

## Statens helsepersonellnemnd - HPN-2011-163

Myndighet	Statens helsepersonellnemnd - Vedtak.
Dato	2011-12-15
Doknr/publisert	HPN-2011-163
Stikkord	Advarsel til lege - uforsvarlig virksomhet. Stadfestet. Helsepersonelloven § 56 jf. § 4.
Sammendrag	En pasient ble innlagt på fødeavdeling på termindato, med mistanke om svangerskapsforgiftning. To dager senere ble det forløst et dødfødt barn. Klageren hadde startet riestimulering for sent, over et døgn etter vannavgang. Hun ga ikke adekvat antibiotikabehandling da det under fødselen tilkom alvorlige tegn på infeksjon. Barnet burde blitt forløst tidligere og ved akutt keisersnitt, da CTG viste tegn på truende oksygenmangel hos fosteret. Nemnda la ikke avgjørende vekt på at det var tale om et enkeltstående tilfelle. Klageren har ved sin håndtering av ett enkelt fødselsforløp begått flere pliktbrudd.
Saksgang	Saksnummer: 11/163.
Parter	Klager: A, født 196x (Advokat Dag Lillethun).
Forfatter	Hans Hugo Kristoffersen, Kirti Mahajan Thomassen, Wenche Dahl Elde, Marte Kvittum Tangen, Åse Senning, Knut Dalen, Atle Larsen.

---

**Saken gjelder:** Klage på Statens helsetilsyns vedtak av 4. juli 2011 om advarsel til lege, jf. lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 56 jf. § 4.

Statens helsepersonellnemnd behandlet klagen i nemndmøte 15. desember 2011 og traff enstemmig følgende

**VEDTAK:**

Statens helsetilsyns vedtak av 4. juli 2011 stadfestes.

**Saksforholdet:**

Statens helsetilsyn traff 4. juli 2011 vedtak om advarsel til klageren for brudd på helsepersonelloven § 4 jf. § 56. Vedtaket ble påklaget ved brev av 10. august 2011 fra advokat Dag Lillethun med utfyllende merknader fra klageren i brev av 8. august 2011. Statens helsetilsyn oversendte klagesaken til Statens helsepersonellnemnd ved brev av 17. oktober 2011. Statens helsepersonellnemnd mottok 21. november 2011 tilleggskommentarer fra klageren fremsatt i brev datert 11. november 2011.

Klageren er utdannet lege i W og fikk norsk autorisasjon i 2000. I 2007 fikk klageren spesialistgodkjenning i fødselshjelp og kvinnesykdommer.

På tidspunktet for den aktuelle hendelsen arbeidet klageren som overlege ved V sykehus, fødeavdelingen.

B, født 1971, heretter omtalt som pasienten, var gravid etter IVF og førstegangsfødende med ultralydtermin 3. september 2010. Pasienten fikk tidlig i svangerskapet påvist myom (godartet muskelsvulst/muskelknote) i livmoren. Ved svangerskapskontroll 1. september ble det påvist forhøyet blodtrykk, høye leukocytter og ødemer. Hun ble henvist til videre vurdering ved V sykehus, fødeavdelingen.

Ved innkomst på fødeavdelingen ble det påvist protein i urin, jf klagerens journalnotat 1. september. Klageren mistenkte preeklampsi (svangerskapsforgiftning), og pasienten ble innlagt for videre vurdering. Abdominal ultralyd viste levende barn i hodeleie, god hjerteaksjon, fine spontane bevegelser, og estimert vekt på 3500 gram.

Av journalnotat 2. september fremgår at pasientens blodtrykk holdt seg relativt stabilt diastolisk, og at det fortsatt var litt høyt systolisk. Samling av døgurnin viste en total proteinutskillelse på 0,25 g/døgn. Pasienten hadde fortsatt ødemer. Overlege C vurderte situasjonen slik at pasienten hadde en umoden cervix (livmorhals). På bakgrunn av at det forelå en mild grad av preeklampsi og en IVF-graviditet, skrev overlege C i sitt journalnotat at muligheten for inngangsetting av fødsel (induksjon) burde vurderes neste dag.

