indstilling til arbejdet med den nu afdøde beboer.

Efter bevisførelsen, herunder de afgivne forklaringer, må det lægges til grund, at A som sygeplejerske var forpligtet efter gældende retningslinjer til at læse i En Plan for hver beboer ved starten af hver vagt, og at det fremgik af En Plans forside, om der var registreret noget nyt for den enkelte beboer siden medarbejderens seneste log-in.

Der var på Botilbuddet en praksis med brug af såkaldte overlappersedler med beskeder til næste vagthavende, og det må lægges til grund, at den daværende ledelse var bekendt med denne praksis. Efter bevisførelsen må det imidlertid lægges til grund, at disse beskeder angik medicineringen af beboerne og rehabiliterende indsatser, der var planlagt til at skulle foregå i løbet af den eller de næste vagter. Denne praksis var således et supplement og indebar ikke, at A som sygeplejerske var fritaget for at tilgå En Plan, der reelt fungerede som patientjournal, i forhold til håndtering af eventuel sygdom hos beboerne.

Efter bevisførelsen må det lægges til grund, at A's pligt til ved starten af hver vagt at tilgå En Plan, når der var registreret "Nyt" for en beboer, ikke kun gjaldt i forhold til beboere i den beboergruppe, hun til enhver tid var tilknyttet. En sådan begrænsning fulgte ikke af retningslinjerne, og gruppeopdeling blev ikke brugt i weekender.

Efter bevisførelsen findes det ikke godtgjort, at A i dagene op til beboerens dødsfald den 20. maj 2019 havde så ekstraordinært travlt med andre opgaver, der var pålagt af ledelsen, at hun af den grund var berettiget til ikke at tilgå En Plan.

Det må på den anførte baggrund og efter bevisførelsen lægges til grund, at A i dagene 14.-19. maj 2019 fire gange forsømte en pligt til ved starten af sin vagt at læse i En Plan vedrørende den nu afdøde beboer.

A havde som sygeplejerske pligt til at have et indgående kendskab til de lægemidler, herunder deres mulige bivirkninger, som blev givet til beboerne på Botilbuddet. Leponex er et potentielt farligt medikament på grund af stor risiko for meget alvorlige bivirkninger bl.a. i tilfælde af såkaldt non-compliance, dvs. hvis dosis i mere end en kort periode ikke fastholdes – f.eks. på grund af sygdom – og derefter genoptages for hurtigt, jf. herved bl.a. de fremlagte retningslinjer fra hjemmesiden www.pro.medicin.dk.

I lyset heraf må det anses for relevant, at X Kommune reagerede på, at A under den tjenstlige samtale var fremkommet med udtalelser, som nærliggende måtte forstås sådan, at hun mente, at den nu afdøde beboer i vidt omfang kunne og burde overlades ansvaret for selv at styre sin brug af Leponex, selv om hun måtte være syg med feber og opkastning.

Ved vurderingen af, om det var sagligt at opsige A med den anførte begrundelse uden en forudgående advarsel, må der lægges vægt på, at hun som en kerneopgave havde sygeplejefagligt ansvar for meget syge beboere på et botilbud drevet af X Kommune, hvor der bl.a. blev administreret farlig medicin med stor risiko for særdeles alvorlige bivirkninger. Under disse omstændigheder findes det ikke at kunne anses for usagligt, at kommunen ikke fandt det tilstrækkeligt at nøjes med at give A en advarsel for i flere tilfælde ikke at have fulgt gældende retningslinjer og for at have en for "passiv" holdning til kontrol af medicinering i forbindelse med sygdom.

Det kan under de nævnte omstændigheder ikke føre til et andet resultat, at A havde været ansat i 10 år.

Det kan heller ikke føre til et andet resultat, at Styrelsen for Patientsikkerhed på det foreliggende grundlag ikke fandt grundlag for at gribe ind i forhold til A's autorisation som sygeplejerske.

Desuden kan det under de foreliggende omstændigheder ikke føre til et andet resultat, at der efter det oplyste også var andre medarbejdere, som havde begået fejl i det omhandlede forløb, og at der også var begået nogle ledelsesmæssige fejl.

Der er ikke under voldgiftssagen rejst spørgsmål om eventuelle muligheder for omplacering.

Efter det anførte er det ikke afgørende for vurderingen af, om opsigelsen var usaglig, i hvilket omfang A's beslutning den 19. maj 2019 om at henvise den nu afdøde beboer til en psykiater, der skulle komme på ordinært besøg på Botilbuddet et par dage senere, var baseret på en fejlagtig faglig vurdering af de symptomer, der var beskrevet den 13. og 19. maj 2019.

På den anførte baggrund skal X Kommune frifindes.

Thi bestemmes

X Kommune frifindes.

Parterne skal betale egne sagsomkostninger og skal hver betale halvdelen af opmandens honorar.

København, den 30. juni 2021

Lars Hjortnæs