

Statens helsepersonellnemnd - HPN-2011-87

Myndighet	Statens helsepersonellnemnd - Vedtak.
Dato	2011-11-15
Doknr/publisert	HPN-2011-87
Stikkord	Tilbakekall av autorisasjon som lege - uforsvarlig virksomhet. Stadfestet. Helsepersonelloven § 57.
Sammendrag	Klageren hadde som gynekolog på sykehus handlet uforsvarlig ved flere pasientbehandlinger. Hennes kompetanse var mangelfull ved planlagt keisersnitt, ved håndtering av avvikende postoperativt forløp, ved behandling av atonisk blødning og ved tolking av ultralyd. Kunnskaper innen disse områdene er grunnleggende for en gynekolog, og det kan få alvorlige følger for pasienten dersom legen ikke er faglig oppdatert. Videre hadde klageren unnlatt å gi tilstrekkelig informasjon til en pasient om omfanget av et operativt inngrep. Hun hadde også vist mangelfull faglig innsikt da hun i telefonsamtale med en legevaktslege avviste å ta imot en pasient. Klageren hadde språkproblemer og hadde vist mangelfull evne til å kommunisere på en trygg måte med pasienter og annet helsepersonell.
Saksgang	Saksnummer: 11/87.
Parter	Klager: A, født 194x (Advokat Matthias Wilding).
Forfatter	Hans Hugo Kristoffersen, Kirti Mahajan Thomassen, Wenche Dahl Elde, Marte Kvittum Tangen, Anita Glittum, Knut Dalen, Atle Larsen.

Saken gjelder: Klage over Statens helsetilsyns vedtak av 18. april 2011 om tilbakekall av autorisasjon som lege, jf. lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 57.

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

VEDTAK:

Statens helsetilsyns vedtak av 18. april 2011 stadfestes.

Saksforholdet:

Klageren er utdannet i Tyskland i 1986. Hun fikk norsk autorisasjon som lege i 2006 og ble godkjent spesialist i fødselssykdommer og kvinnesykdommer 19. juni 2007. Hun begynte som overlege ved føde/gynekologisk avdeling ved V HF W i juli 2007 og fikk fast stilling som overlege der 1. januar 2008. Arbeidsgiver orienterte 23. oktober 2009 Helsetilsynet i X om flere avvik og pasientklager som gjaldt klagerens arbeid i perioden november 2007 til september 2009. Sakene gjaldt både rent faglige feilbehandlinger og kommunikasjons- problemer.

Arbeidsgiver ga 18. juni 2009 klageren en skriftlig advarsel. Etter utføring av et keisersnitt som utløste meldeplikt etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 den 14. september 2009 fikk hun operasjons- og vaktforbud, og det ble reist en oppsigelsessak. Hun fratrådte stillingen og flyttet til Tyskland ved årsskifte 2009/2010.

I Statens helsetilsyns vedtak av 18. april 2011 ble klagerens autorisasjon som lege tilbakekalt. Statens helsetilsyn kom til at klageren var uegnet til å utøve yrket som lege forsvarlig på grunn av uforsvarlig virksomhet og grov mangel på faglig innsikt.

Vedtaket er påklaget ved advokat Matthias Wildings brev av 9. mai 2011. Klageren har utdypet dette i brev av 1. juni 2011.

Statens helsetilsyn fastholdt sitt vedtak og oversendte 31. mai 2011 saken til nemnda for klagesaksbehandling.

Statens helsetilsyn legger til grunn at klageren både har vist manglende evne til å kommunisere med pasienter og samarbeidende helsepersonell og at hun har vist grov mangel på faglig innsikt.

Det er påfallende mange klager fra pasienter hvor manglende evne til kommunikasjon har vært det sentrale temaet, og hvor klagerens manglende kommunikative evner har medført en betydelig belastning for pasientene. De mange tilbakemeldingene fra helsepersonell som samarbeider dårlig med klageren på grunn av hennes mangelfulle språkferdigheter, er også urovekkende da dette er egnet til å være til fare for sikkerheten i helsetjenesten.

Etter Statens helsetilsyns vurdering viser klagen og avviksmeldingene, og klagerens kommentarer til disse, at hun ikke har tilstrekkelig innsikt i at hennes kommunikasjonsvansker kan ha uheldige konsekvenser for behandlingen av pasienter. Etter tilsynets vurdering har klageren også vist en manglende evne til å innrette sin virksomhet etter de krav som stilles til kommunikasjon, etter mange tilbakemeldinger både fra pasienter, pårørende og annet helsepersonell.

Etter Statens helsetilsyns vurdering oppfylte ikke klageren informasjonsplikten i helsepersonelloven § 10 ved to tilfeller. Dette gjaldt ved en fjerning av livmor og ved en preoperativ diskusjon for å bli enig om å fjerne pasientens eggstokker. Operative inngrep medfører som regel irreversible inngrep, og i slike situasjoner er det særlig viktig å informere pasienten om inngrepets art og konsekvenser. Videre finner Statens helsetilsyn at klageren i flere av de pasientbehandlingene som er vurdert, har utført sin virksomhet som lege uforsvarlig på grunn av sine kommunikasjonsvansker og mangelfulle informasjon til pasientene, jf. helsepersonelloven § 4.

Kravet til forsvarlighet medfører en plikt til å være faglig oppdatert. Dette gjelder spesielt i vakt situasjoner, og ved operative inngrep der klageren har hovedansvaret for pasienten. Korrekt operasjonsteknikk, kunnskap om algoritme og dosering ved atoniske blødninger og håndtering av avvikende postoperativt forløp, er områder hvor det kan få alvorlige følger for pasienten dersom legen ikke er faglig oppdatert og iverksetter de nødvendige tiltak. Denne saken viser at klageren ikke er faglig oppdatert på disse områdene.

Videre er ultralydsdiagnostikk, kompetanse om terminfastsetting, orienterende organdiagnostikk og vena cava syndrom, områder som det forventes at klageren som spesialist behersker. Gravide som er til slike undersøkelser vil kunne være urolige for hva som kan avdekkes. Det forventes derfor at klageren utfører undersøkelsen på en omsorgsfull og nøyaktig måte, og at hun informerer om funn på en hensynsfull og korrekt

måte. Etter Statens helsetilsyns vurdering er det å fastsette termin i uke 33, det å ikke klare å identifisere fosterets ekstremiteter ved ultralydsundersøkelse og det å ikke forebygge/reagere på symptomer på vena cava syndrom, tegn på mangelfull faglig kompetanse på grunnleggende områder for en spesialist i gynekologi.

Statens helsetilsyn finner at klageren i sine kommentarer til den enkelte pasientbehandling ikke viser evne til refleksjon over egen faglig praksis.

