

## Frostating lagmannsrett - LF-2012-18301

Instans	Frostating lagmannsrett - Dom
Dato	2013-03-08
Publisert	LF-2012-18301
Stikkord	Helsepersonelloven § 57 og § 59a - tilbakekalling av spesialistgodkjenning og begrensning av autorisasjon som lege.
Sammendrag	Utenlandsk lege med norsk godkjenning som spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, fikk etter tilsynssak, spesialistgodkjenningen tilbakekalt og autorisasjonen som lege begrenset av Statens helsepersonellnemnd da hun ble funnet «uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig» på grunn av «grov mangel på faglig innsikt» og «uforsvarlig virksomhet», jf. helsepersonelloven § 57. Tingretten frifant Staten v/Statens helsepersonellnemnd og lagmannsretten forkastet legens anke.
Saksgang	Sør-Trøndelag tingrett TSTRO-2011-53423 - Frostating lagmannsrett LF-2012-18301 (12-018301ASD-FROS).
Parter	A (advokat Thomas Ørnulf Helgesen) mot Statens Helsepersonellnemnd (advokat Erik Bratterud).
Forfatter	Førstelagmann Aage Rundberget. Lagdommer Randi Grøndalen. Ekstraordinær lagdommer Guri Grønflaten. Meddommere: Overlege Ottar Kåre Rekkedal, overlege Knut Tom Hordnes.

---

Saken gjelder gyldigheten av vedtak om tilbaketrekking av godkjenning som spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, jf. helsepersonelloven § 57 og om begrensning i legeautorisasjon etter samme lovs § 59a.

Ankende part, A fikk ved Statens helsetilsyns vedtak 7. juli 2009 sin godkjenning som spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer tilbakekalt. Hennes autorisasjon som lege ble i samme vedtak tilsvarende begrenset.

Helsetilsynets vedtak har følgende ordlyd:

*«Statens helsetilsyn har vedtatt å tilbakekalle din godkjenning som spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer i medhold av helsepersonelloven § 57.*

*Statens helsetilsyn har videre i medhold av helsepersonelloven § 59 a vedtatt å pålegge deg følgende begrensninger i din autorisasjon som lege:*

- Ikke ha selvstendige vakter på fødeavdeling eller utføre operative inngrep uten at det er en godkjent spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer tilstede under inngrepet*
- Statens helsetilsyn skal til enhver tid være kjent med hvilke arbeidsgivere du har*
- Den pålagte begrensning i din autorisasjon som lege må gjøres kjent for nåværende og senere arbeidsgivere*
- Arbeidsgiver må akseptere de pålagte begrensninger og være ansvarlig for å rapportere til Statens helsetilsyn dersom du ikke overholder begrensningen. Din(e) arbeidsgiver(e) må skriftlig bekrefte overfor Statens helsetilsyn at de er kjent med begrensningene i din yrkesutøvelse.*

*... ..»*

Etter klage og forgjeves anmodning om oppsettende virkning, fattet Statens helsepersonellnemnd den 21. september 2010 enstemmig vedtak hvorved Statens helsetilsyns vedtak av 7. juli 2009 ble stadfestet.

Ved stevning til Sør-Trøndelag tingrett 23. mars 2011 reiste A sak mot Statens helsepersonellnemnd med krav om at spesialistgodkjenningen ikke skulle tilbakekalles og at legeautorisasjonen ikke skulle begrenses, subsidiært at Statens helsepersonellnemnds vedtak av 21. september 2010 skulle kjennes ugyldig.

Sør-Trøndelag tingrett, som for anledningen var satt med fagkyndige meddommere, avsa 2. desember 2011 enstemmig dom med slik domsslutning:

- 1. Staten frifinnes.*
- 2. Partene bærer egne sakskostnader.*

A har anket tingrettens dom til Frostating lagmannsrett og Staten v/Statens helsepersonellnemnd har tatt til motmæle. Som for tingretten krevde A også i anken realitetsavgjørelse for at spesialistgodkjenningen ikke skulle tilbakekalles og at legeautorisasjonen ikke skulle undergis noen begrensninger, subsidiært at Statens helsepersonellnemnds vedtak skulle kjennes ugyldig. Under ankeforhandlingen, med henvisning til Høyesteretts plenumsavgjørelse inntatt i Rt-2012-1985, frafalt A kravet om realitetsavgjørelse og tilkjennega enighet med statens prosessfullmektig om at faktum på tidspunktet for Helsepersonellnemndas vedtak - 21. september 2010 - skal legges til grunn ved lagmannsrettens prøving av vedtakets gyldighet.

Når det gjelder sakens bakgrunn og utvikling fram mot stevning, gjengis fra tingrettens dom:

*«Saksøkeren A (f. 0.0.1954) er utdannet lege fra --- [land i Europa. Lovdatas anm.] i 1978. I perioden frem til 1985 gjennomførte hun sin utdanning som spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer ved sykehus i ---. Siden har hun, etter det hun opplyser, arbeidet som overlege ved det samme sykehuset og et annet sykehus frem til juni 1992. De neste ni årene arbeidet A i egen privat praksis.*

*A flyttet til Norge i 2001, og fikk norsk autorisasjon som lege i november 2001. I februar 2002 ble hun godkjent som spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Hun ble ansatt som overlege ved Sykehus 1 (fra januar 2004 en del av sykehus 2) i november 2001, og ble fast ansatt etter en prøvetid på seks måneder. Der arbeidet hun sammen med én annen overlege med samme spesialitet, dr. B, frem til mai 2005.*

*...*

*...*

I april 2005 gjorde avdelingsledelsen ved Kvinneklubben Sykehus 2 en vurdering av As yrkesutøvelse. Det ble foretatt en gjennomgang av pasientjournaler hvor hun var ansvarshavende lege. Bakgrunnen var bekymringsmeldinger fra andre ansatte ved avdelingen. Det ble i den forbindelse holdt et ledermøte den 19. april 2005, hvor C, jordmor og avdelingsleder ved føde/gyn avdeling Sykehus 4, D, klinikkssjef, E, seksjonsoverlege (obstetikk), og F, seksjonsoverlege (gynekologi) var til stede. A selv deltok ikke. I referat fra møtet er i alt 26 pasientsaker gjennomgått. I tillegg er det generelle merknader vedrørende As journalføringsmetode og samarbeidsevne. Konklusjonen var at «særskilte tiltak måtte settes inn».

I begynnelsen av mai samme år ble A informert om at hun måtte gjennomføre kompetansehevede tiltak. Konkret skulle hun tjenestegjøre i seks måneder på Kvinneklubben Sykehus 2 på X, likt fordelt i tid på henholdsvis gynekologi og obstetikk. Oppholdet varte fra 9. mai til 27. oktober 2005.

Det foreligger to referater fra veiledersamtale i løpet av oppholdet. I den siste veiledersamtalen, som fant sted den 27. oktober 2005 mellom A, E og F, sies det i referatet at «de to overlegene er i tvil om A er faglig kompetent til å ha eneansvar for vanskelige fødsler og vanskelige operasjoner ved Sykehus 1». I møte 3. november 2005 besluttet ledelsen ved Kvinneklubben at A ikke skal ha selvstendig ansvarshavende vakt ved gynekologisk- og fødeavdeling, og at hun ikke skal ha selvstendig ansvar for gynekologiske og obstetriske inngrep. For fullt ansvar ble det satt betingelse om at A må gjennomføre «minst et års tjeneste i primærvaktskiktet ved Kvinneklubben Sykehus 2 på X» (udatert møtereferat).

A gjennomførte ny hospiteringsperiode fra 27. mars 2006 til 27. april 2007. Hun var et halvt år på henholdsvis fødeavdeling og gynekologisk avdeling. Det foreligger kun ett referat fra evalueringsmøte, som ble holdt den 15. januar 2007. Seksjonsoverlege G (fødeavdelingen) gav følgende vurdering:

- det er ingen direkte kritikkverdige forhold å påpeke overfor A.
- A viser en holdning for tjenesten som; korrigerer sitt arbeid etter veiledning, ydmyk for
- de arbeidsoppgaver og utfordringer som dukker opp ved fødeavdelingen
- viser stor arbeidskapasitet
- nødvendig å videreutvikle større grad av selvstendighet i arbeidssituasjonene
- trenger mer tjenestetid i fødeavd. før hun vil være kompetent til å ha eget ansvar som vakthavende overlege ved en fødeavdeling av Sykehus 2s størrelse

Seksjonsoverlege H gav slik (foreløpig) vurdering:

- A viser stor arbeidsvilje
- A er kunnskapsrik
- A har ikke vist tilstrekkelig evne til å korrigere sitt arbeid etter tilbakemeldinger fra overordnede (...)

Ved sluttevaluering den 14. mai 2007 var konklusjonen at A ikke skal fortsette som overlege med selvstendig vaktansvar. Følgen av dette var at hun måtte ha bakvakt tilgjengelig ved vaktjeneste utenom ordinær dagtjenestetid. I tillegg ble det bestemt at ved laparoskopiske inngrep skal annen gynekologisk overlege alltid være til stede under inngrepet; og ytterligere at A ikke skal utføre såkalt TVT-operasjoner.

Den 30. oktober 2007 ble As ansvarsområde ytterligere begrenset, til bare poliklinisk arbeid, etter beslutning av klinikkssjef F. Bakgrunnen var to tilfeller de tre siste månedene hvor A skal ha utvist «mangelfull medisinsk faglig vurdering ved operasjon og operativ forløsning.» Det ene tilfellet dreide seg om en vakuumbforløsning som tok for lang tid. Det andre gjaldt utføring av laparoskopisk kirurgi på egen hånd, i strid med tidligere instruks.

Forut for beslutningen om ytterligere begrensnings i As ansvarsområde, tok klinikkssjefen kontakt med fylkeslegen for å informere om situasjonen. Dette ledet til en tilsynssak mot A, hvis endelige vedtak er tvistegenstand i denne saken.

Parallelt med tilsynssaken søkte A stilling ved Sykehus 3. Hun sa opp ved Sykehus 2 og arbeidet i et vikariat som overlege ved Gynekologisk avdeling fra 13. mai 2008 til 31. desember 2009. Fra 7. juli 2009 arbeidet hun med begrensninger i yrkesutøvelsen som følge av vedtak fra Helsetilsynet, jf. nedenfor.

...

...

*Når det gjelder tilsynssaken, så ble saken oversendt fra fylkeslegen og til Statens helsetilsyn den 14. mars 2008. Fylkeslegen anmodet i sin oversendelse om at Helsetilsynet foretar «en formell kompetansevurdering samt eventuell vurdering ut ifra et systemperspektiv».*

...