I henhold til klagerens journalnotat 3. september viste CTG registrering normale forhold, og Bishop score var 4. På indikasjon preeklampsi ble det startet fødselsinduksjon med Cytotec tabletter. Klokkens 0945 ble det satt 2 tabletter Cytotec 25 µg. Pasienten hadde på dette tidspunkt uregelmessige rier. Etter seks timer ble det satt ytterligere 1 tablett Cytotec 25 µg. Utover kvelden hadde pasienten hyppige rier, og klokken 2350 skrev jordmor D at pasienten hadde smertefulle rier. Klokkens 0430 er det notert *Dårlige/middels sterke kontraksjoner med ca 3-5 min intervall*, og klokken 0730 fremgår at pasienten hadde *plagsomme, smertefulle kontraksjoner*.

Den 4. september var Bishop score 7 og mormunnen åpen for 5 cm, jf klagerens journalnotat datert 5. september. Klokkens 1245 ble det gjort amniotomi med klart fostervann, og det ble satt på skalpelektrode. CTG var normal og reaktiv.

Ved undersøkelse om morgenen 5. september var mormunnen åpen for 6 cm. Pasienten hadde ikke rier. Klokkens 1400 ble det startet riestimulering med Syntocinondrypp 30 ml/time. Det fremgår av klagerens journalnotat at pasienten hadde hatt litt stigende verdier på urat det siste døgnet. Klageren besluttet videre CTG overvåking og riestimulering med Syntocinondrypp. Blodprøver tatt om morgenen viste en CRP på 120. Prøvesvar ble fremlagt for klageren ca klokken 1400, jf. Es jordmornotat 5. september. Ved ny kontroll klokken 1600 var CRP steget til 206. Klageren ordinerte behandling med Pentrexyl 2 gram intravenøst. Syntocinondryppet ble øket. Omkring klokken 1800 var mormunnen utslettet, barnets hode var ved spina og pasienten begynte å trykke, jf klagerens journalnotat. Etter en time med trykking var det liten fremgang, og på indikasjon forlenget utdrivingsfase besluttet klageren å gjøre vakumekstraksjon. Det ble først forsøkt med KIWI vakum, men denne glapp av. Det ble deretter satt en mellomstor vakumkopp på barnets hode. Klokkens 1900 ble barnet født med Apgar score 0-0-0. Det var grønt illeluktende fostervann. Etter 1 time og 50 minutter med resisutering ble barnet erklært dødt.

Umiddelbart etter forløsningen fikk pasienten en stor atonisk blødning med et blodtap på ca 2000 ml. Hun ble overflyttet til intensivavdelingen, og etter blodtransfusjon kom hun seg relativt raskt.

Foreløpig obduksjonsrapport datert 20. september 2010 påviser ingen konkret årsak til fosterdød. Det foreligger også svar fra dyrkningsprøver tatt etter fødselen, og alle er negative.

**Statens helsetilsyn** anfører i hovedsak at det i saken foreligger flere alvorlige avvik fra god praksis i fødselshåndteringen. Riestimulering ble startet over ett døgn etter amniotomi selv om det var indikasjon for å starte det kort tid etter vannavgang. Under fødsel tilkom alvorlige tegn på infeksjon, men antibiotika ble startet for sent. CTG viste tegn på truende asfyksi, og forløsning burde vært foretatt tidligere. Statens helsetilsyn finner på bakgrunn av dette at klageren som ansvarlig fødselslege ikke ga pasienten en forsvarlig oppfølging og behandling i dette fødselsforløpet.

Etter en samlet vurdering finner Statens helsetilsyn at klagerens håndtering av denne fødselen var i strid med forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4.

Statens helsetilsyn legger til grunn at klageren hadde handlingsalternativer i den aktuelle situasjonen. Klageren kunne ha fulgt opp med riestimulering etter at fostervannet ble tatt, hun kunne ha gitt antibiotika da CRP viste seg å være 120, og hun kunne ha gitt en utvidet antibiotikabehandling da det forelå tegn på alvorlig chorioamnionitt (betennelse i fosterhinnene). Klageren kunne også ha foretatt operativ forløsning tidligere på grunn av alvorlig infeksjon og truende fosterasfyksi.

På dette grunnlag finner Statens helsetilsyn at klageren handlet uaktsomt.

Klagerens handlemåte i den aktuelle situasjonen er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten og å påføre pasienter en betydelig belastning.

Statens helsetilsyn anfører at forholdet i saken er av en slik alvorlig karakter at klageren skal gis advarsel.