Statens helsetilsyn finner at det i denne saken foreligger flere tilfeller av fødselshjelp med til dels betydelig avvik fra det som forventes hos en spesialist i gynekologi. En samlet vurdering av disse pasientbehandlingene og klagerens kommentarer til disse viser grov mangel på faglig innsikt.

Klageren anfører at Statens helsetilsyn bygger sitt vedtak på feil fakta og dessuten legger ensidig vekt på svært tvilsomme bevis.

Klageren opplyser at hun ikke fratrukte stillingen frivillig, slik Statens helsetilsyn har lagt til grunn. Arbeidsgiveren sa opp klageren. Det ble avholdt forhandlingsmøte etter arbeidsmiljøloven og arbeidsgiver tilsto da kompensasjon og forpliktet seg til å utstede vanlig sluttattest. Klageren fikk bekreftet at påstander om feilbehandlinger, kommunikasjonsproblemer og klagerens faglige dyktighet ikke lenger kunne opprettholdes, og at oppsigelsen på denne bakgrunn ikke kunne stå ved lag. Når klagerens arbeidsgiver etter vurdering av sakens fakta trakk oppsigelsen, tilsto kompensasjon og utstede vanlig sluttattest må dette også få betydning for helsetilsynets vurdering av sakens fakta. Arbeidsgiver hadde en nærmere tilknytning og kjennskap til alle involverte personer, pasienter, sykepleiere, leger og klageren, enn Statens helsetilsyn har.

Klageren anfører at det ikke foreligger alminnelig sannsynlighetsovervekt for at hun ikke innrettet sin virksomhet etter de krav som stilles til kommunikasjon. Hun oppfatter den fra Helsetilsynet i X fremlagte dokumentasjon, som er grunnlaget for det påklagede vedtaket, som et uttrykk for omfattende mobbing som ble initiert av lege B og andre av hennes tidligere kolleger.

Videre anfører klageren, under henvisning til sin tilbakemelding i drøftingsmøte med arbeidsgiver 19. oktober 2009 og senere i sin redegjørelse til Helsetilsynet i X av 19. januar 2010 at det ikke foreligger alminnelig sannsynlighetsovervekt for at hun mangler faglig kompetanse som spesialist i gynekologi. Hun har mange års erfaring som lege i Tyskland, og fikk uten problemer ny stilling der etter at hun sluttet å arbeide som overlege i Norge. Hennes direkte foresatte, overlege C, har kommet til en helt annen konklusjon enn Statens helsetilsyn. Følgelig anser klageren det som en svært betydningsfull mangel ved vurderingen av sakens faktum at Statens helsetilsyn, uten å innhente uttalelser fra alle overordnede kolleger som kjenner til klagerens faglige kompetanse, både i Norge og Tyskland, fastslår at hun ikke viser refleksjon over egen faglig praksis og har grov mangel på faglig innsikt.

Subsidiært mener klageren at Statens helsetilsyns reaksjon er uforholdsmessig streng. Hun viser til at Statens helsetilsyn har mulighet til å ilegge mindre inngripende tiltak etter helsepersonelloven § 59. En slik begrensning kunne gått ut på å begrense hennes autorisasjon til å gjelde utøvelse av bestemt virksomhet under bestemte vilkår inntil hun hadde avlagt en ny muntlig og skriftlig norsktekst.

For så vidt gjelder de enkelte pasientbehandlinger har klageren vist til sin uttalelse av 19. januar 2010 til Helsetilsynet i X.

Statens helsepersonellnemnds vurdering:

Nemnda har vurdert om klageren er uegnet til yrkesutøvelse som lege på grunn av uforsvarlig virksomhet og grov mangel på faglig innsikt, jf. helsepersonelloven § 57.

En administrativ reaksjon fra tilsynsmyndigheten er en selvstendig reaksjon basert på tilsynsmyndighetens vurdering av sakens faktum. At det samme faktum også har vært del av en arbeidskonflikt har mindre betydning for den vurdering Statens helsepersonellnemnd skal foreta. En reaksjon etter helsepersonelloven har til hensikt å sikre forsvarlige helsetjenester, mens utfallet av en arbeidskonflikt kan ivareta andre hensyn.

Saken gjelder til dels hendelser der klageren har vist manglende faglige kunnskaper, og dels gjelder det mangelfull kommunikasjon med pasienter og samarbeidende helsepersonell.

Faglige feil:

Nemnda har vurdert om klagerens faglige kompetanse har vært mangelfull ved behandlingen av pasienten D ved et planlagt keisersnitt, ved håndteringen av det avvikende postoperative forløp hos pasienten E og ved behandlingen av pasienten Fs atoniske blødning.

D, født 1981

Avdelingsoverlege G meldte 25. september 2009 hendelsen til Helsetilsynet i X etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3, forhold som kunne ha ført til betydelig skade på pasient. Det foreligger også intern avviksmelding, identifikator 525147.

Klageren utførte keisersnitt på pasienten 14. september 2009, og skal ha foretatt et for lite operasjonssnitt i bindevevshinnen. Operasjonsassistenten var en kommunelege på hospitering. Jordmoren som var til stede skal ha påpekt at klageren burde åpne ytterligere, men klageren fulgte ikke hennes råd og åpnet i stedet livmoren. Dette førte til at klageren etter gjentatte forsøk ikke lyktes med å få ut barnet. Jordmoren opplyste at hun måtte inn i operasjonsfeltet og forsøke å forløse hodet, mens klageren og assistentlegen presset på livmorbunnen. Klageren tilkalte avdelingsoverlege G. Klageren foretok selv ytterligere klipping i vevet, og åpningen ble stor nok til å få ut barnet. I følge avviksmeldingen oppsto en panikkstemning på operasjonsstuen, og barnefaren besvimte. I følge meldingen skal klageren neste dag ha kritisert jordmor for å ha hatt formening om operasjonsfeltets størrelse.

I følge jordmorens e-post av 21. oktober 2009, reagerte hun på at åpningen var for liten, og hun hvisket dette til klageren. Hun opplyste at pasienten gråt, og at hun opplevde at tilstedeværende helsepersonell ikke stolte på klagerens evne til å løse situasjonen, og at hun fikk ansvaret fordi hun var en erfaren jordmor. Jordmoren opplevde det vanskelig å måtte gå utover sin kompetanse i situasjonen.

Anestesisykepleier H rapporterte hendelsen som HMS avvik 15. september 2009, identifikator 524644. Hun påpekte at anestesipersonalet opplevde dårlig kommunikasjon med klageren. Videre mente hun at klagerens dårlige språkforståelse og manglende struktur på operative inngrep var forhold som gikk utover pasientsikkerheten og de ansattes behov for trygghet i arbeidet.

Hendelsen ble oppfattet som svært alvorlig, og den medførte at avdelingsdirektøren i samråd med avdelingssjefen for operasjon/anestesi ga klageren fremtidig operasjons- og vaktforbud.