...

*Gjennomgangen av de 26 pasientsakene som avdelingsledelsen tidligere hadde sett på, jf. ovenfor, fulgte som vedlegg til Helsetilsynet. Etter noe avskalling dannet disse det primære grunnlaget for tilsynets vurdering. Statens helsetilsyn ba i mandat av 21. august 2008 om at daværende seksjonsoverlege Lars T. Johansen ved Sykehuset i Vestfold HF, Kvinneklinikken, avgir en sakkyndig uttalelse i saken. Det ble bedt om en faglig vurdering av om A har handlet i tråd med god praksis, en beskrivelse av eventuelle avvik og graden av avvik samt risikoen for pasienten. Endelig ble det bedt om en vurdering av om A bør kunne ha selvstendig overlegeansvar.*

*Uttalelsen forelå den 18. oktober 2008. Johansen gikk gjennom i alt 17 pasientsaker (en sak ble ved en glipp utelatt). Johansen konkluderte med at A «ikke oppfyller dagens krav til en fullgod spesialist innen faget» og at hun «ikke kan ha en overordnet stilling på en gynekologisk/obstetrisk avdeling».*

*A ga merknader til den sakkyndige rapporten i brev av 1. desember 2008. Hun har forklart at dette er første gang at hun ble konfrontert med innholdet i enkeltsakene. Gjennomgående er hun kritisk til den sakkyndiges vurderinger, og viser bl.a. til at den sakkyndiges vurderinger baserer seg på saksfremstilling fra Sykehus 2 som etter hennes oppfatning ikke er riktig.*

*Statens helsetilsyn traff den 7. juli 2009 vedtak om å tilbakekalle As godkjenning som spesialist. Begrunnelsen for vedtaket var at A har drevet uforsvarlig virksomhet og vist grov mangel på faglig innsikt. I tillegg ble hun pålagt begrensninger i autorisasjonen som lege, bl.a. at hun ikke kan ha selvstendige vakter på fødeavdeling eller utføre operative inngrep uten at det er godkjent spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer tilstede under inngrepet.*

*A klaget vedtaket inn til Statens helsepersonellnemnd den 23. juli 2009. I den forberedende klagesaksbehandlingen fant ikke Helsetilsynet grunn til å endre sitt vedtak, og oversendte klagen til nemnda den 24. november 2009. Verken tilsyn eller nemnd fant grunn til å gi vedtaket oppsettende virkning.*

*I forbindelse med klagebehandlingen ble det avholdt et møte mellom nemnda og A og hennes advokat. På bakgrunn av bl.a. opplysninger som der fremkom om As siste arbeidsforhold ved Sykehus 3, besluttet nemnda at As kompetanse skulle utredes ytterligere av Helsetilsynet, og med utgangspunkt i et nåtidsperspektiv. Helsetilsynet fant ikke grunn til å omgjøre sitt vedtak, og oversendte saken på ny til nemnda den 12. august 2010.*

*A ved sin advokat ga merknader til Helsetilsynets siste oversendelsesbrev, og det ble holdt nemndsmøte som telefonkonferanse den 21. september 2010, hvor A og hennes advokat deltok. I vedtak av samme dato stadfestet Helsepersonellnemnda vedtaket fra Helsetilsynet.»*

...

I lagmannsrettens premisser vil enkeltheter i tingrettens redegjørelse bli utdypet og kommentert.

Ankeforhandling fant sted i Trondheim over fire, til dels lange, rettsdager 11. - 14. februar 2013. Lagmannsretten var for anledningen satt med fagkyndige meddommere, en overlege med erfaring fra gruppe I-sykehus og en med erfaring fra gruppe II-sykehus.

A ga partsforklaring og det ble hørt til sammen 13 vitner, hvorav ett over telefon. Som følge av As frafall av kravet om realitetsavgjørelse og enighet med staten i spørsmålet om tidspunkt for faktumvurderingen, frafalt A bevisførsel om sin faglige virksomhet i tiden etter september 2010. (Hun arbeider nå som lege i ---, hvor hun opplyser å ha gjennomført relevante, kompetansehevende kurs.)

Det vises for øvrig til rettsboka.

A har i det vesentlige gjort gjeldende:

Lagmannsretten kan prøve alle sider av saken herunder hensiktsmessighetsskjønnet. Det forhold at helsepersonellnemnda var sammensatt uten kompetanse på det spesialistområdet saken gjelder, og vedtakets inngripende karakter, tilsier høy prøvingsintensitet.

A mener det hefter feil med forvaltningens saksbehandling. Det er forvaltningens ansvar å utrede og belyse saken før vedtak treffes. Feilene er såpass graverende at det ikke er gitt at saken har vært eller vil bli tilstrekkelig belyst i retten.

Når det gjelder realiteten mener A at vilkårene for tilbakekall av spesialistgodkjenningen og begrensning av hennes autorisasjon som lege ikke var oppfylt på vedtakstidspunktet. A var ikke og er ikke *«uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig på grunn av (...) grov mangel på faglig innsikt og uforsvarlig virksomhet»*.

Pasientsakene som lå til grunn for vedtaket var ikke tilstrekkelig kritikkverdige verken enkeltvis eller samlet. Helsepersonellnemnda har vurdert flere av sakene for strengt og/eller lagt til grunn for streng norm. Det er ikke grunnlag for å trekke en slutning ut fra enkeltsakene om at hun driver uforsvarlig eller mangler faglig innsikt innen obstetrikk og/eller gynekologi.

Pasientsakene som ligger til grunn for vedtaket ligger flere år tilbake i tid, i hovedsak fra årene 2002, 2003, 2004 og 2005. Komplikasjonsfrekvensen har i alle tilfelle gått ned betydelig siden 2005, og det er ikke påvist at hun ikke behersker det hun tidligere er blitt kritisert for. Det er ikke dokumentert eller påstått at A skal ha utført uforsvarlige eller kritikkverdige gynekologiske inngrep eller forløsninger under hospiteringene på Sykehus 2.

A har vist evne til å reflektere over sin egen praksis og kompetanse. Hun erkjenner sine begrensninger og har innrettet sin praksis etter dette, herunder ved å utføre færre inngrep og ved å selekere visse typer inngrep til andre.

Vedtaket om tilbakekall er uansett en uforholdsmessig streng reaksjon som går lenger enn nødvendig for formålet.

A har nedlagt slik endelig påstand:

1. Statens Helsepersonellnemnds vedtak av 21.09.10 om tilbakekall av As godkjenning som spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer er ugyldig.
2. Statens Helsepersonellnemnds vedtak av 21.09.10 om begrensninger i As autorisasjon som lege er ugyldig.
3. A tilkjennes sakskostnader for tingretten og lagmannsretten (herunder rettsgebyrer, utgifter til fagkyndige meddommere, vitner mv).

Staten v/Statens helsepersonellnemnd har i det vesentlige gjort gjeldende:

Statens helsepersonellnemnds vedtak av 21. september 2010 er gyldig og tingrettens dom er i hovedsak riktig.

Lagmannsretten kan prøve alle sider ved saken, jf. helsepersonelloven § 71. Det er de faktiske forholdene på vedtakstidspunktet som er relevante for vurderingen av vedtakets gyldighet.

Vilkårene for tilbakekall av As spesialistgodkjenning var oppfylt på vedtakstidspunktet. A var *«uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig på grunn av (...) grov mangel på faglig innsikt og uforsvarlig virksomhet»*, jf. helsepersonelloven § 57. Vurderingen bygger på erfaringer med As arbeid siden 2002, særlig de 17 pasientsakene som er omhandlet i tingrettens dom.

A har over en lang periode vist manglende kunnskaper og ferdigheter innenfor sentrale områder av spesialiteten. Hun har heller ikke vist tilstrekkelig innsikt i egne begrensninger og evne til kompetanseheving. Feilene som er begått har hatt alvorlige følger for pasientene.

Som for spesialistgodkjenningen var vilkårene for å begrense As autorisasjon som lege oppfylt på vedtakstidspunktet.

Staten mener det ikke hefter feil ved forvaltningens eller tingrettens saksbehandling. Saken har vært tilstrekkelig opplyst og eventuelle feil kan uansett ikke ha påvirket resultatet i tingretten.

Staten v/Statens helsepersonellnemnd har nedlagt slik påstand:

1. Anken forkastes.
2. Staten v/Statens helsepersonellnemnd tilkjennes sakskostnader for tingretten og lagmannsretten.

**Lagmannsretten** er kommet til samme resultat som tingretten.

I likhet med tingretten vil lagmannsretten ved vurderingen av As faglige virksomhet begrense seg til de 17 pasientsakene som - enkeltvis og samlet - lå til grunn for helsepersonellnemndas vedtak. Sakene har, som i tingretten, blitt gjennomgått enkeltvis under ankeforhandlingen og belyst gjennom dokumenterte pasientjournaler og vitneforklaringer.

Lagmannsretten vil først presisere de rettslige utgangspunkt for saken og deretter kommentere enkelte sider ved introduksjon, oppfølging og evaluering av As ved Sykehus 1 og Sykehus 2 - Kvinneklinikken, samt hennes praksis ved Sykehus 3.

*Det rettslige utgangspunkt.*

Helsepersonelloven (lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr 64) har som formål «å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten, jf. § 1. Hovedfokus er med andre ord pasientsikkerheten, og loven har derfor flere bestemmelser som setter krav til helsepersonells kompetanse og yrkesutøvelse. Helsepersonellens rettigheter som arbeidstakere er i hovedsak regulert på vanlig måte i arbeidsmiljøloven samt i generelle og profesjonsspesifikke tariff- og arbeidsavtaler.

Kravet til helsepersonells yrkesutøvelse er tuftet på et forsvarlighetskriterium i lovens § 4, som lyder:

*«Helsepersonell skal 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.*

*Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell ...»*

Kjernen i forsvarlighetsvurderingen vil være en medisinskfaglig vurdering av hva som innenfor den enkelte spesialitet legges til grunn som omforent standard for god profesjonsutøvelse. Det følger derav at kravet til faglig forsvarlighet vil være undergitt endring i tid og rom som følge av den medisinsktekniske utvikling, generell kompetanseheving og andre mer situasjonsbestemte forhold som nødvendigvis må hensynstas.