I sitt oversendelsesbrev av 17. oktober 2011 til Statens helsepersonellnemnd bemerker Statens helsetilsyn at det ikke er nødvendig at alle prøvesvar tatt etter fødselen foreligger, for at Statens helsetilsyn skal kunne vurdere om den helsehjelpen som ble gitt under fødselen var forsvarlig.

Når det gjelder det forhold at klagerens private adresse er meddelt pasienten gjennom brevkopier fra Statens helsetilsyn, presiserer Statens helsetilsyn at adresse ikke regnes som opplysninger om noens personlige forhold, jf. forvaltningsloven § 13 annet ledd.

Statens helsetilsyn viser videre til at det tre steder i journalen er dokumentert når fostervannet ble tatt (partogram, jordmornotat 4. september av F, legenotat 5. september av A).

Som dokumentasjon på at klageren ble informert om amniotomi, viser Statens helsetilsyn til jordmornotat 4. september 2010 klokken 1300 fra F, samt jordmornotat av samme dag klokken 1745 fra E.

Statens helsetilsyn viser til journalnotat av 5. september fra jordmor E, samt journalnotat av samme dag fra klageren, som dokumentasjon på at klageren under morgenvisitten denne dagen bestemte at Syntocinondrypp skulle startes senere på dagen.

Statens helsetilsyn viser til journalnotat 5. september av jordmor F, hvor det fremgår at klageren ca klokken 1545 fikk informasjon om at det luktet svært stygt av fostervannet og at det på dette tidspunkt ble ordinert Pentrextyl. Statens helsetilsyn fastholder på dette grunnlag at klageren burde ha vurdert forløsning på et tidligere tidspunkt.

Videre anføres at myomer i livmoren ikke er et hinder for keisersnitt dersom tilstanden til mor eller foster er alvorlig truet.

Statens helsetilsyn viser til laboratoriesvar som dokumentasjon på at CRP ble tatt 5. september klokken 0700 og at denne var 128 mg/l.

Vedrørende antibiotikabehandling som ble gitt uttaler Statens helsetilsyn at Pentrextyl ikke står angitt som antibiotikabehandling i Veileder i fødselshjelp kap 19. Ved mistanke om chorioamnionitt skal det gis bredspektret antibiotika i form av Penicillin og Gentamycin eller Zinacef og Metronidazol.

Statens helsetilsyn finner ikke at det i klagen fremkommer opplysninger som tilsier en omgjøring av vedtak 4. juli 2011 om advarsel.

**Klageren** ber om at Statens helsetilsyns vedtak om advarsel må omgjøres.

Klageren mener at hennes private adresse ikke kan meddeles pasienten uten hennes samtykke. Slikt samtykke har hun ikke gitt.

Hun anfører at saken er avgjort uten at flere prøvesvar, herunder obduksjonsrapport og prøver av den fødende, foreligger/er meddelt henne. Uten endelig obduksjonsrapport og kjent dødsårsak, foreligger ikke tilstrekkelig grunnlag for å avgjøre om hennes helsehjelp under fødselen var forsvarlig.

Det er ukjent for klageren at det foreligger noe dokument som viser når fostervannet ble tatt. Det er ikke riktig at hun 4. september ble informert om amniotomi henholdsvis klokken 1300 og 1745. Hun ble kun informert om funnene (mormunnstatus, CTG, og arbeidsforholdene på avdelingen). Uten kunnskap om at fostervannet var tatt, kunne hun ikke beslutte riestimulering. Klageren anfører at hun først ble informert om amniotomi på morgenvisitten 5. september.

Det er feil at klageren under morgenvisitten 5. september 2010 bestemte at Syntocinondrypp skulle startes senere på dagen. På dette tidspunktet var det 2 andre igangværende fødsler på avdelingen, og det var verken ledig fødestue eller personell som kunne tre inn i en tredje fødsel. Fødeavdelingen på V sykehus har to fødestuer, og det var to jordmødre på vakt denne helgen. Det var ikke mulig å skaffe ekstra fødestue, utstyr og helsepersonell til en tredje fødsel. Riestimulering av pasienten måtte derfor utsettes til senere på dagen. Det var ikke klagerens vurdering at utsettelse av riestimulering var faglig forsvarlig som følge av dette, men det var umulig å gjennomføre i praksis.