Klageren har opplyst at operasjonen var satt opp med annen operatør, men at denne ombestemte seg slik at klageren måtte operere til tross for at hun ikke kjente pasienten fra før. Planlagt operasjonsmetode etter Misgac og Ladach kunne ikke gjennomføres på grunn av sammenvoksning i operasjonsområdet. Derfor valgte de å fortsette operasjonen etter klassisk metode. Etter uterotomi var det vanskelig å få ut barnet til tross for manuell hjelp med fundustrykk (trykk mot livmorbunnen) fordi pasienten var urolig og det var relativt sterk fascia (bindevev) og muskelspenning. Dette ble diskutert med assistentlegen. Årsaken til muskelspenningen har kanskje vært at anestesi ikke var dyp nok, men på grunn av operasjonsfremskritt har dette ikke vært mulig. Plutselig strakk jordmoren hender mot pasientens mage og prøvde å hente ut barnet uten at operatøren/klageren har bedt henne om dette. Dette ble veldig irriterende for klageren, jordmoren anbefalte og presenterte også en tang for å få ut barnet. Dette var absolutt unødvendig fordi det var enklere å få ut barnets hode med hender til hjelp, uten tangen. Dessuten medførte dette en forsinkelse. På grunn av fasciospenning og muskelspenning måtte klageren nå utvide snittet, spesielt også gjennom muskulaturen, som vanligvis ikke trengs under god muskrelaksasjon, og barnet ble født.

Etter nemndas vurdering viser denne hendelsen at klageren har mangelfull innsikt i hvorledes et rutineinngrep som dette skulle foretas, og mangelfull evne til å håndtere uventede komplikasjoner på en god måte. Som spesialist i fødselshjelp burde klageren ha tilstrekkelig kunnskap og erfaring til å håndtere den aktuelle situasjon i samsvar med god praksis. Elektivt keisersnitt er et rutineinngrep for en spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, og kunnskap og erfaring med vanlig operasjonsteknikk herunder hvor stort operasjonssnittet må være for å få ut et normalt fosterhode, forutsettes kjent. Det forventes også at gynekologen utviser tilstrekkelig ro til å løse uventede operasjonstekniske situasjoner på en slik måte at det ikke oppstår panikk og utrygghet på operasjonsstuen. Dette gjelder særlig når pasienten er våken og pårørende er til stede. Klagerens handlemåte er etter nemndas syn faglig uforsvarlig.

E, født 1947

Hendelsen er meldt av avdelingsoverlege G til Helsetilsynet i X 26. juli 2009, etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3, betydelig skade på pasient. Anestesilege I har rapportert hendelsen i intern avviksmelding, identifikator 519656.

Pasienten ble operert 30. mars 2009 og fikk fjernet venstre eggstokk og eggleder på grunn av tumor/svulst. Postoperativt fikk pasienten symptomer i form av stigende infeksjonsprøver, magesmerter, lavt blodtrykk og hun ble tungpustet. Klageren henviste pasienten til indremedisiner og startet antibiotikabehandling. Neste dag hadde pasienten tiltagende smerter i magen, var stram i buken og det var sparsomt med tarmlyder. Senere

samme dag ble pasienten undersøkt av kirurg som fant tegn på alvorlig bukhinnebetennelse. Pasienten ble reoperert 2. april. Ved operasjonen ble det påvist flere skader på tarmen med lekkasje til bukhulen og tynntarmadheranser. Det ble foretatt reseksjon av både tynntarm og tykktarm. Pasienten fikk et langvarig postoperativt forløp.

Klageren har forklart at avdelingsoverlege G var operatør og hun selv assistent ved operasjonen 30. mars 2009. Den 31. mars så klageren til pasienten kl 11 og kl 22.30. Ved første undersøkelse hadde pasienten hetetokter og klageren fant ved undersøkelsen at pasienten hadde myk abdomen og at tarmperistaltikk var normal. Ved andre undersøkelse var pasienten plaget av økende magesmerter og hadde mye luft i tarmen, men normal tarmperistaltikk. Klageren rekvirerte blodprøver neste dag. Den 1. april så klageren til pasienten kl 11. Blodprøve viste da leukocytose og høy CRP. Klageren forordnet ny blodprøve samme ettermiddag. I følge pasienten var avføring og urin spontan, men pasienten var plaget av tung pust og kvalme, blodtrykket 86/67. Etter EKG-kontroll henviste klageren pasienten til medisinsk avdeling som hastesak fordi hun hadde mistanke om postoperativ lungeemboli eller hjerteinfarkt. Om ettermiddagen viste blodprøve økende infeksjonstall. Klageren igangsatte antibiotikabehandling. Indremedisineren fortalte at blodtrykket var normalt og at det ikke var tegn til kardiopulmonale problemer. Han hadde rekvirert røntgen torax og abdomenoversikt, og han sa de skulle vente på disse undersøkelsene. Kl 5.45 den 2. april ble klageren tilkalt da pasienten hadde hatt en magesekkeblødning og store magesmerter. Ved undersøkelse fant hun at pasientens mage var litt stram og det var tegn til lite tarmperistaltikk. Det forelå ingen svar eller notat fra røntgen eller indremedisin i pasientens journal. Kl 10.30 var pasientens smerter økende, magen var da vanskelig stram, og tarmperistaltikk var mindre aktiv enn tidligere. Da hadde klageren mistanke om subileus (tarmslyng/tarmstopp) og pasienten ble henvist til kirurgisk avdeling så hurtig som mulig.

Nemnda vil bemerke at det er korrekt at avdelingsoverlege G var operatør og klageren assistent ved denne operasjonen 30. mars. Dette fremgår av journal. Klageren har hatt et ansvar under den postoperative observasjon av pasienten frem til reoperasjonen den 2. april, og det er dette nemnda har vurdert. Etter nemndas vurdering hadde pasienten tegn som kunne være forenlig med alvorlig bukhinnebetennelse og sepsis (blodforgiftning) allerede 1. april, og klageren burde konsultert kirurg på dette tidspunkt. Tarmperfusjon er en fryktet komplikasjon ved intraabdominelle inngrep. Operatøren bør være særlig oppmerksom på dette under operasjonen, og fordi noen skader kan bli oversett under inngrepet er det viktig at pasienten observeres nøye postoperativt. Påfallende smerter, infeksjonstegn, blodtrykksfall og tung pust er symptomer som bør gi mistanke om mulig tarmperfusjon med påfølgende bukhinnebetennelse. En slik tilstand krever umiddelbar intervensjon. Neste dag burde klageren ved første undersøkelse ha vurdert bukhinnebetennelse, ikke ventet til undersøkelsen kl 11 før hun henviste til kirurg. Etter nemndas syn var klagerens handlemåte ved denne pasientbehandlingen grovt uforsvarlig.