Etter helsepersonelloven § 57 første ledd kan Statens helsetilsyn

*«kalle tilbake autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning dersom innehaveren er uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig på grunn av alvorlig sinnslidelse, psykisk eller fysisk svekkelse, langt fravær fra yrket, bruk av alkohol, narkotika eller midler med lignende virkning, grov mangel på faglig innsikt, uforsvarlig virksomhet, grove pliktbrudd etter denne lov eller bestemmelse gitt i medhold av den, eller på grunn av atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen».*

Ved spørsmål om tilbakekall av spesialistgodkjenning og/eller begrensning i legeautorisasjonen, vil forsvarlighetsvurderingen måtte bero på en bedømmelse av helsepersonellens handlemåte og profesjonelle adferd over et visst tidsrom. Den *rettslige* vurderingen som skal foretas etter helsepersonelloven § 57, må følgelig bygge på en kompetent medisinskfaglig vurdering med utgangspunkt i forsvarlighetskravet etter § 4 og de mer spesifikke grunnlag for tilbakekall som er oppregnet i helsepersonelloven § 57 første ledd.

Helsetilsynet og helsepersonellnemnda begrunnet vedtaket om tilbakekall av spesialistgodkjenningen med at A, på vedtakstidspunktet, var uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig på grunn av «... grov mangel på faglig innsikt» ... og «uforsvarlig virksomhet...». Den samme vurderingen av faktum ga grunnlag for begrensning av As legeautorisasjon etter helsepersonelloven § 59a.

Det er ikke uenighet mellom partene om det rettslige utgangspunkt for lagmannsrettens avgjørelse. Videre har A under ankeforhandlingen sagt seg enig i at det ved domstolsprøvingen av foreliggende forvaltningsvedtak er det faktum på vedtakstidspunktet 21. september 2010 som skal legges til grunn.

Det er endelig slik at retten, etter helsepersonelloven § 71, kan prøve alle sider av saken. A har i tilknytning til det siste anført at «*vedtakets inngripende karakter tilsier høy prøvingsintensitet*». Det er i den forbindelse vist til at helsepersonellnemnda var sammensatt uten kompetanse på det spesialistområdet saken gjelder.

Uten å ta stilling til As merknad om helsepersonellnemndas sammensetning i saken, bemerker lagmannsretten at As anførsel er imøtekommet for så vidt som både tingretten og lagmannsretten har vært satt med fagkyndige meddommere med den spesialistkompetansen som A hevder at helsepersonellnemnda manglet.

Saken gjelder *ikke* en arbeidsrettslig tvist om oppsigelse eller avskjed av A. At tilbakekall av spesialistgodkjenning og begrensnings i legeautorisasjon et stykke på vei kan ha samme virkning for A som en oppsigelse er en annen sak. Sakens arbeidsrettslige sider er med andre ord ikke tema for lagmannsretten og vil derfor ikke bli kommentert utover det som anses relevant ved vurderingen av As forhold holdt opp mot helsepersonellovens krav til egnethet, faglig innsikt og forsvarlig yrkesutøvelse.

### *Introduksjon og oppfølging ved Sykehus 1.*

A kom til Sykehus 1 mens sykehuset fremdeles var en selvstendig institusjon med driftsavtale med Helseforetaket/Sykehus 2. Sykehuset hadde problemer med å rekruttere norske gynekologer med overlegekompetanse og A kom til Sykehus 1 som følge av direkte kontakt fra sykehusets daværende fagledelse.

A hadde solid utdanning fra ---, herunder spesialistutdanning og praksis fra større sykehus. De siste ni årene hadde A drevet privat, poliklinisk virksomhet, men verken hun eller daværende fagledelse ved Sykehus 1 så det som problematisk at hun hadde hatt en så vidt lang periode uten klinisk/kirurgisk virksomhet. Man antok at det ville gå raskt å gjenvinne tidligere ferdigheter for så vidt. Hovedutfordringen den første tiden ble definert å ligge på det språklige plan, og det ble organisert intensivopplæring i norsk for A.

Lagmannsretten har mottatt noe sprikende forklaringer når det gjelder introduksjon, veiledning og oppfølging av A den første tiden ved Sykehus 1. A har forklart at hun av overlege F fikk overlevert nøkler og vist rundt på avdelingen for deretter nærmest å bli overlatt til seg selv da F, etter As erindring, kort tid etter forlot Sykehus 1 for en sjefsstilling ved Kvinneklinikken, Sykehus 2.

F, nå medisinsk leder ved Helse Midt-Norge, har forklart at han arbeidet ved Sykehus 1 ett til to år etter at A begynte. F kunne ikke redegjøre presist for når han formelt og faktisk gikk over fra stillingen ved Sykehus 1 til stillingen som seksjonsoverlege ved Sykehus 2. Han hadde heller ikke god erindring om sine egne bidrag når det gjaldt veiledning av A ved Sykehus 1. F hadde lagt til grunn at A, til tross for manglende klinisk erfaring de siste ni årene, hadde solid faglig bakgrunn som fødselslege.

Daværende medisinsk ansvarlige for føde/gyn. avdelingen på Sykehus 1, overlege B, hadde sett fram til å få ansatt A, som en faglig sterk kollega ved avdelingen. As profesjonelle meritering fra --- gjorde at B var tilbakeholdende med å gi faglige råd og veiledning, og A spurte heller ikke mye. B har, både i tidligere skriftlig erklæring og muntlig for lagmannsretten, gitt uttrykk for svært positive kollegiale relasjoner til A, men har også vært tydelig på at A nok var litt for selvstendig i den forstand at hun ikke ofte spurte om råd og hjelp.

Jordmor/seksjonsleder ved gyn/Sykehus 1 C var den som etter hvert formidlet bekymring omkring As virksomhet som fødselslege. C har forklart om språkproblemer, om jordmødre som grudde seg for As vakter og om eksempler på avvikende håndtering fra As side som gjorde C bekymret med tanke på sykehusets og eget ansvar som seksjonsleder.

Parts- og vitneforklaringer har for lagmannsretten etterlatt et inntrykk av uklarheter med hensyn til utøvelsen av det medisinske ansvar ved føde/gyn.avdelingen på Sykehus 1 i tiden før virksomheten ble fullt ut integrert med Kvinneklinikken ved Sykehus 2. Selv om også avvikshendelser ble gjennomgått på morgenmøter synes det som om avdelingen ikke hadde gode rutiner når det gjaldt avviksmeldinger og avvikshåndtering. A var i hele perioden fra hun startet ved Sykehus 1 i november 2001 til hun ble innkalt til hospitering ved Kvinneklinikken ved Sykehus 2 i mai 2005 i stor grad overlatt til seg selv uten aktiv veiledning fra B eller fra F, mens sistnevnte fremdeles tjenestegjorde ved Sykehus 1. A var tilbakeholden med å spørre, også med å be om hjelp i akutt situasjoner. Språkligkulturelle utfordringer var medvirkende til usikkerhet og samarbeidsproblemer i forhold til jordmødre og enkeltpersoner i det øvrige støtteapparat.

Når det gjaldt As kirurgiske ferdigheter mente overlege F å kunne konstatere allerede på bakgrunn av hans kortvarige samarbeid med A på Sykehus 1 at disse sto tilbake å ønske og at hun kanskje ikke hadde det håndlaget som behøves for å kunne bli en god kirurg. Hvorvidt, og på hvilken måte, Fs tanker om dette ble kommunisert til A før hun ble «innbeordret» til hospitering til Kvinneklinikken, Sykehus 2 i mai 2005, er imidlertid uklart for lagmannsretten.

Ut fra bevisførselen synes det for lagmannsretten som om A i årene ved Sykehus 1 fram til mai 2005 var tyngt av en faglig prestisje og en kollegial respekt som gjorde at hun ikke søkte råd når hun burde, ikke ba om hjelp når hun trengte, og ikke i tilstrekkelig grad evnet å selektare pasienter til behandling utenom Sykehus 1, det vil i praksis si til Kvinneklinikken ved Sykehus 2. Flere feilvurderinger og avvik er dokumentert fra denne perioden, jf. senere kasuistisk gjennomgang av de aktuelle pasientsakene.

Samtidig utviste de medisinske faglige ansvarlige lenge en påfallende passivitet når det gjaldt veiledning og tiltak for oppgradering av As kompetanse som fødselslege. Dette til tross for - i følge C - fortløpende rapportering i morgenmøter og etter hvert mer formelle bekymringsmeldinger. A selv har først i ettertid innsett - og skriftlig erkjent - feilvurderinger og uheldig eller feil handlemåte knyttet til enkeltpasienter.

*As hospiteringer ved Kvinneklubben, Sykehus 2.*

Den formelle opptakten til As hospitering ved Kvinneklubben, Sykehus 2, er dokumentert i et referat fra møte 19. april 2005 mellom klinikkssjef D, de to seksjonsoverlegene E og F, og C, avdelingsleder ved føde/gyn.avdelingen ved Sykehus 1. A var ikke invitert. I referatet, ført i pennen av overlege F, heter det:

**«Gjennomgang av pasientjournaler med forekommende avvik eller mulig feilbehandling ved Fødegyn avd., Sykehus 1**

**Bakgrunn**

Det er bemerket påfallende mange saker der det er reist tvil om faglig kompetanse og/eller vurderingsevne hos en overlege ansatt i fast stilling ved fødegyn avd., Sykehus 1. Fra jordmødre, sykepleiere og leger har det kommet et flertall bekymringsmeldinger angående faglige vurderinger og tiltak. Det har ikke kommet bekymringsmeldinger som angår personlige forhold av noen art. Forholdet med bekymringsmeldingene er i forkant av dagens møte tatt opp av C som er avdelingsleder ved føde/gyn avdeling Sykehus 1. Hun har bedt om en felles gjennomgang og vurdering for å bringe på det rene om det er behov for særskilte tiltak. Alle sakene gjelder en bestemt lege. Denne legen er overlege A, ansatt som overlege og gynekolog ved Sykehus 1 siden 12.11.2001. Overlege A er ikke informert om møtet eller agenda for møtet. På forhånd var bestemt at dersom det ble besluttet at saken måtte følges opp videre skulle overlege A informeres om dette og om de konsekvenser som en slik gjennomgang kunne ha for henne. Under møtet ble de momenter og pasientsaker som over tid hadde dannet bakgrunn for bekymringsmeldingene tatt opp. Pasientjournalene ble gjennomgått og de faglige vurderinger og tiltak som forekom ble drøftet i plenum.»