Til kritikken mot at klageren ikke valgte sectio anføres at hun 5. september klokken 1820 ble tilkalt for å vurdere langsom fremgang. Jordmor hadde ikke tidligere varslet om patologi hos mor eller barn. I tiden mellom klokken 1700 og 1820 hadde ikke klager sett CTG registrering, som hun følgelig heller ikke har kunnet vurdere/godkjenne i denne perioden. Hun besluttet vakumforløsning som ble foretatt 1850. Klageren anfører at sectioforløsning skal vurderes opp mot andre indikasjoner og kontraindikasjoner. Pasienten hadde myomer i nedre segment med fare for blødningskomplikasjoner, fødselen var kommet langt med full åpning av mormunn og hodet nede. Det tar tid å varsle og forberede sectio på operasjonsstue, anestesilege må innkalles og narkose må igangsettes. I denne situasjonen vurderte klageren vakumforløsning som raskere og mindre risikoeksponert.

Det er feil at CRP ble tatt 5. september klokken 0700. Det ble tatt senere og prøvesvar ble kjent klokken 1400.

Den antibiotika-behandling som ble valgt samsvarer med veileder til Norsk Gynekologforening kapittel 19.

### **Statens helsepersonellnemnds vurdering:**

Nemnda har vurdert om vilkårene for å gi klageren en advarsel er oppfylt, jf. lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 56. Etter denne bestemmelsen kan advarsel gis dersom klageren forsettlig eller uaktsomt har overtrådt sine plikter etter helsepersonelloven, og pliktbruddet er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten, til å påføre pasienter en betydelig belastning eller til i vesentlig grad å svekke tilliten til helsepersonell eller helsetjenesten.

Plikten til forsvarlig yrkesutøvelse fremgår av helsepersonelloven § 4 første ledd. Helsepersonell pålegges å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Om plikten til forsvarlig yrkesutøvelse står det i lovens forarbeider (Ot.prp.nr.13 (1998-1999) side 216): *I forhold til de enkelte helsepersonellgrupper vil de ulike yrkesorganisasjoners normer kunne være veiledende for de respektive yrkesgrupper.*

Avdeling for fødselshjelp og kvinnesykdommer ved V sykehus har ikke egen prosedyre for fødselsinduksjon, men benytter Norsk gynekologisk forenings «Veileder i fødselshjelp» i slike tilfeller. I fravær av slik intern arbeidsprosedyre vil denne danne grunnlag for og være veiledende i forhold til hva som i aktuelle sak kan anses som god praksis.

Videre vil vurderingen av om klageren handlet forsvarlig bero på hvordan situasjonen til enhver tid var, jf. Ot.prp.nr.13 (1998-1999) side 216. Det er således ikke nødvendig å innhente/avvente ytterligere prøvesvar og endelig obduksjonsrapport.

Pasienten ble 1. september 2010 innlagt på fødeavdelingen, V sykehus, med mistanke om preeklampsi som følge av forhøyet blodtrykk, protein i urin og ødemer.

*Ad induksjon av fødsel/Cytotec-behandling*

Ved undersøkelse 3. september var barnets hode ved bekkeninngangen, mormunnen åpen for 1 cm, cervixlengde på 2 cm, middels konsistens, midtstilt, og Bishop score var 4, jf klagerens journalnotat. I henhold til Norsk gynekologisk forenings «Veileder i fødselshjelp» er Cytotec et av flere mulige legemidler som kan anvendes i en slik situasjon. Av jordmornotater 3. september fremgår at fødselsinduksjon med Cytotec tablett ble startet klokken 0945. Ved fornyet vurdering klokken 1610 forelå uforandrede forhold, og klageren ordinerte ytterligere 1 tablett på 25 µg Cytotec. Etter nemndas vurdering handlet klageren i samsvar med gjeldende krav til faglig forsvarlighet, da hun om morgenen 3. september besluttet å starte fødselsinduksjon med Cytotec tablett.

#### *Ad klagerens kunnskap om amniotomi*

Det fremgår av klagerens journalnotat av 5. september at det 4. september var «*Amniotomi med klart fostervann*». Av jordmor Fs notat av 4. september fremgår at hun «*Informerte legen om funnene, vag us, Ih, normal farget, satt på skalpelektrodet*». Nemnda legger etter dette til grunn at klageren ble informert om amniotomi om dagen/ettermiddagen 4. september.

#### *Ad Syntocinon-drypp*

Riestimulering ble startet over ett døgn etter amniotomi, og nemnda har vurdert om det var indikasjon for å starte riestimulering på et tidligere tidspunkt/kort tid etter vannavgang.