F, født 1983

Avdelingsoverlege G meldte hendelsen til Helsetilsynet i X 20. oktober 2009, etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3, forhold som kunne ha ført til betydelig skade på pasient.

Klageren utførte akutt keisersnitt på pasienten den 28. november 2008, keisersnittet ble komplisert av skade på urinblæra. Klageren tilkalte hjelp fra kirurg/urolog som sydde urinblæra, (jf epikrisen). Under keisersnittet ble det observert en atonisk blødning (unormalt langvarig blødning fra livmoren etter fødselen pga. manglende sammentrekning). I følge klagerens operasjonsbeskrivelse ringte jordmoren til Y sykehuset Z for å få informasjon om dosering av Cytotec for behandling av blødning ved atoni. Pasienten var sirkulatorisk ustabil seks timer etter operasjonen. Anestesilegen mente klageren ikke hadde noe ytterligere å bidra med etter at hun hadde gjort flere forsøk på å få kontroll på en økende postoperativ atonisk vaginalblødning. Anestesilegen kontaktet derfor avdelingsoverlegen som foretok umiddelbar laparotomi med underbinding av arteria uterina bilat og B-Lynch sutur, og blødningen roet seg.

Klageren anfører at hun ikke fikk avviksmelding om dette tilfellet og først fikk høre om det i drøftingsmøtet i oktober 2009. Klageren forklarer at pasienten blødde mer enn vanlig etter keisersnittet. Kirurgen/urologen bedømte urinblæra, og i følge klageren var det ingen urinblære -skader. Kirurgen forlot deretter stedet. Klageren mener han skulle blitt slik at de sammen kunne hjulpet pasienten. Sammen med assistentlegen prøvde hun så å stoppe den atoniske blødningen. De ga medikamentell behandling, og for å unngå misforståelser ba hun jordmor kontakte sykehuset i Z for råd om aktuelle terapi mot atonisk blødning i Norge. Hun ga deretter behandling i tråd med de råd de fikk. Om natten fortsatte blødningen, det dreide seg om livet til pasienten. Klageren vurderte hysterektomi (fjerning av livmor), som hun hadde erfaring med fra Tyskland, som en siste utvei. Klageren ba da operasjonsgruppa tilkalle avdelingsoverlege G. Hun kunne ikke selv tilkalle

avdelingsoverlegen da hun sto helt steril i operasjonsklær. Avdelingsoverlegen utførte relaparatomy etter en metode som klageren ikke kjente til.

Etter nemndas vurdering viser klagerens håndtering av denne pasienten at hun mangler grunnleggende kunnskaper i hvordan atonisk blødning skal behandles etter fødsel. Alvorlig blødning etter fødsel forekommer hos 1-2 prosent av alle fødende. Atoni er årsak til 80-90 prosent av tilfellene og kan ubehandlet føre til blødningssjokk og død. Rask og adekvat behandling av tilstanden skal være grunnleggende kunnskap for leger som påtar seg vaktberedskap på fødeavdelinger. Slik behandling innebærer korrekt diagnostikk av årsak, væskebehandling, medikamentell behandling, uterusmassasje, tamponade og ulike former for kirurgisk behandling. Dosering av ulike typer uteruskontraherende behandling (sammentrekning av livmor) og algoritmen (flytskjema) for de ulike tiltak må være kjent. Det forventes at vakthavende lege innehar kunnskap og ferdigheter i karligatur og g B-Lynchsuturer, eller umiddelbart innhenter bistand fra mer erfaren lege. Nemnda legger til grunn at klageren tok initiativ til at anestesilegen skulle innkalle avdelingsoverlegen, slik hun har forklart, men dette skulle etter nemndas vurdering vært gjort på et tidligere tidspunkt i hendelsesforløpet og ikke med et så uttalt ønske om hysterektomi som siste utvei som det klageren foreslo. Etter nemndas vurdering var klagerens behandling av pasienten uforsvarlig.

Videre har nemnda vurdert om klageren i flere saker behersket ultralydsdiagnostikk. Dette gjelder pasientene J, K, L og M.

J, født 1976

Pasienten har i brev av 27. november 2007 til W sykehus klaget over den behandling hun ble utsatt for av klageren ved ultralydsundersøkelse 19. november 2007. Hun reagerte på at klageren ikke presenterte seg, og pasienten viste derfor ikke om hun var lege eller jordmor. Pasienten har et sykt barn fra tidligere og skulle derfor følges spesielt opp med hensyn til eventuelle misdannelser hos det barnet hun nå ventet. Pasienten mener klageren ikke helt forsto dette på grunn av språkproblemer. Da pasienten var på vei ut døra skal klageren ha sagt: «Jeg ser bare en arm men den har sikkert to armer.» Pasienten, som selv er lege, ble veldig oppskjørtet av dette og syntes det hele hadde vært en trist opplevelse.

Klageren opplyser at hun ikke husker denne saken så godt, siden hun ikke ble informert med en gang. Hun fikk først informasjon om den på drøftingsmøtet med arbeidsgiver.

Etter nemndas vurdering har klageren vist manglende forståelse for hvordan hun som lege bør presentere seg for pasientene, og hvordan hun skal informere pasienten om funn ved undersøkelsen. Ved senere ultralyd viste det seg ikke å være noen misdannelser ved barnet. Det er uheldig at pasienten opplevde at klageren hadde problemer med å kommunisere med henne.

K, født 1975

Pasienten har i brev av 8. april 2008 klaget over den behandling hun fikk av klageren ved ultralydsundersøkelse 13. februar 2008. Pasienten ventet tvillinger etter IVF behandling. Siden hun kanskje skulle føde på W var hun der til ultralyd, men var bosatt i U. Hun skriver at da hun og hennes samboer kom til ultralyd i februar ble de møtt av en jordmor/gynekolog som ikke snakker eller forstår særlig mye norsk. Dette førte til blant annet misforståelser med både termindato og hvorfor og hvordan undersøkelsen blir gjort. Pasienten sto igjen med mange ubesvarte spørsmål om tvillingsvangerskap. Hun bestemte seg for ikke å dra til W for flere undersøkelser fordi hun kunne risikere å treffe på samme person igjen, og det hadde hun ikke lyst til.

Klageren opplyser at hun ikke husker denne saken så godt, siden hun ikke ble informert med en gang, men førts fikk informasjon om den på drøftingsmøtet.

Etter nemndas vurdering har klageren ikke gitt pasienten den nødvendige informasjon som hun som gravid med tvillinger har krav på. Klagerens manglende språkkunnskaper har vært en årsak til dette. Videre er det uheldig at klageren ut fra ultralyd skal ha skapt uklarhet om termindato i et svangerskap etter IVF behandling. Av den fremlagte journal fra W fremgår kun notat fra 23. januar og 13. februar 2007. Nemnda finner å kunne legge til grunn at klagerens handlemåte ledet til at pasienten valgte å ikke motta videre oppfølging av svangerskapet ved W sykehus, hvilket er uheldig ved en ventet tvillingfødsel.