På bakgrunn av en gjennomgåelse av 26 angivelig avvikende hendelser ved Sykehus 1, dokumentert med de respektive pasientjournaler, konkluderte møtet med følgende beslutning:

«Det ble på bakgrunn av de forholdene som her er referert ble det besluttet at særskilte tiltak måtte settes inn. Avdelingssjef D administrerer dette videre. Nødvendige tiltak iverksettes og overlege A informeres.»

De tiltak som ble iverksatt i henhold til ovennevnte beslutning var tilbud/pålegg om et hospiteringsprogram ved Kvinneklubben, Sykehus 2. I daværende klinikkssjef Fs redegjørelse til helsetilsynet Sør-Trøndelag i brev 4. februar 2008 er hospiteringsbeslutningen slik referert:

«Følgende beslutning ble tatt av klinikkssjef D, seksjonsoverlege ved Fødeavdelingen, E og seksjonsoverlege ved Gynekologisk avdeling F:

- Omplussing av A fra Kvinneklubben ved Sykehus 1 til Kvinneklubben ved X, for å få en nærmere observasjon av A's kunnskaper og ferdigheter i faget, og samtidig gi henne mulighet til opplæring, oppgradering og ferdighetstrening.
- A hadde deretter en 6 mnd. periode som assistentlege på Fødeavdelingen og Gynekologisk avdeling, og med vakt i primærskjettet.»

Det er under ankeforhandlingen ikke klarlagt på hvilken måte beslutningen av 19. april 2005 ble kommunisert til A og heller ikke om formålet var presisert slik som i ovennevnte brev av februar 2008.

Veiledningssamtaler som var planlagt holdt hver 14. dag ble i praksis holdt tre ganger, 18. mai, 8. juli og 14. juli 2005. Evalueringsrapport fra første evalueringsperiode ble slik sammendratt i ovennevnte brev til helsetilsynet i Sør-Trøndelag:

«Resultatet av evalueringen viste at:

- Det var ikke (var) forsvarlig at A gikk vakter alene ved Sykehus 1 eller som sekundærvakt på X.
- Observasjons- og veiledningsperioden ble derfor forlenget med ytterligere 1 år.»

Lagmannsretten har fått dokumentert referater fra veiledersamtaler i september, oktober og november 2005 samt en uttalelse av 31. oktober 2005 fra overlege B, Sykehus 1, som på grunn av reisefravær ikke kunne delta i møtene i tilknytning til As hospitering ved Kvinneklubben, Sykehus 2.



Evalueringen av første hospiteringsperiode ble formelt avsluttet i møte 3. november 2005 med deltakelse fra A, klinikkssjef D, sjeflegene I og J, seksjonsoverlegene E og F, seksjonsleder (Sykehus 1) C og lokalt tillitsvalgte overlege K og overlege L.

Det ble besluttet at A, som da hadde gjenopptatt sitt arbeid ved Sykehus 1, ikke skulle ha selvstendig ansvarshavende vakt ved gynekologi- og fødeavdeling, og at hun ikke skulle ha selvstendig ansvar for gynekologiske og obstetriske inngrep. Videre ble det besluttet:

«Dersom overlege A skal tilbake i full klinisk tjeneste som selvstendig vakthavende spesialist ved lokalsykehuset, må hun gjennomføre minst et års tjeneste i primærvaktsjiktet ved Kvinneklubben i Sykehus 2 på X. Denne perioden skal følges med månedlige evalueringssamtaler med veileder for å påse at den forventede og påkrevde progresjon forevises. Dersom denne progresjon ikke er til stede, bør det videre planlagte tjenesteforløp avsluttes.»

Vinteren 2005/2006 var A lite til stede ved Sykehus 1. Hun aksepterte tilbud/pålegg om fortsatt hospitering, og 25. mars 2006 ble det skrevet en avtale mellom klinikkssjef D og A. I avtalen heter det blant annet:

«Fra uke 13, 2006 vil overlege A ha arbeidssted ved Kvinneklubben, Sykehus 2 på X/Y. Målet med denne tjenesten er at A skal bli fungerende ansvarshavende overlege ved Sykehus 4, med aleneansvar på vakt med fullverdig kvalitativt operatøransvar innenfor obstetikk og gynekologi.»

Avtalen inneholdt videre en del forutsetninger og betingelser, herunder at: «A skal bære korrekt sykehusantrekk i sin kliniske tjenestetid.» ---- og ---- «Det vil bli satt strenge krav til forventet progresjon ift A sin kvalitet innen fagfeltet obstetikk og gynekologi.»

Avtalen er ikke underskrevet av A.

Som faglige veiledere ble oppnevnt seksjonsoverlege G, fødeavdelingen og seksjonsoverlege H, gynekologisk avdeling. De to seksjonsoverlegene har i sine forklaringer for lagmannsretten ikke gitt uttrykk for en helt entydig oppfatning om formålet med hospiteringen. Lagmannsretten sitter igjen med et inntrykk av at *observasjon* av A i praksis ble et dominerende element, mens tilrettelegging med sikte på kompetanseheving slik klinikkssjefen hadde signalisert i avtalen av 25. mars 2006, ikke ble høyt prioritert.

I referat fra evalueringsmøte 15. januar 2007 med deltakelse fra seksjonsoverlegene G og H, sjefslege J, klinikkssjef D, samt to tillitsvalgte leger, oppsummerte overlege G halvåret på fødeavdelingen som følger:

- Det er ingen direkte kritikkverdige forhold å påpeke overfor A
- A viser en holdning for tjenesten som; korrigerer sitt arbeid etter veiledning, ydmyk for de arbeidsoppgaver og utfordringer som dukker opp ved fødeavdelingen
- Viser stor arbeidskapasitet
- Nødvendig å videreutvikle en høyere grad av selvstendighet i arbeidssituasjonene
- A trenger mer tjenestetid i fødeavdelingen før hun vil være kompetent til å ha eget ansvar som vakthavende overlege ved en fødeavdeling av Sykehus 2s størrelse.

Seksjonsoverlege H ga følgende evaluering fra gynekologisk avdeling:

- A viser stor arbeidsvilje
- A er kunnskapsrik
- A har ikke vist tilstrekkelig evne til å korrigere sitt arbeid etter tilbakemeldinger fra overordnede
- Seksjonsoverlegen skal legge forholdene bedre til rette for den videre tjenesten ved gynekologisk avdeling, slik at (--) selv får mulighet til å evaluere A sine operative ferdigheter
- A har fram til nå fungert som assistentlege ved seksjonen, men har ikke så langt kunnet fungere som selvstendig overlege med vaktansvar på avdelingen.

Seksjonsoverlegene G og H, sammen med klinikkssjef D, oppsummerte As andre hospiteringsperiode med slik konklusjon datert 14. mai 2007:

- 1) Ved Sykehus 2, avd. Sykehus 4, skal A ikke ha selvstendig vaktansvar. Dette innebærer at hun ikke skal ha vaktjeneste utenom ordinær dagtjenestetid, med unntak av dersom bakvakt er tilgjengelig.
- 2) Under forutsetning av at annen overlege er til stede på sykehuset og slik sett ved behov kan tilkalles, kan A ha vaktansvar på gyn./føde (Sykehus 1) og hun kan da også selvstendig utføre alle aktuelle operasjoner underlagt gyn./fødeavdelingen (Sykehus 1) med to unntak:

- a) Ved laparoskopiske inngrep skal annen gyn. overlege være til stede på operasjonsstuen under inngrepet.
  - b) Hun skal ikke utføre TVT.
- 3) Dersom det er ønskelig, er overlege A velkommen til å delta i vaktarbeid i primærsjiktet ved Sykehus 2, adv. X. Dette kan avtales nærmere ift ønske om å gå i en planlagt vaktturnus, eller bistå klinikken med avvikling av vacansvakter.»

Seksjonsoverlegene G og H har under saksforberedelsen for tingretten gitt skriftlige uttalelser til As prosessfullmektig. G har dertil gitt A sin anbefaling da hun senere søkte stilling ved Sykehus 3. I sin vitneforklaring for lagmannsretten har G opprettholdt, men også nyansert, sine vurderinger av A sin praksis ved fødeavdelingen. Seksjonsoverlege H har på direkte spørsmål uttrykt som sin klare oppfatning at A aldri vil kunne tilegne seg tilstrekkelige ferdigheter til å kunne få selvstendig ansvar som overlege ved en føde/gynekologisk avdeling. H tilføyde at A hadde gode faglige og personlige kvaliteter, men at hun hadde problemer med å innrette seg etter arbeidsordningen på avdelingen.

Manglende samarbeidsevne og forståelse for teamwork var et inntrykk som hadde festnet seg hos daværende seksjonsoverlege E, som sammen med daværende seksjonsoverlege F hadde fagansvaret under As første hospiteringsperiode på Kvinneklinikken. F la i sin forklaring for lagmannsretten imidlertid hovedvekt på As begrensede ferdigheter og håndlag som kirurg, samt hennes usikkerhet når det gjaldt å vurdere og velge riktig handlingsalternativ.

Samtlige av vitnene som forklarte seg om As hospiteringsperioder ved Sykehus 2 viste i vekslende grad også til inntrykk formidlet av andre medarbeidere ved Kvinneklinikken.

#### *Kort om As tjenestegjøring som overlege ved Sykehus 3*

A fikk fra 13. mai 2008 tilsetting i et vikariat som overlege ved gynekologisk avdeling, Sykehus 3, en funksjon hun hadde inntil tilbakekallingen av spesialistgodkjenningen begrenset hennes arbeids- og ansvarsområde. Overlege M har gitt flere skriftlige uttalelser om As skikkethet og har i likhet med overlege N ved samme avdeling gitt A det beste skussmål fra tiden i Sykehus 3. M var kjent med den faglige kritikken mot A ved Sykehus 2 og helsetilsynssaken som var under utvikling da A fikk tilbudet fra Sykehus 3.