Av fremlagte jordmornotater fremgår at pasienten om morgenen 3. september hadde uregelmessige kontraksjoner, og at hun etter start med Cytotec fikk hyppigere kontraksjoner. Etter at amniotomi var gjort og det var satt på skalpelektrode, skriver jordmor F: *Fin fl og økende rier den første tid*. Klokken 2120 skriver jordmor E: *avtagende med smerter/kontraksjoner*, og klokken 2140: *Konfererer med gynekolog, blir enige om å avvente i forhold til syntocinon-stimulering*. I klagerens journalnotat 5. september står følgende: *Fødselsinduksjon med Cytotec tablett den 03.09. Fin fremgang. Ny vurdering den 04.09 hvor Bishop score er 7, mormunnen er åpen for 5 cm. Hodet over sphina, midtstilt. Litt fortykket cervix. Ingen rier. Amniotomi med klart fostervann. [...] Pasienten har ikke hatt rier, derfor har hun sovet over natten*. Ved å sammenholde klagerens journalnotat med jordmornotater for tidsrommet 3. og 4. september, finner nemnda å kunne legge til grunn at pasienten etter oppstart med Cytotec først fikk hyppigere rieaktivitet, men at denne avtok utover kvelden 4. september/natt til 5. september. Pasienten hadde således stadig mindre rieaktivitet etter at amniotomi ble gjort. Det fremgår utrykkelig av jordmor Es notat at hun om kvelden 4. september konfererte med klageren om pasienten og videre forløp, og at det i samråd med klageren ble besluttet å *avvente i forhold til syntocinon-stimulering*. Nemnda legger etter dette til grunn at klageren om kvelden 4. september fikk informasjon om situasjonen.

Med kunnskap om Bishop score på 7 og stadig dårligere rieaktivitet etter at amniotomi var gjort, burde klageren igangsatt kunstig riestimulering på et tidligere tidspunkt. Slik nemnda vurderer saksforholdet, burde kunstig riestimulering blitt igangsatt om kvelden 4. september eventuelt natt til 5. september. Dette er i tråd med Norsk gynekologisk forenings «Veileder i fødselshjelp». En slik vurdering er også i overensstemmelse med uttalelse fra overlege G, som på vegne av Kvalitetsrådet i avdeling for fødselshjelp og kvinnesykdommer ved V sykehus uttaler at *Den mest vanlige praksis etter amniotomi er å starte stimulering av rier med oxytocin dersom det ikke kommer spontane rier etter 1-2 timer. Dette ble ikke gjort i dette tilfellet og begrunnelsen er ført i pasientens journal*. Nemnda har etter dette kommet til at klageren ved ikke å starte kunstig riestimulering på et tidligere tidspunkt ikke har overholdt plikten til forsvarlig yrkesutøvelse.

Manglende kapasitet på avdelingen kan under enhver omstendighet ikke begrunne at Syntocinon-drypp ble utsatt til klokken 1400 denne dagen. Slik pasientens fødsel forløp, var det av hensyn til både mor og barn påkrevet at kunstig riestimulering umiddelbart ble igangsatt.

#### *Ad infeksjon under fødsel - antibiotikabehandling*

Klokken 1400 den 5. september fikk klageren vite at CRP tatt om morgenen var 120. Jordmor Farran skriver i sitt notat av 5. september at hun klokken 1345 oppdaget litt misfarget fostervann i pasientens bleie. Det fremgår imidlertid ikke av jordmornotatet at dette ble rapportert til klageren. Ved vaginal undersøkelse av pasienten like før klokken 1600 konstaterte jordmor F at *Det lukter svært stygt av fostervannet*. Hun informerte klageren om dette, som da forordnet Pentrexyl 2 gram iv. Det ble deretter - klokken 1600 - tatt ny CRP, som viste stigning til 208. Slik nemnda vurderer, burde klageren startet antibiotikabehandling da hun fikk informasjon om at CRP var 120. CRP på 120 er i seg selv en klar indikasjon på infeksjon, og antibiotikabehandling burde blitt gitt utelukkende på dette grunnlag. Nemnda har etter dette kommet til at klageren ved sin handlemåte ikke overholdt plikten til forsvarlig yrkesutøvelse. Nemnda viser til at god praksis i en slik situasjon vil være å gi

bredspektret antibiotika, for eksempel Benzylpenicillin og Gentamycin, eller Cefuroxim og Metronidazol. Høy CRP og illeluktende fostervann er symptomer på chorioamnionitt.