L, født 1971

Pasienten var henvist til sykehuset på grunn av mistanke om vekstretardasjon hos fosteret, og hun tok selv kontakt med sykehuset på grunn av en liten blødning natt til 25. februar 2008. I sin klage av 21. mars 2008 skriver pasienten at hun er misfornøyd med den behandling hun fikk av klageren ved undersøkelsen den 25.

februar 2008 og ved neste undersøkelse den 4. mars. 2008. Hun ønsket etter dette ikke flere undersøkelser hos klageren, og fikk da anledning til å gå til undersøkelse hos andre av sykehusets leger og jordmødre.

Ved ultralydundersøkelsen den 25. februar 2008 ble pasienten uvel fordi hun lå på rygg (vena cava syndrom), i følge pasienten lå hun i hvert fall i tre kvarter på rygg mens hun ble undersøkt. Pasienten skal ha gitt uttrykk for sitt ubehag, men fikk beskjed om å ligge i ro. Klageren skal ha reagert med sinne og gjorde ikke tiltak for å bedre pasientens symptomer. Klageren besluttet å foreta gynekologisk undersøkelse for å ta bakterielle prøver og cytologisk prøve. Pasienten fikk ikke informasjon om hvorfor dette skulle tas. Pasienten fikk beskjed om at barnet var lite, uten nærmere informasjon, noe som gjorde pasienten redd. Klageren skal ha sagt: «ikke bra - ikke bra, veldig lite barn - veldig lite barn». Da pasienten kom til neste kontroll på sykehuset uken etter, 4. mars 2008, gjentok det samme seg; pasienten fikk vena cava syndrom og informasjon om at barnet var lite. Ved senere kontroller hos annen lege viste det seg at barnet var normalt stort, og ved gjennomgang av journalen med annen lege viste det seg at det heller ikke fremgikk at det hadde vært noe galt ved de tidligere kontrollene.

Klageren husker ikke pasienten så godt. Pasienten var henvist på grunn av mistanke om vekstretardasjon. Etter ultralyd var hun gravid i 34 uke, klageren mente imidlertid pasienten var gravid i 32 uke og derfor var doppler-undersøkelse av navlestreng til barnet viktig fordi barnet var lite. Klageren måtte da kontrollere gjennomblødningen mellom navlestrengen til barnet og placenta. Hun prøvde å måle med doppler. Pasienten var urolig, og mumlet noen ord som klageren mistolket som «varm». Hun åpnet vinduet. Men det var umulig å måle med doppler fordi pasienten var urolig.

Etter ultralyd-kontrollen forklarte hun pasienten at barnet var litt mindre enn ultralydstermin, men at det ikke var farlig. Klageren sa til den gravide at barnet kanskje var normalt lite og forklarte at, som voksne, har også fostre individuell vekst.

Ved neste kontroll satt klageren sammen med jordmoren, og jordmoren påpekte da at klageren ved forrige undersøkelse ikke hadde forstått at pasienten hadde vena cava syndrom. Klageren mener jordmoren ikke skulle sagt dette så pasienten hørte det. Jordmor leste klagerens journalnotat høyt for pasienten og sa at det sto i journalen at pasienten var nervøs og at det var derfor klageren ikke kunne ta doppler. Klageren mener det er derfor pasienten er sint på henne og sendte en klage.

Nemnda ser at det har vært en uheldig kommunikasjon mellom pasienten og klageren og mellom klageren og det øvrige helsepersonellet. Dette er klagerens ansvar og kan ikke endre ved den faglige vurdering av hennes handlemåte. Etter nemndas syn har klageren vist manglende forståelse for hvordan vena cava syndrom skal forebygges og håndteres hos gravide, noe som er grunnleggende kunnskap hos en spesialist i gynekologi og fødselshjelp. Videre er det ikke tilrådelig å ta cytologisk prøve uten nærmere begrunnelse så sent i svangerskapet da det kan gi økt blødningsfare og det cytologiske svaret gir ingen mening. Når det gjelder måten informasjonen om mulig vekstretardasjon hos barnet ble formidlet på er det ulik oppfatning hos pasienten og klageren. Nemnda vil derfor kun påpeke at det er klageren som har ansvaret for å formidle informasjonen om avvik i fosterutviklingen på en korrekt måte og slik at pasienten får rett oppfølging og ikke blir unødvendig bekymret.

Klage fra jordmor N.

Jordmor N har i e-post av 13. mai 2008 til avdelingsjordmor O og avdelingsoverlege G opplyst at det har kommet flere klager på klageren. Hun mener dette nok i noen tilfeller kan skyldes språkproblemer. Den 20. februar var det åtte pasienter på ultralydpoliklinikken. Samtlige pasienter har på en eller annen måte gitt tilbakemelding på at de ikke forsto/ikke var fornøyd med konsultasjonen gjennomført av klageren. Den 27. februar skal det samme ha vært tilfelle.

N opplyser at klageren i flere svangerskapsjournaler «Partus» har skrevet avvik i fosteranatomi, selv om dette ikke er tilfellet, for eksempel står det «avvik-nyrer». Dette er journal som pasienten får med seg hjem.

Videre opplyser N at pasienten M hadde et stort myom (muskelknote i livmor) som kontrolleres ofte. Klageren har etter kontroll av pasienten 8. mai 2008 ikke beskrevet myomet, verken i svangerskapsjournalen eller i DIPS. Pasienten skal ha opplyst at klageren flyttet terminen til 14 dager senere, da hun fant et lite BPD-mål ved ultralyd i uke 33.

N har dessuten opplyst at pasienten K, nevnt ovenfor, hadde såpass dårlig erfaring med denne legen at hun ikke lenger vil gå til kontroll ved dette sykehuset eller føde sine tvillinger her.

N skriver at klageren er informert om nesten alle disse tilfellene, men at klageren sier hun har hatt dataproblemer i perioder.

Klageren husker heller ikke klagen fra jordmor N så nøye, da den først ble kjent for henne på drøftingsmøtet. Om registrering i svangerskapsjournalen «Partus» skriver klageren at første gang hun ble bedt om å gjøre ultralydbestemmelse på en pasient visste hun ikke hva partussystemet var og hvorledes hun skulle registrere resultatet der. I stede skrev hun en rapport, i DIPS format, hvor hun fortalte om resultatet. Hun ba N lære seg partussystemet, og fikk til svar at det ikke var hennes oppgave å lære en lege partussystemet, hun/klageren måtte lære dette av legekollega. Klageren kan ikke huske at hun har gjort en feil diagnose slik N har uttalt. Klageren hadde den gang bare arbeidet på sykehuset i ti måneder, og hadde ikke hatt noen slags veiledning.