As operative erfaring fra Sykehus 3 ble svært begrenset før spesialistgodkjenningen ble tilbakekalt og hun måtte arbeide som assistentlege. Det empiriske grunnlag for vurdering av As praksis som fødselslege ved Sykehus 3 er derfor begrenset, og lagmannsretten tar til etterretning at As praksis fra Sykehus 3 ble tillagt lite vekt da helsepersonellnemnda fattet sitt endelige vedtak i september 2010. Det vises til følgende avsnitt i Helsepersonellnemndas vedtak:

«Klageren har under sitt arbeidsforhold ved Sykehus 3, som er et gruppe 2 sykehus, arbeidet som overlegevikar fra 13. mai 2008 til 9. juli 2009, og deretter som assistentlege med begrenset autorisasjon ut 2009. Nemnda har vurdert erklæringene og uttalelsene klageren har fremlagt, men finner ikke at disse gir grunnlag for å omgjøre Statens helsetilsyns vedtak. Uttalelsene fra overlegene og annet samarbeidende helsepersonell fra Sykehus 3 gir klageren gode skussmål og viser positiv utvikling. Selv om det er en nåtidsvurdering som skal legges til grunn i saken, finner nemnda at de kritikkverdige hendelser gjennom en periode på sju år, ikke veies opp av det forhold at klageren ved det nye arbeidsstedet i en periode på halvannet år ikke har hatt tilsvarende kritikkverdig pasientbehandling. Dette dokumenterer således ikke i tilstrekkelig grad at hun nå innehar den nødvendige kompetanse som spesialist.»

Det skal for øvrig tilføyes at As praksis ved Sykehus 3 heller ikke var plettfri. Det vises til overlege Ms skriftlige redegjørelse til Helsetilsynet 4. mars 2009 samt en skriftlig advarsel til A fordi prøvesvar var blitt liggende for lenge før ferdigbehandling og informasjon til pasienten.

#### *Saksbehandlingen.*

Spørsmålet om saksbehandlingsfeil kan ha påvirket resultatet i helsepersonellnemnda til skade for A har blitt betydelig neddempet i lagmannsretten under henvisning til at domstolene, etter helsepersonelloven § 71, kan prøve alle sider ved saken. At helsepersonellnemnda har vært sammensatt uten kompetanse i obstetrikk og gynekologi er for så vidt «reparert» ved at både tingretten og lagmannsretten har vært besatt med fagkyndige meddommere med den nevnte kompetanse. Saksbehandlingen for domstolene har dertil vært lagt slik opp at det har vært mulig, ved hjelp av journalnotater og annen dokumentasjon, for de to instansene å foreta en selvstendig vurdering av de pasientsakene som lå til grunn for helsepersonellnemndas vedtak.

Det har videre vært reist spørsmål om Statens helsetilsyn, i en sak som denne, burde ha benyttet mer enn én sakkyndig med sikte på en mest mulig objektiv vurdering av de aktuelle pasientsakene. Tilbakekall av spesialistgodkjenning og begrensning i legeautorisasjonen har stor velferdsmessig betydning da den det gjelder vil kunne oppleve å bli fratatt retten til å utøve sitt yrke.

Tilbakekallsvedtak er enkeltvedtak etter forvaltningsloven, jf. helsepersonelloven § 57. Forvaltningslovens generelle krav til grundig og forsvarlig saksutredning kan tale for at tilsynsmyndighetene i dette tilfellet burde oppnevnt to sakkyndige for å sikre større breddeerfaring. Spesialhjemmelen etter helsepersonelloven § 60 om pålegg om sakkyndig undersøkelse er myntet på andre situasjoner enn den foreliggende. Uansett vil ikke bestemmelsen være til hinder for bruk av *flere* sakkyndige i en tilbakekallssak hvor helsepersonellens medisinske eller psykologiske habitus ikke er tema.

Den sakkyndige for Statens helsetilsyn, hvis vurderinger helsetilsynet og senere Helsepersonellnemnda har basert sine avgjørelser på, tidligere seksjonsoverlege, nå seniorrådgiver i Statens helsetilsyn, Lars Johansen, har forklart seg i lagmannsretten om sin arbeidsmetode, sine vurderinger og konklusjon. Han har i sitt arbeid hatt fri tilgang til journalnotatene, men har i tillit til presentasjonen av sakene fra Statens helsetilsyn, ikke funnet det nødvendig å foreta egne journalstudier.

Lagmannsretten har hatt tilgang til de aktuelle journalene og har kunnet konstatere at den sakkyndiges sammenfattende presentasjon av sakene i det alt vesentlige er godt forankret i journalene og gir et godt faktagrunnlag for forsvarlighetsvurderingen, jf. lagmannsrettens kasuistiske gjennomgang nedenfor.

*As reaksjon på den faglige kritikken og saksbehandlingen.*

Skriftlige kommentarer fra A, eller på As vegne, er det de første årene få spor av, bortsett fra i referater fra møter hvor A har deltatt, ført i pennen av andre.

I møtereferat/beslutning fra møte 3. november 2005, hvor As ansvar og arbeidsområde ved Sykehus 1 ble sterkt begrenset, har hun med en håndskrevet påtegning uttrykt følgende:

«Denne beslutning fikk jeg i dag, men jeg ble ikke informert om exakt grunn der for.

A.»

Den beskjedne skriftlige respons fra A selv kan ha sammenheng med en språklig/kulturell barriere som naturlig gjorde seg gjeldende de første årene. As forklaring for lagmannsretten sammenholdt med bevisførselen for øvrig etterlater imidlertid usikkerhet om i hvilken grad A var villig til å ta inn over seg, den faglige bekymring, kritikk og forsøk på veiledning hun mottok under hospiteringsperiodene ved Kvinneklinikken, Sykehus 2.

Først etter at helsetilsynets tilbakekallsvedtak forelå, synes det som om A har søkt hjelp med sikte på å kommentere, eller ta til motmæle, mot kritikken. I brev av 19. oktober 2009 fra advokatfirmaet Staff til Statens helsetilsyn, hvor helsetilsynets tilbakekallsvedtak av 7. juli 2009 påklages, er det på vegne av A uttalt:

«Forsvarlig yrkesutøvelse - helsepersonelloven § 4

A har lest og vurdert vedtaket fra Helsetilsynet grundig og hun erkjenner i dag at hun har gjort feilaktige vurderinger og i noen tilfeller utført helsehjelp på en uriktig måte. Erkjennelsen kom ikke frem på møte med helsetilsynet, men det er i dag ingen tvil om at A erkjenner hun i de nevnte 14 tilfeller ikke har utøvd forsvarlig yrkesutøvelse.»

Klagen etterfulgte møte 12. februar 2009 mellom A, hennes advokater og Statens helsetilsyn som ble holdt etter at tilbakekalling av spesialistgodkjenning og begrensning i legeautorisasjonen var varslet. I følge referatet fra dette møtet fikk A forklare seg om og redegjøre for sitt syn på sin virksomhet ved Sykehus 1, ved Kvinneklinikken, Sykehus 2 og ved Sykehus 3.

Senere, høsten 2009, ga A skriftlige kommentarer til sakkyndig Lars Johansens rapport. I disse kommentarene har A gått langt i retning av å erkjenne vurderingssvikt og feilbehandling.

Denne erkjennelsen - som A i hovedsak har fastholdt i sin rettslige forklaring - sammenholdt med de positive skussmålene fra oppholdet ved Sykehus 3, viser i følge As prosessfullmektig en faglig modning og kompetanseheving som underbygger at det på endelig vedtakstidspunkt i september 2010 ikke var grunnlag for tilbakekalling av spesialistgodkjenningen.

Lagmannsretten tar ikke standpunkt til årsaken til As begrensede, og sene, skriftlige tilbakemeldinger. Det kan være underliggende språklige utfordringer og samarbeidsproblemer som vitner fra Sykehus 1 og

Kvinneklubben, Sykehus 2 har forklart seg om. Dette er forklarende og i noen grad formildende omstendigheter av relevans for en *arbeidsrettslig* vurdering av As situasjon. Ivaretagelsen av pasientsikkerheten må imidlertid skje uten sidehensyn til helsepersonellens subjektive forutsetninger utover de forhold som skal hensyntas ved forsvarlighetsvurderingen etter helsepersonelloven § 4.

Lagmannsretten har for sin avgjørelse ikke behov for å reflektere ytterligere over hva A kunne og burde gjort for å tilpasse seg arbeidskulturen på Sykehus 1 og ved Kvinneklubben, Sykehus 2. Det samme gjelder spørsmålet om de ansvarlige ved de respektive avdelingene kunne gjort ting annerledes og bedre med hensyn til introduksjon, faglig veiledning og opplæring.

#### *Lagmannsrettens kommentar til helsepersonellnemndas (og tingrettens) kasuistikk.*

Lagmannsretten gir i det følgende sine kommentarer til de 17 aktuelle pasientsakene som lå til grunn for helsepersonellnemndas vedtak. Det tas utgangspunkt i sammendragene inntatt i tingrettens dom i *kursiv* fra midt på side 10, supplert med lagmannsrettens merknader til nemndas/tingrettens vurdering.

(Anonymisering separat fra resten av domsavgjørelsen. Lovdatas anm.)

#### *I. Obstetikk:*

##### *B, født 1970*

*Pasienten var første gangsfødende med termin 16. september 2002. Fødselen startet 23. september. Pasienten hadde en langvarig utdrivningsfase under fødsel. Klageren ble tilkalt grunnet sliten mor, lang trykkesid og dårlige rier. Klageren benyttet en sugekopp som glapp to ganger. Barnet ble deretter forløst etter tre tangforsøk. Den operative forløsningen med vakuumpump varte i ca 40 minutter. Barnet hadde fått en stor skade i hodebunnen som var forårsaket av en uvanlig traumatisk forløsning. Jordmor oppfattet forløsningen som uvanlig traumatisk og to jordmødre forsøkte å få tak i en annen lege uten å lykkes.*

*Resultatet av en slik traumatisk fødsel kan bli hjerneskader hos barnet, og alvorlige skader på mors bekkenbunn. Ved ikke å vurdere alternative forløsningsmetoder etter at koppen glapp to ganger, og ved at den operative forløsningen varte for lenge, finner nemnda at klageren handlet uforsvarlig.*

Lagmannsretten deler nemndas vurdering. Lagmannsretten finner i likhet med tingretten at journalføringen er mangelfull, ved at det ikke er opplyst at barnet ble forsøkt forløst med tang tre ganger etter at en ikke hadde lyktes med bruk av sugekopp. Det er heller ikke gitt opplysninger i forløsningsbeskrivelsen om barnets posisjon i fødselskanalen før den operative forløsningen startet.