#### *Ad forløsning*

Like etter klokken 1600 den 5. september var klageren informert om at CRP i løpet av noen timer hadde steget fra 120 til 208, at leucocytter var 15,1, at det for kort tid siden var oppdaget illeluktende fostervann, samt at pasienten hadde temperaturstigning. Dette var tydelige tegn på infeksjon, og mer spesifikt tegn på mulig chorioamnionitt. Dette er en tilstand som kan medføre oksygenmangel hos fosteret. CTG var på dette tidspunkt normal.

Klokken 1700 ble klageren tilkalt på grunn av mistanke om feilstilling og uforandrede funn. Fra klokken 1700 er det også registrert avvikende CTG. Med de opplysninger klageren hadde på dette tidspunktet, er det nemndas vurdering at forløsning ved keisersnitt burde blitt gjort. Pasienten hadde fire dager tidligere blitt innlagt med symptomer på svangerskapsforgiftning, i et svangerskap etter IVFbehandling og to dager over termin. Til tross for induksjon av fødsel, amniotomi og kunstig riestimulering forelå det ikke tegn til snarlig forløsning. Når det i en slik situasjon ble oppdaget illeluktende fostervann, påvist høy og stigende CRP og leukocytter, samtidig som CTG viste avvik, var det ikke forsvarlig å avvente forløsning til klokken 1850.

Nemnda er ikke enig i at den ekstra tid det tar å forberede og iverksette fødsel ved keisersnitt ga grunnlag for å velge bort dette som mulig forløsningsmetode.

Nemnda er heller ikke enig med klageren i at pasientens myom talte mot forløsning ved keisersnitt. Et myom vil uansett forløsningsmetode medføre blødningsfare under fødsel.

#### *Samlet vurdering*

Nemnda har etter dette kommet til at klageren startet kunstig riestimulering for sent, at det ikke ble gitt adekvat antibiotikabehandling, samt at pasienten burde blitt forløst tidligere og ved akutt keisersnitt. Klageren har på denne måten overtrådt sin plikt til forsvarlig yrkesutøvelse, jf. helsepersonelloven § 4.

De handlingsvalg som ble foretatt, medfører både betydelige risikofaktorer og økte infeksjonsfaren for den fødende og fosteret. Nemnda finner etter dette at klageren uaktsomt har overtrådt sin plikt til forsvarlig yrkesutøvelse, og at pliktbruddet er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten og til å påføre pasienten en betydelig belastning. Det er i den sammenheng ikke avgjørende hvorvidt pasienten eller barnet faktisk kom til skade. Klagerens uttalelser i saken viser heller ikke at hun i ettertid har tatt inn over seg alvorligheten i saken.

Vilkårene for å gi advarsel er oppfylt, og nemnda har vurdert om advarsel *skal* gis, jf. helsepersonelloven § 56.

Klageren har uttrykt at hun er lei seg og preget av den tragiske hendelsen. Klagerens håndtering av fødselsforløpet innebærer imidlertid klare avvik fra forsvarlig praksis. Nemnda finner ikke å kunne legge avgjørende vekt på at det er tale om en enkeltstående hendelse. Klageren har ved sin håndtering av ett enkelt fødselsforløp begått flere pliktbrudd. Formålet med en advarsel er å bidra til å forhindre fremtidige pliktbrudd av denne art, jf. Ot.prp.nr.13. 1998-99 s. 170 pkt. 20.2.1. Etter en samlet vurdering av pliktbruddenes art har nemnda kommet til at klageren skal gis advarsel, jf. helsepersonelloven § 56. Advarsel anses ikke som en uforholdsmessig reaksjon i denne saken. Nemnda registrerer at Statens helsetilsyn ikke synes å ha vurdert en mer inngripende reaksjon.

Avslutningsvis viser nemnda til forvaltningsloven § 13 annet ledd, hvor det fremgår at en persons bopel ikke regnes som opplysning om noens personlige forhold, og således ikke er en opplysning som er underlagt taushetsplikt. Det foreligger dermed ikke brudd på taushetsplikten når klagerens private adresse er meddelt pasienten gjennom brevkopier fra Statens helsetilsyn.

Klagen har ikke ført frem, og det påklagede vedtak stadfestes.