Etter nemndas vurdering viser uttalelsen fra jordmor N at klageren mangler ferdigheter i ultralydsdiagnostikk ved at hun både fant fosteravvik som ikke var korrekt, at hun ikke oppdaget myom (eller beskrevet et allerede kjent myom), og at hun fastsatte/endret termin for sent i svangerskapet. Påvisning av avvik som ikke viser seg å være korrekte kan påføre pasienten unødvendig usikkerhet og utrygghet. Fastsetting av termin bør skje før uke 20, senere øker usikkerheten, og faststetting av termin så sent som i uke 33 gir så usikkert resultat at det ikke skal gjøres. I tillegg fremgår det at flere pasienter opplever at klageren har kommunikasjonsproblemer og dårlig språkkunnskap.

Nemnda har videre vurdert om klageren som vakthavende gynekolog på sykehuset, i telefonsamtale med legevaktslege/turnuslege, avviste å ta imot pasienten P på gynekologisk avdeling.

P, født 1994

Kommunelege Q i T sendte 27. mars 2008 en avviksmelding til W sykehus vedrørende de råd turnuslege R fikk av klageren ved behandling av pasienten P 24. mars 2008.

Klageren hadde vakt ved sykehusets gynekologiske avdeling da hun sent om kvelden ble oppringt av turnuslegen i legevakt om denne tretten år gamle pasienten med kraftig menstruasjonsblødning og symptomer på anemi. Pasienten hadde besvimt hjemme, Hb ble målt til 6,1 (blodprosent på 42). Turnuslegen ønsket råd om oppfølging og å diskutere muligheten for innleggelse W sykehus. I følge turnuslegen hadde klageren vanskelig for å forstå det som ble sagt, og hun var gjennom hele samtalen negativ til gynekologisk oppfølging i W. Klageren var i telefon opptatt av utvidede blodprøver for å kartlegge hvilken anemi som forelå. Turnuslegen spurte om råd angående eventuell blodoverføring og innleggelse i sykehus og ble da av klageren henvist til U sykehus for å få råd der. Pasienten ble deretter sendt i ambulansetil U.

Klageren har forklart at det var vanskelig for henne å orientere diagnostisk og terapeutisk, siden hun ikke kunne undersøke pasienten. Hun vurderte om pasientens anemiske tilstand kunne ha andre årsaker enn menstruasjon. Hun sa til legen at hvis pasienten blir transportert til W, ville det ta lang tid. Pasienten burde få en blodpose ved nærmeste sykehus og evt. terapi med Cyclokapron. Dagen etter skulle klageren undersøke henne på gynekologisk poliklinikk.

Klageren benekter at hun har nektet for å ta imot pasienten. Hun har ønsket å påpeke for vakthavende lege at dette kasus mest sannsynlig var et indremedisinsk/barnemedisinsk kasus, og at pasienten derfor burde innlegges ved en indremedisinsk/barnemedisinsk avdeling. Siden sykehuset i U lå i transportlinjen, kunne det være naturlig å ta kontakt dit. Dette var ment som et medisinsk råd og ikke som en avvisning.

Etter nemndas vurdering hadde denne pasienten klart behov for vurdering/innleggelse i en gynekologisk avdeling, fordi det åpenbart dreide seg om en gynekologisk lidelse. Det er ikke uvanlig at unge jenter har kraftig menstruasjonsblødning. Men i et tilfelle som dette, der pasienten besvimte og hadde Hb 6,1 er det god praksis å ta imot pasienten på gynekologisk avdeling. Kraftige blødninger kan ha årsaker som kan medføre at pasienten har behov for øyeblikkelig operativ gynekologisk behandling for å unngå alvorlig skade. Det kan også være aktuelt med akutt medikamentell behandling eller blodtransfusjon. Nemnda finner at klageren viste mangelfull faglig innsikt da hun avviste legevaktens anmodning om innleggelse/vurdering og i stedet henviste pasienten til medisinsk avdeling. Hendelsen avdekker også at det forelå betydelig kommunikasjonsproblem og mangler i klagerens språkkunnskaper da hun ikke var i stand til å motta informasjon fra turnuslegen/legevaktslegen.

Kommunikasjonsproblem/ språkproblem:

Språkproblemer og manglende trygghet har vært et sentralt tema i klagen fra pasientene J, K og L og fra jordmor N nevnt ovenfor. Også pasienten S har opplevd språkproblemer. Videre har kommunelegene Bb og Cc fortalt om pasienter som har opplevd språkproblemer i møte med klageren. Det foreligger også to avviksmeldinger fra henholdsvis anestesisykepleier og anestesilege som viser kommunikasjonsproblem. Nemnda har vurdert om klagerens kommunikasjon i disse tilfellene har vært forsvarlig.

S, født 1964

Pasientombudet i X har 4. september 2009 på vegne av pasienten klaget over den behandling hun fikk på W sykehus 24. november 2008. Avdelingsoverlege G har 24. september 2009 meldt saken etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 til Helsetilsynet i W. Han har også samme dag skrevet intern avviksmelding på sykehuset, identifikator 525140.

Pasienten kom fra Midtøsten til Norge i februar 2008 og snakker arabisk og kun litt engelsk. Pasienten ble operert for uterusprolaps (livmorfremfall) av klageren 24. november 2008. Pasienten trodde livmoren skulle løftes og det ble et sjokk for henne da hun etter operasjonen fikk høre av en arabisktalende venninne at livmoren var fjernet. Hun hevder hun ikke var informert om dette og at hun ikke ville samtykket til dette. Klageren vurderte pasienten poliklinisk 5. juni 2008 med en sykepleier som tolk da hun selv snakker lite engelsk. Også operasjonsdagen gikk kommunikasjonen på engelsk.

Klageren har anført at hun ikke hadde fått veiledning om sykehusets system med tolk før denne episoden. Hun snakker selv bare litt norsk og ikke engelsk. De gangene klageren snakket med pasienten var en sykepleier til stede som engelsk tolk. Pasienten hadde uterusprolaps (livmorfremfall) og klageren mener aktuell terapi da er vaginal fjerning av livmoren med fremre/bakre plastikk. Dette forklarte hun og sykepleier på engelsk til pasienten og viste henne anatomibilder om hvordan man skal operere henne. Klageren mener pasienten gjorde det klart at hun forsto det som ble sagt.