##### *D, født 1977*

*Pasienten var annegangsfødende. Klageren foretok elektivt keisersnitt på grunn av seteleie 4. februar 2004. Det viste seg å være dobbelt foteleie. Under forløsningen tilkom det brudd i barnets arm, nerveskade og brudd i kravebein.*

*De to sistnevnte skadene er meget sjeldne ved setefødsel. Brudd i overarmen kan forekomme ved vanskelig forløsning av armene på barnet. Den sakkyndige, som nemnda støtter seg til, uttaler at dette var en traumatisk operativ forløsning som kunne ha vært unngått med riktig kirurgisk teknikk. Nerveskade kan gi varige senskader hos barnet, og klagerens forløsning gir mistanke om uforsvarlig teknikk.*

Det påpekes at framstillingen over er noe upresis idet det beskrives brudd både i arm og kravebein, ifølge journal dreier det seg kun om kravebein. Dette endrer ikke vurderingen: Lagmannsretten deler nemndas og tingrettens vurdering. Skaden under forløsningen har trolig skjedd enten på grunn av for kort snitt eller dårlig teknikk. Også her er journalføringen mangelfull. Skaden er ikke nevnt i mors epikrise, som tvert imot anfører at både mor og barn var i god tilstand. Operasjonsbeskrivelsen gir lite informasjon om problemer og hvordan de har blitt håndtert.

##### *C, født 1979*

*Pasienten var gravid og ble henvist på grunn av blødninger i uke 7. Den 24. august 2004 konstaterte klageren manglende hjerteaktivitet hos pasientens foster som hadde en størrelse på 2 millimeter, tilsvarende 6 uker svangerskap. Klageren konstaterte at det hadde skjedd en spontanabort, men at fosteret hadde blitt liggende igjen i livmoren, (missed abortion), og utførte utskrapning neste dag. (Histologisk) Mikroskopisk undersøkelse viste ingen graviditetsprodukter i utskrapet. To måneder senere viste det seg at pasienten fremdeles var gravid, og svangerskapet utviklet seg normalt.*

*Klageren stilte feil ultralyddiagnose på fosteret. Nemnda viser til den sakkyndiges uttalelse om at det kan være meget vanskelig å konstatere hjerteaktivitet på et foster som bare er 2 mm i størrelse. Risikoen er stor for at man stiller feil diagnose. Ved tvil om diagnosen skal det foretas ny ultralyd etter en uke. Da vil man kunne se vekst av fosteret dersom det utvikler seg normalt. Klageren mangler etter nemndas vurdering ultralydkunnskaper. Hun har dessuten handlet i strid med kravet til faglig forsvarlighet ved ikke å følge opp den histologiske prøven, da denne viste «manglende graviditetsprodukter». Hun burde etter nemndas syn ha tatt en ny blodprøve eller en ny ultralyd innen noen dager.*

Lagmannsretten deler nemndas og tingrettens vurdering. Det var gjort feil vurdering og behandling primært, og feil oppfølging. Fravær av fostervev/morkakevev kunne vært forårsaket av svangerskap utenfor livmoren, og rask avklaring av dette var viktig. Manglende oppfølging av pasienten har således et skadepotensiale ut fra de opplysninger dr A hadde. For ordens skyld tilføyes at saken saklig sett hører hjemme under gynekologien.

F, født 1971

Pasienten var førstegangsfødende med termin 25. august 2004. Hun ble undersøkt med ultralyd i svangerskapsuke 34 den 15. juli 2004. Det ble funnet at tverrdiameteren av fosterets skalle (BPD) var 88 og tverrdiameteren på fosterets mage (MAD) var 83. Dette ligger betydelig under gjennomsnittet. Det ble ikke gjort vekstestimat, men klageren konkluderte med at målene passet for svangerskapsuke 33.

Den sakkyndige estimerer vektavviket til minus 30 %. I slike tilfeller skal man gjøre tilleggsundersøkelse med blodstrømsundersøkelser og eventuelt kardiokografi (CTG). Man skal også overveie innleggelse. Det er for lenge å vente tre uker til ny kontroll utføres. Nemnda finner i tråd med den sakkyndiges vurdering at dette var en alvorlig feil i vekstbedømmelsen og nødvendige tiltak som følge av denne. Klageren har ikke forholdt seg til de tabellene som skal brukes for tilvekst av fosteret. Dette kunne ha resultert i intrauterin fosterdød. Etter nemndas syn har klageren opptrådt uforsvarlig.

Det påpekes at vektavviket er noe mindre enn det den sakkyndige i nemnda legger til grunn, nemlig minus 23 % (beregnet etter eSnurra slik det vanligvis gjøres bl.a. i Z). CTG ble utført og funnet normal. Avvik fra god praksis er dermed også noe mindre, men det er fortsatt slik at det burde vært utført blodstrømsundersøkelser og kontroll skulle vært avtalt tidligere enn 3 uker fram. Lagmannsretten finner at behandlingen ikke var i samsvar med god medisinsk praksis, men ikke uforsvarlig.

H, født 1972

Pasienten var annengangsfødende med termin 11. januar 2005. Klageren utførte ultralydundersøkelse 14. januar og konstaterte et normalt stort barn, uten at fostervekten ble estimert. Mål ble verken ført i journal eller på ultralydskjema. Pasienten fødte et barn dagen etter som veide 5 kg.

Nemnda bemerker at vekstestimering av store barn kan være vanskelig, da feilmarginene ofte er større når barnet er i denne vektklassen. Ultralydmålingene burde imidlertid ha gitt klageren mistanke om et stort barn nettopp fordi målene var betydelig over gjennomsnittet. En ultralydoperatør må ha gode kunnskaper om vekstestimering med ultralyd. Det er dessuten viktig med en klinisk vurdering av pasienten. Barn som veier 5 kg eller mer har stor risiko for plexusskader ved vaginal fødsel. Hendelsen tyder på at klageren mangler kunnskaper om vekstestimering av fostre. I tillegg foreligger det mangelfull journalføring. Avviket anses som et moderat avvik fra god praksis.

Lagmannsretten deler ikke nemndas og tingrettens vurdering i denne saken. Pasienten ble undersøkt tre dager over termin med spørsmål om vannavgang. Fokus på undersøkelsen var ikke vekstestimering av fosteret og var heller ikke godt indisert. Vekstestimering med henblikk på prediksjon av vansker under fødselen er beheftet med stor usikkerhet. Journalføringen var noe mangelfull idet det er anført normalstort foster, uten at det er dokumentert med målinger at vekstestimering er utført. Retten anser dette som et lite avvik og vil ikke betegne praksis som uforsvarlig i dette tilfellet.

G, født 1969

Pasienten var annengangsfødende med termin 19. februar 2005. Hun ble henvist til ultralydundersøkelse fra jordmor fordi det var vanskelig å bedømme ultralydbildene av hjernen. Klageren utførte ultralyd i uke 21, og journalførte at det var betydelige misdannelser i hjernen. Hun ga umiddelbart foreldrene detaljert informasjon om sitt funn. Foreldrene reagerte kraftig på det klageren opplyste. Ny undersøkelse ved Nasjonalt senter for fostermedisin påviste imidlertid et foster uten misdannelser. Foreldrene reagerte da sterkt på klagerens feildiagnostikk, og klaget på legens behandling. De ba om å slippe ytterligere behandling av klageren.

Den sakkyndige, som nemnda er enig med, uttaler at patologiske funn ved ultralydundersøkelse er sjelden. Det kreves spesialkompetanse for å stille riktig diagnose. Man skal være meget sikker i sine funn før man gir pasienten detaljert informasjon om misdannelse. Klageren henviste pasienten til et regionsykehus, hvilket var en riktig avgjørelse. Det er imidlertid kritikkverdig at hun gav detaljert informasjon til foreldrene om sine funn. Klageren gikk med stor sannsynlighet utover sin kompetanse når hun gjorde dette, hvilket medførte unødig engstelse hos foreldrene. Dette var faglig uforsvarlig.

Pasienten ønsket etter dette ikke å bli behandlet av klageren. Likevel utførte klageren akutt keisersnitt. Det er ikke opplyst hvorfor det ble slik. Under operasjonen oppstod det massiv blødning, og livmoren måtte fjernes. Pasienten fikk blodtrykksfall og dårlig gassutveksling da narkosen startet. Klageren stilte riktig diagnose og utførte adekvat behandling. Nemnda har ikke funnet at klageren opptrådte faglig uforsvarlig i forbindelse med operasjonen.

A er kritisert for å ha gitt informasjon om funn som viste seg å være uriktig, og at hun ikke har den spesialkompetanse som kreves for å stille diagnose på basis av ultralydundersøkelse. Lagmannsretten deler nemndas vurdering.

Når det gjelder operasjonen, har nemnda ikke funnet grunnlag for kritikk. Tingretten deler vurderingen, men finner grunn til å peke på at journalføringen er mangelfull, bl.a. står det beskrevet at det er utført total fjerning av livmoren (uterus), mens histologisvar sier supravaginalt amputert uterus (livmorkroppen fjernet, mens livmorhals er bevart). Det er ikke forklart hvorfor høyre adnex (eggleder og eggstokk) er fjernet. Det er heller ikke gjort rede for vurderinger underveis i operasjon, tilkalling av hjelp og tidsangivelser. Lagmannsretten slutter seg til denne vurderingen.

Lagmannsretten vil på den ene side tilføye at klager ikke kan lastes for å ha behandlet pasienten i forbindelse med forløsningen, da klager var eneste vakthavende lege. Retten vil på den annen side påpeke at det ikke er dokumentert at det ble forsøkt alternative medikamentelle løsninger eller konservative kirurgiske løsninger med sikte på å stanse blødningen uten å måtte fjerne livmoren.

A, født 1978

Pasienten var førstegangsgavid med termin 29. juni 2007. Hun ble innlagt ved Sykehus 2 på grunn av overtid og lite fostervann. Klageren besluttet kl. 22.00 å forløse henne med vakuumpådrag på grunn av truende oksygenmangel hos fosteret. Vakuumpådraget ble påbegynt kl. 22.14. Koppen glapp to ganger før barnet ble forløst med tang.

Nemnda bemerker at vakuumforløsning skal skje raskt. Klageren opptrådte i strid med god praksis ved å vente i nesten ett kvarter før den operative forløsningen ble påbegynt. Videre viser nemnda til at koppen glapp to ganger. Det er da naturlig å revurdere forløsningsmetode. Vakuumforløsning bør i følge god praksis ikke ha en varighet som overstiger 15-20 minutter. Lengre forløsningsstid enn dette vil med sikkerhet øke risikoen for hjerneskade på barnet betydelig, samt gi økt risiko for skader i fødselskanalen. Etter nemndas syn har klageren ved denne forløsningen handlet i strid med kravet til faglig forsvarlighet.

Lagmannsretten deler nemndas vurdering. Lagmannsretten deler også tingrettens tilføyelse nemlig at A ut fra de informasjonen som forelå burde bedt bakvakt være tilstede ved start av den operative forløsningen fordi hodet sto ved spina, i hvert fall tilkalt etter første glipp av koppen. Hun burde trolig også tilkalt bakvakt under fødselsforløpet pga. CTG/STAN endringene. Det er skjerpene at kvinnen var en risikopasient ved at hun var på overtid og hadde lite fostervann. Forløsningsbeskrivelsen er unøyaktig, også i forhold til tidsangivelser.

E, født 1969

Nemnda finner det ikke sannsynliggjort at klageren har opptrådt kritikkverdig overfor denne pasienten.

Lagmannsretten har her ingenting å bemerke.

## 2. Gynekologi

### a) Steriliseringer

J, født 1965

Klageren foretok to steriliseringer av pasienten, første gang 30. oktober 2002. Ved kontroll i desember samme år ble det påvist svangerskap tilsvarende uke 6. Hun fikk utført en vakuumaspirasjon og deretter ny sterilisering 27. desember samme år. Også denne gangen ble det koagulert og klippet. Pasienten ble gravid igjen, og fikk utført abort 26. mai 2003.

Det at klageren har flere tilfeller av slik metodesvikt, viser etter nemndas oppfatning at hennes kirurgiske ferdigheter er mangelfulle. Denne pasienten ble utsatt for en unødvendig belastning både psykisk og fysisk, ved at hun opplevde to ikke vellykkede steriliseringer, samt to uønskede graviditeter og påfølgende provoserte aborter. Nemnda finner at klagerens handling er faglig uforsvarlig, og at hennes kirurgiske ferdigheter fremstår som mangelfulle.

Lagmannsretten deler nemndas og tingrettens vurdering.

L, født 1964

Pasienten ble sterilisert av klageren 20. august 2003. Det ble koagulert og kuttet. Ved kontroll 10. februar 2004 ble det påvist svangerskap tilsvarende uke 7. Igjen finner nemnda at dette viser at klageren mangler kirurgiske ferdigheter.

Lagmannsretten deler nemndas og tingrettens vurdering.

I, født 1970

Klageren utførte sterilisering ved å se direkte inn i bukhulen (laparoskopi) av pasienten 28. august 2007. Det ble foretatt koagulering og kutting av begge eggledere. Det ble testet for svangerskaphormonet human chorionic gonadotropin (HCG), og testen var negativ. Pasienten oppdaget i september 2007 at hun var gravid. Livmoren var kun lett forstørret, og det ble anslått 4-5 uker langt svangerskap den 26. september 2007. Samme dag ble det utført utskrapning og laparoskopi med fjerning av begge tuber.

Nemnda bemerker at det generelt anslås metodesvikt i 0,1-1,0 % av tilfellene ved slike inngrep. Klageren hadde hatt flere komplikasjoner ved denne type inngrep, og avdelingsledelsen hadde på denne bakgrunn besluttet at hun ikke skulle utføre laparoskopier fra 29. juni 2007. Hun fikk i oktober 2007 en skriftlig advarsel fra arbeidsgiver for ikke å ha fulgt pålegget. Nemnda anser det som et alvorlig brudd på denne instruksjonen når klageren likevel har utført inngrepet. Hennes handling var i strid med kravet til faglig forsvarlighet.

Lagmannsretten deler nemndas syn og tingrettens vurdering, som presiserer at kritikken her gjelder instruksbrudd, og ikke faglig gjennomføring. Instruksjonen om laparoskopi ble gitt muntlig, men det er ikke uenighet mellom partene om at det rent faktisk ble gitt instruks med slikt innhold. At A ble «satt opp» på operasjonen, slik hun selv har vist til, kunne ikke tolkes slik at instruksjonen fra ledelsen ikke lenger gjaldt.

b) Slyngeplastikk som brukes når man opererer urinlekkasje (TVT plastikk):

M, født 1943

Pasienten fikk 11. mai 2004 utført en oppstramming av bakre skjedevegg og en slyngeplastikk som brukes når man opererer urinlekkasje på grunn av tilbakefall av brokk og stresslekkasje. Det oppstod under operasjonen skade på urinrør. Dette er en meget sjelden komplikasjon som kan gi plager hos pasienten på lang sikt (fisteldannelse). Nemnda bemerker at dette er en komplikasjon som kan inntreffe som følge av dårlig kirurgisk teknikk, men at det ikke er tilstrekkelig sannsynliggjort at klageren har opptrådt kritikkverdig i dette tilfellet.

Lagmannsretten deler nemndas vurdering. Tingretten betegner inngrepet som en reoperasjon, og dette er noe upresist. Pasienten hadde tidligere fått fjernet livmoren i 1987, og ble operert på bakre skjedevegg for fremfall i 2003. Ved inngrepet 11. mai 2004 ble det helt riktig gjort en reoperasjon på bakre skjedevegg. Dette er en reoperasjon, som gir større risiko for komplikasjoner. Den delen av inngrepet som førte til skade på urinrøret, hadde imidlertid ikke vært utført tidligere og kan ikke betegnes som reoperasjon. Lagmannsretten er for øvrig enig i, at ettersom det var planlagt et kombinert inngrep hvorav en del var en reoperasjon, burde pasienten vært henvist til Y og operert av lege med spesialkompetanse.

N, født 1957

Klageren utførte TVT plastikk på pasienten 23. november 2004 grunnet stresslekkasje. TVT plastikk er en operasjonsmetode som benyttes når man opererer for urinlekkasje. Hun undersøkte pasientens blære, men så ikke båndet som gikk gjennom blæreveggen.

Etter nemndas syn burde klageren ha sett dette ved riktig bruk av cystoskopet. Etter den sakkyndiges vurdering er det relativt liten risiko for varige mén etter denne skaden, og klagerens avvik fra god praksis er i dette tilfellet moderat. Nemnda deler denne vurderingen.

Lagmannsretten deler nemndas og tingrettens vurdering.

c) Fjerning av livmor (hysterektomi)

K, født 1957

Pasienten hadde en kjent Wegners granulomatose (arterieveggsbetennelse og sårdannelse i de øvre luftveier) og hun hadde gjennomgått cytostatikabehandling. Hun gjennomgikk 16. oktober 2002 operasjon for fjerning av livmor grunnet muskelsvulster (myomer). Under operasjonen oppstod det blødninger fra vaginaltoppen og det ble nødvendig å tilkalle assistanse. Assistanse ble tilkalt, men dette skjedde ikke etter initiativ fra klageren. Etter operasjonen ble det konstatert lungeemboli og høyresidig skade på urinleder.

Klageren skulle ha tilkalt assistanse fordi det kunne ha oppstått en livstruende situasjon. Hun har etter nemndas vurdering opptrådt i strid med kravet til faglig forsvarlighet.

Tingretten ser ikke at det er grunnlag for å hevde at tilkalling av assistanse ikke skjedde etter initiativ fra A, slik nemnda legger til grunn. A har forklart at hun tilkalte assistanse, men at selve oppringingen av naturlige årsaker skjedde av andre; A selv var opptatt ved operasjonsbordet. As beskrivelse av dette er etter rettens oppfatning plausibel, og det er ikke noe i den øvrige bevisførsel som tyder på at det ikke forholdt seg på denne måten.

Tingretten bemerker at operasjonsindikasjon er diskutabel på grunn av pasientens alder (behov og risiko), og at dette ikke synes å være vurdert ut fra journalen. Det ble ikke oppdaget at man fikk en ureterskade under operasjonen, men først ni dager senere. Hun fikk også en lungeemboli postoperativt. Også her er operasjonsbeskrivelsen lite utfyllende og unøyaktig.

Lagmannsretten deler nemndas og tingrettens vurdering. Det legges vekt på at indikasjonen var svak, og at risikoen ikke synes ha blitt vurdert nøye nok. Til sammen tyder dette på dårlig vurderingsevne. Inngrepets utfall gir også mistanke om dårlige kirurgiske ferdigheter.

O, født 1968

Klageren fjernet pasientens livmor og venstre eggstokk/eggleder 1. februar 2005. I operasjonsbeskrivelsen ble sistnevnte inngrep ikke nevnt. Under operasjonen ble det anslått en blødning på 3500 ml. Dette er betydelig ved denne type inngrep, og heller ikke dette fremgår av operasjonsbeskrivelsen.

Nemnda finner at klagerens journalføring er mangelfull og i strid med helsepersonelloven § 40.

Lagmannsretten deler nemndas og tingrettens vurdering. Blodtapet, 3500ml, er ført opp i «operativ pleiejournal», men ikke bemerket av operatør. Det føyes til at den store blødningen også gir mistanke om dårlige kirurgiske ferdigheter.

Q, født 1971

Klageren fjernet pasientens livmor operativt den 7. februar 2005 grunnet langvarige blødninger. Det ble oppdaget skade på urinleder og innlagt en operativt laget urinavledning fra en nyre ved hjelp av kateter. Det oppstod varig nyreskade med bare 7 % funksjon, og nyren ble deretter fjernet.

Skade på urinleder oppstår i 0,1–1,0 % av alle operative fjerninger av livmor, og er således en kjent komplikasjon. Det er viktig at skaden oppdages så tidlig som mulig og helst under operasjonen. Dersom man ikke finner skaden peroperativt er det viktig å utrede symptomer på skade på urinleder som viser seg i etterkant av operasjonen. Det synes som at denne pasienten hadde symptomer i lang tid før det ble lagt inn et kateter gjennom huden og inn til nyren.

Den sakkyndige uttaler at det kan ha vært avdelingen som ikke hadde gode nok rutiner for postoperativ oppfølging, men at det også kan ha vært klageren som ikke fulgte pasienten tilstrekkelig godt opp etter operasjonen. Den sakkyndige uttaler at det er vanskelig å bedømme graden av avvik. Nemnda finner at det var klagerens ansvar å følge opp pasienten etter operasjonen, og at hun har brutt kravet til faglig forsvarlighet.

Tingretten er enig med nemnda i at pasienten ikke er fulgt godt nok opp, men synes ikke at ansvaret kan plasseres entydig hos A. A henviste pasienten til Urologisk avdeling ved Sykehus 2 i Y i medio februar 05, noe som var riktig. Pasienten fikk time i juni 2005, men møtte ikke opp på grunn av sykdom. Hun fikk ny time i juli. Det er ikke uten videre rimelig å forlange at A skal kontrollere den nærmere oppfølgingen og fremdriften ved Sykehus 2.

Lagmannsretten finner at det tidlig var mistanke om skade på urinleder, og pasienten ble informert om dette. Pasienten pendlet mellom ulike instanser og avbestilte selv avtalte timer. Dette bidro til at det tok tid å få stilt diagnose og iverksatt behandling. Resultatet ble at nyrefunksjonen på venstre side gikk tapt slik at nyren måtte fjernes.