Etter nemndas syn var klagerens mangelfulle kommunikasjonsevner medvirkende til den misforståelse som oppsto. Hun burde ha forsikret seg om at pasienten forsto den informasjon som ble gitt, og rekkevidden av det inngrep som ble presentert for henne. Fjerning av livmoren er et irreversibelt inngrep som har stor betydning for en kvinne. For all helsehjelp er det viktig at pasienten er informert om inngrepets art og risiko slik at de kan gi et informert samtykke til den helsehjelp som gis. Det er legens ansvar å forsikre seg om at pasienten har forstått inngrepet, og det er særlig viktig når inngrepet er irreversibelt. I denne saken burde klageren vært oppmerksom på at engelsk heller ikke var pasientens hovedspråk, hun kunne bare litt engelsk, og når heller ikke klageren snakket engelsk ble det for mange ledd og for lett for pasienten bare å gi inntrykk av at hun forsto det som ble formidlet. Tolke til arabisk var derfor nødvendig.

Avviksmelding, identifikator 518485.

Avviket er skrevet 31. mars 2009 etter skriftlig melding fra kommunelege Bb som var blitt kontaktet av moren til en 18 år gammel kvinne som hadde vært til samtale for abort hos klageren 12. mars 2009. Kvinnen skulle ta abort i uke 5-6 og hadde vært til samtale og ultralyd hos klageren. Klageren mente at det burde gjøres medikamentell abort, og skal ha sagt «at hun ville bli opprevet innvendig i livmora og nesten ikke ville kunne få barn seinere eller at dette ville bli svært vanskelig» dersom hun valgte kirurgisk abort. Klageren skal også ha kommentert pasientens klær.

Klageren har anført at pasienten hadde skaffet seg informasjon om både medikamentell og kirurgisk abort før hun kom, og ønsket kirurgisk abort. Gynekologisk undersøkelse viste graviditet i 7. uke og klageren anbefalte medisinsk abort. Dette pga. tidlig graviditet og pasientens unge alder. Klageren og sykepleier informerte om fordeler og ulemper ved begge abortmetoder. Fordeler ved medisinsk abort er skåning av livmor, at man i fremtiden lettere kan få barn, det er mindre infeksjonsrisiko og man unngår risiko ved narkose. Klageren ba pasienten tenke seg om en halv time. Etter det var pasienten fortsatt bestemt på at hun skulle ha kirurgisk abort. Klageren uttaler at i tekstmeldingen jenta sendte til sin mor er det brukt ord og uttrykk som klageren ikke ville ha brukt.

Etter nemndas vurdering kan det ikke utelukkes at klagerens språkferdigheter kan ha hatt betydning for hva pasienten oppfattet i denne saken. For øvrig er det ikke mulig for nemnda nå i ettertid å ta stilling til hva som ble sagt i samtalen med pasienten, men det kan synes som klageren har benyttet en uheldig og lite respektfull kommunikasjonsform med en ung og særskilt sårbar pasient.

Avviksmelding, identifikator 519130.

Avvik skrevet 17. april 2009 etter e-post av 13. mars 2009 fra kommunelege Cc som informerte om at han i dag igjen hadde en pasient som kun hadde bestilt time fordi hun kviet seg til kontroll på gynekologisk poliklinikk pga manglende norskkunnskaper/språkforståelse hos erfaren kvinnelig gynekolog.

Klageren husker ikke denne hendelsen siden hun ikke ble informert om den med en gang, men først ved drøftingsmøtet.

Etter nemndas syn er det uheldig om pasienter opplever språkproblemene så belastende at de kvier seg for å møte klageren på sykehusets poliklinikk. I verste fall kan dette få som konsekvens at pasienter ikke får nødvendig helsehjelp.

Avviksmelding, identifikator 519133.

Avviket er skrevet 17. april 2009 etter e-post av 30. mars 2009 fra kommunelege Bb om at han fra klageren hadde mottatt et poliklinisk notat om en pasient han hadde henvist til gynekologisk poliklinikk. Notatet inneholdt ikke opplysninger, for eksempel om graviditet, som var i samsvar med den pasienten han henviste, og han mistenker forbyting av pasientopplysninger. Kommunelegen opplyser også at han fortsatt er noe bekymret for kommunikasjonsvanskene i forhold til aktuelle lege som behersker det norske språk dårlig og som pasientene har store problemer med å forstå.

Klageren har ikke kommentert denne hendelsen.

Etter nemndas syn er det meget uheldig om språkproblemene har ført til forveksling av pasientopplysninger.

Avviksmelding, identifikator 514432.

Avviket ble meldt av anestesisykepleier 12. januar 2009, og gjelder en hendelse samme dag.

Det fremgår av meldingen at pasienten også ønsket å fjerne ovariene (eggstokkene) i forbindelse med en gynekologisk operasjon. Klageren som behandlende lege hadde ikke oppfattet dette, og hun måtte tilkalles umiddelbart før operasjon for å avklare med pasienten hvilket inngrep som skulle utføres.

Klageren husker ikke denne pasienten siden hun ikke fikk informasjon med en gang, men først på drøftingsmøtet.

Etter nemndas vurdering viser dette en mangelfull kommunikasjon mellom pasienten og klageren før operasjonen. Pasienten var således ikke informert om hvilken helsehjelp som var planlagt, og klageren hadde ikke oppfattet hvilken helsehjelp pasienten hadde samtykket til. Den informasjon som er gitt og de avtaler som er gjort bør fremgå av journalen.

Avviksmelding, identifikator 519656.

Avviket er skrevet 30. april 2009 etter rapport fra anestesilege I datert 19. april 2009. Meldingen gjelder to hendelser henholdsvis 30. og 31. mars 2009 (pasienten E nevnt ovenfor).

Hendelsen 30. mars 2009 gjelder en pasient som blødde etter fødsel. Pasienten hadde tegn på blødningssjokk, men i følge anestesilegen gjorde klageren ingen tiltak i form av væskesubstitusjon. Pasienten ble senere meldt til utskrapning på grunn av vedvarende blødning. I følge anestesilegen ga klageren ikke nødvendige opplysninger om pasientens tilstand. Det fremgår også at han gjennom hendelsen ikke kunne kommunisere ordentlig med klageren.

Klageren har uttalt at det var en voldsom blødning etter fødselen, og hun mistenkte atonisk blødning. Hun informerte anestesilegen om dette straks og hun (klageren) la urinkateter på pasienten. Det er ikke mulig for henne som gynekolog å konsentrere seg om pasientens kretsløp og blødningens årsak samtidig. Etter at hun informerte anestesilegen konsentrerte hun seg bare om blødningens årsak. Hun ga Cytotec tabletter og Syntocinondrypp, tilstanden forbedret seg litt og pasienten hadde ikke kretsløpsjokk. Blødningen fortsatte og de foretok revisio (utskrapning) på operasjonstua. Det var en alvorlig situasjon og klageren trengte hjelp. Operasjonssykepleier behersket ikke kompresjon av livmor og de hadde ikke Prostinfenem på operasjonstua, og klageren ba da anestesilegen ringe etter hjelp fra fødestua. Han var ikke villig til det. Klageren fikk deretter hjelp fra annen lege som ga Prostinfenem, behersket kompresjon av livmor og blødningen stoppet.