Det er klart at den primære skaden oppstod under fjerning av livmoren og ansvaret for pasienten lå hos opererende avdeling.

P, født 1959

*Klageren fjernet pasientens spiral 3. mars 2005. Klageren trakk ut trådene og forsøkte å fjerne spiralen instrumentelt, men lyktes ikke. Ved å studere bildene fant hun at spiralen lå ved siden av livmorhalsen, og det ble tatt et røntgen oversiktsbilde av buken. Klageren mente at spiralen lå i bukhulen. Det ble anbefalt og utført en kikkhulloperasjon, peroperativt ble dette konvertert til åpen bukoperasjon med fjerning av livmor. Ved oppklipping av livmoren var spiralen ikke der, og ved gjennomlysning av bukhulen ble det oppdaget at spiralen fortsatt fantes i buken.*

*Nemnda finner, som den sakkyndige, at pasienten ikke ble tilstrekkelig godt utredet før operasjonen. Det burde ha vært utført røntgen med oversikt over abdomen i to plan. Hormonspiral kan være vanskelig å se med ultralyd. Den dårlige utredningen førte til at pasientens livmor måtte fjernes. Dette var et unødvendig stort inngrep. Operasjonsvarigheten ble dessuten unødvendig lang, noe som kunne ha resultert i andre komplikasjoner. Videre er det kritikkverdig at pasienten ikke ble informert om denne typen inngrep. På grunn av blødning måtte pasienten reopereres, men dette behøver etter nemndas syn ikke å ha vært forårsaket av feil kirurgisk teknikk. Klagerens behandling av pasienten er i strid med kravet til forsvarlig virksomhet.*

Lagmannsretten viser til at tingretten har fått opplyst at det var A som satte inn spiralen i 2002, og konkluderer med at spiralen altså ble satt inn feil uten at det ble oppdaget. Dette er ikke nødvendigvis riktig: ved ultralydundersøkelse i mars 2003 ble anført at spiralen var på rett plass. Det er derfor ikke sikkert at det var A som satte den feil inn. Dette er dog et mindre viktig poeng: det sentrale her er håndteringen ved fjerning av spiralen, og her er lagmannsretten helt enig med nemnda og tingretten i at klagerens behandling av pasienten er i strid med kravet til forsvarlig virksomhet.

#### Generelt.

Flere av eksemplene, som P, C, O, viser dårlig vurderingsevne. De aktuelle pasientene hadde økt risiko, og indikasjon for inngrepet synes ikke å ha blitt vurdert nøye nok i forhold til dette, særlig sett i sammenheng med avdelingens størrelse og ressurser. Dette er dels et systemansvar, men operatøren har et selvstendig ansvar for risikovurderingen.

Med disse kommentarer har lagmannsretten, uten vesentlige forbehold, sluttet seg til de faglige vurderinger som lå til grunn for helsepersonellnemndas og tingrettens konklusjon om at A drev uforsvarlig virksomhet og viste grov mangel på faglig innsikt i perioden 2002 til 2007.

Lagmannsretten er videre enig med tingretten i at As praksis ved Sykehus 3, fra mai 2008 til tilbakekalling av spesialistgodkjenningen i september 2009, ikke omfattet en praksis som var tilstrekkelig omfattende til å kunne konstatere at hennes faglige kvalifikasjoner gjorde det forsvarlig å opprettholde spesialistgodkjenningen. Lagmannsretten kan slutte seg til tingrettens premisser som følger:

«Det neste retten må ta stilling til, er om perioden ved Sykehus 3 har hevet As kompetanse. Som nevnt har A fått utelukkende positive tilbakemeldinger fra tidligere kolleger i Sykehus 3. Det er registrert et avvik ved perforasjon i forbindelse med innleggelse av spiral, men det er opplyst at hun oppdaget dette selv og håndterte situasjonen adekvat. I den forbindelse bemerker retten at perforasjon av livmor ved spiralinnleggelse forekommer ved 1 av 1000 innleggelser, sjeldnere hos erfarne gynekologer. Det er også fremkommet at hun fikk en skriftlig advarsel i forbindelse med at prøvesvar ble liggende for lenge ubehandlet. Utover dette er det ingen negative merknader til hennes virksomhet.

Retten er likevel av den oppfatning at As praksis ved Sykehus 3 gir et for spinkelt grunnlag til å fastslå at hun nå er skikket til å inneha spesialiteten i fødselshjelp og kvinnesykdommer. I målbeskrivelsen for spesialiteten heter det at som spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer må man kunne beherske fagets grunnleggende virksomhet, slik at man kan tre inn i en selvstendig stilling i sykehus eller i spesialistpraksis. Man må beherske fagområdet godt nok til å dekke selvstendige vakter.

Retten viser til at A fungerte som overlege et drøyt år i Sykehus 3; de fire siste månedene hadde hun ikke selvstendig vaktansvar. Dette er i denne sammenheng en relativt kort periode. Videre viser retten til at antallet operative inngrep som A har utført i denne perioden, slik dette fremgår i skriv av 4. mars 2009 fra avdelingsoverlege M til Helsetilsynet, er forholdsvis lite. As arbeidsperiode ved Sykehus 3 var heller ikke lagt opp som et utdannings- eller videreutdanningsløp. Avdelingsoverlege M assisterte ikke A på operative inngrep. N, som tok over stillingen som avdelingsoverlege i Sykehus 3, var med A på noen få inngrep. Men hun var aldri med ved fjernelse av livmor, som er en type inngrep som A tidligere hadde hatt komplikasjoner med. A sin arbeidsperiode i Sykehus 3 gir derfor ikke et godt nok grunnlag for å fastslå at hun nå er skikket som overlege med selvstendig vaktansvar.»

Lagmannsretten slutter seg endelig til tingrettens premisser i spørsmålet om å begrense autorisasjonen etter helsepersonelloven § 59a. Tingretten uttaler om dette:

«Når det spesielt gjelder begrensninger i autorisasjonen etter hpl. § 59a, viser retten til at det er de samme hensyn som begrunner dette vedtaket som vedtaket om tilbakekalling. Begrensningene går som nevnt ovenfor ut på å sikre at A ikke gis selvstendig vaktansvar eller utfører operative inngrep alene. Ved vurderingen av vedtaket skal det legges særlig vekt på om vedkommende «kan bli uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig» uten slik begrensning. Retten viser til vurderingene ovenfor om dette.»

Tilbakekalling av spesialistgodkjenningen og begrensning i legeautorisasjonen er en inngripende reaksjon som innebærer at A fratras muligheten til utøve sin legespesialitet ved norske sykehus. Reaksjonen må derfor, etter en samlet vurdering, ikke framstå som *uforholdsmessig*. Statens helsepersonellnemnd uttaler om dette:

«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 rutinepregete inngrep innen faget og har ikke vist seg skikket til å ha et eget selvstendig ansvar for verken fødselshjelp eller annen gynekologisk virksomhet. Klageren har vist en gjennomgående og alvorlig faglig svikt i sitt virke som spesialist over lang tid. Hun har ikke vurdert egen kompetanse i forhold til de situasjoner som oppstod og har ikke søkt støtte i de tilfeller hun har vært i tvil.» ... .. «Nemnda kan ikke se at reaksjonene er uforholdsmessige inngrep.»

Lagmannsretten slutter seg til dette og tiltrer helsepersonellnemndas og tingrettens konklusjon.



As anke forkastes.

#### Sakskostnader.

Lagmannsretten skal fastsette sakskostnadene for begge instanser. Staten v/Statens helsepersonellnemnd er frifunnet og skal etter hovedregelen i tvisteloven § 20-2 første ledd ha full erstatning for sine sakskostnader. Tingretten kom til at A burde fritas for sakskostnadsansvaret i medhold av tvisteloven § 20-2 tredje ledd bokstav c. Lagmannsretten er enig i det og slutter seg til tingrettens begrunnelse.

Når det gjelder sakskostnadene for lagmannsretten bemerkes:

A fikk sin sak grundig behandlet i tingretten, som i likhet med lagmannsretten var satt med fagkyndige meddommere. Tingrettens avgjørelse var ikke truffet under tvil og sakskostnadsavgjørelsen var hjemlet i tvisteloven § 20-2 tredje ledd bokstav c som åpner for at den tapende part helt eller delvis kan fritas for sakskostnadsansvaret dersom tungtveiende grunner gjør det rimelig, herunder særlig om saken er av velferdsmessig betydning og styrkeforholdet mellom partene tilsier slikt fritak.

Saken stod i det vesentlige i samme stilling for lagmannsretten som den gjorde for tingretten. Spørsmålet om hvilket tidspunkt/faktum som skulle legges til grunn for rettens vurdering var blitt endelig avklart med Høyesteretts plenumsavgjørelse i Rt-2012-1985 og var kjent for A/hennes prosessfullmektig før ankeforhandlingen, og A begrenset av den grunn bevisføringen. For øvrig er det, som også påpekt av tingretten, tvilsomt om en forskyvning av tidspunktet for faktumvurderingen ville kunne fått noen praktisk betydning i dette tilfelle.

Lagmannsretten finner etter dette ikke å kunne fravike lovens hovedregel om sakskostnadsansvar for den tapende part.

Statens prosessfullmektig har krevet sakskostnader for lagmannsretten med kr 173.713, hvorav kr 135.000 som salær (saksforberedelse og ankeforhandling). Beløpet tilkjennes, jf. tvisteloven § 20-5.

Utgifter til de fagkyndige meddommerne skal i utgangspunktet betales av den parten som krever meddommere, og blir i siste instans å belaste den parten som pålegges sakskostnadsansvaret. A må derfor betale godtgjørelse og utgifter for de fagkyndige meddommerne i henhold til egen salærfastssettelse etter rettsgebyrloven [rettsgebyrforskriften] § 1-4.

I tillegg må A betale behandlingsgebyret for lagmannsretten med kr 28.380.

Dommen er enstemmig.

#### *Domsslutning*

- 1. Anken forkastes.*
- 2. A betaler til Staten v/Statens helsepersonellnemnd innen 2 - to - uker fra dommens forkynnelse sakskostnader for lagmannsretten med 173.713 - etthundreogsyttitretusensjuhundreogtrenten - kroner.*

*Hertil kommer behandlingsgebyr for lagmannsretten med kr 28.380 og utgiftene til fagkyndige meddommere i henhold til egen salærfastssettelse.*