Etter nemndas syn er denne saken ikke tilstrekkelig opplyst til at nemnda kan ta stilling til den medisinske behandlingen, da det ikke er fremlagt journaler fra behandlingen. Anestesilegens rapport tyder imidlertid på at klageren ikke kommuniserer godt nok i akutte situasjoner, og at hun ikke reagerer med adekvate tiltak ved akutt postpartumblødning.

Samlet vurdering

Klagerens faglige kompetanse har vist seg mangelfull ved et planlagt keisersnitt, ved håndteringen av avvikende postoperative forløp og ved behandlingen av atonisk blødning. Kunnskaper innen disse områder er grunnleggende for en gynekolog, og det kan få alvorlige følger for pasienten dersom legen ikke er faglig oppdatert og iverksetter de nødvendige tiltak. Klageren er ikke faglig oppdatert på disse områdene, og hennes behandling av de aktuelle pasientene nevnt ovenfor er etter nemndas vurdering faglig uforsvarlig.

Videre vil nemnda understreke at operative inngrep som regel er irreversible, og at det i forkant av slike inngrep derfor er svært viktig at pasienten får informasjon om inngrepets art og konsekvens. Nemnda finner det svært alvorlig og urovekkende at klageren har forsømt seg mot sin plikt etter helsepersonelloven § 10 til å gi

pasienten tilstrekkelig informasjon før fjerning av livmor ble gjennomført. Også hendelsen der klageren ble tilkalt rett før operasjon for å bli enig med pasienten om hvilket inngrep som skulle gjøres (fjerning av eggstokkene) viser manglende informasjon.

Nemnda legger til også til grunn at klageren viste mangelfull faglig innsikt da hun i telefonsamtale med legevaktlege avviste å ta imot en pasient som hadde kraftig menstruasjonsblødning.

Videre har klageren i flere saker vist at hun ikke behersker ultralyddiagnostikk. Gravide som er til ultralydsdiagnostikk er urolige for hva som avdekkes, og det forventes at undersøkelsen utføres på en omsorgsfull og nøyaktig måte, og at pasienten blir informert om funn på en hensynsfull og korrekt måte. Det er også tegn på mangelfull faglig kompetanse når klageren fastsetter/ender termin i uke 33, ikke klarer å identifiserer fosterets ekstremiteter ved ultralydsundersøkelsen og heller ikke forebygger/reagerer på vena cava syndrom. Dette er grunnleggende kompetanse for en gynekolog.

Det foreligger således flere tilfeller av fødselshjelp/gynekologi der klager har vist betydelig avvik i forhold til det som er forventet av en spesialist i fødselshjelp og gynekologi. Nemnda har kommet til at de faglige feilene som er gjort av klager samlet sett innebærer at det foreligger uforsvarlig virksomhet og grov mangel på faglig innsikt.

Nemnda finner videre grunn til å fremheve at gode kommunikasjonsferdigheter og god samtaleteknikk er en forutsetning for at en lege kan gi en forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp og ivareta kravet til pasientinformasjon. Klarlegging av pasientens sykehistorie er avgjørende for at legen kan komme frem til riktig diagnose og følge opp effekten av den behandling som gis. I en behandlingssituasjon er det legen som har ansvaret for relasjonen mellom lege og pasient er god. Pasienten har krav på trygghet i behandlingssituasjonen, og en slik trygghet er blant annet avhengig av at legen opptrer profesjonelt og er tydelig i sin kommunikasjon med pasienten. Som gynekolog har klageren pasienter som er i en sårbar situasjon, og det er da særlig behov for at kommunikasjonen oppleves trygg og tillitvekkende.

Språkproblemer og manglende trygghet har vært et sentralt tema i klagen fra flere av pasientene. Også en jordmor og to kommuneleger har fortalt om pasienter som har opplevd språkproblemer i møte med klageren. Omfanget og innholdet av de mange klagen vitner etter nemndas vurdering om betydelig svikt i klagerens evne til å kommunisere med pasienter og samarbeidende helsepersonell. Språkproblemene har i noen tilfelle åpenbart medført en belastning for pasientene, for eksempel ved at de heller har valgt annen behandling på et annet sykehus enn fortsatt behandling hos klageren.

Klageren har fått omfattende opplæring i norsk, både skriftlig og muntlig, og dette ble intensivert i den perioden tilsynssaken gjelder. Det er ikke noe krav om språkkunnskaper for å få autorisasjon som helsepersonell i Norge, men helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner jf. helsepersonelloven § 4 annet ledd. Ettersom gode kommunikasjonsferdigheter er en forutsetning for å kunne gi forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp ligger det etter nemndas syn i dette også et krav om å innrette seg i tråd med sine språklige kvalifikasjoner. Ulik virksomhetsutøvelse vil kreve ulike språkkunnskaper. Pasientrettet virksomhet krever stor grad av språklige kvalifikasjoner for å kunne diagnostisere riktig, gi korrekt behandling og gi nødvendig informasjon til pasientene. Etter nemndas vurdering er klagerens virksomhet som lege uforsvarlig også på grunn av svært omfattende språkproblemer og kommunikasjonsvansker samt mangelfull informasjon til pasientene.

Nemnda finner at vilkårene for tilbakekall av klagerens autorisasjon er til stede jf helsepersonelloven § 57, da hun har utvist grov mangel på faglig innsikt og drevet faglig uforsvarlig virksomhet.

I de tilfeller vilkårene for tilbakekall anses oppfylt, må det også foretas en vurdering av om autorisasjonen *skal* tilbakekalles.

Tilbakekall av autorisasjon er et inngripende virkemiddel som innebærer at klageren ikke kan arbeide eller titulere seg som lege eller gynekolog. Hensynet til klageren kan imidlertid ikke oppveie for de sterke offentlige hensyn som tilsier at autorisasjonen skal tilbakekalles. Nemnda viser til at det er hensynet til tillit og kvalitet i helsevesenet som er det sentrale, og ikke hensynet til det enkelte helsepersonell. Klageren har ikke behersket ordinære og rutinepregede arbeidsoppgaver innen faget, og hun har ikke tatt konsekvensene av sine mangelfulle språkferdigheter og kommunikasjonens betydning for forsvarligheten i hennes yrkesutøvelse. Hun har heller ikke vist evne til å forbedre disse manglene.

Ut fra alvorligheten i og omfanget av de faglige feil klageren har begått, hennes språkproblem og manglende evne til å kommunisere med pasienter og kolleger på en forsvarlig måte samt manglende samarbeidsevne, er det

etter nemndas vurdering nødvendig å tilbakekalle hennes autorisasjon som lege. En begrenset autorisasjon anses ikke tilstrekkelig. Nemnda kan ikke se at dette er et uforholdsmessig inngrep.

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